

Femmes et carrière universitaire. Aspirations et obstacles parmi les internes de gynécologie obstétrique à Paris

Laura Berlingo

► **To cite this version:**

Laura Berlingo. Femmes et carrière universitaire. Aspirations et obstacles parmi les internes de gynécologie obstétrique à Paris. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01928518

HAL Id: dumas-01928518

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01928518>

Submitted on 20 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 65

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Femmes et carrière universitaire
*Aspirations et obstacles parmi les internes
de gynécologie obstétrique à Paris*

Présentée et soutenue publiquement
le 4 mai 2018

Par

Laura BERLINGO

Née le 6 août 1986 à Nice (06)

Dirigée par Mme Le Docteur Camille Le Ray, MCU-PH

Jury :

M. Le Professeur François Goffinet, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Élie Azria, PU-PH

Mme Le Professeur Alexandra Benachi, PU-PH

M. Le Professeur Marc Dommergues, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au Professeur François GOFFINET,

Pour avoir accepté de présider cette thèse.

Mon passage au sein de votre service, la maternité de Port-Royal, à un moment charnière de ma vie privée et professionnelle, restera l'une des expériences marquantes de mon internat de Gynécologie Obstétrique.

Vous êtes un modèle pour nombre d'entre nous.

Au Docteur Camille LE RAY,

Pour avoir dirigé cette thèse.

Tu as eu le flair de me proposer de travailler sur le genre. Grâce à toi, j'ai pu explorer des méthodes peu conventionnelles dans notre spécialité, mais dont l'emploi paraît si logique au vu de ma personnalité et de mon parcours.

Tu as su me guider, avec patience, et m'aider à trouver mon propre chemin (enfin, le début du chemin!)

C'est en ce sens que tu es un véritable mentor pour moi.

Au Professeur Elie AZRIA,

Pour avoir été l'un des premiers à me prouver que l'on pouvait allier médecine et sciences humaines.

Merci d'accepter aujourd'hui de juger mon travail.

Au Professeur Alexandra BENACHI,

Pour votre enthousiasme lorsque j'ai présenté mes premiers résultats au Congrès du CNGOF. Vous m'avez donné du courage.

Merci de faire partie du jury de cette thèse.

Au Professeur Marc DOMMERGUES,

Pour votre soutien, votre confiance, votre humanité.

Vous me connaissez depuis mes tous petits premiers pas d'interne. Je suis heureuse et fière de rejoindre bientôt votre équipe en tant que chef de clinique.

Merci de participer à ce jury.

A tous les internes de Gynécologie Obstétrique qui ont répondu au questionnaire, et particulièrement aux huit internes qui ont accepté de se livrer en entretien.

J'espère sincèrement que vous vous retrouverez dans ce travail.

A mes parents,

Pour votre soutien sans faille.

Vous avez traversé toutes les tempêtes, les remises en question, les crises comme les grandes joies. Je sais que vous êtes fiers de moi.

Maman, plus particulièrement merci pour cette thèse. La retranscription des entretiens, les discussions sur ce métier, la relecture attentive. Une aide précieuse.

A toi Romain,

Mon grand Amour.

Et à Anatole bien sûr, notre « grand garçon ».

Vous illuminez mes journées.

A mes amies les plus proches,

Fille unique, vous savez que vous êtes mes soeurs de coeur.

A tous mes proches,

Pour votre bienveillance.

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	9
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	11
1. <u>La Recherche par Méthodes Mixtes</u>	11
1.1 Le choix des méthodes mixtes	11
1.2 Protocole explicatif	11
1.3 Intégration des résultats - approche complémentaire	11
2. <u>Volet quantitatif</u>	12
2.1 Le questionnaire	12
2.2 La population	12
2.3 Aspects éthiques	12
2.4 Données à recueillir	13
2.5 Analyse statistique	14
3. <u>Volet qualitatif</u>	14
3.1 Entretiens individuels semi-directifs	14
3.2 L'interviewer	14
3.3 Choix de la population	15
3.4 Taille de l'échantillon	15
3.5 Elaboration du guide d'entretien	15
3.6 Les entretiens en pratique	16
3.7 Technique d'analyse : la « théorie ancrée »	16

<u>RESULTATS</u>	18
1. <u>Résultats du volet quantitatif</u>	18
1.1 Données socio-démographiques, formation et aspirations de carrière	18
1.2 Les « priorités » des internes de Gynécologie Obstétrique	20
1.3 Les freins identifiés à l'accès à une carrière universitaire pour les femmes	20
2. <u>Résultats du volet qualitatif</u>	23
2.1 Caractéristiques des internes interrogées et des entretiens	23
2.2 Thèmes identifiés	24
2.2.1 La socialisation primaire	26
La valeur travail, épanouissement et émancipation	
Des femmes brillantes	
Une question d'éducation	
Représentations sociales, un « métier difficile »	
2.2.2 Pendant l'internat, les relations aux « supérieurs »	28
Modèles (et contre-modèles)	
Mentor, politique, réseaux	
Discriminations ressenties	
Devoir s'affirmer : être une femme dans un « milieu d'hommes »	
2.2.3 La vie personnelle	34
Le projet parental - une période charnière	
Le conjoint « aidant », la répartition des tâches, la charge mentale	
Le soutien familial « élargi »	
2.2.4 Aspirations professionnelles	38
La clinique en priorité, être un « bon médecin »	

Le M2 : initiation à la recherche mais aussi ouverture à de nouveaux horizons et à l'activité libérale

La carrière universitaire : une idée d'excellence

2.2.5 Le difficile équilibre vie privée - vie professionnelle 43

Avoir « du temps », familial avant tout

Mener « tout de front » : sur-hommes et wonderwomen

Face à eux : doute, auto-dévalorisation, autocensure

2.2.6 Réflexions pour le futur 47

Le cumul d'activités, constitutif de la profession ?

Présentisme et organisation du temps de travail

Congé maternité - congé paternité : vers une société plus égalitaire ?

DISCUSSION 50

1. Principaux résultats et liens avec la littérature 50

1.1 Les femmes affirment moins souvent que les hommes vouloir réaliser une carrière universitaire 50

1.2 Etre interne femme dans un monde d'universitaires hommes : mentor, modèles, discriminations, sexisme ordinaire 51

1.3 « Fonder une famille » : un difficile équilibre à trouver 53

1.4 Vouloir être hospitalo-universitaire : entre idéalisation du métier et doute face à ses propres capacités 54

2. <u>Analyse globale et réflexions pour le futur</u>	56
2.1 Aspirations et obstacles identifiés à l'engagement dans une carrière universitaire chez les femmes	56
2.2 Recommandations et perspectives d'avenir	58
3. <u>Forces et faiblesses</u>	60
2.1 Spécificités du volet quantitatif	60
2.2 Spécificités du volet qualitatif	61
2.3. Méthodes mixtes et étude dans son ensemble	62
<u>CONCLUSION</u>	63
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	64
<u>ANNEXES</u>	70
Annexe 1 : le questionnaire	70
Annexe 2 : le canevas d'entretien	72

Introduction

Les femmes, en accédant à l'enseignement universitaire, ont peu à peu investi les professions supérieures. Cependant, elles restent minoritaires au sommet des hiérarchies. On retrouve toujours une franche inégalité homme-femme concernant les postes à responsabilités, quel que soit le pays, et quel que soit le milieu professionnel. Ce phénomène a été nommé par certains auteurs « plafond de verre », « que l'on peut décrire comme l'ensemble des obstacles visibles et invisibles qui séparent les femmes du sommet des hiérarchies professionnelles et organisationnelles. » (1). A l'université, qu'elle que soit la discipline, la part des femmes diminue dans les hautes sphères du pouvoir (2).

De plus en plus de femmes exercent la profession de médecin, or elles restent sous-représentées dans les postes hospitalo-universitaires, quelle que soit leur spécialité (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). En gynécologie obstétrique, le constat est le même (11, 12, 13, 14). Actuellement en France, on décompte un peu moins de 15% de femmes parmi l'ensemble des hospitalo-universitaires, MCU-PH (Maitre de Conférence des Université - Praticien Hospitalier) et PU-PH (Professeur des Universités - Praticien Hospitalier) confondus, parmi les gynécologues-obstétriciens.

Edmunds et al. ont repris 52 articles sur le sujet, dans une revue de la littérature publiée dans le Lancet en avril 2016 (15). Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer la moindre présence du genre féminin dans les carrières universitaires : les femmes seraient plus intéressées par l'enseignement que la recherche, elle s'expérimenteraient des discriminations liées à leur genre, ou encore manqueraient de mentors, pour ne citer que quelques exemples. Certaines études répertoriées dans cette revue concluent que les femmes seraient moins intéressées par la recherche que les hommes, ou qu'elles se détourneraient des carrières académiques pour des raisons financières. Ces hypothèses sont loin d'être consensuelles, et la grande majorité de ces travaux ont été menés dans des pays anglo-saxons, dont le modèle académique ne correspond pas tout à fait au modèle français.

Les PU-PH, en France, sont les véritables leaders de la spécialité. A la tête de services prestigieux, chercheurs, enseignants à la faculté, membres et présidents des sociétés savantes qui élaborent les « recommandations de bonne pratique », ils donnent le « ton » de la spécialité. Ils décident de la façon dont le métier doit être exercé, mais aussi enseigné, ce qui participe à une reproduction inter-générationnelle des pratiques de la profession.

Les universitaires, en France, doivent posséder une triple compétence : clinique, d'enseignement, et de recherche. Ainsi, pour accéder à la carrière hospitalo-universitaire, les pré-requis sont : posséder un master de recherche et une thèse de science, avoir réalisé une « mobilité » (dans un service extérieur au sien, clinique ou universitaire, idéalement à l'étranger), et avoir été CCA (Chef de Clinique Assistant). Le nombre de publications et la participation à l'enseignement et à la recherche sont également pris en compte dans la nomination à ces postes, pour lesquels existe une importante concurrence. L'internat, qui dure 5 ans, est un moment décisif, dans le choix et l'accès à une carrière académique.

Parmi les internes formés actuellement à Paris, 85% des gynécologues obstétriciens de demain sont des femmes. Mais, comme dit plus haut, le rapport s'inverse lorsque l'on regarde la population des universitaires en place en France, où on ne retrouve qu'environ 15% de femmes.

Certains hospitalo-universitaires arguent « qu'à leur époque les internes étaient quasiment exclusivement des hommes, et que donc c'étaient les seuls à pouvoir accéder à la carrière universitaire ». Avec l'idée qu'aujourd'hui, les internes étant majoritairement des femmes, il n'y aurait plus d'obstacle structurel à ce qu'elles investissent cette profession. Certaines études vont à l'encontre de cette affirmation, en affirmant que les femmes sont sous-représentées dans les postes de leader, et que cela ne peut être expliqué par le nombre de femmes entrant dans la spécialité les années auparavant (11). Mais ces résultats sont controversés, du fait de nombreuses données manquantes...

Notre objectif était donc dans un premier temps de faire « l'état des lieux » des motivations et aspirations d'une génération d'internes, celle actuellement en formation à Paris, dans une perspective de genre. La problématique était : quelles sont les différences homme/femme dans le choix d'une carrière universitaire, au moment charnière de l'internat ? Puis les premiers résultats ont soulevé une seconde question : pourquoi des femmes, qui ont les pré-requis nécessaires à la réalisation d'une carrière universitaire, sont-elles plus hésitantes que les hommes à se lancer dans cette carrière ? Quels obstacles peut-on identifier ?

MATERIEL ET METHODES

1. La Recherche par Méthodes Mixtes

1.1 Le choix des méthodes mixtes

La première des raisons avancées par l'ensemble des chercheurs en méthodes mixtes est de combiner les forces des méthodes qualitatives et quantitatives. Les méthodes mixtes permettent l'intégration de plusieurs perspectives, et sont un atout pour étudier les questions complexes (16,17).

Dans notre travail, ce choix est venu après la première phase de recherche quantitative. L'analyse quantitative, nous le verrons plus loin, a révélé des résultats surprenants. Face à ces résultats, nous avons naturellement senti le besoin de continuer, d'aller plus loin dans la compréhension et l'analyse fine des processus complexes à l'oeuvre dans le choix de carrière, notamment dans la lecture genrée de ce choix.

1.2 Protocole explicatif

Plusieurs schémas sont possibles en recherche par méthodes mixtes. Creswell et Plano Clark en ont proposé une classification dans la seconde édition de leur livre *Designing and conducting mixed methods research* (18).

Globalement, ils définissent plusieurs protocoles : convergent, explicatif, exploratoire, niché, transformé et multiphase. Ces protocoles se différencient selon leurs caractéristiques (et notamment le temps du recueil et de l'analyse de chaque phase) et leur objectif de recherche.

Dans notre travail nous avons utilisé un protocole de type explicatif : il y a eu un recueil et une analyse séquentielle des données. L'étude quantitative a précédé l'étude qualitative, construite à partir des résultats quantitatifs. Nous avons utilisé les données quantitatives pour sélectionner les participantes à l'étude qualitative, et nous avons tenté d'expliquer les résultats quantitatifs à l'aide des données qualitatives.

1.3 Intégration des résultats - approche complémentaire

Une des questions principales en méthodes mixtes est l'intégration des résultats des analyses qualitative et quantitative afin de rendre une réponse « globale » à la question de recherche. Plusieurs modèles ont été proposés. Celle de Teddlie et Tashakkori en 2003 (19), reprise et appliquée à l'évaluation de programmes par Pluye *et al.* en 2009 (20), retient trois

approches : l'approche complémentaire, celle par tension dialectique, et celle par assimilation.

Sans s'attarder sur les autres, nous allons détailler celle que nous avons choisi ici, c'est-à-dire l'approche complémentaire. Les résultats quantitatifs et qualitatifs sont présentés séparément, puis discutés ensemble, avec des éléments du volet qualitatif qui répondent au volet quantitatif, en contribuant à expliquer, comprendre, ou proposer d'autres pistes d'exploration.

2. Volet quantitatif

2.1 Le questionnaire

Nous avons réalisé une enquête transversale déclarative auprès des internes de Gynécologie Obstétrique à Paris. Celle-ci consistait à répondre à un questionnaire composé de 41 items (annexe 1).

Le questionnaire était intitulé « Choix d'une carrière universitaire parmi les internes de Gynécologie Obstétrique », l'idée de genre n'était pas introduite.

2.2 La population

Ce questionnaire a été distribué à l'ensemble des internes de gynécologie obstétrique de Paris, toutes années confondues, tout d'abord par internet (3 relances entre mai 2016 et février 2017), puis sur papier directement auprès des internes lors des cours hebdomadaires.

Nous avons choisi le moment de l'internat car il nous paraissait être une période charnière dans le choix (ou non) d'une carrière universitaire.

2.3 Aspects éthiques

Nous avons préalablement fait une déclaration de ce questionnaire à la CNIL (déclaration numéro 1970557, 20 juin 2016), qui avait été approuvée. Les questionnaires ont été remplis et analysés de façon anonyme.

2.4 Données à recueillir

Nous avons élaboré ce questionnaire dans l'optique de recueillir plusieurs types de données : les caractéristiques socio-démographiques, les aspirations en terme de carrière, les priorités dans la vie, et les freins potentiels au choix d'une carrière universitaire.

La première question portait sur le genre du répondant : homme ou femme. Toutes les analyses ont été faites en comparant ces deux groupes.

Nous avons recueilli les caractéristiques suivantes : âge, semestre d'internat, situation conjugale et familiale (célibataire ou en couple, nombre d'enfants), profession des parents (appartenant au domaine universitaire ou non).

Nous avons ensuite interrogé les internes sur le type de carrière auquel ils aspiraient, et les moyens qu'ils se donnaient pour y parvenir. Ont-ils réalisé un master 2, une thèse de science, des publications, une mobilité ? Avaient-ils un fellowship prévu dans un service universitaire après l'internat ? Souhaitaient-ils dans le futur faire de la recherche, de l'enseignement ? Puis, envisageaient-ils d'exercer en privé, à l'hôpital, ou faire une carrière hospitalo-universitaire ? L'idée était d'identifier s'ils remplissaient ou souhaitaient remplir les pré-requis pour être hospitalo-universitaire. Nous avons ainsi pu individualiser un sous-groupe « aspirants hospitalo-universitaires », qui correspondait à ceux qui avaient répondu « oui » à la question : « Envisagez-vous à l'avenir de faire une carrière hospitalo-universitaire? ».

Nous avons ensuite cherché à identifier leurs priorités, les domaines qui selon eux étaient le plus importants pour leur épanouissement futur. Nous avons choisi d'étudier les domaines suivants : vie de famille, intérêt de l'activité professionnelle, loisirs, stimulation intellectuelle, reconnaissance sociale, liberté des horaires, rémunération financière, transmission des connaissances. Nous leur avons demandé de classer de 1 à 5 l'importance de chaque item (1 étant peu important, 5 très important).

Enfin, nous les avons interrogés sur les freins éventuels à l'accès à une carrière universitaire, freins répertoriés grâce à une revue des données de la littérature, et notamment à la revue publiée par Edmunds et al (15). Les internes avaient-ils un mentor (défini comme un universitaire qui les conseillait concernant l'orientation de leur carrière future) ? Se sentaient-ils soutenus dans leurs projets de recherche par les hospitalo-universitaires ? Pensaient-ils qu'il était possible de concilier à la fois recherche, enseignement et pratique clinique ? Avaient-ils des modèles universitaires, et si oui étaient-ils de même sexe ? Ressentaient-ils des discriminations liées à leur genre ? Doubtaient-ils de leur capacité à réaliser une carrière

universitaire ? Et enfin, leur choix de carrière aurait-il été différent si ils avaient été de sexe opposé ?

2.5 Analyse statistique

Notre analyse principale, pour chaque question posée, a été réalisée en comparant deux groupes : homme et femme. Nous avons ensuite comparé homme et femme dans le sous-groupe des « aspirants universitaires » (défini comme ceux qui avaient répondu qu'ils souhaitaient réaliser une carrière hospitalo-universitaire), pour les données concernant les freins à l'accès à une carrière universitaire.

Nous avons utilisé le logiciel Stat version 11.0 pour les analyses statistiques. Les tests utilisés ont été le Chi-2 et le test de Fisher pour les variables qualitatives, et le test t de student et le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives.

3. Volet qualitatif

3.1 Entretiens individuels semi-directifs

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Abordant des questions intimes, il nous est paru plus pertinent de faire des entretiens individuels que d'utiliser une méthode par focus group. Nous pensions que les internes se livreraient plus sur leurs doutes, leurs difficultés, les obstacles rencontrés dans leur choix de carrière.

3.2 L'interviewer

Tous ces entretiens ont été réalisés par moi-même, Laura Berlingo, interne en gynécologie-obstétrique en fin d'internat. Je me suis formée à la recherche qualitative principalement au travers de la littérature sur le sujet (21, 22, 23, 24, 25), et en consultant des thèses utilisant cette méthode (26, 27). Par ailleurs, j'ai réalisé lors de mon internat un master 2 en Histoire et Philosophie des Sciences, avec des cours de sociologie, qui m'ont familiarisé à la technique de l'entretien et de son analyse.

3.3 Choix de la population

Nous avons choisi d'interroger exclusivement des femmes, internes à Paris, qui faisaient partie du premier échantillon, et qui avaient la particularité d'être ambivalente quant à leur choix de carrière. Nous avons défini le caractère « ambivalent » après les résultats de l'analyse quantitative. Il nous semble avoir mis en évidence trois profils particulièrement intéressants : 1- les femmes qui affirment vouloir faire une carrière universitaire mais qui doutent, 2- celles qui disent ne pas vouloir faire de carrière universitaire mais qui réalisent le parcours nécessaire pour (M2, thèse, mobilité, publications), enfin 3- celles qui répondent que leur choix de carrière aurait été différent si elles avaient été de sexe masculin. Par ailleurs, la dernière question du questionnaire était « Seriez-vous disponible pour un entretien téléphonique d'environ 30 min sur le sujet ? Si oui, merci d'indiquer votre mail et votre numéro de téléphone portable. » Nous avons recontacté les personnes qui avaient à la fois répondu par l'affirmative et à la fois appartenaient à un des trois groupes précédemment cités. Nous avons volontairement choisi de ne pas interroger de femmes qui affirmaient ne pas vouloir faire de carrière universitaire (et ne remplissaient pas les pré-requis pour, ne doutaient pas de leur choix, n'auraient pas fait un autre choix si elles avaient été un homme), les femmes qui affirmaient vouloir faire une carrière universitaire et ne doutaient pas de leur choix, et les hommes. Nous voulions de cette façon maintenir une homogénéité dans le groupe interrogé, afin de faciliter l'exploitation des données, l'analyse des résultats, et rester cohérents avec la problématique annoncée.

3.4 Taille de l'échantillon

L'analyse a été faite au fur et à mesure des entretiens. Nous nous sommes arrêtés à 8 participantes, devant une saturation des données, c'est-à-dire l'arrêt d'apparition d'éléments nouveaux à l'analyse.

3.5 Elaboration du guide d'entretien

Je commençais par me présenter, et annoncer l'objectif de la recherche. Contrairement au questionnaire qui était titré généraliste à propos de la carrière universitaire, ici j'expliquais que le but était d'étudier les déterminants du choix de la carrière universitaire quand on est une femme. Je ne leur disais par contre pas pourquoi elles avaient été choisies (le caractère ambivalent). L'idée étant d'aborder les problématiques de genre durant l'entretien, sans

enfermer les répondantes dans la « case » de « celles qui hésitent ». Je recueillais leur consentement oral pour l'enregistrement et la retranscription mot à mot. Je leur demandais de se présenter de manière générale, certaines parlaient d'emblée de leur master 2 ou de leurs enfants, je les suivais alors sur le sujet. L'objectif était de discuter plusieurs thèmes (notamment ceux mis en évidence dans les résultats du questionnaire : le modèle, le mentor, la discrimination, l'équilibre vie privée vie professionnelle, le doute), et de les replacer dans une perspective de trajectoire personnelle (via des questions sur leur éducation, leur modèle parental), et de vie actuelle (relation aux conjoint, enfants). Nous voulions les faire parler de leurs projets (personnels et professionnels), de leur vécu (notamment de l'internat et du master 2), des obstacles qu'elles pouvaient rencontrer, et enfin de ce qu'elles pensent qu'il serait possible d'améliorer. Nous voulions connaître leurs réflexions générales sur l'actualité et le futur du métier d'universitaire, et sur leur vision de la place de la femme dans notre société. En annexe 2 est présenté le canevas d'entretien, mais l'ordre des questions a rarement été suivi, je l'avais surtout pour « m'appuyer » lors de la conversation et éviter d'oublier d'aborder des thèmes importants.

3.6 Les entretiens en pratique

Les entretiens ont été réalisés par téléphone, pour des raisons d'emploi du temps chargé (lié à l'internat) de l'interviewer et des interviewées. J'ai d'abord contacté les potentielles répondantes par mail, leur expliquant l'objectif et le déroulé de cette phase qualitative. Si elles étaient d'accord pour y participer, elles me communiquaient leur numéro de téléphone, et nous nous mettions d'accord pour un rendez-vous téléphonique, à un moment où elles seraient au calme et à-priori pas dérangées. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot (sans correction des éléments de langage) et en prenant en compte les rires, temps d'arrêt, hésitations... Ils ont été entièrement anonymisés et désignés par des chiffres (P1 = participante 1).

Ils ont été réalisés entre juillet 2017 et janvier 2018.

3.7 Technique d'analyse : la « théorie ancrée »

La « théorie ancrée » ou « Grounded theory » pour les anglophones, est une méthode utilisée en sciences sociales initialement (28, 29) notamment en sociologie et ethnologie, reprise et adaptée par la recherche qualitative en médecine (30, 31). C'est une méthodologie de type

inductive, c'est-à-dire que la théorie se construit à partir des données recueillies sur le terrain (32, 33).

La collecte de données (via les entretiens) et leur analyse se font dans le même temps, dans un aller-retour constant, enrichissant ainsi non seulement l'élaboration du guide d'entretien (avec des questions qui s'affinent), mais aussi la compréhension qu'a le chercheur du phénomène, et donc améliore l'interprétation des données futures.

Le travail est fait en plusieurs phases. Les entretiens sont d'abord lus et relus, afin de s'imprégner du verbatim. Le premier temps est celui du codage « primaire », où l'on dégage des catégories (ou thèmes et sous-thèmes) à partir des données brutes. Ces catégories sont elles-mêmes analysées : quelles sont leurs propriétés, leurs inter-connections. On essaie alors de conceptualiser ces données transformées, pour aboutir à une théorie explicative, et tenter de rendre compte de la complexité du réel. L'objectif de notre étude étant de comprendre finement les mécanismes et ressorts de la relation compliquée entre femmes et carrière universitaire, cette méthodologie nous paraissait tout à fait adaptée.

RESULTATS

1. Résultats du volet quantitatif

Parmi les 390 internes réalisant leur internat à Paris, 204 (66%) ont répondu au questionnaire, dont 170 femmes (83,3%) et 34 hommes (16,7%). Le sex-ratio était parfaitement respecté, puisqu'on comptait 84% de femmes pour 16% d'hommes parmi les 390 internes sollicités.

1.1 Données socio-démographiques, formation et aspirations de carrière

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques selon le genre de l'interne interrogé. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'âge, le semestre d'internat, la situation conjugale et familiale, entre les hommes et les femmes.

Tableau 1 - Données socio-démographiques, analyse par genre

	Femme N=170 n(%) moy +/-SD	Homme N=34 n(%) moy +/-SD	p
Age	27,1 +/- 2,0	26,8 +/- 2,2	0,49
Semestre d'internat (1 à 10)	5,4 +/- 3,2	4,7 +/- 3,3	0,28
Célibataire	50 (29,4)	8 (23,5)	0,56
Conjoint universitaire	25 (21)	4 (15,4)	0,72
Soutien du conjoint	113 (94,2)	21 (80,8)	0,02
Pas d'enfants	150 (88,2)	30 (90,9)	0,67
Père universitaire*	19 (11,2)	2 (5,9)	0,35
Mère universitaire*	32 (18,8)	5 (14,7)	0,57

* La question était : « Votre père/mère exerce-t-il (elle) un emploi lié à la recherche ou l'enseignement (en médecine ou autre) ? Oui/Non »

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire, 53,7% (n=118) ont déjà réalisé ou ont le souhait de faire un master 2, 13,7% (n=28) une thèse de science. 55,4% (n=113) ont déjà publié un article scientifique, 50,5% (n=103) ont pour projet de faire une mobilité. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre femmes et hommes pour l'ensemble de ces pré-requis à une carrière universitaire. 73,7% (n=146) des internes désirent ou ont prévu

un post-internat universitaire, avec une différence significative entre les deux groupes (70,7% des femmes contre 88,2% des hommes $p=0,035$). Nous ne retrouvons pas de différence entre les hommes et les femmes dans le souhait de faire de l'enseignement ou de la recherche. Lorsque l'on demandait aux internes quel type de carrière ils envisageaient, les femmes répondaient majoritairement « à l'hôpital » (61,3% versus 33,3% chez les hommes). Les hommes se répartissaient entre « dans le privé » (39,4% versus 25,6% chez les femmes) et « en tant qu'hospitalo-universitaire » (27,3% versus 13,1% chez les femmes). Ces différences sont statistiquement significatives ($p=0,01$) (tableau 2).

Tableau 2 - Aspirations de carrière, analyse par genre

	Femme N=170 n(%)	Homme N=34 n(%)	p
Master 2 : déjà réalisé ou souhaité	90(52,9)	19(57,6)	0,63
Thèse de science : déjà réalisée ou souhaitée,	23(13,6)	5(14,7)	0,86
Au moins 1 publication,	95(55,6)	18(52,9)	0,75
Mobilité : déjà réalisée ou souhaitée	88(51,8)	15(44,1)	0,42
Post-internat universitaire (CCA),	116(70,7)	30(88,2)	0,03
Souhait de recherche	28(16,5)	10(29,4)	0,15
Souhait d'enseignement	88(51,8)	23(67,7)	0,17
Carrière envisagée			0,01
privé	43(25,6)	13(39,4)	
hospitalo-universitaire	22(13,1)	9(27,3)	
hospitalière	103(61,3)	11(33,3)	

1.2 Les « priorités » des internes de Gynécologie Obstétrique

En ce qui concerne les priorités dans la vie, les résultats sont présentés dans le tableau 3. Les femmes accordaient un peu plus d'importance que les hommes à leur vie de famille ainsi qu'à la liberté de leurs horaires. Pour le reste, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes. On peut noter que la vie de famille est considérée comme la priorité majeure, pour les femmes comme pour les hommes.

Tableau 3 - Priorités, analyse par genre

Question posée : « En ce qui concerne les éléments suivants, pouvez-vous noter de 1 (moins important) à 5 (très important) leur importance pour l'épanouissement de votre vie future »

	Femme N=170 médiane (25-75ème p)	Homme N=34 médiane (25-75ème p)	p
Vie de famille	5 (4-5)	4,5 (4-5)	0,02
Loisirs	4 (3-4)	4 (3-5)	0,99
Liberté des horaires	4 (3-4)	3,5 (3-4)	0,04
Rémunération financière	4 (3-4)	4 (3-4)	0,21
Reconnaissance sociale	3 (2-4)	3 (3-4)	0,87
Intérêt de l'activité professionnelle	4 (4-5)	4 (4-5)	0,97
Stimulation intellectuelle	4 (4-4)	4 (4-5)	0,79
Transmission des connaissances	3 (3-4)	4 (3-4)	0,53

1.3 Les freins à l'accès à une carrière universitaire pour les femmes

Le tableau 4 expose l'analyse des freins éventuels à une carrière universitaire, selon le genre, dans l'ensemble de notre échantillon puis au sein du sous-groupe nommé « aspirants hospitalo-universitaire », c'est-à-dire ceux qui ont déclaré vouloir effectuer une carrière hospitalo-universitaire.

En ce qui concerne la population totale, dans notre étude, les internes étaient environ 35% à se sentir soutenus lorsqu'ils réalisaient un projet de recherche, sans différence entre les deux groupes. Pour seulement 38% d'entre eux, hommes et femmes confondus, il semblait possible de concilier la triple activité dévolue aux hospitalo-universitaires, à la fois recherche, enseignement et activité clinique. Femmes et hommes déclaraient avoir des modèles

universitaires dans la même proportion, dans la moitié des cas du même sexe qu'eux. Les femmes déclaraient moins souvent avoir un mentor (c'est-à-dire recevoir des conseils d'un hospitalo-universitaire à propos de leur carrière future) (38,8%, n=66 versus 52,9%, n=18 des hommes, $p=0,002$). 40,6% (n=69) des femmes affirment avoir déjà ressenti des discriminations liées à leur genre, contre 2,9% (n=1) des hommes ($p<0,001$). A la question « Doutez-vous de votre capacité à réaliser une carrière universitaire ? », les femmes répondaient « oui » dans 62,4% (n=106) des cas, contre 17,7% (n=6) des hommes ($p<0,001$). 36,5% des femmes pensaient que leur projet de carrière aurait été différent si elles avaient été de sexe opposé, contre 17,7% des hommes, mais sans que cette différence soit statistiquement significative ($p=0,085$).

Au sein du sous-groupe « aspirant hospitalo-universitaire » (n=31, dont 22 femmes et 9 hommes), les résultats étaient sensiblement les mêmes que dans la population totale. Nous notons que 68% (n=15) des femmes affirmaient avoir déjà ressenti des discriminations liées au genre, alors que ce n'était le cas pour aucun homme ($p=0,001$). 54,6% (n=12) des femmes doutaient de leur capacité à réaliser une carrière universitaire, contre aucun homme ($p=0,004$).

Tableau 4 - Freins éventuels à une carrière universitaire, analyse par genre, dans la population totale et parmi les aspirants HU

	Echantillon total			Parmi les « aspirants-HU »		
	Femme N=170 n(%)	Homme N=34 n(%)	p	Femme N=22 n(%)	Homme N=9 n(%)	p
Avez-vous déjà reçu des conseils de la part un hospitalo-universitaire (MCU-PH ou PU-PH) concernant l'orientation de votre carrière future ? Oui	66(38,8)	18(52,9)	0,002	13(59,1)	9 (100)	0,07
Vous sentez-vous soutenu lorsque vous réalisez un projet de recherche ? Oui	62(36,5)	12(35,3)	0,89	13(59,1)	5(55,6)	1
Pensez-vous qu'il soit possible de concilier (en terme de temps) activité de recherche, activité d'enseignement et activité clinique ? Oui	62(36,7)	15(44,1)	0,67	11(50)	8(88,9)	0,17
Parmi les médecins hospitalo-universitaires que vous connaissiez, diriez-vous que certains sont des modèles pour vous ? Oui	116(68,2)	20(58,8)	0,18	19(86,4)	6(66,7)	0,14
Si oui, sont-ils plutôt du même sexe que vous ? Oui	60(51,7)	11(55)	0,79	10(52,6)	2(33,3)	0,65
Avez-vous déjà ressenti des discriminations ou préjugés dus à votre genre ? Oui	69(40,6)	1(2,9)	<0,001	15(68,2)	0(0)	0,001
Doutez-vous de votre capacité à réaliser une carrière universitaire ? Oui	106(62,4)	6(17,7)	<0,001	12(54,5)	0(0)	0,004
Pensez-vous que votre projet de carrière aurait été différent si vous aviez été de sexe opposé ? Oui	62(36,5)	6(17,7)	0,09	6(27,3)	2(22,2)	0,13

2. Résultats du volet qualitatif

2.1 Caractéristiques des internes interrogées et des entretiens

Les caractéristiques socio-démographiques, parcours et aspirations universitaires des internes interrogées sont résumées dans le tableau 5.

Les entretiens téléphoniques ont duré en moyenne 43 minutes et 36 secondes.

Tableau 5 - Caractéristiques des internes interrogées

	Age	Semestre	Situation familiale	Pré-requis (M2, thèse, mobilité...)	Souhait de faire une carrière universitaire	Durée de l'entretien
P1	27	8	mariée, sans enfant	M2 prévu l'an prochain poste de CCA prévu a déjà publié un article	à priori non	41mn43s
P2	28	7	célibataire, sans enfant	M2 prévu l'an prochain poste de CCA prévu	hésitante	43min46s
P3	28	6	mariée, 1 enfant	hésite à faire un M2	voulait faire une carrière HU, maintenant hésitante	41min08s
P4	29	9	en cours de séparation, pas d'enfant	a fait un M2 poste de CCA prévu	voulait faire une carrière HU, maintenant hésitante	49min09s
P5	31	9	mariée, pas d'enfant	a fait un M2 poste de CCA prévu hésite à faire une thèse de science	voulait faire une carrière HU, maintenant hésitante	42min50s
P6	30	10	mariée, 2 enfants	a fait un M2 poste de CCA prévu hésite à faire une thèse de science	voulait faire une carrière HU, maintenant hésitante	33min59s
P7	24	3	conjoint, pas d'enfant	M2 souhaité mais pas encore prévu	oui	48min39s
P8	30	10	mariée, 1 enfant	a fait un M2 poste de CCA prévu thèse de science prévue	oui	47min37s

Age	Semestre	Situation familiale	Pré-requis (M2, thèse, mobilité...)	Souhait de faire une carrière universitaire	Durée de l'entretien
moy 28,4 ans	moy 7,75 méd 8,5	6/8 en couple 3/8 ont des enfants	4/8 ont déjà fait un M2 7/8 ont déjà fait ou ont prévu de faire un M2 6/8 ont un poste de CCA prévu 1/8 thèse de science prévue 2/8 hésitent à faire une thèse de science	5/8 sont hésitantes à faire une carrière HU 2/8 oui 1/8 non	43min36s

2.2 Thèmes identifiés

Les différents thèmes et sous-thèmes identifiés sont présentés dans la figure 1. Nous allons les détailler, et les illustrer avec les citations des participantes.

La socialisation primaire

La valeur travail, épanouissement et émancipation
Des femmes brillantes
Une question d'éducation
Représentation sociales, un métier difficile

Femmes ambivalentes et
carrière hospitalo-universitaire

Pendant l'internat, les relations aux « supérieurs »

Modèles (et contre-modèles)
Mentor - politique - réseaux
Discriminations ressenties
Devoir s'affirmer : être une femme dans un
« milieu d'hommes »

La vie personnelle

Le projet parental - une période charnière
Le conjoint « aidant », la répartition des
tâches, la charge mentale
Le soutien familial « élargi »

Aspirations professionnelles

La clinique en priorité, être un « bon médecin »
L'année de M2 : initiation à la recherche mais aussi
ouverture à de nouveaux horizons/activité libérale
La carrière universitaire : une idée d'excellence

Le difficile équilibre vie personnelle - vie professionnelle

Avoir « du temps », familial avant tout
Mener « tout de front » : sur-hommes et wonderwomen
Face à eux : doute, autodévalorisation, auto-censure

Réflexions pour le futur

Le cumul d'activités, constitutif de la profession ?
Présentisme et organisation du temps de travail
Congé maternité - congé paternité : vers une société plus égalitaire ?

Figure 1 - Thèmes et sous-thèmes étude qualitative

2.2.1 La socialisation primaire

La valeur travail, épanouissement et émancipation

Pour toutes les internes interrogées, le travail est une valeur importante, transmise par les parents (qui pour la plupart ont ou avaient des métiers demandant un engagement fort). C'est un facteur d'épanouissement, aucune n'envisagerait de ne pas travailler. Il est synonyme aussi d'indépendance (financière notamment), notion inculquée souvent par la mère. Quand elles ont eu un exemple de mère qui travaillait beaucoup, avec un relais par des nounous ou les grands-parents, et que le vécu a été bon, elles paraissent ressentir moins de culpabilité à reproduire ce schéma.

P2 : « Mon père est ingénieur dans le pétrole et en plus de finir tard le soir, il était tout le temps à l'étranger et ma mère est dans la communication, les ressources humaines, etc. elle a toujours pas mal travaillé. Je ne me verrai jamais arrêter de travailler pour m'occuper de la maison et des enfants. Il en est hors de question. Rires. »

P3 : « Après moi j'ai grandi avec une mère qui a toujours travaillé, qui rentrait tard le soir, j'avais une jeune fille au pair et ce n'est pas pour ça que j'ai été malheureuse. »

P4 : « J'ai un père qui est médecin généraliste de campagne, forcément j'ai toujours vu mon père beaucoup travailler », « je ne pourrai jamais m'arrêter de travailler. Il faut que mon travail m'apporte également un épanouissement, c'est indispensable pour moi. »

« Moi j'ai été élevée avec la notion « travaille bien à l'école, pas pour nous mais pour toi, pour faire le métier qui te plaît car c'est une grande partie de ta vie, donc il faut faire quelque chose dans lequel tu t'épanouisses » ».

« Ma mère (...) m'a toujours dit que pour une femme il était important d'avoir un travail, d'avoir son indépendance ».

P6 : « Mes deux parents travaillaient beaucoup. Ils travaillaient à temps plein tous les deux, ils rentraient à 20 heures le soir, j'étais avec la nounou. Un peu le même schéma que celui que j'ai maintenant.(...) J'étais à la crèche et j'avais une nounou le soir et ça ne m'a jamais traumatisée. »

P7 : « le travail c'est important chez moi, dans ma famille »

« la vie professionnelle, la carrière, c'est important, c'est une grosse part de la vie »

P8 : « j'ai eu une mère qui travaillait beaucoup. Une grand-mère qui a beaucoup travaillé également et mon grand-père qui a un moment de sa vie (...) travaillait jour et nuit. J'ai toujours entendu parler de ça pendant mon enfance. (...) C'était un modèle maternel qui était effectivement peu présent mais on savait que si elle n'était pas présente c'est parce qu'elle travaillait.(...) on ne lui en a jamais voulu. Jamais,

jamais. (...) même si elle a repris deux semaines après avoir accouché de moi par exemple, je n'étais pas perdue, j'étais avec mes grands-parents et ma grand-mère a fait un peu figure maternelle finalement. Je ne lui ai pas voulu et je ne lui en voudrais pas, je n'ai aucune rancœur par rapport à ça. »

Des femmes brillantes

Ce sont toutes des « bonnes élèves ». La médecine est leur premier choix d'études, et la gynécologie obstétrique leur premier choix de métier.

P1 : a eu P1 primante, et à l'ECN était « mieux classée que ce qu'(elle) pensait avoir »

P5 : « (La gynécologie obstétrique), c'est un choix que j'envisageais depuis mon externat »

P6 : « C'est un premier choix. Depuis que je suis externe, depuis que je suis en médecine (...), j'ai toujours voulu faire de la gynécologie obstétrique. »

P7 : très bonne élève, gynécologie obstétrique est un premier choix, qu'elle ne regrette pas.

P8 : « c'est mon premier choix »

Une question d'éducation

Certaines déplorent la perpétuation des stéréotypes de genre dans l'éducation donnée aux enfants. Du point de vue individuel, il apparaît que plus l'éducation est égalitaire (entre frères et soeurs, et dans le modèle du couple parental), moins la notion de genre semble être limitante dans les choix faits.

P2 : « si dès la petite enfance, on éduquait les petites filles et les petits garçons rigoureusement de la même manière, qu'on disait aux petites filles qu'elles étaient capables, aussi bien que les hommes, de tout faire et bien on n'en serait pas là je pense, à la base. »

P7 : « j'ai eu de la chance, on ne m'a jamais dit que je ne pourrais pas faire quelque chose car j'étais une fille »

« j'ai été élevée de la même manière que mes frères, on pouvait faire la même chose, je ne me suis jamais sentie limitée du fait de mon genre »

« mes parents partageaient les tâches, mon père faisait le ménage, la vaisselle, ma mère le repassage » `

Représentations sociales, un métier difficile

Les internes ont souvent l'impression que les gens ne mesurent pas la pénibilité du travail, et ceux qui s'en rendent compte, trouvent ça souvent « trop difficile », parfois sous-entendu « trop difficile pour une femme ». Certaines dénoncent ce qui leur semble être un cliché : pour une femme être médecin oui, mais pas obstétricien ou chirurgien. Elles ne sont pas d'accord avec ces à-priori. Oui elles pensent que c'est un métier difficile, mais ne comprennent pas pourquoi en tant que femmes elles ne seraient pas capables de le pratiquer. Elles se demandent même si ce n'est pas cela qui les attire justement, le goût du « dépassement de soi ».

P3 : « même quand tu fais médecine que ce soit moi dans ma famille, ou chaque fois que tu croises les gens : « ah oui c'est bien parce qu'il y a pleins de portes, pour une femme c'est bien » et puis après quand tu dis que tu vas faire une spécialité « ah bon pour une femme ce n'est pas trop dur ? ». Je ne sais pas si toi tu as eu ce genre de question mais moi j'en pouvais plus quoi » « Pourquoi ce serait plus dur pour une femme ? Moi je gère très bien même les gardes ce n'est pas un problème. »

P5 : « c'est une spécialité qui est vraiment difficile. Après, je ne sais pas qu'elle est la raison pour laquelle on fait cette spécialité, pourquoi on est attiré par ça, parce que l'on sait tous, on choisit en connaissance de cause. Peut-être c'est le goût du dépassement de soi »

P6 : « je pense que la famille ne se rend pas toujours compte, quand je dis « je suis de garde tel jour, tel jour, tel jour... » ils se disent « ah oui quand même ! » mais ils ne se rendent pas compte. »

P7 : « par contre un jour le cardiologue de ma mère m'a dit « obstétricien, ça va pas ! faut pas faire ça, les obstétriciens à 50 ans ils sont blasés, épuisés, c'est trop difficile comme métier »

2.2.2 Pendant l'internat, les relations aux « supérieurs »

Modèles (et contre-modèles)

Lorsque l'on discute « modèles », on en retrouve de tous les styles : le modèle auquel on ne s'identifie pas car il est complètement idéalisé, le modèle que l'on admire mais avec qui on ne partage pas les mêmes valeurs, le contre-modèle « fou », le modèle de femme hospitalo-universitaire « normale »... Les modèles d'identification les plus forts sont finalement des femmes à peine plus âgées que nous (CCA ou MCU), qui se révèlent être mentor. Et les

meilleurs modèles sont des modèles d'équilibre, pas forcément d'élitisme. L'identification au modèle leur paraît plus difficile si c'est un homme lorsque l'on est une interne femme, notamment du fait de la gestion de la vie privée, et des enfants.

- non identification : le PU idéalisé

P2 « Le Pr X arrive à faire tout ça lui. Ça à l'air facile pour lui (rires) et du coup il est à la fois pédagogue, à la fois sur le terrain, à la fois bon dans la recherche, (...). Pour moi c'est le modèle du PU parfait qui arrive à gérer un service de (beaucoup) d'accouchements, qui arrive à publier, qui arrive à être proche de ses internes. »

- le modèle avec qui on ne partage pas les mêmes valeurs : « dédie sa vie à l'hôpital »

P1 : « Le semestre dernier j'étais avec Pr X et lui c'est typiquement l'hospitalo-universitaire qui opère hyper bien et qui publie toutes les semaines quasiment j'ai l'impression. Donc lui c'est tout à fait le genre de personnage, qui en plus est sympa et intègre (ce qui n'est pas le cas de tout le monde) qui force l'admiration. Mais je vois aussi que c'est difficile de parler d'autre chose que de médecine avec lui donc ça c'est quelque chose qui est un peu gênant d'une certaine façon, pour moi. »

- le contre modèle « fou »

P1 : « je suis passée chez Pr Y et là il est juste... il est complètement fou ; moi j'ai l'impression qu'il faut quand même être un petit peu fou pour faire une carrière hospitalo-universitaire ou il faut, je sais pas, avoir un certain (...) grain de folie, une certaine personnalité. Il faut en vouloir quoi ! »

- modèle d'hospitalo-universitaire femme « normale »

P1 : « Pr X (femme) qui elle est une personne qui est tout à fait normale qui pour moi a changé un petit peu mon modèle, parce que c'est une femme qui a énormément de classe, qui est très à l'écoute de tout le monde en fait et qui a bien réussi, qui a une famille et c'est sûr ça force le respect. Elle c'est une belle rencontre pour moi. »

P5 « Je m'identifie plus facilement en tant que modèle (aux femmes), je pense qu'il y a deux ou trois personnes qui m'ont laissé penser que c'était possible car en voyant à quel point ces femmes étaient capables de tout mener et qui semblaient (on n'est pas dans l'intimité des gens) mais qui semblaient tout mener de front, je me suis dit en un moment que c'était possible, que c'était quelque chose de chouette et réalisable. »

- modèle d'identification le plus fort : des femmes à peine plus âgées que nous (CCA ou MCU), aussi modèle d'équilibre et parfois mentor

P6 « Oui comme modèle il y a clairement une personne c'est X. C'était ma chef quand j'étais en premier semestre et c'était un modèle et aussi un mentor en fait. Je trouve qu'elle est épanouie dans ce qu'elle fait. (...) C'est un modèle car je vois que cette fille est heureuse dans ce qu'elle fait, elle m'a donné envie. Après c'est aussi un mentor parce que finalement c'est elle qui m'a poussée, qui m'a dit « va plus loin, fais ceci, ne fais pas cela, je te conseille de faire ça » pour moi c'est un modèle accessible. Elle est jeune mais en même temps elle est MCU-PH. Je trouve que c'est un modèle d'accessibilité (...), un modèle d'équilibre. Elle a une vie de famille, elle a des enfants, je me retrouve vraiment en elle. Son histoire de vie et son histoire de carrière ça m'a rassurée aussi. Je me suis dit que ce n'était pas complètement impossible. »

P7 « comme modèle oui, il y a une CCA, Y, elle est impressionnante », « elle a un parcours universitaire exemplaire, a su tôt ce qu'elle voulait faire, a fait le M2, la thèse de science, sait où elle va, et par ailleurs est quelqu'un d'humain, avec un bon relationnel »

- modèle d'équilibre, pas forcément universitaire

P4 « J'ai rencontré plusieurs personnes qui ont trouvé leur chemin et qui ont trouvé un équilibre dans ce qu'ils étaient et tu te dis que toi il faut que tu fasses un peu la même chose aussi. Ce sont des gens qui m'ont inspirée. c'est sur leur équilibre en fait. C'est par tellement sur ce qu'ils faisaient, c'était parce que d'une certaine manière, ils avaient trouvé leur propre équilibre. »

- relation interne femme - PU homme

P5 : « actuellement les gens que l'on pourrait considérer comme des mentors ce sont nos PU et ce ne sont quasiment que des hommes. Je n'ai pas eu affaire durant mon internat à des PU femmes. L.B. : C'est plus difficile de s'identifier à un homme qu'à une femme ? P5 : Ce n'est pas que c'est plus difficile, je pense que les choix de vie ne sont pas exactement les mêmes. Il reste quand même ancré une certaine différence entre les hommes et les femmes et toujours par rapport à cette histoire d'enfants, je pense. »

P7 : « peut-être comme on ne voit que des chefs de services et PU masculins pendant l'internat, pour eux finalement c'est une norme, ils ne se posent même pas la question »

« oui c'est peut-être plus facile la relation entre un interne masculin et un PU masculin qu'une interne féminine et un PU masculin, j'ai du mal à l'expliquer », « peut-être elles s'identifient moins à un PU masculin »

Mentor - politique - réseaux

Les femmes interrogées identifiaient très rarement un mentor, malgré souvent leur internat bien avancé, sans en sous-estimer l'importance pour autant. Elles évoquent toutes l'importance du réseau, et la dimension politique des nominations. Le mentor leur apparaît comme un élément clé dans la réussite d'une carrière universitaire. Elles en sont même surprises, elles ne se doutaient pas de cet aspect au début de leurs études. Certaines ont l'impression que les internes hommes sont plus « fidèles » à leur mentor, et vice-versa. Leur champ lexical les concernant mêle guerrier et affectif : ils ne « faiblissent pas », « persévèrent », montrent leur « investissement », leur « attachement » à leur mentor. Les hommes sont « surs d'eux », et trouvent des mentors qui les « épaulent ».

P1 : Le mentor « c'est aussi beaucoup des contacts finalement. Donc, le mentor aide à avoir accès à d'autres personnes derrière. Le réseau, oui. Je ne pensais pas que ça avait un impact en médecine pour être franche mais bon ben... (rires) »

P2 : « Qui est ton mentor, qui te soutient dans ta carrière, à quel endroit tu vas faire ton clinicat, etc... Je pense que c'est particulièrement important dans la carrière hospitalo-universitaire d'être soutenu, entre guillemets, par les bonnes personnes. »

P3 « Après il y aussi le côté un peu politique dans le fait d'être nommé PU. » « Pour commencer je pense que c'est indispensable d'avoir un mentor, quelqu'un que tu admires et qui va être motivé par tes projets et voilà, avec des projets intéressants en commun. Je ne connais personne qui a réussi, ou en tout cas que l'on avait l'impression qu'il allait réussir sa carrière universitaire et qui n'avait pas eu en un moment de sa vie un mentor qui avait le même genre de parcours quoi. »

P4 « J'ai l'impression qu'il y a une part de manipulations, c'est très politique, il y a beaucoup d'arrangements les uns avec les autres, il faut être « bien », se faire bien voir. J'ai trouvé ça très particulier. Il y a des histoires de coup bas, j'ai l'impression qu'ils sont dans leur petit monde. »

P4 « Et oui je pense qu'il est important d'avoir un tuteur, un mentor justement, quelqu'un avec qui ça colle. En fait, je pense que l'on a tous besoin de quelqu'un comme ça. Pour nous guider dans une voie universitaire, ou juste nous guider sur une voie tout court. »

P5 « Je pense que certains étudiants ont vraiment le couteau entre les dents et qu'ils sont énormément aidés et soutenus dans la quête de l'article, dans la quête de la

publication, tout ça. Moi ça n'a pas été particulièrement le cas mais j'ai rencontré des gens qui ont été de bon conseil. »

P5 « Je crois que « les poulains » masculins, que les internes hommes déchantent moins souvent. Ceux qui veulent faire une carrière hospitalière depuis le départ, s'y tiennent. Je n'ai pas l'impression d'avoir rencontré des internes hommes qui ont un désir de faire une carrière hospitalo-universitaire, qui font ce qui faut, et qui déchantent. Du coup, forcément, si on réfléchit un peu autour de nous sur les prochaines personnes qui devraient prochainement être nommées c'est des hommes et c'est aussi des gens qui n'ont pas faiblit entre guillemets, qui ont montré régulièrement leur investissement et leur attachement à leur mentor, ce qui fait que du coup ils sont restés des poulains. »

P8 « Je pense qu'il y a deux aspects politiques en fait : la nomination c'est un aspect purement politique dès le départ, si tu n'es pas aimé par ceux qui vont faire le CNU ça peut être très compliqué pour toi, tu peux avoir un frein directement à ta carrière et après pour avoir un plus grand nombre de publications, c'est plus facile quand tu es aidé par justement ces personnes-là qui savent publier. J'ai l'impression parfois que quand tu es dans une équipe qui publie beaucoup, même si tu n'as pas complètement participé à l'étude, ton nom va être mis dans l'étude, parce que tu fais partie de l'équipe et parce que tu fais partie d'un corps en quelque sorte. Pour moi, tu as un effet politique direct et un effet politique indirect en fait par les publications. »

Discriminations ressenties

La plupart des femmes interrogées ont rapporté avoir ressenti des discriminations liées à leur sexe, de différents registres. Elles évoquent la difficulté d'être une femme interne, amenée à prendre des décisions et à donner des ordres, au sein d'une équipe paramédicale (aide-soignantes, infirmières) et médicale (sage-femmes) à grande prédominance féminine. Elles décrivent aussi un « sexisme ordinaire » de la part de leurs supérieurs masculins. Certaines internes nous livrent des anecdotes entendues à l'hôpital autour de ce que l'on attend d'une femme, notamment dans la sphère domestique (s'occuper de la maison et des enfants). Par ailleurs, elles évoquent la réaction (parfois négative) des universitaires chefs de service au projet de grossesse de leurs internes ou chefs de clinique féminines. Elles trouvent cela injuste.

P1 : « en gynéco particulièrement, où on est un monde de femmes, un homme c'est plus simple tout simplement parce que avec les sages-femmes ça passe mieux, avec tout le personnel paramédical ça marche mieux. »

P2 : « c'est une spécialité qui nous amène à travailler avec un service 90 % féminin ; on le ressent quand on a des co-internes masculins. (...) Moi j'ai particulièrement ressenti la différence. Je pense que c'est très inconscient de la part des équipes mais je pense que c'est plus facile de s'intégrer et d'être respecté quand tu es un homme. »
« j'ai déjà entendu des collègues sages-femmes parler d'un collègue homme en disant « lui il est brillant », par contre, je n'ai jamais entendu une sage-femme disant d'une collègue féminine « elle, elle est brillante ». (Rires.) »

P3 « en premier semestre j'ai eu un chef, mec, qui disait « de toute façon tu finiras par faire de la PMA, tu termineras à 16 h 00 et puis tu vas faire des chiards ». Vu que j'étais mariée, c'était ça » « Avant de commencer l'internat j'étais allé voir un chef de service d'ORL, et qui m'avait dit clairement « ne prenez pas telle ou telle spécialité, vous voulez avoir des enfants ? et si vous voulez avoir des enfants, et bien il ne faut pas prendre ça ». Voilà, clairement en mode si jamais tu as des enfants donc ça veut dire que tu ne pourras pas faire une spécialité difficile parce qu'il faut que tu les élève. Donc voilà, prends un truc un peu tranquille quoi. »

P1 : « Après j'ai déjà pas mal entendu l'histoire de chefs de service qui demandent à leurs futures chefs de clinique de ne pas tomber enceinte pendant leur clinicat, ce qui est complètement illégal. » « Je trouve ça hyper scandaleux. C'est-à-dire que clairement, même si la fille est plus compétente que l'homme, ils choisiront l'homme parce que l'homme ne risque pas de tomber enceinte pendant son clinicat ».

P4 « Moi c'est surtout avec un lui (Pr X) que j'ai ressenti de la discrimination parce que lorsque j'ai commencé à parler de mon poste de chef il s'est clairement intéressé à ma situation personnelle, avec la potentialité que je fasse un gosse ou pas pendant mon clinicat. J'étais dans une relation à distance et il m'a dit clairement que cela l'arrangeait comme ça je ne ferais pas de gosse pendant le clinicat. »

P6 « Je pense que c'est toujours un peu compliqué les congés mat. C'est un peu compliqué de l'annoncer. Je ne suis pris des remarques quand je l'ai annoncé. Après je sais que si je veux un troisième enfant je n'irai pas le faire pendant mon clinicat, j'attendrais la fin du clinicat »

P7 « les chefs de service qui te demandent de ne pas faire d'enfants pendant ton clinicat c'est débile, c'est une aberration, de toute façon c'est pas interdit par la loi on peut pas t'en empêcher, mais c'est vrai ça existe »

P8 « A l'accession à des postes de chefs de clinique, si. Là oui, j'ai des expériences de, soit tel chef de service on sait qu'il ne prend jamais de femmes, soit le chef de service aurait dit « tiens, vous êtes enceinte, vous en voulez un autre, parce que c'est un petit peu embêtant ». Ca clairement je l'ai entendu. »

Devoir s'affirmer : être une femme dans un « milieu d'hommes »

Il est intéressant de noter à quel point les internes emploient un champ lexical guerrier pour qualifier les femmes qui ont réussi à intégrer une carrière universitaire. On est vraiment dans l'ordre de la bagarre, avec l'idée de « se battre contre les hommes », et de « devoir s'affirmer ». Elles décrivent d'ailleurs certaines femmes qui ont adopté des attributs masculins, assimilant ses codes et ses valeurs (et finalement pour certaines en devenir sexistes...), pour « s'imposer » dans leur métier.

P1 dit ne pas vouloir être HU mais « je le serais presque plus maintenant qu'avant mais... parce que je sens que je peux me faire embarquer (rires) mais ça n'a jamais été vraiment...mais je ne me battra pas. Ce sera vraiment selon les opportunités. »

P1 « je pense que celles qui sont arrivées à faire les deux, je leur tire un peu mon chapeau parce que déjà pour leur dire qu'elles se sont battues un petit peu contre les hommes et que ça a été admirable »

P3 « Pr Z (femme) parce qu'elle est très forte dans un domaine très très particulier et puis c'est une femme donc forcément on se dit qu'elle a dû plus s'imposer. »

P4 « Je pense que lorsque tu es une femme cela demande plus d'efforts pour t'affirmer, que c'est moins inné que chez un homme. Il faut montrer que tu es motivée, certes tu as ta famille, mais il faut que tu sois disponible en fait, vraiment. »

P3 : « cette femme chirurgien, de 64 ans, qui s'est battue pour un poste de chef, alors que c'est pareil elle avait eu une réflexion du chef de service auquel elle demandait un poste qui lui dit « pourquoi vous voulez être hospitalière ma petite ? ». Elle la décrit comme étant « très très sexiste, c'est une femme mais elle est très sexiste, très misogyne. Dès que tu es une fille, tu pars avec un handicap avec elle, alors qu'avec un mec elle va être tout de suite elle va être tout sucre, tout miel. Les nanas c'est un vrai problème pour elle, tout le monde le dit. » « Elle a des traits très masculins ». « mais j'ai aussi une admiration pour cette nana qui s'est battue à une époque où ça ne courait pas les rues d'être une femme chirurgien quoi. »

2.2.3 La vie personnelle

Le projet parental - une période charnière

Les internes interrogées pensent souvent que les médecins hommes sont moins impactés par le projet parental. Cela changerait moins leur trajectoire, de par les faits (pas de grossesse/ congé maternité, moins de gestion des enfants) mais aussi car se « projetteraient » moins, du coup se poseraient moins de questions. Elles disent que par le discours qu'on leur a tenu à la

fois dans l'enfance, puis pendant les études de médecine, enfin par le discours sociétal tout simplement, une femme « se doit » de prendre du temps, plus de temps que l'homme pour le projet familial. Elles n'y pensaient pas forcément lorsqu'elles étaient plus jeunes, mais lorsque le projet parental apparaît, le plus souvent entre 25 et 35 ans, et donc au moment du choix de carrière, elles ont l'impression que leurs choix ne se font pas dans la même liberté que celle des hommes. Par ailleurs, le moment même de la maternité, lorsqu'elles ont un enfant, change aussi parfois leur perspective. Elles « découvrent » que c'est réellement important pour elles d'avoir du temps pour leur famille, pas que par injonction sociétale, mais parce qu'elles en ont le désir propre.

P2 « C'est beaucoup lié à l'éducation, même depuis la petite enfance, on nous a un peu toujours dit qu'il fallait, quand tu étais une femme, avoir du temps pour tes enfants, et je pense que c'est très inconscient tout ça et du coup la voie est plus libre pour les hommes qui se posent moins la question de prendre du temps pour leur famille. »

P3 (qui a un enfant) : « Sans forcément vouloir être mère au foyer j'ai quand même envie de profiter des enfants que j'aurai (...) Et j'ai un peu fait une croix sur l'hospitalo-universitaire à cause de ça. Parce que pour moi ce n'est pas possible d'avoir une vie de famille épanouissante, à mon sens, et être un vrai hospitalo-universitaire qui fait son taf comme il faut quoi ! »

P3 « Les baby-sitters sont un peu mes meilleures amies, surtout pour l'emmener à la crèche le matin. Le soir, ça va, j'arrive à me débrouiller....mais bon c'est sûr que ça joue beaucoup. Ça joue beaucoup sur ce que je ferais plus tard. Il est évident que ça change les choses quoi. »

« Après, oui, c'est sûr, avoir un enfant ça a changé beaucoup les choses parce que ne pensais pas que ça me dérangerait tant de ne pas être là le soir quand je suis en garde... Je suis devenue beaucoup plus sensible sur ce sujet-là alors que je pensais que je m'en foutrai quoi ! Je ne suis pas là le soir, ce n'est pas grave, ce n'est pas dramatique mais oui ça me fait quand même quelque chose. »

P4 « Je crois qu'ils (les hommes) pensent moins à tout ça. Ils ne se posent pas la question « quand je serais enceinte, si jamais je suis arrêtée plus tôt et si jamais je ne peux pas, si jamais je veux continuer à allaiter, etc... » En fait, eux ils n'ont pas ça comme questions à se poser c'est j'aurai un enfant, de toutes façons c'est ma femme qui va l'attendre, pendant 9 mois je continue ma vie... c'est peut être une fois qu'il est là qu'ils commencent à s'organiser un peu plus. Je pense qu'avant ils se projettent moins. »

P5 « Je pense qu'à 25 ans, que l'on soit homme ou femme, quand on est en médecine, on n'a pas forcément un projet de famille, un projet d'avoir un enfant mais quand on

arrive à 30 ans un peu plus. Du coup pour les hommes cela ne change pas grand-chose, du moins j'en ai l'impression, alors que pour les femmes il y a l'horloge biologique qui fait que ça change un peu »

P5 « parce que le fait d'avoir des enfants tu sais que ça va te ralentir dans ta progression, que tu vas quand même avoir la charge de ces enfants à venir et que ça ne va pas forcément ensemble. Quoiqu'il arrive, même si les hommes s'occupent de plus en plus des tâches quotidiennes, des tâches ménagères et des enfants, je pense qu'un médecin homme arrivera plus à se détacher de tout ça qu'un médecin femme. »

P6 « Je pense que lorsqu'on est jeune on a tous envie de faire une carrière universitaire et tout ça et quand on vieillit et qu'on a des enfants qui grandissent, les envies changent et qu'on a plus envie de se poser. »

P7 « le fait que cette période (devenir HU) pour une femme tombe à un moment où souvent elle a 30 ans, elle est en couple depuis longtemps, elle veut des enfants, c'est sûr c'est compliqué »

P8 « c'est juste l'envie d'être avec ma fille ou mes futurs enfants »

P8 « Probablement qu'eux (les hommes) n'entendent pas quand on dit « je veux faire une carrière hospitalo-universitaire » ils n'entendent pas le retour « comment tu vas faire avec tes enfants ? ». C'est des questions qui ne se posent jamais en fait pour eux. »

Le conjoint « aidant », la répartition des tâches, la charge mentale

Les internes qui vivent en couple se réjouissent lorsque leur conjoint est « moderne », tout en utilisant un vocabulaire laissant penser qu'il y a une normalité à ce que la femme s'occupe de la sphère domestique. Elles disent avoir de la « chance ». Il leur paraît très difficile de réussir sans un partenaire qui les soutient et leur permet de se « décharger » un peu des tâches du quotidien, ou du moins de répartir la « charge mentale ». Le conjoint apparaît alors comme un vrai facteur de réussite, soutien ou frein. La répartition des tâches ménagères et la gestion des enfants restent un débat dans le couple, même chez les plus « égalitaires », et certaines regrettent d'en faire toujours un peu plus que leur conjoint. Il semble que plus leur conjoint s'occupe des tâches domestiques et des enfants (sans s'en plaindre), plus les internes interrogées se sentent capables de faire une carrière universitaire...

P1 « Je sais que mon conjoint sera plutôt aidant dans ce cadre-là. J'ai la chance d'avoir quelqu'un qui est très très moderne. Donc c'est aussi un petit peu plus facile comme ça. Après, il faut avoir avec soi quelqu'un qui est un petit peu aidant sinon

c'est compliqué. Si on prend le modèle archaïque de la femme qui doit rester à la maison pour élever les enfants, ce n'est pas possible. » « j'ai énormément de chance parce que c'est moi qui fait le moins à la maison des deux donc j'ai bon espoir. »

P5 « Ce n'est pas la question pour mon conjoint car il est vraiment très aidant, il fait déjà beaucoup beaucoup de choses à la maison et je pense qu'il s'occuperait du problème des enfants »

P4 « Pour moi il est important d'avoir vraiment quelqu'un de compréhensif à côté, qui est prêt à dire « elle a besoin de ça pour s'épanouir, je le comprends, voire même je gère un peu plus le quotidien pour elle et s'il faut absolument qu'elle parte pour habiter n'importe où, on y réfléchit à deux mais je suis prêt à changer de boulot. Il faut avoir quelqu'un à ses côtés et je pense que c'est valable pour les hommes comme pour les femmes, ce n'est pas une question de genre. Je pense qu'il y a encore beaucoup d'hommes qui ne supportent pas que leur femme ait une profession soit qui gagne plus soit une profession plus élitiste entre guillemets. Pas chez tout le monde mais je pense qu'il reste encore de ça. Moi je l'ai vécu. »

P3 « c'est quand même plus la femme qui va aider pour les devoirs, c'est la femme qui va faire ci, qui va faire ça. Moi je le vois, même au quotidien, même si j'ai un mari qui aide énormément et qui fait certains jours beaucoup plus que moi, parfois j'ai l'impression que cela ne lui semble pas normal qu'il fasse un peu plus que moi ou qu'il fasse autant que moi.(...) il a du mal parfois à comprendre ça parce que pour lui ce n'était pas le schéma familial qu'il avait et ce n'est pas le schéma familial que les gens ont en tête même, la plupart du temps. »

P6 C'est un peu compliqué, le matin c'est lui qui gère et le soir il y a la nounou à la sortie de la crèche. C'est un peu compliqué, heureusement qu'il n'est pas en médecine et qu'il a des horaires sympas.(...) il arrive à arranger ses horaires, à commencer plus tard pour s'occuper des filles le matin et être disponible les soirs où je suis de garde. Pas de souci (...) mais on va dire qu'il accepte de moins en moins avec le temps, avec les deux enfants, c'est plus les gardes qu'il accepte moins que le fait de devoir s'en occuper tous les matins. Les gardes et les week-ends. »

P7 « moi je pense qu'il y a des moments, parfois c'est la carrière de l'un qui passe en premier parfois celle de l'autre », « ça c'est ce que tu penses toi, mais ton conjoint, qu'est ce qu'il en pense ? » « hum, on n'en a pas trop parlé en fait... »

Le soutien familial « élargi »

L'aide matérielle et le soutien moral de la famille au sens large (parents, fratrie), au moment d'avoir des enfants notamment paraît être un plus.

P8 : « je pense que ce qui est aussi avantageux pour nous c'est que l'on a nos deux familles qui sont aussi très présentes, à qui on en a parlé et qui nous ont dit qu'ils

nous aideraient. J'ai une sœur qui a fini sa thèse de droit, mais cela faisait 8 ans qu'elle était en thèse, donc en fait ce sont des problématiques qui sont déjà en cours dans la famille. C'est quelque chose que les gens comprennent bien. Finalement la famille, elle n'est pas qu'au niveau du couple plus nos enfants, elle va être un peu élargie, on met tout le monde dedans finalement. »

2.2.4 Aspirations professionnelles

La clinique en priorité, être un « bon médecin »

Pour la plupart des internes interrogées, la clinique est véritablement primordiale. Être bon dans l'exercice de son métier de médecin est la priorité, et la raison pour laquelle certaines veulent être chef de clinique sans forcément aspirer à être universitaire après, afin d'être formées dans des centres universitaires. Elles veulent à la fois une bonne formation initiale, mais aussi « rester à jour » dans leurs connaissances et compétences tout au long de leur carrière, c'est cela qui les attire dans l'exercice hospitalier.

P1 « quand tu es chef de clinique, globalement tu as accès à des endroits qui sont quand même un peu plus prestigieux, où on te laisse faire un petit peu plus et où l'apprentissage tout simplement aussi pratique est meilleur. Moi c'est plus ce côté-là qui m'attirait parce que j'ai envie d'être bonne dans mon métier en fait. »

P3 « Et puis je pense que plus le temps passe je me dis que j'aimerais bien faire mon post-internat et puis après avoir un cabinet et être attachée dans un hôpital pour garder le pied dans la formation continue, en contact avec les internes, avoir un recrutement de patients intéressants, faire de l'obstétrique et pas m'encroûter dans mes vieilles pratiques, comme on peut le voir parfois quoi. » « je n'ai pas envie d'être complètement à côté de la plaque. Le but c'est quand même de donner les meilleures chances aux patientes. »

P8 « je ferai en sorte d'avoir toujours un bon niveau clinique. Je suis assez perfectionniste, du coup si je sens que si je ne suis pas assez bonne en clinique, je chercherais toujours à m'améliorer. »

L'année de master 2 : initiation à la recherche mais aussi ouverture à de nouveaux horizons et à l'activité libérale

On s'aperçoit que les motivations pour réaliser un master 2 sont diverses, et ne se résument pas à une première étape pour être hospitalo-universitaire. Les internes décrivent certes un intérêt scientifique, mais sont aussi à la recherche d'un changement de rythme, et d'une

découverte de nouveaux horizons. Elles sont nombreuses à déplorer un manque de temps pendant l'internat et sont contentes de faire une « pause » dans ce rythme effréné (gardes, fatigue, travail universitaire...). L'expérience est très positive pour la plupart (sauf une, essentiellement à cause de problèmes d'encadrement et personnels). Au final pour celles qui l'ont accompli, l'année de master 2 a été une année de découverte de l'activité de recherche et aussi celle d'un « autre possible », loin de l'élitisme hospitalo-universitaire. La plupart des internes font des remplacements pour gagner leur vie lors de cette année, débutant une activité libérale qui se révèle vecteur d'épanouissement méconnu. Elles découvrent qu'elles peuvent à la fois y voir un intérêt intellectuel, avec une relation au patient particulière, qui les attire, et à la fois leur permettre de mieux organiser leur temps de travail, avec la possibilité de ne pas faire de garde (moins de pénibilité/fatigue) tout en ayant un salaire tout à fait convenable. Cela semble influencer clairement sur leur choix de carrière.

P2 « ça m'intéresse. Il y a l'intérêt vraiment scientifique, (...) voir comment ça se passe de l'autre côté et puis il y a aussi effectivement l'intérêt au niveau de la carrière parce que c'est hyper intéressant. »

P5 « C'était très intéressant, c'était assez rigolo car ont été à moitié médecins, à moitié scientifiques, du coup les médecins étaient autour de la trentaine comme moi et les scientifiques, en master 2, avaient 23 ans. Il y avait un mélange entre les deux générations et en même temps c'était intéressant parce que l'on avait tous des points de vue différents. Je trouve que c'était une formation qui était enrichissante de ce point de vue-là. C'est intéressant de pouvoir discuter avec des gens qui ont une autre vie que la nôtre. »

P5 « C'était très bien pour moi par rapport au rythme parce que ça reste un rythme qui est moins soutenu que l'internat, avec des horaires de bureau et même s'il y avait beaucoup de travail, par rapport aux traitements des résultats, par rapport à la réflexion sur les expériences, tout ça, je ne le faisais que lorsque j'étais au bureau ou au laboratoire. Je ramenaï que très rarement du travail chez moi. (...) C'était salvateur de pouvoir se poser, de pouvoir se rendre compte qu'en fait on peut rentrer chez soi sans être exténuée à 21 heures, qu'on peut aller dîner chez des gens et ne pas s'endormir sur le canapé à 22 heures, que l'on peut retrouver une vie sociale un peu plus simple. Que l'on peut à nouveau se rendre disponible pour les gens, appeler sa famille, appeler ses amis. Ce genre de choses. Je sentais vraiment que j'avais besoin de faire une pause. »

P5 « Du coup ça m'a permis de voir que l'hôpital il n'y avait pas que ça, qu'il faut un peu se dissocier des patients, de ses occupations hospitalières et de la quête

toujours de l'excellence... Je pense que lorsque l'on est interne, pour certains d'entre nous en tout cas, on est dans un système où on a l'impression que si on s'en va l'hôpital ne va plus tourner et on est toujours poussés, par rapport à nos travaux universitaires, à faire à côté la quête de l'article, la quête du recueil des données, tout ça... Je pense que ça m'a fait prendre pas mal de recul par rapport à tout ça et c'était assez bénéfique pour moi, pour mon couple, pour mes amis. Je pense que je leur ai montré que j'étais aussi quelqu'un qui pouvait prendre soin d'eux aussi de temps en temps. »

P5 « le master 2 permet aussi de faire un petit peu de libéral, de faire des remplacements. On a une mauvaise idée de cela quand on est interne parce que l'on est formé dans de grosses maternités, notamment à Paris ou c'est pratiquement que du niveau 3 et en fait quand tu vas voir ailleurs, tu peux voir que les gens peuvent avoir une vie différente et pas moins bien que les gens qui travaillent à l'hôpital, en tout cas pas moins épanouissante sur le plan professionnel. »

P6 « On m'aurait demandé il y a deux ans, j'aurais dit que je serais à l'hôpital et je me voyais complètement universitaire et à l'hôpital et depuis que je fais des remplacements, cela fait deux ans maintenant, ça dépend de ce que l'on va me proposer à l'hôpital. Concrètement je me verrais bien dans une sorte de mi-temps hôpital-ville, praticien attaché. (...) Comme je passe au même endroit depuis 2ans, je commence à avoir un contact avec les patientes que je trouve vraiment sympa. Mais c'est vrai qu'il y a les horaires, la régularisation de l'emploi du temps, il y a aussi l'aspect financier; si on est PH à l'hôpital, si on est universitaire c'est un peu différent, mais si on est PH voilà ! L'aspect financier pendant l'internat était important. Et du coup, il n'y a pas de garde et même s'il ne met pas de frein, mon mari clairement préférerait que je sois en libéral. »

P6 « C'est à la fois une bonne année parce que l'on apprend plein de choses, c'est sûr, mais aussi c'est une coupure pendant l'internat et ça fait du bien. Quand je décris mon master 2, au début je dis, je le fais parce que l'on m'a demandé de le faire pour mon poste de chef de clinique, initialement c'était ça, ensuite je me suis dit je le fais parce que ça va me faire une année un peu de pause et après je le fais aussi parce que vraiment ça m'intéresse. Le trait d'union sur l'année de master a été comme ça. »

P8 « Je me suis arrêtée pour un master 2 une année, une année qui a été très bénéfique pour moi à la fois sur le plan du rythme, parce que cela me permettait aussi d'avoir un autre rythme que pendant l'internat, et à la fois sur le fait de reprendre des études, dans une salle de classe, avec des professeurs stimulants, des camarades de classe, c'était vraiment très bien. Et le labo ça m'a vraiment passionné aussi parce que j'étais en grande autonomie, j'ai pu apprendre à faire plein de

manipulations, plein de gestes super intéressants et aussi savoir m'organiser, faire une étude de A à Z en fait. »

La carrière universitaire : une idée d'excellence

Les internes interrogées ont, pour la majorité, une idée d'excellence de la carrière hospitalo-universitaire. Lorsqu'elles décrivent les qualités que doit avoir un bon PU-PH, elles sont extrêmement exigeantes. Il se doit d'être un être humain empathique, à l'écoute, très disponible mais aussi ferme et ambitieux. Il doit être sérieux, parfait clinicien, à jour dans ses connaissances, bon chercheur, et enseignant pédagogue. A les écouter, il s'agit d'un métier sacerdoce, qui nécessite qu'on y investisse énormément de temps et d'énergie, et ceux qui le pratiquent doivent être totalement dévoués à leur travail. Les PU-PH doivent être « exemplaires ». D'ailleurs elles n'ont pas d'admiration pour ceux qui délaissent la clinique ou l'enseignement au profit du prestige de la recherche ou du management. Elles ne sont pas naïves, et sont bien conscientes que certains font une carrière universitaire pour diriger des services, ou pour leur ego, mais cela ne leur semble pas être souhaitable. Comme dit plus haut, la clinique en priorité, puis la recherche et l'enseignement, enfin le management.

P1 « (un PU c'est) quelqu'un qui est totalement dédié à son métier finalement parce que (hésitations) c'est difficile de pouvoir faire autre chose à côté si on est hospitalo-universitaire, enfin pour moi. Il faut être très polyvalent, ça c'est sûr, et (soupir) c'est quelqu'un qui doit avoir des connaissances solides et qui malgré tout après, en pratique, doit aussi tenir la route. Pour moi c'est l'ensemble que me semble un petit peu difficile à obtenir. »

P2 être un bon HU c'est « être pédagogue, vouloir dédier beaucoup de temps à l'hôpital et savoir écrire des articles mais ça je pense que ça s'apprend, probablement.

« savoir ménager son temps entre les patients, la recherche et l'université et les cours pour ne pas perdre complètement pied, (...) car finalement ne faire que de la recherche clinique ce n'est pas bon non plus car je pense qu'il faut se rappeler aussi comment c'est sur le terrain. »

P3 « je ne veux pas être, comme beaucoup de médecins, qui au final font plus de recherche que de clinique. » un HU doit : « prendre des risques » « ne pas avoir peur du changement » « il faut avoir une certaine ambition, il faut être quelqu'un d'ambitieux, il faut être un petit peu orgueilleux, mais ce n'est pas toujours un mal. »

« hyper sérieux parce qu'il faut être très régulier dans sa recherche bibliographique, il faut se tenir au courant de tout. » « un peu touche à tout ».

P4 « Il faut être quelqu'un de curieux, de motivé mais aussi être quelqu'un de très pédagogue et qui sait se rendre disponible pour les projets qu'il encadre. »

P4 « J'ai également vu beaucoup de PU qui étaient dans leur truc de recherche et qui du coup n'étaient plus quasiment sur le terrain. Et quand tu veux aborder avec eux des choses du terrain, que tu as des soucis, ils sont dans leur sphère. Et je me dis, non je n'ai pas envie de ça. »

P5 « J'ai l'impression qu'il faut vraiment être très très disponible tout le temps pour ces projets universitaires, avoir une rapidité d'écriture, une volonté d'écrire assez conséquente et arriver à mener de front à la fois notre travail clinique et le fait de pouvoir écrire beaucoup d'articles, de pouvoir s'investir. Pour devenir PU il faut quand même avoir un nombre de publications assez conséquent, pas n'importe quelle publication, dans des journaux d'excellence, donc un engagement universitaire et un engagement à l'international conséquents. »

P5 « ce sont des gens qui sont justes, qui sont diplomates, qui sont empathiques et qui sont capables d'être soutenant avec leur équipe. Je trouve que ça ce sont des qualités qui sont importantes pour le PU parce qu'il représente un peu le service et il se doit d'être exemplaire et d'être soutenant pour son équipe. »

P6 « c'est de se mettre toujours d'actualité dans tout ce qui se passe dans notre spécialité, c'est avoir un intérêt pour tout. »

P6 « Je trouve que les mythes des PU-PH dans leur bureau, que l'on ne voit pas beaucoup, ce n'est pas vraiment à ça que je voudrais aboutir si je fais de l'universitaire. Je ne veux pas ressembler à ça »

P7 « on ne peut pas être HU juste pour être chef de service, ça demande trop d'implication » « c'est important que le PU-PH ait un pied à l'hôpital, qu'il soit clinicien, pas qu'il fasse juste de la recherche ou de l'enseignement »

P8 « Déjà du doit d'abord être un bon clinicien, tu ne peux pas être un bon hospitalo-universitaire si tu n'es pas un bon clinicien. Malheureusement beaucoup des hospitalo-universitaires qui ne sont pas de bons cliniciens, mais c'est la base de notre métier, il ne faut pas l'oublier. Ensuite c'est quelqu'un qui doit savoir bien enseigner, donc avoir des compétences en pédagogie, ce n'est pas forcément le cas. Et à côté de cela, ça doit être un chercheur qui doit savoir ce mettre au courant de toutes les nouveautés, donc il doit lire énormément de publications scientifiques et avoir lui-même les compétences pour en faire des publications, et avant les publications il faut savoir faire de la recherche. C'est quelqu'un qui doit être assez

polyvalent. Une autre chose que j'ai comprise assez récemment c'est que ça doit être un bon communicant, c'est à dire qu'il doit savoir décrocher des fonds pour ses études, savoir valoriser ses études une fois qui les a faites.

2.2.5 Le difficile équilibre vie personnelle - vie professionnelle

Avoir « du temps », familial avant tout

Comme dit plus haut, le manque de « temps » pendant l'internat est vivement ressenti par les internes. Elles aspirent non pas forcément à travailler moins, mais à mieux organiser leur temps. Ce temps libéré étant désiré avant tout pour consacrer du temps à sa famille (avant les loisirs ou le repos).

P2 « choisir la carrière hospitalo-universitaire, c'est prendre le risque, entre guillemets, de ramener beaucoup plus de travail chez soi, d'avoir besoin de beaucoup plus de temps pour son travail (...). C'est pour ça que je pense que les femmes s'engagent moins dans les carrières universitaires aussi parce que elles se disent qu'elles n'auront pas le temps de faire... enfin elles ont plus de propension à s'orienter vers une qualité de vie qui leur permettra de pouvoir finir plus tôt pour aller à l'école, etc., ce que les hommes ne sont pas encore prêts à faire. »

P3 « Sans forcément vouloir être mère au foyer j'ai quand même envie de profiter des enfants que j'aurai (...) Et j'ai un peu fait une croix sur l'hospitalo-universitaire à cause de ça. Parce que pour moi ce n'est pas possible d'avoir une vie de famille épanouissante, à mon sens, et être un vrai hospitalo-universitaire qui fait son taf comme il faut quoi ! »

P4 « Je pense que c'est sociétal mais les femmes vont culpabiliser plus rapidement de passer moins de temps avec leurs enfants que les hommes et elles vont peut-être plus facilement essayer d'organiser leurs horaires pour passer plus de temps avec les enfants. »

« Les premières années d'internat quand tu n'as pas le choix, que tu bosses beaucoup (...), Je me suis pris des reproches de mon conjoint oui, je me suis pris des reproches et des remarques comme quoi je n'étais jamais là, que j'étais fatiguée quand je revenais de garde... Je me suis rendue compte que ne n'avais pas de vie, que je ne voyais plus mes amis » « Quand on est hospitalo-universitaire, c'est du temps en moins pour aller chercher ton enfant, passer du temps avec lui...En tout cas, j'ai l'impression, d'autant plus lorsque l'on a une spécialité à gardes où finalement on passe du temps en garde, on n'est pas à la maison et si à la maison on a du travail en plus, c'est moins de temps pour tes enfants. »

Mener « tout de front » : sur-hommes et wonderwomen

Face à eux : doute, auto-dévalorisation, autocensure

L'idée de devoir « mener tout de front » (sous-entendu toutes les casquettes professionnelles que doit avoir l'universitaire, ajoutées à sa vie privée) quand on aspire à ce type de carrière est présente chez quasiment toutes les internes interrogées. Elles ont de l'admiration pour ceux qui paraissent y parvenir, mais ne peuvent cacher leur scepticisme quant à leur capacité de « tout faire bien ». Pour elles-mêmes, elles réagissent sur le registre de l'auto-dévalorisation (je ne suis pas capable de le faire) ou de la non-identification (nous n'évoluons pas dans le même contexte et n'avons pas les mêmes valeurs). Le doute semble porter non pas sur les « capacités intellectuelles » mais sur cette capacité à « mener tout de front ». Ce qui leur paraît étonnant est que les hommes ne doutent pas. Pour elle, la carrière universitaire est difficile, exigeante. Elles ne comprennent pas cette confiance que les hommes ont en eux qu'elles jugent souvent excessive. Pour certaines cela serait dû à l'éducation, à ce qu'on répète aux garçons depuis l'enfance, à ce que personne ne leur dit qu'ils auront des difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle et que donc ils ne se posent pas la question, contrairement à elles. Elles considèrent ça comme un trait masculin d'être plus « sur de soi ». Certaines doutent aussi sur leur capacité de « gestion émotionnelle et organisationnelle », et mettent donc une dimension affective dans le choix de carrière. Le « renoncement » à la carrière universitaire est parfois vécu comme un échec, encore une fois dans la comparaison : « certaines y arrivent, moi non, pourquoi ? » L'autocensure est reconnue par ces femmes. Elles ont parfois l'impression de se freiner elles-mêmes.

P1 « Je trouve que, globalement, c'est peut-être totalement plein de préjugés, et tout ce que tu veux, mais je pense que les hommes ont une capacité à prendre la vie de façon un petit plus légère et « bon on verra ce qui se passe plus tard » alors que les femmes peut être vont se poser un petit plus de questions »

P2 « Ce n'est pas un problème de capacités. Je crois que si j'avais vraiment envie de le faire, je pense qu'au niveau capacités je ne me mettrai pas en doute, j'espère en tout cas, mais je douterai plus de ma capacité à m'investir tout ma vie là-dedans en fait. Je ne pense pas que j'aurais la capacité à prendre le temps nécessaire pour faire tout ça en fait. »

P2 « je pense, à mon avis, qu'il y a beaucoup d'inconscient et d'auto-dévalorisation de la part des femmes qui peut être ne se sentent pas capables de faire ça et de prendre le temps pour leur famille, leur conjoint. »

« les femmes se brident toutes seules en fait dans leur carrière universitaire, c'est un peu triste quoi mais c'est exactement pareil pour les femmes qui n'osent pas demander des augmentations et qui n'osent pas postuler pour des postes à haute responsabilité dans l'entreprise ? Finalement la carrière hospitalo-universitaire c'est un peu le patronat dans les autres milieux. »

P3 « C'est délicat de dire « oui c'est pour moi, j'aurais pu être PU ».

C'est dommage parce que je pense qu'il y en a plein qui aurait et la volonté et la capacité et qui soit non pas pris les bonnes branches à un moment, les bons axes à un moment, soit non pas trouvé, effectivement, un mentor, soit ce sont découragées parce que je suis une femme et que de toutes façons c'est un monde de mecs. Moi j'en avais discuté (...) avec quelques co-internes filles et on avait toutes ce sentiment là que oui ça jouait d'être une femme dans le fait de ne pas vouloir faire de l'universitaire et que c'était même un des principaux facteurs. »

P4 « Tu ne peux pas tout avoir. » « ils sont en permanence sur plein de projets, et c'est très bien, il faut des gens comme ça, et je me dis que ça ne me correspondait pas mais si j'en avais les capacités humaines on va dire. Il faut savoir s'affirmer et moi j'ai un peu du mal à m'affirmer. Je suis plutôt conciliante, à ne pas savoir être ferme. J'ai l'impression que ce sont des gens à très forte personnalité et je me dis que je me ferais bouffer dans ce monde. »

P4 « quand tu es une femme, que tu n'as pas encore d'enfant mais que tu envisages une vie de famille, que tu envisages vraiment d'avoir une vie équilibrée, que tu envisages vraiment de donner du temps à tes enfants, mais que tu ne les as pas encore et que tu es dans une logique professionnelle ou tu montes, tu montes, tu te dis «est-ce que je vais réussir à tout faire ? à un moment il va falloir que je choisisse car j'ai trop peur de sacrifier ma vie personnelle ». « En fait c'est en cela que tu doutes à réussir tes projets professionnels, tu as peur que tes projets personnels en soient amputés. Pour moi si j'avais des doutes à faire une carrière universitaire, ce n'est pas du tout sur mes capacités intellectuelles. Je sais que j'en suis capable. C'est plus sur l'émotionnel, la gestion émotionnelle et organisationnelle. »

P5 « il y a quand même une petite pointe d'amertume. Je me dis que j'ai quand même voulu ça pendant un moment et qu'est-ce qui fait que j'ai changé d'avis, qu'est-ce qui fait que ne pourrai pas y arriver ? C'est un peu un sentiment d'échec aussi, de me dire que j'avais l'impression qu'il y avait des gens capables de le faire, pourquoi moi je me dis que je ne suis pas capable de le faire ? »

P5 « Je pense plutôt m'orienter vers le choix de ne pas faire de thèse de science même si effectivement je trouve cela dommage car je trouve épanouissant de pouvoir faire autre chose que de la médecine et de pouvoir partager un projet comme celui dans lequel j'ai été intégrée pour mon master 2 mais, par rapport à ma vie

personnelle, je ne me vois pas la capacité, je ne me sens pas assez « wonder woman » pour tout mener de front. »

P5 « il y a très peu d'hommes, en tout cas je n'en ai pas vu, qui se positionnent comme voulant être universitaires et qui changent d'avis parce qu'ils sont tellement sûrs d'eux que du coup ils rencontrent des mentors qui les épaulent, alors que les femmes sont souvent un petit peu plus en retenue par rapport à ça. Je ne pense pas qu'elles doutent de leurs capacités intellectuelles ou de faisabilité (je te disais que le charisme et la capacité de management étaient importants) mais elles doutent de leurs capacités à mener de front une vie familiale, plus une vie universitaire, plus tout ça. Je pense que c'est plutôt ça qui fait douter les femmes, je ne pense pas que les femmes doutent de leurs capacités intellectuelles mais plus est-ce qu'elles vont être capables, en tant que femmes, de pouvoir mener tout ça de front. »

P5 « Je pense qu'il y a des femmes qui sont capables de mener tout ça, moi je ne m'en sens pas capable. »

P6 à propos des hommes : « Ils sont trop sûrs d'eux (rires). C'est très étonnant. Les femmes ont peut-être besoin de prouver quelque chose alors qu'eux ils sont sûrs que s'ils sont nommés c'est parce qu'ils sont géniaux. »

P6 « j'ai l'impression que je serais capable d'enseigner, certainement, mais est-ce que je serais bonne, est ce que cela va plaire aux étudiants, est-ce qu'aussi je suis faite pour ça, est-ce que je serais à la hauteur des attentes des gens. Oui, je doute, tout à fait. Après je suis d'une nature très incertaine, j'ai toujours douté de ce dont j'étais capable moi, c'est une façon d'être. Est-ce que c'est féminin ? J'ai toujours douté de mes capacités à faire les choses. »

P7 « oui je doute de ma capacité à faire une carrière HU mais pas de mes capacités intellectuelles, je pense que beaucoup d'obstétriciens peuvent faire ça, plutôt de ma volonté à y mettre autant d'énergie et de temps pour au final une réalité difficile à appréhender »

P8 « clairement à la question « doutez-vous » j'ai dit oui mais (...) je me suis dit que c'était peut-être aussi dû à mon caractère, je me pose toujours plein de questions, je me dis « est-ce le bon choix, est-ce que je suis capable ? » pour une question de compétences, pour une question de temps passé au travail, c'est vraiment toutes les questions que l'on a pu évoquer avant. Maintenant, je me pose la question qu'est-ce qui fait que tous ces hommes soient aussi confiants ? Que tu doutes ça me paraît pas incroyable, c'est quand même une filière qui n'est pas gagnée d'avance mais que tu ne doutes pas c'est assez particulier. Est-ce qu'on leur a dit dès le départ que ça allait être bon pour eux ? Est-ce qu'on leur a proposé un poste ? Oui ils sont peut-être plus valorisés. Probablement qu'eux n'entendent pas quand on dit « je veux faire

une carrière hospitalo-universitaire » ils n'entendent pas le retour « comment tu vas faire avec tes enfants ? ». C'est des questions qui ne se posent jamais en fait pour eux. »

2.2.6 Réflexions pour le futur

Le cumul d'activités, constitutif de la profession ?

Leur avis sur la triple casquette clinique + enseignement + recherche sont ambivalents : c'est à la fois ce qui leur paraît désirable dans la carrière universitaire, mais aussi irréalisable. L'une d'elles emploie le terme de « schizophrénique » pour définir son rapport à cette aspiration. Elles sont par contre partagées sur le côté management de la carrière, pour certaines nous ne sommes pas formés à cela, et cela ne leur paraît pas particulièrement souhaitable que les médecins doivent gérer cet aspect en sus.

P3 « tu ne peux pas à la fois faire de la recherche, à la fois faire de l'enseignement, à la fois avoir des consultations. Ben, tu ne peux pas tout avoir. » « Je pense que tu peux être chef de service et faire de la recherche mais il y a forcément un des pans qui va prendre le dessus et il est vrai que tu vois souvent ceux qui font beaucoup beaucoup de recherche, au final ils ne pratiquent pas tant que ça la médecine. Ils font quelques gardes peut être pour rester dans le truc mais moi ceux que j'ai vus qui étaient à fond dans la recherche au final ils sont tout le temps dans leur bureau. » « Je pense qu'au bout d'un moment quand tu es hyper investi dans tes recherches (et il en faut) tu ne peux pas aussi gérer, avoir le bip tout le temps. Ce n'est pas possible. Pour moi tu ne peux pas être à temps plein dans les deux. Ça c'est sûr. »

P5 « Moi j'ai été attirée par ça parce que je trouvais très intéressant de pouvoir mener à la fois une activité clinique, mener une activité de recherche et mener une activité de management. (...) Mais, effectivement, c'est un vrai déchirement, tu te sens toujours tiraillé par toutes les choses que tu dois faire et effectivement en vrai, je me demande si ce n'est pas dépassé aujourd'hui parce qu'on est forcément obligé à un moment de ne pas faire quelque chose ou de ne pas le faire bien aussi bien que si on avait que ça à faire. »

« il faudrait peut-être commencer par être clinicien, puis après faire de la recherche et du management uniquement. En même temps quand on sort de la clinique être un bon manager de cliniciens c'est compliqué aussi. Je ne sais pas qu'elles sont les pistes que l'on pourrait proposer pour pouvoir améliorer les choses et pour que les gens se sentent moins schizophrènes en fait. »

P7 « par contre je ne comprends pas pourquoi chefs de service sont PU, manager c'est un autre métier, on est pas formés à ça, on le fait mal »

P8 « La partie management administratif, clairement elle me paraît la plus éloignée de notre formation à la base même si probablement certains s'y retrouvent là-dedans. Ce que je trouve fondamental, encore une fois, c'est la clinique parce que c'est la base, c'est notre métier et effectivement l'enseignement parce que arriver à un tel niveau de compétences sans ensuite le partager je trouve quand même ça dommage. Après là où je trouve que ça va un petit peu loin, alors la recherche, tu me diras au final si tu es juste clinicien et enseignant, tu n'as pas un vrai plus en fait par rapport à n'importe quel praticien hospitalier... Moi la recherche je trouve cela aussi fondamental. »

Présentéisme et organisation du temps de travail

Elles aimeraient que soit acquis le fait que le présentéisme n'est pas représentatif de la productivité. Certaines pensent que d'autres modes d'exercice, d'autres manières de gérer le temps de travail pourraient être mis en place. L'une d'entre elle évoque le télétravail, notamment pour la partie universitaire de la profession.

P2 si c'était organisé différemment peut être que l'on pourrait allier beaucoup plus vie personnelle et vie à l'hôpital. »

P2 « Il faudrait que les structures, enfin le cadre global, soient mieux adaptés à une vie qui n'est pas investie 100 % à l'hôpital »

« Peut-être si il y avait plus de gens qui les faisaient, les tâches seraient un peu plus réparties, on pourrait faire les trois mais de manière moins intense. Je ne sais pas si c'est possible mais peut être dans un monde hospitalier idéal il faudrait que tout le monde ait des envies de publier, etc., car finalement c'est hyper intéressant d'avoir les trois casquettes, je pense, mais tout en ayant personne qui va te juger si tu pars à 18 h 00 et pas à 21 h 00 du travail. »

P8 « Je pense que si on réglait le problème, d'une manière générale, du présentéisme à l'hôpital, ça pourrait être pas mal. Il y a plein de choses, notamment le travail universitaire, que l'on peut faire en télé-travail. Ça ça serait peut-être un point à améliorer. Et puis, c'est pas obligé de rester en lendemain de garde, c'est pas obligé de rester jusqu'à 19 h -20 h pour être un bon médecin, surtout dans notre spécialité où finalement on a une relève de garde à 18 h. Ça n'a jamais aidé personne de rester 90h à l'hôpital, les patients ne sont pas mieux soignés. »

Congé maternité - congé paternité : vers une société plus égalitaire ?

La question du congé maternité et congé paternité leur paraît être un obstacle naturel, mais aussi structurel et sociétal à l'accès des femmes aux postes à responsabilité. Pour elles, tant que perdurera une telle différence entre père et mère, les femmes resteront les premières garantes de l'équilibre familial, en première ligne dans la gestion des enfants, et n'arriveront pas à mener leur carrière comme elles l'entendent.

P1 « On peut se dire ce que l'on veut mais le fait de devoir s'arrêter quand on est enceinte et le congé maternité c'est quelque chose qui prend du temps entre guillemets et qui peut retarder un petit peu les choses je pense d'une certaine façon. »

P1 « Après pour le cas de l'hôpital plus particulièrement il faudrait que les chefs de service arrêtent de demander à leurs chefs de clinique de ne pas faire d'enfant, qu'ils soient un peu plus adaptables, qu'ils soient capables de dire, oui ce n'est pas grave, vous resterez 4 mois de plus s'il y a un congé maternité, (...) en fait que ce soit acquis dans la tête de tout le monde à l'hôpital, y compris des universitaires, y compris des chefs de service, que l'on peut être universitaire, s'investir, tout en ayant une vie de famille, une vie à l'extérieur. »

P7 « ce qui est compliqué quand t'es une femme c'est la grossesse, le congé maternité, ça prend du temps »

P7 « je pense qu'il faut programmer sa grossesse pour que ça tombe au bon moment, mais on sait très bien que ça se programme pas toujours » « et après voilà tu te retrouves à 35 ans et t'arrives pas à avoir d'enfants »

P8 « Il y a un moment pendant mon congé mater j'avais une réunion de labo importante pour mon étude de M2. Je me suis retrouvée coincée, mon mari travaillait, j'avais la petite, personne ne pouvait me la garder et je me suis dit que ça ne se poserait même pas comme question si j'étais un homme, j'y serais allé à mon truc de labo parce que je n'aurais pas eu à garder la petite, même si c'était moi qui étais en congé mater, effectivement, mais on était déjà à deux mois en fait. Donc, je me suis dit qu'il y a un truc structurel dans la société qui fait que moi j'ai envie d'avancer dans mon travail, je ne peux pas le faire, je suis coincée par une question d'organisation. (...) je me suis posée la question du fait que si le congé paternité avait été prolongé, était plus que 11 jours, on aurait pu dire « et bien X (mari), toi tu gardes la petite et moi je vais à mon truc de labo » cela aurait été une possibilité. En fait, je pense que l'on est un petit peu conditionné en sourdine. (...) Juste cette chose-là où j'aurais pu avancer dans mon travail, ce n'était qu'une heure et demie, mais c'était comme ça de façon organisationnelle et structurelle. Parce que l'organisation de la société est faite comme ça. »

DISCUSSION

1. Principaux résultats et liens avec la littérature

Les chiffres sont là : parmi les internes de gynécologie obstétrique en cours de formation à Paris, proportionnellement moins de femmes que d'hommes affirment désirer se lancer dans une carrière universitaire. Les obstacles identifiés sont nombreux, de plusieurs registres différents. Nous détaillerons d'abord la difficulté d'être interne femme dans un milieu d'universitaires hommes : le manque de mentor, de modèle auquel s'identifier, les discriminations ressenties, le sexisme ordinaire. Puis nous discuterons d'une problématique clé : le difficile équilibre à trouver entre sa vie privée et sa vie professionnelle, envisagé du point de vue de la cellule familiale comme de l'organisation de l'institution hospitalo-universitaire et au-delà de notre société toute entière. Enfin, nous nous interrogerons sur la tension dialectique entre « l'idéalisation » du métier d'universitaire et la « vie réelle » expérimentée par les femmes, provoquant finalement doute, auto-dévalorisation, et auto-censure.

1.1 Les femmes affirment moins souvent que les hommes vouloir réaliser une carrière universitaire

Dans notre étude quantitative, les groupes hommes-femmes étaient comparables en termes de données socio-démographiques. Nous avons constaté que les femmes qui remplissaient les pré-requis nécessaires à un futur poste hospitalo-universitaire (master 2, thèse de science, mobilité, publications scientifiques) sont aussi nombreuses que les hommes. Cependant, proportionnellement, les femmes déclarent moins souvent vouloir réaliser une carrière hospitalo-universitaire que les hommes. De quoi contrer l'argument de la moindre présence de femmes dans les « viviers » permettant l'accès aux carrières universitaires. Les femmes sont bien là, elles ont investi en nombre la profession de gynécologue obstétricien, et elles possèdent tout autant que les hommes les diplômes et publications nécessaires pour devenir hospitalo-universitaire. On ne peut nier devant ces résultats qu'il persiste un partage sexué des tâches : aux hommes la prestigieuse carrière universitaire, aux femmes l'exercice du métier hospitalier.

Marry (52) résume les tentatives pour expliquer les inégalités de carrière entre les sexes à deux grandes approches. La première se focalise sur les femmes elle-mêmes et leur « autosélection » ou « autoexclusion » des champs professionnels connus comme bastions

masculins ou des emplois à responsabilités dans les milieux qu'elles ont pu intégrer. Je cite : « leurs carrières minorées sont renvoyées de façon prioritaire à la spécificité sexuée de la socialisation, familiale et scolaire, et aux poids des stéréotypes. » Elles auraient assimilé les normes et valeurs qui correspondent à leur sexe et seraient ainsi écartées des sphères du pouvoir. La seconde approche nous renvoie plus aux organisations elles-mêmes, à leur structure, leur fonctionnement, en prenant en compte la dimension politique et sociale, en excluant de manière subtile et inavouée (« à l'insu de tous les protagonistes ») les femmes de mondes professionnels masculins. Nous allons examiner en quoi ici les deux phénomènes sont intriqués. Il nous semble que dans le cas de la difficulté d'accès aux carrières universitaires des femmes au sein d'un monde professionnel qu'elles ont intégré massivement (la gynécologie obstétrique), ces deux registres d'explication sont indissociables et ne doivent pas être traités séparément.

1.2 Etre interne femme dans un monde d'universitaires hommes : mentor, modèles, discriminations, sexisme ordinaire

Le questionnaire nous a permis d'identifier entre autres facteurs semblant limiter l'accès aux carrières universitaires des femmes, le manque de conseils provenant d'un hospitalo-universitaire (manque de « mentor ») et le ressenti au cours de leur internat de discriminations liée à leur genre. Il n'avait pas été mis en évidence de différence concernant le modèle : les femmes affirmaient avoir autant de modèles que les hommes.

Mais le volet qualitatif nous a permis d'avoir une interprétation plus fine du processus d'identification. Certes elles ont des modèles, mais ne s'identifient pas à la plupart. Ils sont soit trop parfaits, et elles ne pensent pas pouvoir les égaler, soit trop déconnectés de la vie réelle, ou trop « fous », et alors cela ne leur semble pas souhaitable de leur ressembler. Les modèles qui les inspirent le plus sont finalement des femmes, qui sont parvenues à garder leur « dispositions » féminines tout en « s'imposant » dans un monde d'hommes, ou encore mieux, celles qui ont trouvé un « équilibre ». Elles sont conscientes que les femmes qui les ont précédées, « les pionnières », ont dû adopter des dispositions masculines (34) afin de s'imposer dans leur métier. C'est ce que Le Feuvre (36) nomme la « virilité ». D'après ce concept, les femmes qui ont intégré des métiers d'homme ont et/ou acquièrent des caractéristiques masculines, et ne sont finalement pas ou plus des « vraies femmes ». Mais cela leur semble d'une autre époque, elles n'ont pas eu besoin de cela pour faire des études de

gynécologie obstétrique, et ne veulent pas prendre cette voie pour intégrer la carrière universitaire. Elles comprennent que des femmes aient adopté ce comportement, mais ce ne sont pas des exemples à suivre pour elles.

Statistiquement, il y a moins de MCU ou PU-PH femmes que hommes, donc la majorité des modèles possibles sont des hommes. Certaines internes interprètent la « perpétuation » des hommes dans la carrière universitaire sous cet angle : les internes hommes voyant des universitaires hommes tout au long de leur internat, cela leur paraît être la normalité, et ils se poseraient moins de questions sur la faisabilité de cette carrière.

De nombreuses études publiées dans des journaux médicaux soulignent que la question du « mentoring » apparaît prépondérante, à la fois dans le choix d'une carrière universitaire (hommes et femmes confondus) (37, 38, 39, 40, 41) et dans la constatation d'un manque de mentors chez les femmes (15, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46). Les internes interrogées sont toutes d'accord sur l'importance d'avoir un mentor pour réussir une carrière universitaire, s'étonnent du caractère politique des nominations, et de l'importance du réseau. Certains travaux sociologiques estiment que ces « processus informels » participent à l'exclusion des femmes des sphères du pouvoir (1, 2). Il ne faut pas sous-estimer ici la dimension affective et émotionnelle dans le choix et la fidélité à un mentor. Un mentor et un « poulain », c'est avant tout une rencontre entre deux personnes, qui se « reconnaissent », s'estiment et s'apprécient. On revient alors à la difficile identification au modèle pour les femmes, qui pourrait expliquer que la plupart de ces internes, malgré leur internat avancé et leur engagement dans des activités universitaires, n'aient pas désigné de mentor, ou n'aient pas été désignées comme « pouliches ». D'ailleurs, les rares mentors identifiés dans les entretiens sont les modèles féminins d'équilibre sus-cités : femmes, jeunes, parvenant à concilier vie privée et vie professionnelle. Certaines d'entre elles ont cité comme modèle des PU-PH masculins âgés, mais aucune ne les a identifiés comme mentor.

Quant aux discriminations de genre, nombreux sont les travaux affirmant que les femmes les expérimentent, quelle que soit leur spécialité (7, 8, 14, 15). Les discriminations rapportées ici par les femmes : difficulté à manager une équipe médicale et para-médicale quasiment exclusivement féminine, discrimination à l'embauche lors du clinicat, grossesse et congé maternité mal vus par leur hiérarchie mais aussi leurs co-internes, « à-priori » de genre et « sexisme ordinaire » à propos de leurs capacités et leur implication dans l'accomplissement d'une carrière universitaire chronophage. Ces discriminations ont été nommées et donc ressenties par les internes. Peu importe qu'elles soient « réelles » ou « construites » par les

intéressées, elles jouent forcément sur leur mental, et donc sur leur engagement dans la carrière universitaire ou non.

1.3 « Fonder une famille » : un difficile équilibre à trouver

Du point de vue des priorités, hommes et femmes semblent partager sensiblement les mêmes. La vie de famille et la liberté des horaires sont un peu plus importantes pour les femmes que pour les hommes dans notre étude quantitative (même si elles sont aussi très importantes chez les hommes). D'autres travaux soulignent que l'équilibre vie privée-vie professionnelle semble être plus difficile à trouver pour les femmes que pour les hommes (8, 38, 52, 44). Beaucoup d'internes interrogées aspirent à avoir plus de « temps libre » en dehors de leur profession, ce qui correspond à une tendance générale chez les jeunes médecins. Robelet et al. (47) étaient parvenus à cette conclusion au terme de 23 entretiens avec des médecins âgés de moins de 35 ans qui tous, hommes comme femmes, prenaient leurs distances avec l'éthos professionnel classique et souhaitaient réguler le temps dédié à leur travail. Il est intéressant de noter que dans notre échantillon qualitatif, ce temps « libre » était souhaité avant tout pour être consacré aux proches, enfants, conjoint, amis.

En ce qui concerne leur vie familiale, il faut faire attention à ne pas mal interpréter le discours de ces femmes. Il ne faut pas oublier que pour elles, qui ont fait des études longues et coûteuses en terme d'investissement affectif, intellectuel, social et temporel, la valeur « travail » est fondamentale, et comme dit dans les résultats facteur d'épanouissement et d'émancipation. Elles ne souhaitent pas « choisir leur vie de famille », ou comme l'une le dit « devenir femme au foyer », mais que les politiques publiques et l'organisation (hospitalière, universitaire) elle-même leur permette d'articuler les deux, travail et famille. Elles ont toutes une conscience accrue des représentations sociales liées à leur genre. Elles s'y reconnaissent parfois, elles veulent du « temps » et s'occuper de leur famille, mais elles voudraient dépasser ce clivage qui leur semble un schéma trop ancien.

L'arrivée du projet parental dans la vie de ces femmes, à l'âge où elles doivent prendre des décisions concernant leur carrière future (entre 25 et 35 ans globalement), paraît déstabilisant. Au-delà des questions pratiques liées à la programmation de la grossesse et au congé maternité, elles se demandent bien comment articuler leur nouveau statut de mère avec leur emploi du temps d'interne aux aspirations universitaires. Pour beaucoup, cela remet les

choses en question. Et elles se rendent bien compte qu'en face, les hommes accédant à la paternité sont bien moins perturbés qu'elles. (2, 51)

Toutes celles qui ont un conjoint « aidant » s'estiment chanceuses. C'est une sémantique à questionner, le terme d'« aidant » présupposant qu'il est normal pour la femme d'être numéro un dans la gestion du quotidien. L'étude a été menée il y a un peu plus de dix ans, mais Robelet et al. (47) avaient montré que les médecins (en couple entre médecins ou seulement l'un des deux exerçant la profession) n'échappaient pas au mode de répartition « classique » des tâches entre homme et femme. Le concept revient beaucoup « à la mode » ces derniers temps, mais ils affirmaient aussi déjà que la charge mentale revenait quasi-exclusivement à la femme, que le conjoint soit médecin ou non. Il est intéressant de noter que le discours de certaines internes sur la répartition des tâches domestiques est à la fois « moderne » lorsqu'elles parlent de la société en général et de ce qui « devrait être », et à la fois plutôt traditionnel dans leur propre vie privée. Les représentations liées au genre sont prégnantes, même au sein d'une population éduquée et bien au fait de ces réalités.

Elles déplorent et dénoncent le « sexisme basique » (40), les discours qui tendent à démontrer que la place de la femme est à la maison à s'occuper des enfants. Elles savent que ce n'est pas leur désir, mais doivent reconnaître leurs préoccupations pratiques sur le déroulement d'un congé maternité (cela va-t-il leur refuser un poste de chef?) ou sur le mode de garde des enfants...

Par ailleurs il ne faut pas oublier un des éléments importants apportés par l'analyse qualitative : l'année de master 2, qui certes est une première étape dans la carrière universitaire, mais aussi une rupture du rythme de l'internat. Cette rupture permettant une « prise de recul » sur l'institution hospitalo-universitaire et l'élitisme associé, et la découverte d'un épanouissement professionnel possible dans une carrière libérale. Carrière qui leur semble pouvoir leur permettre d'articuler vie privée et vie professionnelle avec moins de heurts et de sacrifice.

1.4 Vouloir être hospitalo-universitaire : entre idéalisation du métier et doute face à ses propres capacités

Dans notre travail, hommes et femmes accordent autant d'importance à l'intérêt de leur activité professionnelle, à la stimulation intellectuelle, à la transmission des connaissances, valeurs plutôt associées à la carrière universitaire (39, 48). Borges and al. ont publié en 2010

une méta-analyse cherchant à identifier, « comment, quand et pourquoi » les médecins s'engagent dans une carrière universitaire (37). Leurs résultats sont comparables aux nôtres, ils ne retrouvent pas de différence homme/femme concernant la volonté de défi intellectuel associé aux carrières universitaires. Contrairement à la revue d'Edmunds publiée en 2016 qui retrouve que les femmes sont plus intéressées par l'enseignement que par la recherche, dans notre étude hommes et femmes ont autant déclaré être intéressés par la recherche et par l'enseignement (15).

Toutes ont une haute idée de ce que doit être un bon hospitalo-universitaire. La triple casquette enseignement - recherche - clinique est souhaitable à leurs yeux, et nécessite que l'on y mette beaucoup de temps et d'énergie. Lorsque l'on est hospitalo-universitaire, on est investi d'une véritable mission qui nécessite un engagement fort. Il est intéressant de voir comme ces femmes internes définissent une norme du métier d'hospitalo-universitaire qui correspond à ce que Laufer (1) nomme un « modèle organisationnel masculin » : « investissement professionnel, performance, disponibilité et mobilité ».

Cependant, elles ne sont pas dupes non plus et concèdent que pour certains l'exercice de cette profession permet aussi d'accéder à un poste de chef de service, avec le pouvoir, le prestige et le salaire que cela sous-entend. Si ils parviennent à garder une activité de bon clinicien, qu'ils sont pédagogues attentifs et chercheurs brillants, alors elles sont admiratives. Mais s'ils profitent de leur statut pour s'enfermer dans leur bureau et se déconnecter de la vie du service et de l'enseignement aux étudiants, elles les condamnent fermement.

Le métier est beau, mais leur paraît finalement peu réaliste. Elles affirment à plusieurs reprises : en étant un être humain « normal », on ne peut pas tout faire, du moins on ne peut pas tout faire bien. Ceux qui y parviennent sont les « surhommes » ou « wonderwomen » suscités. Il paraît bien difficile pour elles de s'identifier à ces personnes ressenties comme « supérieures », et elles s'étonnent de la grande confiance en eux des internes hommes, révélée par l'étude quantitative. Cela fait écho au « syndrome de la bonne élève », concept psychologique (49) popularisé récemment par les journaux « grand public » : les femmes, de par leur éducation, auraient tendance à être plus perfectionnistes que les hommes, à moins déléguer, à ne pas savoir dire « non » à leur supérieur hiérarchique... Ce qui *in fine* les desservirait. L'impossibilité d'atteindre la perfection créant un sentiment d'insatisfaction permanente, et de non légitimité quant à l'évolution de carrière.

Il apparaît que finalement, contrairement à ce que l'étude quantitative laissait croire, le doute sur leur capacité à accomplir une carrière hospitalo-universitaire ne soit pas de l'ordre de la

remise en question de leurs capacités intellectuelles mais plutôt de leur capacité à s'engager autant qu'elles estiment devoir le faire pour atteindre cet idéal de « bon hospitalo-universitaire », qui porte de multiples casquettes. Dans notre étude quantitative, moins de la moitié des internes considère possible de concilier cette triple activité qui incombe aux hospitalo-universitaires, sans différence selon le genre. Cela nous interroge, et a le mérite de mettre le sujet sur la table : dans notre monde mouvant, hyper-rapide, et de plus en plus spécialisé, l'accumulation de ces casquettes a-t-elle encore un sens ?

D'autre part, dans un registre moins personnel qu'organisationnel et sociétal, elles s'interrogent sur le présentéisme. Citons E. Gosselin (50) : « on oublie parfois que la présence au travail n'est pas garante de la performance, et une quantité non négligeable d'employés se présente au travail alors que des problèmes de santé minent leur rendement. Ce phénomène, que l'on nomme le présentéisme, serait responsable d'une part considérable de l'improductivité au travail ». En ce qui concerne plus spécifiquement l'exercice de la médecine, l'une d'entre elles le dit : « cela n'a jamais aidé personne de rester à l'hôpital un lendemain de garde ». Même si cette pratique est désormais interdite (du moins pour un exercice clinique), le fait qu'elle soit toujours valorisée, et notamment en ce qui concerne le travail universitaire, pose problème.

Enfin, si le télétravail semble impensable pour l'exercice hospitalier, il paraît tout à fait envisageable pour certaines tâches liées au versant universitaire. Une réflexion globale sur la flexibilité des horaires et sur le travail à distance, pourrait permettre aux femmes comme aux hommes de mieux répartir leur temps entre leur activité professionnelle et leur activité personnelle.

2. Analyse globale et réflexions pour le futur

2.1 Aspirations et obstacles identifiés à l'engagement dans une carrière universitaire chez les femmes

Notre objectif premier était, rappelons-le, de faire « l'état des lieux » des aspirations d'une génération d'internes, celle actuellement en formation à Paris, dans une perspective de genre. Nous en sommes arrivés à la conclusion que les femmes affirment deux fois moins souvent que les hommes vouloir se lancer dans une carrière universitaire.

Notre objectif second était d'identifier les obstacles potentiels à l'accomplissement d'une telle carrière, particulièrement chez les femmes qui avaient à-priori « tout » pour prétendre à

un futur poste hospitalo-universitaire. Nous avons montré, grâce à l'analyse croisée des résultats du questionnaire et des entretiens, que les femmes peinent à se reconnaître dans les modèles universitaires masculins actuels ou féminins plus âgées. Ce manque de « role models » peut expliquer qu'elles identifient rarement un mentor, quelqu'un qui leur prodigue des conseils concernant leur carrière, contrairement aux hommes. Or nous avons vu l'importance cruciale du mentor dans la réussite d'une carrière universitaire. Les quelques mentors identifiés sont avant tout des modèles d'équilibre, souvent des femmes à peine plus âgées qu'elles, qui leur ressemblent. Elles les inspirent et leur font envisager un futur « possible et désirable ». Mais statistiquement elles sont bien rares, pour l'instant du moins... Cela est en lien étroit avec l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle auquel les internes aspirent. Attention, nous ne disons pas ici que ce n'est pas le cas pour les hommes, les résultats de notre enquête quantitative le prouvent, la vie familiale est aussi très importante pour eux. Mais on ne peut nier qu'il s'agit d'un obstacle pour ces internes femmes hésitantes à entrer dans une carrière universitaire. Elles sont intéressées par la recherche, l'enseignement, la carrière universitaire, mais elles ne sont pas prêtes à « tout sacrifier » pour elle. Or, elles se représentent cette carrière encore souvent comme un sacerdoce : horaires extensibles, disponibilité permanente, obligation d'excellence dans tous les domaines, qui leur paraît difficilement compatible avec leur « vie réelle ». La carrière universitaire serait réservée à une petite élite, « celles et ceux qui arrivent à tout concilier ». Elles entrent alors parfois dans le champ bien connu de l'autocensure et de l'auto-dévalorisation. En comparaison avec les hommes, elles doutent bien plus de leurs capacités à réussir dans une telle carrière, au sens de la capacité d'investissement de temps et d'énergie. Elles se mettent alors des barrières et renoncent, non sans regret et amertume.

Mais leur questionnement sur cette capacité à « tout mener de front » interroge aussi la profession d'universitaire, l'organisation de l'institution (hospitalière et universitaire), et la société toute entière. Peut-on réellement « tout faire bien » ? Cela nous permet de reposer la question de la pertinence de la multiplication des casquettes des hospitalo-universitaires, dans un contexte d'hyper-spécialisation croissante des professions. L'institution nous permet-elle d'articuler vie familiale et vie professionnelle ? Ici, il nous faut repenser les normes organisationnelles du métier, les modalités du congé maternité, la flexibilité des horaires, le travail à distance. Enfin, la société dans laquelle nous grandissons et évoluons nous permet-elle l'accomplissement de nos ambitions professionnelles ? L'égalité hommes-femmes est loin d'être atteinte : éducation, représentations sociales liées au genre, charge mentale,

gestion des enfants, partage des tâches ménagères. Tant que les femmes resteront en première ligne dans la sphère domestique (dans les faits comme dans les mentalités), elles auront bien du mal à briser tout à fait le fameux « plafond de verre ».

2.2 Recommandations et perspectives d'avenir

Notre travail nous permet de formuler des propositions afin de favoriser l'attraction des femmes dans les carrières hospitalo-universitaires.

La première d'entre elles sonne comme une évidence, mais est toujours utile à rappeler. Nous enjoignons les universitaires actuellement en place à résister aux à-priori sexistes et aux représentations traditionnelles de genre face à leurs externes, internes et chefs de clinique - assistants. Plus aucune femme ne devrait entendre comme une injonction en 2018 qu'elle doit choisir « une spécialité tranquille pour se consacrer à sa vie de famille ».

Une autre proposition serait de rendre plus visibles les modèles féminins leaders. Etant en minorité dans le paysage universitaire, toutes les étudiantes n'y accèdent pas directement. En organisant des rencontres avec des « role model », comme cela peut se faire chez les femmes entrepreneurs par exemple. Rencontres sous forme d'entretien en public au cours desquels seraient abordés le parcours de l'intéressée, son accomplissement professionnel, son organisation dans la vie quotidienne, les avantages et inconvénients de la carrière choisie, etc...

Démystifier la profession d'hospitalo-universitaire, et être plus transparent sur les moyens d'y parvenir, pourrait permettre de lutter contre l'idéalisation excessive que les femmes se font du métier. Il serait utile de mieux communiquer sur le parcours à suivre et sur la charge de travail réelle selon la progression dans la carrière. Pourquoi ne pas éditer un guide du type « Comment devenir hospitalo-universitaire » ? En faire une profession comme une autre, et non pas un rite initiatique réservé à quelques élus.

La réforme du 3ème cycle des études médicales prévoit un tuteur devant accompagner le parcours des internes. Il sera intéressant d'évaluer l'impact de cette mesure lorsqu'elle sera mise en application.

Par ailleurs, il nous semble important de discuter des processus d'autocensure des femmes. En parler à la faculté, dans les services, de manière formelle comme informelle. Il faut nommer ces enjeux pour les faire exister et les dépasser : syndrome de la bonne élève, doute, auto-dévalorisation. L'étonnement qu'a provoqué la différence de réponse entre hommes et

femmes concernant le doute dans la capacité à réaliser une carrière universitaire est révélateur : oui il y a bien une différence entre hommes et femmes concernant la confiance en soi, et oui il faut la souligner et l'interroger. Nous pensons qu'il faut encourager les femmes, et les rassurer sur leur légitimité à envisager une carrière hospitalo-universitaire, et ce dès le début des études médicales.

Cette étude, au-delà des questions de genre, a permis de poser les bases d'une réflexion sur la profession même d'hospitalo-universitaire, que l'on soit homme ou femme. Le monde change, les valeurs et aspirations des nouvelles générations évoluent, les professionnels se doivent de suivre le mouvement et de remettre en question leurs manières d'exercer. Il est peut-être temps de repenser la profession d'hospitalo-universitaire et notamment la triple (ou quadruple) casquette. Les positions de « leader » dans le milieu médical pourraient être plus réparties, ce qui présenterait l'avantage à la fois d'être meilleur dans son domaine d'expertise et peut-être aussi de diminuer le poids des responsabilités et donc le temps que cela implique. On peut imaginer des postes mixtes clinique-recherche ou clinique-enseignement ou enseignement-recherche, comme cela se fait dans certains pays (anglo-saxons notamment). Cela ne voudrait pas dire que l'on n'est pas formé à la recherche si on est « médecin-enseignant », mais que ce n'est pas notre mission première. Il pourrait exister des « médecins-manager » qui auraient une formation spécifique (sous forme de Diplôme d'Université par exemple, de la même manière que le Diplôme d'Université de Pédagogie médicale est nécessaire pour être hospitalo-universitaire). Les conditions de nominations à chaque type de poste pourraient être adaptées selon ce que l'on attend du professionnel. Cela pourrait limiter la course à la publication et favoriser l'acquisition de compétences en pédagogie ou en management par exemple. Toujours en ce qui concerne la profession elle-même, on pourrait envisager un exercice mixte libéral/hospitalo-universitaire, avec possibilité de faire de la recherche ou de l'enseignement. Actuellement en gynécologie obstétrique les Praticiens Hospitaliers attachés ou vacataires sont le plus souvent là pour faire de la consultation. Mais ils pourraient plutôt s'impliquer dans des projets universitaires sur un temps hospitalo-universitaire, et réserver la consultation à l'exercice libéral, comme cela se fait dans les départements universitaires de Médecine Générale. Cela permettrait au niveau individuel de profiter des avantages de l'exercice libéral (souligné par les internes dans cette enquête) : flexibilité des horaires, rémunération avantageuse, relation particulière au patient, tout en « n'abandonnant » pas l'universitaire pour ceux qui le souhaitent.

Du point de vue de l'institution hospitalo-universitaire, il serait temps de changer et de moderniser ses normes organisationnelles : éviter les réunions avant 9h ou après 18h, ne pas valoriser le présentéisme mais plutôt l'efficacité, ne pas considérer comme normal de rester en lendemain de garde pour faire de l'universitaire, ni ramener du travail à la maison, par exemple. Comme cela se fait de plus en plus dans d'autres professions, le télé-travail, s'il n'est pas possible pour l'exercice hospitalier, est tout à fait envisageable pour l'universitaire. Par exemple les Chefs de Clinique - Assistants, s'ils le souhaitent, pourraient passer une journée par semaine à leur domicile à faire de l'universitaire plutôt que faire la même chose dans l'enceinte de l'hôpital. Cela correspond aux aspirations d'une nouvelle génération de travailleurs qui ont besoin de se sentir plus « libres » du point de vue de l'organisation de leur travail. A propos du congé maternité, il nous semble indispensable de dire et répéter dans les services que cela ne doit pas être un problème. Il faut que l'hôpital trouve des solutions pour remplacer les CCA et praticiens hospitaliers en congé. L'emploi de remplaçants pour gérer la partie clinique de la profession semble la solution la plus simple à mettre en oeuvre.

Du point de vue sociétal, « la lutte continue » ! Les mentalités évoluent progressivement, les lois doivent les accompagner. Rendre prioritaire l'éducation dans l'égalité des filles et des garçons. Faire un vrai congé paternité, qui permettrait à la fois de répondre à une demande de plus en plus fréquente des pères, et de décharger les mères. Cela poserait les bases pour une égale répartition des tâches domestiques et des soins aux enfants dans le foyer. Ainsi, les mères et futures mères pourraient déculpabiliser leur investissement dans le champ professionnel, puisque ça ne se ferait pas au détriment de leur famille, mais dans une dynamique globale où les deux parents auraient le même rôle à jouer, dans la vie privée comme professionnelle.

3. Forces et faiblesses

3.1 Spécificités du volet quantitatif

Nous sommes parvenus à obtenir 204 questionnaires remplis sur 309 internes inscrits actuellement au diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique à Paris, soit un taux important de réponse de 66%. Notre échantillon est représentatif des internes parisiens du point de vue du sex-ratio : 83% des répondants au questionnaire étaient des femmes et 17% des hommes, versus 84% de femmes et 16% d'hommes internes de gynécologie obstétrique en Ile de France. Nous n'avons cependant pas de données sur les caractéristiques des non-

répondants. Peut-être les internes ayant répondu se sentent plus concernés par le sujet, mais nous ne savons pas dans quel sens cela peut avoir eu une influence sur les résultats.

Une des autres limites de notre étude est l'effectif faible du sous-groupe « d'aspirants hospitalo-universitaire », avec pour corollaire le manque de puissance de nos résultats dans ce sous-groupe. Cependant les résultats comparant femmes et hommes vont dans le même sens que les résultats de l'ensemble de l'échantillon étudié.

3.2 Spécificités du volet qualitatif

Une des particularités de l'interviewer (moi-même) est d'appartenir au terrain étudié. Je suis interne en gynécologie obstétrique à Paris, femme, titulaire d'un master 2, avec un poste de CCA prévu, et également épouse et maman.

L'avantage le plus évident est qu'être interne m'a permis d'envoyer facilement les questionnaires, et de contacter aussi relativement aisément mes co-internes pour les entretiens. Par ailleurs, je pense que le fait que je sois moi-même une femme interne leur a permis de se confier plus facilement, a créé une certaine proximité. Je suis riche aussi de discussions informelles, de petits détails vus en stage que j'ai notés au fur et à mesure de l'avancée de mes travaux.

Le risque évidemment est celui d'un biais de principe, une subjectivité intrinsèque, un manque de recul face aux faits. J'ai essayé de mettre le plus de distance possible entre mon sujet et moi-même, d'objectiver autant que faire se peut, les données qui m'étaient données, mais je dois reconnaître que le sujet est polémique et crée souvent le débat.

En ce qui concerne la conduite de l'étude, la saturation des données a été atteinte assez rapidement, c'est-à-dire qu'aucun élément nouveau apparaissait à l'analyse, après huit entretiens. Il nous semble que cela a été permis car chaque témoignage est riche individuellement, et est nourri de l'expérience collective des internes de gynécologie obstétrique (chaque interrogée prenant souvent comme exemple une amie, ou un universitaire qu'elle a côtoyé, ou se resituant dans une perspective plus générale de femme dans une société entière qui favorise la réussite au travail des hommes).

Une autre force de ce volet qualitatif est que les données reposent sur des entretiens longs (45 minutes en moyenne), avec des internes qui ont pu se rendre tout à fait disponibles. Nous n'avons pas été dérangées durant les entretiens.

L'analyse au fur et à mesure des entretiens a permis un enrichissement progressif du canevas d'entretien, et une lecture de plus en plus pertinente des données produites.

3.3 Méthodes mixtes et étude dans son ensemble

Les méthodes mixtes ont des avantages indéniables, particulièrement lorsque les questions posées sont complexes et leurs réponses non consensuelles. Elles permettent une analyse riche et nuancée. Leur emploi reste cependant marginal en médecine, et particulièrement en gynécologie obstétrique. Ces méthodes nous sont apparues comme tout à fait adaptées à notre problématique de recherche.

En ce qui concerne la validité externe, on peut se poser la question de l'extrapolation de nos résultats. Certains obstacles abordés ici (comme l'équilibre difficile vie privée-vie professionnelle, les normes organisationnelles de travail masculines, l'importance du réseau, entre autres) ne sont pas spécifiques à la profession médicale, les femmes expérimentent des difficultés à l'accès aux postes de leader dans beaucoup de domaines (1, 2, 40, 49, 51, 52). Mais certaines problématiques sont plus spécifiques à la carrière universitaire en médecine, en gynécologie-obstétrique, et en France. Notre enquête a été réalisée à Paris, est-ce représentatif de l'ensemble des régions ? Selon la spécialité, ou les universitaires en place dans les villes, est-ce plus ou moins difficile pour les internes de se lancer dans une carrière universitaire ? Une étude similaire est en cours parmi les internes de gynécologie obstétrique à Lille, il sera intéressant de pouvoir comparer nos résultats.

Un des points forts de cette étude nous semble être son originalité, autant par son sujet que les méthodes employées pour y répondre. Nous nous sommes attaqués de front à un état de fait qui semble presque tabou dans le milieu médical, et qui reste très peu étudié dans notre pays. A notre connaissance, il n'existe aucune étude liée au genre réalisée dans notre spécialité en France.

Enfin, l'inscription de l'étude dans le temps (presque deux ans), avec le premier volet quantitatif débuté durant l'été 2016, et la rédaction finale de la thèse au printemps 2018, a permis une véritable appropriation du sujet et des problématiques soulevées dans ce travail.

CONCLUSION

D'après Marry (52), la discussion s'est déplacée de la question des femmes et de leur intériorisation des normes ou stéréotypes de genre vers celle des mécanismes d'exclusion et de ségrégation propres aux professions. Il nous paraît difficile d'arriver à la même conclusion lorsque l'on interprète ces statistiques et lorsque l'on lit ces témoignages. Les normes masculines sont encore très prégnantes dans l'idée que les internes se font des hospitalo-universitaires. En médecine, en gynécologie obstétrique, il persiste une division sexuée du travail, liée à des stéréotypes de genre qui perdurent. Ceci étant dit, il ne faut pas non plus minimiser les obstacles structurels auxquels font face les internes féminines, car c'est en les identifiant et les nommant que l'on pourra activement lutter contre.

La question de la féminisation des postes à responsabilité, que ce soit dans le milieu médical ou ailleurs, est une question complexe. Il n'y a pas de réponse simple et univoque, ni de « solution magique ». Cependant, de nombreux « obstacles » ont été abordés ici : la non-identification à un « role model », le manque de mentor, les discriminations ressenties, l'équilibre vie privée-vie professionnelle difficile à trouver, l'autocensure des femmes, les normes et pratiques encore très masculines du métier d'universitaire, l'égalité homme-femme dans la sphère domestique et professionnelle loin d'être atteinte... Certaines pistes de réflexion, répondant directement à ces obstacles, ont été élaborées. Elles méritent d'être approfondies, réfléchies, mises en oeuvre pour certaines, puis évaluées. La féminisation de la profession d'universitaire passera peut-être, cause ou conséquence, par une restructuration profonde de son exercice.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Laufer J., (2004). « Femmes et carrières : la question du plafond de verre ». *Revue française de gestion*, n° 151,(4), 117-127. doi:10.3166/rfg.151.117-128.
- 2 - Marry C., Jonas I. (2009), « Une féminisation irrégulière et inaboutie du monde académique. Le cas de la recherche en biologie », in Didier DEMAZIERE, Charles GADEA (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte Recherches, p. 402-412.
- 3 - Ash, Arlene S., Phyllis L., Carr, Richard Goldstein, and Robert H. Friedman. “Compensation and Advancement of Women in Academic Medicine: Is There Equity?” *Annals of Internal Medicine* 141, no. 3 (August 3, 2004): 205–12.
- 4 - Jena, Anupam B., Dhruv Khullar, Oliver Ho, Andrew R. Olenski, and Daniel M. Blumenthal. “Sex Differences in Academic Rank in US Medical Schools in 2014.” *JAMA* 314, no. 11 (September 15, 2015): 1149–58. doi: 10.1001/jama.2015.10680.
- 5 - Kvaerner, K. J., O. G. Aasland, and G. S. Botten. “Female Medical Leadership: Cross Sectional Study.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 318, no. 7176 (January 9, 1999): 91–94.
- 6 - Sadeghpour, Mona, Ira Bernstein, Christine Ko, and Heidi Jacobs. “Role of Sex in Academic Dermatology: Results from a National Survey.” *Archives of Dermatology* 148, no. 7 (July 2012): 809–14. doi:10.1001/archdermatol.2011.3617.
- 7 - Tesch, B. J., H. M. Wood, A. L. Helwig, and A. B. Nattinger. “Promotion of Women Physicians in Academic Medicine. Glass Ceiling or Sticky Floor?” *JAMA* 273, no. 13 (April 5, 1995): 1022–25.
- 8 - Waljee, Jennifer F., Kate Wan-Chu Chang, H. Myra Kim, Margaret R. Gyetko, Elisabeth H. Quint, Nicholas W. Lukacs, James O. Woolliscroft, and Kevin C. Chung. “Gender Disparities in Academic Practice.” *Plastic and Reconstructive Surgery* 136, no. 3 (September 2015): 380e – 387e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001530.
- 9 - Wright, Anne L., Leslie A. Schwindt, Tamsen L. Bassford, Valerie F. Reyna, Catherine M. Shisslak, Patricia A. St Germain, and Kathryn L. Reed. “Gender Differences in Academic Advancement: Patterns, Causes, and

Potential Solutions in One US College of Medicine.” *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 78, no. 5 (May 2003): 500–508.

10 - Zhuge, Ying, Joyce Kaufman, Diane M. Simeone, Herbert Chen, and Omaid C. Velazquez. “Is There Still a Glass Ceiling for Women in Academic Surgery?” *Annals of Surgery* 253, no. 4 (April 2011): 637–43. doi:10.1097/SLA.0b013e3182111120.

11 - Baecher-Lind, Laura. “Women in Leadership Positions within Obstetrics and Gynecology: Does the Past Explain the Present?” *Obstetrics and Gynecology* 120, no. 6 (December 2012): 1415–18. doi:http://10.1097/AOG.0b013e318275679d.

12 - Hofler, Lisa G., Michele R. Hacker, Laura E. Dodge, Rose Schutzberg, and Hope A. Ricciotti. “Comparison of Women in Department Leadership in Obstetrics and Gynecology With Other Specialties.” *Obstetrics and Gynecology* 127, no. 3 (March 2016): 442. doi:10.1097/AOG.0000000000001290.

13 - Hofler, Lisa, Michele R. Hacker, Laura E. Dodge, and Hope A. Ricciotti. “Subspecialty and Gender of Obstetrics and Gynecology Faculty in Department-Based Leadership Roles.” *Obstetrics and Gynecology* 125, no. 2 (February 2015): 471–76. doi:10.1097/AOG.0000000000000628.

14 - Seltzer, V. L. “Changes and Challenges for Women in Academic Obstetrics and Gynecology.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180, no. 4 (April 1999): 837–48.

15 - Edmunds, Laurel D., Pavel V. Ovseiko, Sasha Shepperd, Trisha Greenhalgh, Peggy Frith, Nia W. Roberts, Linda H. Pololi, and Alastair M. Buchan. “Why Do Women Choose or Reject Careers in Academic Medicine? A Narrative Review of Empirical Evidence.” *Lancet* (London, England), April 19, 2016. doi:10.1016/S0140-6736(15)01091-0.

16 - Guével, M. & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, vol. 24,(1), 23-38. doi:10.3917/spub.121.0023.

17 - O’Cathain A. Mixed methods research in the health sciences: a quiet revolution. *Journal of Mixed Methods Research* 2009;3(1):3-6.

18 - Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2^e ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2011.

- 19 - Teddlie C, Tashakkori A. Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. p. 3-50.
- 20 - Pluye P, Grad RM, Levine A, Nicoleau B. Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies. *International Journal of Multiple Research Approaches* 2009;3(1):58-72.
- 21- Pelaccia, Thierry, and Pierre Paillé. "Les approches qualitatives: une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé." *Pédagogie médicale* 10.4 (2009): 293-304.
- 22 - Aubin-Auger, Isabelle, et al. "Introduction à la recherche qualitative." *Exercer* 84.19 (2008): 142-5.
- 23 - Anadón, Marta. "La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents." *Recherches qualitatives* 26.1 (2006): 5-31.
- 24 - Becker, H.-S, *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris : La Découverte, 2002.
- 25 - Blanchet, A. Gotman, A, *L'Enquête et ses méthodes. L'entretien*, Paris : Nathan, 1992
- 26 - Gilles de la Londe J, Mignotte K, Aubert JP. *Les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes Transgenres Male-to-Female : étude qualitative.* (thèse Présentée et soutenue publiquement le : 10 Septembre 2014
- 27 - Carney Amandine, *LA DEPRESCRIPTION : DES OBSTACLES AUX VOIES D'AMELIORATION*, Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes THESE Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 13 octobre 2015
- 28 - Patricia Yancey Martin & Barry A. Turner, "Grounded Theory and Organizational Research," *The Journal of Applied Behavioural Science*, vol. 22, no. 2 (1986), 141.

- 29 - (it) Chiara Faggiolani, « Perceived Identity: applying Grounded Theory in Libraries », *JLIS.it*, vol. 2, no 1, 26 avril 2011 (ISSN 2038-1026, DOI 10.4403/jlis.it-4592, lire en ligne [archive])
- 30 - Glaser B & Strauss A (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- 31 - Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientist*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 32 - Strauss, A., & Juliet, C. (1994)). *Grounded Theory Methodology: An Overview*. In N. Denzin & Y. Lincoln *Handbook of Qualitative Research. 1st ed.* (pp. 273–284).
- 33 - Clarke A (2005) *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: Sage. Dey, I. (1999). *Grounding Grounded Theory*. Social Work. Academic Press.
- 34 - Marry, Catherine. (2017). Genre et professions académiques : esquisse d'un état des lieux dans la sociologie. 35 - Zolesio Emmanuelle, « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie », *Travail, genre et sociétés*, 2/2009 (N° 22), p. 117-133
- 36 - Le Feuvre, Nicky, and Cécile Guillaume. "Les processus de féminisation au travail: entre différenciation, assimilation et «dépassement du genre»." *Sociologies pratiques* 1 (2007): 11-15.
- 37 - Borges, Nicole J., Anita M. Navarro, Amelia Grover, and J. Dennis Hoban. "How, When, and Why Do Physicians Choose Careers in Academic Medicine? A Literature Review." *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 85, no. 4 (April 2010): 680–86. doi:10.1097/ACM.0b013e3181d29cb9
- 38 - Straus, Sharon E., Christine Straus, Katina Tzanetos, and International Campaign to Revitalize Academic Medicine. "Career Choice in Academic Medicine: Systematic Review." *Journal of General Internal Medicine* 21, no. 12 (December 2006): 1222–29. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00599.x.
- 39 - Borges, Nicole J., Amelia C. Grover, Anita M. Navarro, Trisha L. Raque-Bogdan, and Caroline Elton. "International Women Physicians' Perspectives on Choosing an Academic Medicine Career." *Perspectives on Medical Education* 2, no. 3 (June 2013): 156–61. doi:10.1007/s40037-013-0055-2.

40 - Collet, I. (2005, nov). Informatiennes pour de “bonnes raisons”. In Delphine Gardey & Marlaine Cacouault-Bitaud (Ed.), *Genre, Science, Recherche. Regards et propositions en sciences sociales*. Paris: Centre de Recherche en Histoire des Sciences et des Techniques - Centre Alexandre Koyré, CNRS/Cité des Sciences et de l'Industrie/Museum d'Histoire Naturelle/École des Hautes Études en Sciences Sociales et le Mage (Marché du Travail et Genre en Europe).

41 - Borges, Nicole J., Anita M. Navarro, and Amelia C. Grover. “Women Physicians: Choosing a Career in Academic Medicine.” *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87, no. 1 (January 2012): 105–14. doi:10.1097/ACM.0b013e31823ab4a8.

42 - Kupfer, David J., Alan F. Schatzberg, Leslie O. Dunn, Andrea K. Schneider, Tara L. Moore, and Melissa DeRosier. “Career Development Institute with Enhanced Mentoring: A Revisit.” *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 40, no. 3 (June 2016): 424–28. doi:10.1007/s40596-015-0362-5.

43 - Bickel, J. “Women in Academic Medicine.” *Journal of the American Medical Women's Association* (1972) 55, no. 1 (2000): 10–12, 19.

44 - Colletti, L. M., M. W. Mulholland, and S. S. Sonnad. “Perceived Obstacles to Career Success for Women in Academic Surgery.” *Archives of Surgery* 135, no. 8 (August 2000): 972–77.

45 - Cain, J. M., J. Schulkin, V. Parisi, M. L. Power, G. B. Holzman, and S. Williams. “Effects of Perceptions and Mentorship on Pursuing a Career in Academic Medicine in Obstetrics and Gynecology.” *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 76, no. 6 (June 2001): 628–34.

46 - Sambunjak, Dario, Sharon E. Straus, and Ana Marusić. “Mentoring in Academic Medicine: A Systematic Review.” *JAMA* 296, no. 9 (September 6, 2006): 1103–15. doi:10.1001/jama.296.9.1103

47 - Magali Robelet, Nathalie Lapeyre, Emmanuelle Zolesio. *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. : Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Rapport de recherche pour le CNOM. 2005.*

48 - Donnelly, M. B., R. K. Jarecky, R. Rubeck, A. Murphy-Spencer, P. Parr, and R. W. Schwartz. “Factors Influencing Medical Students' Choice of Academic Medicine as a Career.” *The Journal of the Kentucky Medical Association* 94, no. 5 (May 1996): 186–90.

49 - Laloupe, B. (2016). L'indispensable sensibilisation des acteurs aux mécanismes psychosociaux qui construisent les inégalités hommes/femmes. *Regards*, 50,(2), 181-190. <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-2-page-181.htm>.

50 - Gosselin, E. & Lauzier, M. (2011). Le présentisme: Lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*, 211,(2), 15-27. <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-2-page-15.htm>.

51 - Marry, Catherine, et al. "Le genre des administrations. La fabrication des inégalités de carrière entre hommes et femmes dans la haute fonction publique." *Revue française d'administration publique* 1 (2015): 45-68

52 - Marry, Catherine, and Irène Jonas. "Chercheuses entre deux passions." *Travail, genre et sociétés* 2 (2005): 69-88

Annexe 1 - Questionnaire

Choix d'une carrière universitaire parmi les internes en Gynécologie Obstétrique

- Etes-vous un homme ou une femme ? H/F
- Quel est votre âge ? n
- En quelle année avez-vous passé l'ECN ? 20xx
- Quel est votre rang à l'ECN ?
<500/500-1000/1000-1500/1500-2000/2000-2500/2500-3000/3000-3500/3500-4000/4500-5000/>5000
- Quelle est votre faculté d'origine (externat) ? menu déroulant
- Quelle région d'internat avez-vous choisi ? menu déroulant
- En quel semestre êtes-vous actuellement ? 0 à 10
- Quel est votre situation familiale ? célibataire/en couple/marié
 - Si en couple ou marié :
 - Quelle est la profession de votre conjoint ? texte libre
 - Votre conjoint a-t-il des aspirations universitaires ? O/N
 - Votre conjoint est-il un soutien dans votre choix de carrière ? O/N
- Avez-vous des enfants ? 0/1/2/3/>3
- Combien d'enfants souhaitez-vous avoir (en tout) dans le futur ? 0/1/2/3/>3
- Votre père exerce-t-il un emploi lié à la recherche ou l'enseignement (en médecine ou autre) ? O/N
- Votre mère exerce-t-elle un emploi lié à la recherche ou l'enseignement (en médecine ou autre) ? O/N
-
- Souhaitez-vous réaliser un master 2 ? non souhaité / souhaité mais non prévu / souhaité et prévu / déjà fait
- Souhaitez-vous réaliser une thèse de science ? non souhaité / souhaité mais non prévu / souhaité et prévu / déjà fait
- Avez-vous déjà publié des articles scientifiques? aucun / en cours / 1 / >1
- Souhaitez-vous donner des conférences d'internat ? non souhaité / souhaité mais non prévu / souhaité et prévu / déjà fait
- Souhaitez-vous réaliser une mobilité (semestre, master, thèse ou autre projet de recherche à l'étranger) : non souhaité / souhaité mais non prévu / souhaité et prévu / déjà fait
- En ce qui concerne le post-internat immédiat, avez-vous un poste prévu ? : O/N
 - si oui, quel type de poste ? PHC-attaché/assistant/CCA
- Souhaitez-vous dans le futur avoir une activité de recherche ? O/N/ne sait pas
- Souhaitez-vous dans le futur avoir une activité d'enseignement ? O/N/ne sait pas
- Envisagez-vous à l'avenir de faire une carrière hospitalo-universitaire (MCU-PH, PU-PH) ? O/N

- Si non : souhaitez vous travailler : à l'hôpital/en libéral/les 2/ne sait pas
- Avez-vous déjà reçu des conseils de la part un hospitalo-universitaire (MCU-PH ou PU-PH) concernant l'orientation de votre carrière future ? O/N
- Vous sentez-vous soutenu lorsque vous réalisez un projet de recherche ? O/N/ pas de projet de recherche pour l'instant
- Pensez-vous qu'il soit possible de concilier (en terme de temps) activité de recherche, activité d'enseignement et activité clinique ? O/N
- Parmi les médecins hospitalo-universitaires que vous connaissiez, diriez-vous que certains sont des modèles pour vous ? O/N
- Si oui, sont-ils plutôt du même sexe que vous ? O/N
- Avez-vous déjà ressenti des discriminations ou préjugés dus à votre genre ? O/N
- Doutez-vous de votre capacité à réaliser une carrière universitaire ? O/N
- Pensez-vous que votre projet de carrière aurait été différent si vous aviez été de sexe opposé ? O/N
- En ce qui concerne les éléments suivants, pouvez vous noter de 1 (très important) à 5 (moins important) leur importance pour l'épanouissement de votre vie future : Vie de famille, Intérêt de l'activité professionnelle, Loisirs, Stimulation intellectuelle, Reconnaissance sociale, Liberté des horaires, Rémunération financière, Transmission des connaissances
- Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire. Seriez-vous disponible pour un entretien téléphonique d'environ 30 min sur le sujet ? Si oui, merci d'indiquer votre mail et votre numéro de téléphone portable

Annexe 2 - Canevas d'entretien

Bonjour, Laura Berlingo au téléphone. Je suis interne en Gynécologie Obstétrique et je réalise un travail sur le lien entre le genre (homme ou femme) et le choix d'une carrière universitaire. Comme tu le sais, il y a d'abord eu un questionnaire (auquel tu as répondu), et désormais ces entretiens. Les entretiens sont enregistrés puis retranscrits mot à mot. Il ne sera fait mention nulle part de ton nom, tout sera anonyme. es-tu d'accord ? On commence ?

- Peux-tu te présenter brièvement ? (nom, âge, spécialité, ville d'origine, conjoint, enfants)
- Comment as-tu choisi médecine ? et gynécologie obstétrique (GO) plus particulièrement ? Quelle genre d'élève étais-tu ? (école, collège, lycée) ? Est-ce que ton entourage t'as encouragé à faire médecine ?
- GO était-il ton premier choix ? Comment ont réagis tes proches (famille, conjoint, amis) lorsque tu as choisi GO à l'internat ? Maintenant que tu es avancée dans l'internat, trouves-tu que cette spécialité te convient ?
- As-tu fait un master 2 ? Une thèse de science ? Si oui en quoi ? Peux-tu m'en parler ?
- Est-ce que cela t'as intéressée ? Comment as-tu vécu cette année ? Est-ce que tu t'es sentie à ta place ? Est-ce que cela t'a donné envie de faire de la recherche ? De l'enseignement ?
- As-tu envie de publier ?
- Selon toi, quelles qualités doit posséder un bon hospitalo-universitaire (HU) ? Penses-tu avoir ces qualités là ? As-tu changé d'avis sur la carrière HU durant l'internat ? Si oui, quels événements (personnels ou professionnels) ont provoqué cela ?
- Est-ce que tu as l'impression que les internes hommes et femmes sont traités différemment à l'hôpital ? Est-ce que tu as l'impression de devoir agir d'une certaine manière car tu es une femme interne ? As-tu déjà entendu des remarques sexistes à ton propos ou celui d'une collègue ? Si oui, peux-tu me donner quelques exemples ?
- Y a-t-il des médecins HU qui t'inspirent ? Des modèles ? Si oui, jouent-ils le rôle de mentor (te donnent-ils des conseils concernant ta carrière) ? Penses-tu qu'il soit important d'avoir un mentor afin de réussir une carrière HU ?
- Est-ce que la balance équilibre vie personnelle / vie professionnelle est une préoccupation pour toi ? Est-ce que tu penses que le rôle de « mère » ou d' « épouse » est compatible avec une carrière HU ?
- Est-ce que tu doutes de tes capacités à réaliser une carrière HU ? Si oui peux-tu expliquer pourquoi ?
- Penses-tu que la formule actuelle HU = médecin + chercheur + enseignant + manager corresponde aux attentes des médecins de demain ? Si non, penses-tu qu'il pourrait en être autrement ?
- Je vais te donner un des résultats du questionnaire. Lorsque l'on demande aux internes « doutez-vous de vos capacités à réaliser une carrière universitaire », environ 60% des femmes répondent oui, contre 15% des hommes. Qu'en penses-tu ?

- Est-ce que tu sais qu'actuellement, moins de 15% des HU (MCU et PU-PH) sont des femmes ? Et que 85% des internes actuels sont des femmes ? Qu'en penses-tu ? Comment penses-tu que l'on pourrait faire changer les choses ?
- Est-ce qu'il y a des questions que je n'ai pas posé ? As-tu quelque chose à rajouter ?

Femmes et carrière universitaire

Aspirations et Obstacles parmi les internes de Gynécologie Obstétrique à Paris

Résumé :

Objectif : Faire l'état des lieux des aspirations universitaires des internes et identifier les obstacles limitant les femmes à s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire, parmi l'ensemble des internes en Gynécologie Obstétrique formés à Paris, en France.

Méthode : Nous avons utilisé des méthodes mixtes, avec une première partie quantitative (enquête transversale déclarative concernant tous les internes) et une seconde qualitative (entretiens semi-directifs auprès d'internes femmes), puis une analyse par approche complémentaire (mêlant les résultats des deux volets de l'étude).

Résultats : 204 (sur 309) internes ont répondu au questionnaire, puis huit entretiens ont été réalisés. 13% des femmes envisageaient une carrière hospitalo-universitaire, contre 27% des hommes ($p=0,01$) (sans différence concernant les caractéristiques socio-démographiques ou les pré-requis nécessaires à l'accomplissement d'une carrière universitaire entre les deux groupes). L'analyse globale a permis de déterminer comme obstacles à l'engagement dans une carrière universitaire des femmes : des stéréotypes de genre qui perdurent et produisent du sexisme ordinaire, une non-identification aux « role models » qui sont dans la grande majorité masculins, un manque de mentor, un idéal d'excellence dans toutes les composantes de la profession (clinique, enseignement, recherche, management) difficilement atteignable, une autocensure et un doute bien plus important que les hommes dans leurs capacités à accomplir ce type de carrière, des normes organisationnelles encore très masculines du métier d'universitaire qui leur paraissent peu compatibles avec leur « vie réelle » et leur aspiration à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, des discriminations ressenties (notamment lors des maternités), une égalité homme-femme dans la sphère domestique et familiale loin d'être atteinte.

Conclusion : Les femmes déclarent deux fois moins souvent vouloir être hospitalo-universitaire que les hommes. Les universitaires, en France, sont les véritables leaders de la spécialité. Il est logique que les femmes, qui ont intégré massivement le versant clinique du métier de gynécologue obstétricien, soient présentes dans son versant académique. Ce travail nous a permis d'identifier de nombreux obstacles à l'engagement des femmes dans une carrière universitaire, et d'élaborer des pistes de réflexion afin de les surmonter.

Mots clés (français) : Genre, carrière universitaire, internat, femmes, médecine, gynécologie obstétrique, recherche qualitative, méthodes mixtes

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06