



HAL
open science

Étude des facteurs associés aux choix professionnels des femmes médecins par rapport aux hommes dans le Service de Santé des Armées

Lorelène Marchand

► **To cite this version:**

Lorelène Marchand. Étude des facteurs associés aux choix professionnels des femmes médecins par rapport aux hommes dans le Service de Santé des Armées. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04274895

HAL Id: dumas-04274895

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04274895v1>

Submitted on 8 Nov 2023

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



ANNÉE : 2023

NUMERO : 105

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 Octobre 2023

Par

L'Interne des Hôpitaux des Armées Lorelène MARCHAND

Née le 22 Février 1995 à Grasse (06)

Élève de l'École du Val de Grâce à Paris

Ancienne élève de l'École de Santé des Armées de Lyon

**Étude des facteurs associés aux choix professionnels des femmes
médecins par rapport aux hommes dans le Service de Santé des
Armées**

Dirigée par :

Madame le Médecin en Chef Aurélie MAYET

Membres du Jury :

Monsieur le Médecin en Chef Stéphane TRAVERS, Président
Monsieur le Professeur Christophe ADAM, Rapporteur

Monsieur le Médecin en Chef Luc AIGLE, Assesseur

Madame le Docteur LAVAGNA-SEVENIER Chrystel, Assesseur

Monsieur le Médecin en Chef Mathieu POEYTO, Assesseur



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ÉCOLE DU VAL DE GRACE – Paris

A Monsieur le médecin général inspecteur Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

A Monsieur le médecin en chef ^(TA) Pierre-Éric SCHWARTZBROD

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

**HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ROBERT
PICQUE**

A Monsieur le Médecin Général

Marc PUIDUPIN

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre National du Mérite
Médecin spécialiste d'anesthésie-réanimation

**A Madame le Pharmacien en Chef des Services de classe normale
Véronique GARDET**

Médecin en chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

À Monsieur le Médecin Chef Stéphane TRAVERS

Professeur agrégé de l'École du Val de Grâce : Chaire d'anesthésie
réanimation et de médecine d'urgence appliquées aux armées

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Médecin-Chef des Secours de la Brigade de Sapeurs-pompiers de Paris

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir nos sincères remerciements pour votre enseignement et votre implication auprès des futurs praticiens des armées. Nous vous transmettons toute notre reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Monsieur le Médecin Chef Luc AIGLE

Professeur agrégé du Val de Grâce

Directeur des études des Écoles de Santé Militaire de Lyon-Bron

Nous sommes reconnaissants de votre investissement et implication auprès des étudiants et du message d'encouragement que vous pouvez véhiculer autour de vous. Votre parcours professionnel est source d'inspiration auprès de chacun d'entre nous.

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Professeur des Universités

Praticien Libéral

Nous vous remercions de l'intérêt dont vous nous témoignez en acceptant de juger notre thèse. Votre expertise en tant que rapporteur de thèse éclairera notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Madame Chrystel LAVAGNA-SEVENIER

Adjointe au chef d'unité fonctionnelle « Étude en population militaire »

Coordnatrice et chargée de recherche en santé publique
Au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

Vous nous faites l'honneur, en siégeant à notre jury, d'apporter votre expérience et votre savoir-faire à la construction de notre travail. Nous vous remercions pour la bienveillance et la disponibilité que vous avez su avoir. Nous vous prions de bien vouloir accepter notre respectueuse considération.

Monsieur le Médecin en Chef Mathieu POEYTO,

Praticien du Service de Santé des Armées

Praticien aux urgences de l'HIA Robert-Picqué

Nous vous sommes reconnaissants pour votre attention et votre disponibilité. Votre écoute et votre bienveillance nous ont fortement aidé à traverser les difficultés rencontrées. Nous vous transmettons notre plus profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Madame le Médecin en Chef Aurélie MAYET

Chef de Service « État de santé des militaires »

Responsable de l'unité fonctionnelle « Études en population militaire »

Au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la direction de cette thèse et de l'intérêt que vous avez su y porter. Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance pour votre accompagnement et votre expertise qui ont marqué la réalisation de ce travail. Nous vous prions de bien vouloir accepter le témoignage de notre profond respect.

A NOTRE COLLABORATEUR

Monsieur Bakridine MMADI-MRENDIA,

Biostatisticien au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

Nous vous remercions pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Nous sommes reconnaissants de votre professionnalisme et de votre rigueur dont vous avez su faire preuve. Veuillez recevoir notre respectueuse considération.

A NOTRE COMITE PEDAGOGIQUE

A Monsieur le Médecin en Chef Matthieu CHAUFER

Adjoint technique, scientifique pédagogique

Échelon de commandement

12^E Centre Médical des Armées

Nous vous remercions pour votre soutien et votre attention tout au long de ce parcours universitaire.

A Monsieur le Médecin en Chef Mathieu POEYTO

Praticien du Service de Santé des Armées

Praticien aux urgences de l'HIA Robert-Picqué

Membre du comité pédagogique en charge du suivi du cursus et des thèses des internes des hôpitaux des armées

Nous vous remercions pour votre temps et votre patience au cours de ce cursus. Merci de nous avoir transmis ces connaissances au travers d'un compagnonnage sans failles.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

-**A mes plus chers amis de la Boîte** : Pauline, Clara, Marie, Thomas, Baptiste, Rayan que j'ai eu la chance de côtoyer dès la première année de médecine, Micka, Marie-Camille, Gaëlle, Julie, Constance, Laure, Nolwenn, Vic', Estelle, Rosalie, Ariane avec qui j'ai pu évoluer tout le long de mon externat ; mais aussi toute ma famille tradi' avec qui j'ai noué des liens forts. Je vous remercie pour votre présence, votre soutien et votre amitié qui m'est si chère. Je n'oublierai jamais non plus ceux qui nous ont quitté trop tôt, Morgan, Alexandrine, Olivier. Vous serez toujours présents dans mon cœur et dans mes actions.

-**A Alexia**, à celle qui m'a toujours accompagnée, dans les meilleurs moments comme dans les plus dures épreuves. Tu es un modèle sur tant de plans. Ton courage, ta ténacité, ton amour pour les autres sont des qualités si chères. Je ne saurai jamais assez te remercier pour tout ce qu'on a pu partager ensemble et tout ce qui nous reste à vivre par la suite.

-**A Clara**, ma plus vieille amie, une personne si belle et si pure qui a su être une épaule bienveillante et une aide si précieuse que ce soit au cours de mes années universitaires mais aussi dans ma vie en général. Je nous souhaite d'être liées pour la vie !

-**A tous mes amis et co-externes/internes** que j'ai pu rencontrer dans le Sud-Est, à Lyon, à Bordeaux ou à Biarritz. Merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie, j'ai de la chance de vous avoir rencontrés.

-**A mon Père**, un pilier pour moi. Merci de m'avoir toujours accompagné, soutenu, aidé dans mes choix. Tu m'as permis de réaliser mes plus grands rêves, tu as été disponible à chaque instant et m'a toujours aidé à affronter les difficultés. Je te remercie pour ton écoute et ton amour.

- **A Léa**, ma sœur. Grâce à toi j'ai pu m'évader en dehors de ces études de médecine. Je te remercie pour tous ces moments passés ensemble.

-**A mon entourage familial**, Dominique, François, Mamie, Dadou, Juju, Bibou, ma famille. J'ai toujours pu compter sur vous, merci d'avoir toujours été là pour moi, votre présence m'est si importante !

-**A Jean**, mon oncle. Je suis si fière et honorée d'avoir un oncle comme toi. Malgré des moments d'éloignement, c'est bien l'armée qui nous a rapprochés. J'ai eu la chance d'échanger avec toi, tous ces souvenirs resteront gravés en ma mémoire et je ferai tout pour te rendre hommage.

-**A l'antenne médicale du 1^{er} RPIMa de Bayonne**. Je ne pouvais pas mieux tomber avec vous, je vous remercie sincèrement pour tout ce que vous m'avez transmis au cours de ces 6 mois. Je me souviendrai également de ces séances de sport organisées, de ces trails à 4h du mat', de ce 50km en compagnie de Patxi, qui m'aura même motivée à réaliser les 100kms du pays Basque. Marek, je vous remercie pour votre suivi, votre générosité. Vous avez fait en sorte que je suive une formation de qualité et m'avez suivie au cours de mes études.

-**A l'PHIA Robert Picqué et ses équipes soignantes**. Ce stage aux urgences m'a formée au mieux, et ce grâce à l'aide de tous, notamment Mathieu, Manu, David, Sandrine, Thérèse. J'ai développé des connaissances par la suite au travers de mon stage en réanimation, où j'ai fait la rencontre d'une équipe médicale et paramédicale incroyable. Merci à vous tous, j'espère que nos chemins se croiseront à nouveau.

-**A l'équipe médicale et paramédicale du CHI Mont de Marsan**. Grâce à vous j'ai pu prendre confiance en moi et progresser via mes prises en charge et vos retours d'expérience, je n'oublierai pas nos échanges.

-**Aux patients militaires comme civils**, la raison pour laquelle je cherche constamment à m'améliorer dans tous les domaines.

Et évidemment j'adresse mes remerciements à tous ceux que je n'ai pas pu citer plus haut, chaque rencontre a été pour moi une source d'inspiration, je vous en suis reconnaissante pour cela.

« Le succès dans la vie arrive non pas en jouant les bonnes cartes mais plutôt en étant capable de jouer les mauvaises cartes de la bonne manière. »

Joshua Dool

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	16
1.Évolution des enjeux professionnels et sociétaux de la femme au cours des dernières décennies.....	16
1-1. Place de la femme au sein du monde du travail.....	16
1-2. Des modifications sociétales amenant à un rééquilibrage des rôles sociaux.....	16
1-2-1. Droit à l’instruction	16
1-2-2. Émancipation des femmes au sein du couple	17
1-2-3. Équilibre des rôles parentaux	17
1-3. Enjeux actuels en termes de conciliation travail-famille	18
1-4. Focus sur la féminisation du corps médical civil.....	20
2.Evolution de la place de la femme au sein du monde militaire et du Service de Santé des Armées	21
2-1. Les femmes dans le Service de Santé des Armées : initialement un rôle de soutien	22
2-2. Une ouverture progressive des métiers des armées	22
2-2-1. La professionnalisation des armées.....	22
2-2-2. L’arrivée des nouvelles technologies	23
2-2-3. La suppression des quotas de recrutement	23
2-2-4. Évolution du taux de féminisation jusqu’en 2012.....	24
2-2-5. Féminisation du personnel militaire actuel.....	24
3. Une difficile conciliation entre statut de femme et de militaire.....	24
3-1. La question de la maternité	24
3-2. Un taux de divorce marqué chez les femmes	25
3-3. Une mobilité comparable aux hommes.....	25
4. Justification de l’étude.....	27
MATERIEL ET METHODES.....	28
1.Méthodologie générale.....	28
2.Population d’étude	28
2-1. Critères d’inclusion.....	28
2-2. Critères de non-inclusion.....	29
2-3. Modalités de recrutement.....	29
3. Nombre de sujets nécessaires théoriques.....	29
3-1. Pour le questionnaire	29
3-2. Pour les entretiens téléphoniques	30
4. Données recueillies	30
4-1. Enquête quantitative :	30
4-2. Enquête qualitative	31
5.Analyses statistiques.....	32
5-1. Étude quantitative.....	32
5-2. Étude qualitative	32
5-2-1. Méthodologie d’analyse.....	32
5-2-2. Analyse de contenu.....	32
RESULTATS QUANTITATIFS	34
1.Descriptif de l’échantillon de l’étude quantitative.....	34
2. Résultats quantitatifs.....	35
2-1. Population.....	35
2-1-1. Origine géographique	35
2-1-2. Situation professionnelle des parents.....	36
2-2. Description de la carrière.....	37
2-2-1. Du point de vue universitaire	37

2-2-2. Du point de vue familial	37
2-2-3. Du point de vue professionnel.....	40
2-3. Facteurs motivant les choix de carrière.....	46
2-4. Bilan de la carrière.....	48
2-5. Psychisme	51
2-5-1. Profil de personnalité.....	51
2-5-2. Bien-être mental.....	53
RESULTATS QUALITATIFS	55
1.Descriptif de l'échantillon de l'étude qualitative	55
2.Analyse de la carrière professionnelle	55
1-1. Les représentations du départ	55
1-2. Un statut de fonctionnaire vécu comme avantageux par rapport au métier de médecin libéral ..	56
1-2-1. Des horaires de travail convenables permettant une bonne qualité de vie.....	56
1-2-2. Un métier sécurisant sur le plan financier.....	57
1-2-3. Un environnement de travail unique.....	57
1-2-4. Un métier offrant une médecine polyvalente	59
1-3. Une gestion des carrières perfectible au sein du Service de Santé des Armées	60
1-3-1. Le mode de recrutement des gestionnaires fait débat	60
1-3-2. Le constat d'une écoute insuffisante des souhaits des praticiens.....	60
1-3-3. Le temps horaire calqué sur celui de l'armée en général, inadapté à la carrière de médecin61	
3.Analyse de la satisfaction personnelle	61
2-1. La problématique de la mobilité sur la vie de famille.....	61
2-2. Le rôle de la famille et des amis	62
2-2-1. La famille proche, entre pilier et contrainte.....	62
2-2-2. Le rôle des amis	63
4.Evolution professionnelle : Quelle est la place de la femme dans l'armée et au sein du Service de Santé des Armées ?.....	64
3-1. L'image de la femme au sein de l'armée et de la médecine qui évolue avec le temps	64
3-1-1. L'image de la femme dans le milieu médical dans les années 1990s.....	64
3-1-2. L'image de la femme au sein de l'armée dans les années 1990s.....	64
3-1-3. La place de la femme médecin et militaire reste encore à prouver de nos jours.....	65
3-2. Les inégalités d'évolution de carrière en fonction du sexe	65
3-2-1. L'inégalité marquée lors des notations	65
3-2-2. La maternité et son impact sur l'avancement	66
3-2-3. L'inégalité de traitement ressentie vis-à-vis des Opérations Extérieures	66
3-2-4. Les inégalités ressenties sont le reflet de notre société.....	67
3-3. Entre égalité et discrimination positive	68
5.Influence du profil de personnalité.....	69
4-1. Des profils particuliers dans des unités particulières	69
4-2. Au-delà du profil de personnalité, c'est la capacité d'adaptation qui compte.....	70
DISCUSSION	72
1.Les principales différences entre les hommes et les femmes sur leurs choix de premier poste.....	72
2.Impact de ces différences sur leur carrière et retentissement sur leur bien être	72
2-1. Poids des stéréotypes et influence générationnelle.....	72
2-2. Impact des traditions en termes de parentalité.....	73
2-3. Impact du genre sur le parcours professionnel.....	75
2-4. Impact en termes d'épanouissement.....	76
2-5. Impact en termes de niveau de bien-être perçu.....	76
3.Forces et limites des études.....	78
3-1. Pour l'étude quantitative.....	78
3-1-1. Forces.....	78
3-1-2. Limites.....	78
3-2. Pour l'étude qualitative	79

3-2-1. Forces.....	79
3-2-2. Limites.....	79
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	80
BIBLIOGRAPHIES	82
ANNEXES.....	85
SERMENT MEDICAL.....	87
RESUME :	88

TABLE DES FIGURES :

Figure 1 : Évolution des écarts entre hommes et femmes des taux d'activité, de temps plein et de taux de chômage (source : inégalités professionnelles entre hommes et femmes, Selma MAHFOUZ).....	19
Figure 2 : Origine géographique des praticiens interrogés.....	35
Figure 3 : situation professionnelle des parents des praticiens interrogés (466 hommes et 337 femmes).....	36
Figure 4 : Répartition du classement ECN et EVDG entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	37
Figure 5 : distribution des caractéristiques matrimoniales des répondants entre le début de la carrière et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes).....	38
Figure 6 : diagramme de flux du statut matrimonial entre le début de la carrière et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes).....	39
Figure 7 : Type de spécialité au premier poste et au poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	41
Figure 8 : Corps d'armée d'appartenance entre le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	41
Figure 9 : Diagramme de flux du corps d'armée d'appartenance entre le premier poste et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes).....	42
Figure 10: Localisation géographique entre le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	44
Figure 11 : Temps moyen d'absence annuel au premier poste et au poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	45
Figure 12 : Motifs d'interruption de carrière entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	46
Figure n°13 : Motifs influençant le choix du premier poste entre les hommes et les femmes, indépendamment du classement ECN (466 hommes et 337 femmes).....	47
Figure n°14 : Motifs ayant influencé le choix d'affectation pour le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	48
Figure 15 : bilan de carrière entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	49
Figure 16 : Échelle de cohérence entre carrière et souhaits personnels entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	49
Figure 17 : Influence de la situation familiale sur la carrière professionnelle entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	50
Figure 18 : Perception de réussite personnelle en termes de situation familiale entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	50
Figure 19 : Évaluation du degré d'épanouissement personnel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	51
Figure 20 : Composante masculine de l'échelle de personnalité entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	53
Figure 21 : Degré de bien être mental entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes).....	54

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

DARES : Direction de l'Animation, de la Recherche, des Études et des Statistiques

SSA : Service de santé des Armées

AFAT : Auxiliaires Féminines de l'Armée de Terre

SFF : Section Féminine de la Flotte

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ECN : Examen Classant National

NSN : Nombre de Sujet Nécessaire

ET : Écart Type

ANNUDEF : Annuaire Défense, Annuaire professionnel du Ministère des Armées

MCD : Mission de Courte Durée

F : Femme

H : Homme

MED : Médecin des Armées

MP : Médecin Principal

MC : Médecin Chef

MCSCN : Médecin Chef des Services de Classe Normale

MCSHC : Médecin Chef des Services Hors Classe

DOM ROM : Département d'Outre-Mer et Région d'Outre-Mer

DGSE : Direction Générale de la Sécurité Extérieure

INTRODUCTION

1.Évolution des enjeux professionnels et sociétaux de la femme au cours des dernières décennies

1-1. Place de la femme au sein du monde du travail

Le 20^e siècle a été le siège de profonds bouleversements en termes d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes et d'enjeux sociétaux. En s'intéressant aux droits de la femme, celle-ci a toujours travaillé, mais bien souvent restreinte par le fait qu'elle devait s'occuper des enfants et du foyer. Lors de la première guerre mondiale, du fait de l'emploi massif des hommes pour aller combattre au front, les femmes ont eu un rôle de soutien dans le monde du travail, sans toutefois disposer des mêmes droits que les hommes. Ce n'est qu'en 1946 qu'était évoqué le terme d'égalité entre les hommes et les femmes où « la loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme ». (1) A partir de 1965, elles pouvaient exercer une activité professionnelle sans l'autorisation de leur mari. Si elles pouvaient être licenciées du fait d'une grossesse, cela est désormais interdit depuis 1966. L'égalité salariale pour un travail de valeur égale entre un homme et une femme a été garantie par la loi du 22 décembre 1972. Près de 10 ans plus tard, via la loi Roudy de 1983, l'Assemblée Générale a voté l'égalité professionnelle avec l'interdiction de toute discrimination professionnelle en raison du sexe. (2)

1-2. Des modifications sociétales amenant à un rééquilibrage des rôles sociaux

1-2-1. Droit à l'instruction

Ce n'est qu'en 1836 que les jeunes filles ont eu le droit à l'enseignement primaire. Près de 30 ans après, en 1861, fut autorisée à se présenter à l'épreuve du baccalauréat la première femme, en le préparant de manière autonome, hors du système scolaire. En 1924, un décret a stipulé le caractère désormais identique de l'enseignement secondaire ainsi que du baccalauréat entre les filles et les garçons. En 1972, le concours des grandes écoles a été pour la première fois ouvert aux femmes. Ainsi, l'école polytechnique devenait mixte avec huit femmes reçues cette année-là, dont une, Anne CHOPINET, qui fut major de promotion. (3)

1-2-2. Émancipation des femmes au sein du couple

Le siècle dernier a permis non seulement une émancipation professionnelle des femmes mais également une reconnaissance législative et sociétale à l'égal de l'homme. En 1907, les femmes devaient demander l'accord de leur mari pour exercer une activité professionnelle. Cela a été abrogé en 1965 où elles disposaient également de la gestion indépendante de leurs biens propres. Deux ans plus tard, elles ont eu le droit de disposer d'une contraception, et donc d'être plus libres dans leurs souhaits de grossesse. En 1975, la loi autorisait le divorce par consentement mutuel.

Ce siècle a également été marqué par les écrits et les engagements publics de Simone de Beauvoir, philosophe et écrivaine, symbole du combat pour l'amélioration de la condition féminine. Dans son livre « Le Deuxième Sexe » publié en 1949, elle développa l'idée qu'une femme n'agit pas en fonction de son identité biologique, mais selon l'influence culturelle et l'éducation : « on ne naît pas femme, on le devient. ». Selon elle, la féminité serait une construction sociale, fruit d'une inégalité homme-femme, où le travail serait la première étape de l'émancipation de la femme.(4)

1-2-3. Équilibrage des rôles parentaux

En termes de congé parental, le congé maternité a été instauré bien avant le congé paternité, en 1909 pour les femmes, alors qu'il a été créé après les années 2000 pour les hommes. En 1970, la loi relative à l'autorité parentale conjointe a supprimé la notion de « chef de famille » du Code Civil. En 1993 était évoqué la notion d' « exercice commun de l'autorité parentale » (5) où les deux parents, quelle que soit leur situation (mariés, concubins, divorcés, séparés), disposent des mêmes droits et devoirs pour l'éducation des enfants mineurs.

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), dans l'article « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes » entre 1985 et 2015, le temps parental¹ a eu tendance à augmenter au fil des décennies, et ce particulièrement pour les hommes. Pour ces derniers, il est en effet passé de 22 à 41 minutes par jour entre 1985 et 2010, et pour les femmes de 82 à 95 minutes (6). Ce temps parental représentait, en 2010, un tiers du temps domestique total, contre un cinquième 25 ans plus tôt. L'écart entre

¹ Temps parental : temps qu'un enfant passe sous les soins d'un parent après une séparation ou un divorce.

hommes et femmes s'est réduit, mais ces dernières y consacraient toujours plus du double de temps, quotidiennement.

Concernant le mode de garde après un divorce, 76% des enfants en 2015 étaient gardés exclusivement par leur mère contre 9% par leur père, et 15% étaient en résidence alternée (6). Le recours à la garde alternée avait presque doublé depuis 2003, et était d'autant plus fréquent que les parents avaient des revenus d'activité élevés avant le divorce, probablement lié au fait de devoir disposer de deux logements suffisamment spacieux pour accueillir les enfants.

1-3. Enjeux actuels en termes de conciliation travail-famille

Les transformations du 20^e siècle en matière d'égalité homme femme ont abouti à une modification des conditions d'accès aux professions. La levée des barrières à l'instruction et aux grandes écoles a rendu plus facile l'accès à des professions dites prestigieuses chez les femmes. Depuis les années 1970 était observée une hausse de la population active de par le fait que les femmes investissaient plus le marché du travail et qu'elles interrompaient moins souvent leur carrière après la maternité.

Selon un rapport publié en 2018 à propos des « inégalités professionnelles entre femmes et hommes » par Selma MAHFOUZ, directrice de la DARES, les écarts hommes/femmes de taux d'activité ont significativement baissé depuis 1975, avec toutefois moins d'activité chez les femmes de 25 à 49 ans que les hommes du même âge (7). Celles-ci travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes comme le montre la figure 1.

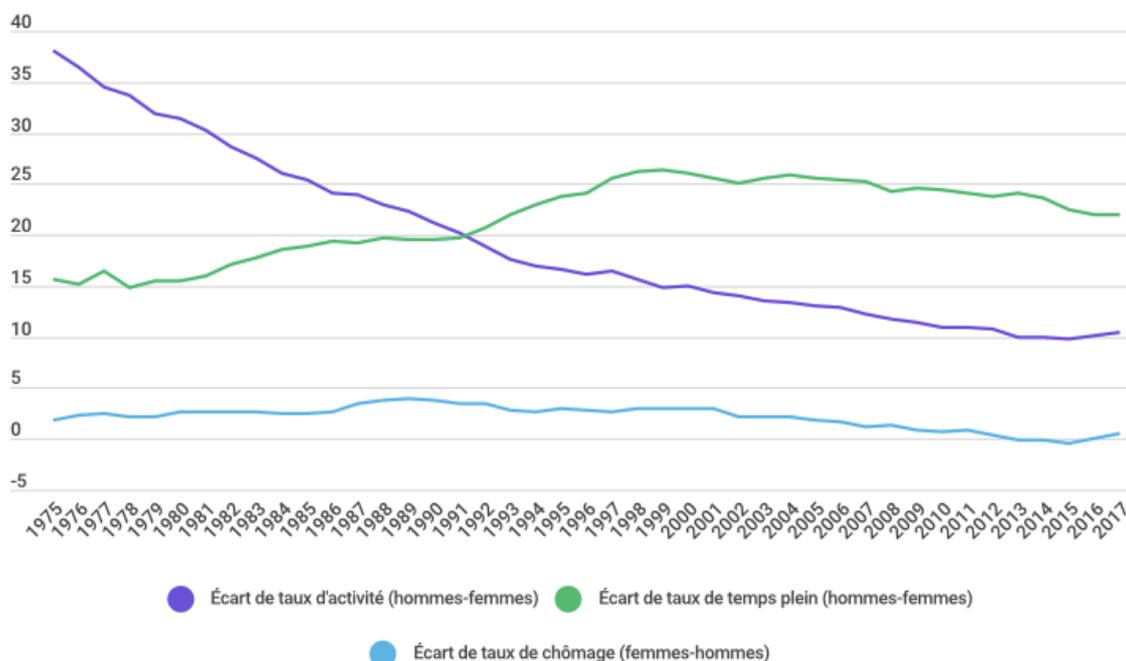


Figure 1 : Évolution des écarts entre hommes et femmes des taux d'activité, de temps plein et de taux de chômage (source : inégalités professionnelles entre hommes et femmes, Selma MAHFOUZ)

Selon le même rapport, la maternité reste un élément majeur freinant la carrière professionnelle des femmes, qui restent moins présentes que les hommes sur le marché du travail malgré une hausse de leur participation. Leur taux d'activité dans le monde du travail diminue avec le nombre d'enfants à charge du ménage, passant de 88% sans enfant à 64% avec trois enfants ou plus. Ce taux baisse d'autant plus qu'il s'agit d'enfants en bas âge. À l'inverse, chez les hommes, ce taux d'activité a tendance à augmenter avec la présence d'au moins un enfant puis reste stable quel que soit le nombre d'enfants à charge.(7)

Selon un rapport lancé par l'Insee en 2017, nommé « femmes et hommes, l'égalité en question », (8) la société française conserve une croyance profonde quant aux rôles sociaux des hommes et des femmes. Bien que la loi déclare une égalité sociale et professionnelle entre les deux sexes, en pratique, le travail domestique marqué par les tâches ménagères et le temps consacré aux enfants est réalisé en majorité par les femmes, notamment dans les familles avec enfant. La réduction actuelle du temps passé à ces tâches résulte d'une baisse de la contribution des femmes et non d'une hausse de l'implication masculine. Il persisterait alors toujours un stéréotype de genre par l'idée que le sexe des individus contribue « à déterminer leurs valeurs, leurs aptitudes et leurs aspirations ». (9)

L'enjeu actuel réside alors sur une ambivalence entre une responsabilité professionnelle où les femmes souhaitent satisfaire les exigences requises pour exercer leur métier pleinement et une responsabilité parentale où elles jouent toujours un rôle majeur malgré un équilibre législatif établi hommes/femmes.

1-4. Focus sur la féminisation du corps médical civil

Au même titre que l'évolution sociétale, les professions médicales ont été marquées par une féminisation accrue autour des années 1970.

Ce n'est qu'en 1868 que les femmes ont été autorisées à s'inscrire en faculté de médecine. Madeleine BRES fut d'ailleurs la première femme française à accéder à ces études puis à obtenir le diplôme de médecine en 1875 (10). Si le taux de féminisation était faible jusque dans les années 1970, autour de 10 à 15%, il a depuis augmenté, avec un taux de 35% en l'an 2000 (11). En 2021, le taux de féminisation de la profession médicale était de 49,8% en France, cette féminisation touchant aussi bien les métiers de médecin généraliste que de spécialiste (12).

Cette féminisation de la profession médicale a aussi mis en évidence la problématique de la conciliation travail-famille dans la mesure où les femmes s'occupent plus des activités domestiques et parentales que leurs conjoints, malgré des exigences professionnelles soutenues.

Dans un article Québécois publié en 2015, être mère et médecin serait un défi difficilement réalisable (13). En effet, la construction de l'identité professionnelle laisserait peu de place à une identité parentale. Les exigences de la profession (horaires soutenus, inversion nyctémérale, stress chronique...) sont en effet peu compatibles avec une vie de famille. Ces problématiques se retrouvent de la même manière chez les hommes médecins.

Il faudrait alors qu'elles réalisent leurs obligations maternelles de la même manière que lorsqu'elles étaient femmes au foyer, alors qu'elles ne disposent plus du temps nécessaire pour le faire, malgré l'aide aux tâches grâce aux nouvelles technologies. Ces exigences les amèneraient à réaliser de gros sacrifices, en compromettant leur capacité à exercer la médecine telles qu'elles aimeraient le faire ou en mettant de côté l'éducation qu'elles souhaitent offrir à leurs enfants. (13)

2. Evolution de la place de la femme au sein du monde militaire et du Service de Santé des Armées

A l'instar du monde médical, le Service de santé des armées (SSA) a longtemps été un milieu majoritairement masculin où la place de la femme était restreinte à un statut de soutien, pour venir en aide aux personnels masculins engagés en temps de guerre (14). Ainsi elles aidaient les médecins en nettoyant les plaies des combattants et en accompagnant ceux qui souffraient. Elles étaient d'ailleurs appelées « les anges blancs », étant souvent le dernier contact avant la mort. (15)



Image 1 : Photographie d'infirmières en 1915 auprès de blessés de guerre (source : Le travail des femmes pendant la première guerre mondiale)

Elles ont longtemps conservé un statut civil et leur engagement en qualité de militaire ne s'est fait que durant la seconde guerre mondiale. Pourtant, bon nombre d'entre elles appréciaient les valeurs de l'armée et le travail réalisé au sein des forces. Ce n'est que dans les années 1970 qu'elles ont pris une place plus marquée au sein du SSA. Elles y sont désormais majoritaires.

2-1. Les femmes dans le Service de Santé des Armées : initialement un rôle de soutien

La féminisation du personnel militaire débuta avec la Première Guerre Mondiale, par le recrutement des infirmières de la Croix-Rouge, affectées à des formations sanitaires militaires, puis, dès 1916, se créait le corps des infirmières temporaires, engagées le temps de la guerre. Celles-ci jouaient un rôle de soutien face au grand nombre d'hommes employés pour la guerre, sans toutefois être engagées dans l'armée de manière pérenne. (3)

En 1938 était instaurée la loi Paul-Boncour, en prévision de l'imminence d'une seconde guerre, consistant à mobiliser hommes comme femmes, sans distinction d'âge (16). Elle instaurait un engagement féminin au sein des armées, sous statut civil, en tant que personnel auxiliaire.

Ce n'est que lors de la Seconde Guerre Mondiale que les femmes se sont engagées sous statut militaire, notamment avec la création en 1940 du corps féminin rattaché aux Forces Françaises Libres (3), puis en 1941 du corps des volontaires féminines de l'armée de l'air (3). Ce conflit était également marqué par le bataillon de conductrices ambulancières qui s'illustra au sein du corps expéditionnaire français en Italie. Plus tard, en 1944, les corps des auxiliaires féminines de l'armée de terre (AFAT) et des sections féminines de la Flotte (SFF) étaient créés (3). En 1946, les anciennes infirmières de l'air sont devenues le corps des convoyeuses de l'air, c'est-à-dire des « infirmières pilotes, parachutistes et secouristes de l'Air (IPSA) et des forces féminines de l'Air (FFA) » (3).

2-2. Une ouverture progressive des métiers des armées aux femmes

Ce n'est qu'en 1951, via le décret n°51-1197 (17), que le personnel féminin disposa d'un statut légal au sein des armées, personnel enfin autorisé à s'engager, exclusivement sous contrat et sans assimilation de grade (3).

Un peu plus tard, la loi du 13 juillet 1972 a instauré les mêmes droits et mêmes devoirs pour les militaires masculins et féminins. « Le même statut général des militaires est applicable aux hommes et femmes » (3) mais l'accès des femmes à certains corps d'armée et aux écoles de formation était limité par des quotas maximaux.

2-2-1. La professionnalisation des armées

La loi du 2 juillet 1996 relative à la programmation militaire pour les années 1997 à 2002 (18), instaurée par Jacques Chirac avait pour objectif une professionnalisation des armées, avec une restructuration des industries de défense et une modernisation des équipements.

2-2-2. L'arrivée des nouvelles technologies

Le statut du militaire a pris alors une nouvelle forme de par la mutation du type de conflit où « la plupart des conflits armés contemporains n'obéissent plus au modèle des guerres traditionnelles » (19). L'arrivée des nouvelles technologies et d'une armée de pointe incitait à revoir les méthodes de recrutement des armées, en n'incorporant plus de manière quantitative mais de manière qualitative les personnels. (19). Leur fonction n'était plus d'être préparés à un affrontement physique comme c'était le cas lors des deux guerres mondiales, mais plus de garantir la viabilité des relations internationales. Le service militaire obligatoire fut donc remplacé par un appel à volontariat « ouvert à tous, pour une durée d'un an, renouvelable quatre fois. », pour un objectif d'engagement sur le long terme et non plus sur quelques mois comme c'était le cas auparavant. (19)

Cela a eu pour conséquence une ouverture de milliers de postes à des hommes mais aussi à des femmes volontaires pour servir au sein des forces armées.

2-2-3. La suppression des quotas de recrutement

Le décret n°98-86 du 16 février 1998 (14) abrogea tous les quotas limitant l'accès des femmes aux armées. Cette suppression a eu une incidence majeure sur le corps des médecins des armées : la proportion de candidates admises au concours d'entrée dans les écoles de formation initiale du SSA est passée de 10% en 1995 [contre 50,2% en 1994 dans le milieu civil] à 15% en 1997 puis 55% en 1998 [contre 64% en 2003 dans le milieu civil] avec « 66 filles ayant été admises sur 120 places offertes au concours. » (14) (20). S'est observée alors une inversion des tendances avec un taux d'engagement des femmes au sein du SSA qui n'a fait que s'accroître au fil des années, avec un taux de réussite élevé au concours d'entrée du SSA. (14)

La proportion des femmes a ainsi augmenté annuellement pour venir refléter la situation des femmes dans la société civile.

En 2014, leur présence dans le SSA représentait 56% des effectifs, 21% dans le service du commissariat, et de manière générale, en grande proportion dans les fonctions administratives, ce qui reflétait une « attirance pour les métiers médicaux et du tertiaire qui n'est pas une spécificité des femmes dans les armées ». (21)

2-2-4. Évolution du taux de féminisation jusqu'en 2012

La professionnalisation des armées ainsi que la suppression des quotas de recrutement au sein des armées a permis une féminisation progressive et accrue au cours des années où la proportion de femmes a doublé entre 1995 et 2012 dans les armées, passant respectivement de 7,5% à 15,07% des effectifs totaux. (22)

2-2-5. Féminisation du personnel militaire actuel

Selon le Rapport Social unique publié en 2021, les femmes représentent 16,5% du personnel militaire global. Le ministère des armées français est d'ailleurs le 4^e le plus féminisé au monde. Le SSA est le service le plus féminisé des forces armées françaises avec 62% du personnel, toutes catégories confondues. A l'inverse, l'Armée de Terre représente le plus faible taux de féminisation (11,2%) alors qu'elle dispose du plus grand nombre d'effectifs militaires en comparaison avec les autres forces armées (11).

3. Une difficile conciliation entre statut de femme et de militaire

Depuis 1972, le statut général du militaire ne fait aucune distinction liée au sexe. En d'autres termes, être militaire s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes, ce qui signifie que les contraintes et exigences du métier valent pour tous les militaires. Se posent alors certaines questions propres au genre et à leurs conséquences professionnelles...

3-1. La question de la maternité

Avec la féminisation des armées, les questions de maternité et de parentalité prennent une place de plus en plus importante, en particulier au sein du SSA. En ce qui concerne les médecins militaires féminins, du fait de la tranche d'âge où elles débutent leur carrière professionnelle, ces personnels jeunes sont assujettis au même moment à des contraintes liées à l'état de militaire ainsi qu'à la construction de leur foyer familial.

Au sein des armées, en 2013, 40% des femmes militaires étaient mères, contre 57% pour les hommes militaires (3). Dans la catégorie « officier subalterne », l'âge moyen du premier enfant était de 30 ans pour les femmes (3), correspondant, pour le personnel du SSA, à la

phase de sortie d'école. Les femmes avaient également « moins d'enfants que leurs homologues masculins » (3).

Concernant les célibataires géographiques, les données datent de 1999 (19), « 12% des femmes militaires » étaient confrontées à une situation de célibat géographique. Par ailleurs, ce célibat concernait principalement des couples sans enfant (20%), contre 8% des couples avec enfant.

3-2. Un taux de divorce marqué chez les femmes

En 2020, au sein de la population militaire globale, 42,6% des militaires étaient célibataires (contre 40,9 % en population générale en 2017) avec 62% de femmes célibataires contre 43% d'hommes (3). La vie en couple (mariage, pacs, concubinage) concernait 53% des militaires (contre 43 % de mariés en population générale en 2017) et 3% étaient divorcés (8,6% en population générale), avec un taux de divorce deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes à partir de 40 ans (3).

En 2009, 23% des unions concernaient deux conjoints militaires, les militaires du SSA ayant plus souvent un conjoint militaire que les militaires d'autres armées. En effet, dans le SSA, les personnels s'engagent dès le début de leurs études de médecine, études particulièrement longues facilitant la rencontre d'un(e) conjoint(e) du même milieu, d'autant plus que ces personnes partagent les mêmes intérêts professionnels, un même capital culturel, dans un environnement en commun. (22)

En comparant l'état civil des femmes militaires à celui des femmes françaises en général, il suit les mêmes tendances peu importe la catégorie d'âge, sauf en ce qui concerne le statut du divorce, où les femmes militaires sont deux fois plus divorcées que les femmes françaises dans la catégorie 30-39 ans, catégorie qui correspond à l'âge moyen des femmes au sein des armées.

3-3. Une mobilité comparable aux hommes

Concernant les opérations extérieures (OPEX), la féminisation des effectifs militaires projetés toutes armées confondues n'a fait que s'accroître pour atteindre près de 9% en 2020, alors que les femmes ne représentent que 16% des effectifs globaux. (22)

Le statut général du militaire impose une disponibilité totale, passant par la possibilité d'être projeté en mission extérieure de manière imprévisible et soutenue. Cette adaptabilité et

disponibilité du personnel exige des sacrifices, notamment familiaux, qu'il faut prendre en compte.

Concernant les mutations avec changement de résidence, en 2021, les femmes sont moins mutées que les hommes tout grade confondu sauf en ce qui concerne le SSA. Dans cette armée, le taux de mutation des femmes est supérieur à celui des hommes (57,9% pour les femmes contre 42,0% pour les hommes). (11)

4. Justification de l'étude

Cette étude se justifiait par le fait que la société en général a subi de profonds changements, ayant eu une influence majeure sur les individus, notamment chez les femmes où le rôle « reproductif » c'est-à-dire lié aux tâches domestiques, fut en court de mutation vers le rôle « productif », qui génère des revenus, attribué à l'homme dans notre société moderne. Avec ces mutations sociétales se pose, entre autres, la question de conciliation vie familiale/vie professionnelle des femmes et leur place au sein de la société du 21^E siècle.

Cette question est encore plus prégnante dans le secteur militaire, pour lequel l'équilibre de vie semble plus difficile à trouver que dans le secteur civil. En effet, en l'espace de quelques années, l'armée a connu une nette féminisation globale, qui a eu pour conséquences l'apparition de nouvelles problématiques de vie, différentes de celles des hommes, susceptibles d'influencer fortement la carrière professionnelle. La maternité en est un des principaux facteurs.

Dans ce contexte, l'objectif principal de l'étude était d'approfondir les facteurs influençant les choix de poste des praticiens militaires, de les comparer pour mettre en évidence d'éventuelles différences selon le genre. Les objectifs secondaires de cette étude étaient également d'analyser les freins et les leviers retrouvés au cours de la carrière des praticiens du SSA afin de répondre au mieux à leurs aspirations, en cohérence avec les besoins de l'armée.

Un autre point important à développer était l'étude de la satisfaction personnelle et professionnelle actuelle de ces praticiens dans le but de connaître de manière plus fine la trajectoire et les enjeux de leur carrière.

MATERIEL ET METHODES

1.Méthodologie générale

Il s'agissait d'une étude descriptive mixte, transversale sur volontaires, incluant deux phases concomitantes : une phase quantitative et une phase qualitative.

La première phase comportait un recueil de données par questionnaires auto administrés via la messagerie *Intradef* (réseau du ministère des armées) auprès des médecins militaires d'active du SSA, après invitation à participer par mail et information complète sur l'étude.

La seconde phase reposait sur des entretiens semi-dirigés, réalisés par téléphone auprès de quelques volontaires ayant accepté de laisser leurs coordonnées téléphoniques par mail après information complète, et ayant été par la suite tirés au sort et inclus.

Une déclaration de l'étude auprès de la direction de la recherche et de l'innovation du SSA et auprès du référent national Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) pour le ministère des armées a été réalisée.

Cette étude a été réalisée en France métropolitaine et outre-mer entre novembre 2021 et mai 2022.

2.Population d'étude

La population étudiée, que ce soit pour le volet quantitatif comme pour le volet qualitatif, était composée de médecins militaires de carrière, thésés, affectés en médecine des forces ou dans un poste hospitalier et résidant en France ou dans les Départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM).

2-1. Critères d'inclusion

Un sujet était éligible lorsque tous les critères suivants étaient réunis :

- être personnel officier recensé sur l'annuaire professionnel du ministère des armées (Annudef) ;
- être médecin militaire ;

- être militaire d'active ;
- être thésé ;
- avoir eu au moins une affectation dans sa carrière ;
- avoir formulé sa non-opposition à participer à l'étude.

2-2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient :

- être réserviste ;
- être civil de la défense ;
- avoir formulé son opposition à participer à l'étude.

2-3. Modalités de recrutement

Le recrutement se faisait à partir des bases de données des affiliés d'Intradef. Ceux ayant une adresse mail enregistrée étaient invités à participer à l'enquête.

A l'issue de la notice d'information, il était proposé un lien d'accès à un questionnaire en ligne, paramétré avec le logiciel Sherlock, pour les volontaires acceptant de participer. Les questionnaires étaient auto-complétés en ligne par les militaires. Les répondants avaient également la possibilité de laisser leurs coordonnées téléphoniques en fin de questionnaire s'ils acceptaient d'être rappelés dans le cadre du volet qualitatif. Un tirage au sort a été effectué à partir de la liste des sujets acceptant d'être rappelés.

3. Nombre de sujets nécessaires théoriques

3-1. Pour le questionnaire

L'ensemble des praticiens des armées possédant une adresse mail Intradef avaient reçu un mail d'invitation. Le nombre de sujets concernés représentait l'ensemble de répondants sollicités volontaires. L'étude étant exploratoire et essentiellement descriptive, le nombre de sujets nécessaires pour la partie quantitative a été fixé à 180, afin de représenter environ 10% de la population cible.

3-2. Pour les entretiens téléphoniques

Les sujets étaient tirés au sort aléatoirement parmi les répondants volontaires.

Le nombre d'entretiens téléphoniques était fixé à environ 20 de manière à obtenir un panel d'individus varié balayant l'ensemble des caractéristiques des praticiens en termes d'âge, de sexe, de grade. Ces entretiens avaient un but exploratoire et non pas de représentativité stricte. Ils étaient menés jusqu'à saturation des informations, c'est-à-dire lorsque l'intervieweur avait une diversité des idées suffisante pour permettre de couvrir la problématique de recherche de manière exhaustive.

Le nombre de sujets nécessaires pour la partie qualitative était fixé à 20 participants, en estimant qu'à ce stade on arrivait à une saturation des informations. (1) (2)

4. Données recueillies

4-1. Enquête quantitative :

Le questionnaire portait sur les thématiques suivantes :

- Les critères sociodémographiques des volontaires : sexe, âge, situation familiale et géographique, situation professionnelle des parents.
- Le profil personnel (résultat à l'Examen Classant National (ECN), spécialité de poste et type de poste entre premier poste et poste actuel).
- La carrière professionnelle (géographie du premier poste et du poste actuel, mutations avec changement de résidence, séjours, OPEX et Missions Courte Durée (MCD), interruptions de carrière, temps moyen d'absence annuel).
- Les facteurs d'influence sur le choix du premier poste et de la carrière professionnelle (situation familiale, situation géographique, intérêt professionnel du poste)
- Les satisfactions professionnelle et personnelle
- Une échelle explorant les aspects masculins, féminins et neutres de la personnalité.
- Une échelle mesurant l'épanouissement mental.

Les deux échelles utilisées étaient validées en français :

-L'échelle de masculinité/féminité comporte 33 items : 11 explorant des aspects de la personnalité plutôt associés à la masculinité dans les représentations sociales, 11 reliés aux aspects plutôt associés à la féminité et 11 non reliés à un genre précis (neutre). Les sujets inclus avaient la possibilité de répondre à chaque item par le biais d'une échelle de Likert à

7 classes (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Pour une meilleure lisibilité, les items ont été présentés en 5 classes (regroupement des « pas du tout d'accord » avec les « pas d'accord », et des « d'accord » avec les « tout à fait d'accord »).(23)

-L'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) comprend 14 items sur une échelle de Likert de 5 (1 : jamais, 2 : rarement, 3 : quelque fois, 4 : souvent, 5 : tout le temps). Elle évalue le bien être psychologique des individus dans ses deux dimensions théoriques : le bien-être hédoniste (état de bonheur et de satisfaction de vie) et eudémoniste (fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation). Il n'existe pas de seuil limite, plus le score est élevé, plus l'état de bien être est élevé. Pour l'étude, les réponses ont été groupées en 3 quartiles. Les sujets situés sous l'intervalle interquartile bas Q1 étaient considérés comme ayant un bien-être mental faible, ceux situés au-dessus de l'intervalle interquartile haut Q3 étaient considérés comme ayant un bien-être mental fort, ceux situés entre Q1 et Q3 étaient considérés comme ayant un bien-être mental moyen (24).

4-2. Enquête qualitative

Les entretiens se sont faits par téléphone, sous forme semi-dirigée, à l'aide d'un guide d'entretien prédéfini, par une personne formée à cette technique. Cette grille d'entretien était élaborée à partir des objectifs de la présente étude. Cette grille reposait sur 5 axes d'investigation principaux :

- Analyse de la carrière des praticiens (faits marquants positifs et négatifs)
- Analyse de la satisfaction professionnelle et développement des facteurs de satisfaction et de contrainte professionnelle
- Analyse de la satisfaction personnelle
- Exploration de la perception de la place de l'homme et de la femme au sein de l'armée.

La grille d'entretien finale était composée de questions ouvertes et neutres qui suivaient une progression logique. Elle débutait par des questions s'intéressant à la carrière globale et était testée auprès d'un petit échantillon de médecins avant utilisation dans le cadre de l'étude.

5. Analyses statistiques

5-1. Étude quantitative

Le descriptif des données a été stratifié par sexe. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de nombres et de proportions. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes, écart-types (ET), médianes et intervalles interquartiles. Les estimateurs ont été assortis de leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%). Pour comparer les caractéristiques des femmes et des hommes, les tests statistiques suivants ont été utilisés : test du chi² d'homogénéité ou test de Fisher exact selon le respect des conditions d'application pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives dont la distribution suivait une loi normale et test de Kruskal-Wallis pour les autres variables quantitatives. Pour les comparaisons de type « avant-après », le test de McNemar a été utilisé.

Tous les tests statistiques utilisés étaient bilatéraux, avec un seuil de significativité statistique fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées en mars 2023, à l'aide du logiciel R version 4.0.3.

5-2. Étude qualitative

5-2-1. Méthodologie d'analyse

A l'issue de la retranscription en mot à mot des enregistrements, la méthodologie d'analyse employée était une analyse de contenu thématique approfondie (11). Elle permet l'approfondissement par l'apport d'éléments supplémentaires aux questions de recherche sur les difficultés rencontrées, les choix de carrière, les manques éprouvés etc. Ces éléments ne peuvent pas être obtenus par une approche quantitative.

5-2-2. Analyse de contenu

La technique dite « classique » sera employée pour laquelle l'analyste prend le soin du codage des catégories et de l'identification des thèmes émergents (grille de mise à plat). Il s'agit, après lecture d'un corpus, de définir son contenu, fragment par fragment, en le codant selon des catégories et des sous-catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture. Pour chaque thème, sont relevées les idées majeures et mineures et les

relations existantes entre plusieurs idées (Lilian Negura, 2006). Des verbatim les plus pertinents sont relevés afin d'illustrer les idées et les thèmes. Cette analyse est faite manuellement.

RESULTATS QUANTITATIFS

1.Descriptif de l'échantillon de l'étude quantitative

L'effectif inclus était de 803 sujets avec 169 questionnaires non valides car interrompus avant la fin. Au final, le nombre total de sujets analysables était à 634.

Globalement, il s'agissait d'une population jeune (39,6 ans de moyenne d'âge (ET : 8,4 ans), dont 58,0% étaient des hommes, pour deux tiers en couple/pacsés ou mariés (73,6%) au moment du premier poste, avec 34,5% de changement de situation familiale au moment du questionnaire. Deux tiers étaient sans enfant au premier poste (69,3%). La répartition majoritaire au poste actuel était de 0 enfant pour 27,6% des participants et 2 enfants pour 27,7% d'entre eux. Environ un tiers d'entre eux était célibataire géographique (35,6%) au moment du premier poste et 21,4% l'était au poste actuel. 88% des participants étaient médecins généralistes au premier poste, cette proportion est restée majoritaire au poste actuel (67,6%).

Pour le volet quantitatif, la sélection des participants a été réalisée via une liste Annudef de septembre 2021 en excluant internes et réservistes. Les questionnaires anonymisés ont été envoyés sur leur adresse mail Intradef sur la période du 9 novembre 2021 au 7 janvier 2022. Les sujets étaient informés des objectifs de l'étude avant d'y répondre. Après recueil de la non-opposition à participer à la recherche et au respect des critères d'inclusion et de non inclusion, les sujets ont répondu via un questionnaire Sherlock Lime Survey. Il y a eu 803 répondants sur 1959 envois. Le remplissage complet du questionnaire durait environ 30min pour 40 questions. Chaque participant disposait d'un numéro d'anonymat correspondant au questionnaire et la liste de correspondance a été conservée par l'investigateur principal puis détruite à la fin du recueil conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) (IHC. E6, 2006) et à la réglementation française (L. 1121,1122,1123 du code de la santé publique). Tous les documents et questionnaires relatifs à l'étude ont été stockés et archivés au Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA) de façon sécurisée. L'analyse des résultats quantitatifs a été effectuée par le responsable scientifique de l'étude avec l'aide d'un biostatisticien du CESPA.

2. Résultats quantitatifs

2-1. Population

Parmi les 1 959 personnes informées, 803 ont rempli le questionnaire, dont 634 en totalité (taux de réponse de 41,0%). Parmi les 803 sujets inclus, 58,1% étaient des hommes et 41,9% étaient des femmes. L'âge moyen à l'inclusion était de 41 ans (ET : 8,9) pour les hommes et de 37 ans (ET : 7,1) pour les femmes ($p < 0,001$).

2-1-1. Origine géographique

Comme le montre la figure 2, près de la moitié des répondants étaient originaires d'Ile-de-France (14,4% ; IC95% : [10,9%-17,8%] pour les hommes ; 14,0% [10,0% -18,0%] pour les femmes), de Nouvelle-Aquitaine (respectivement 13,9% [10,5% - 17,3%] et 15,9% [11,7%-20,1%]) ou d'Auvergne-Rhône-Alpes (13,4% [10,1%-16,8%] et 13,4% [9,5%-17,3%]). A l'inverse, moins de 3% des répondants provenaient des DOM-ROM.

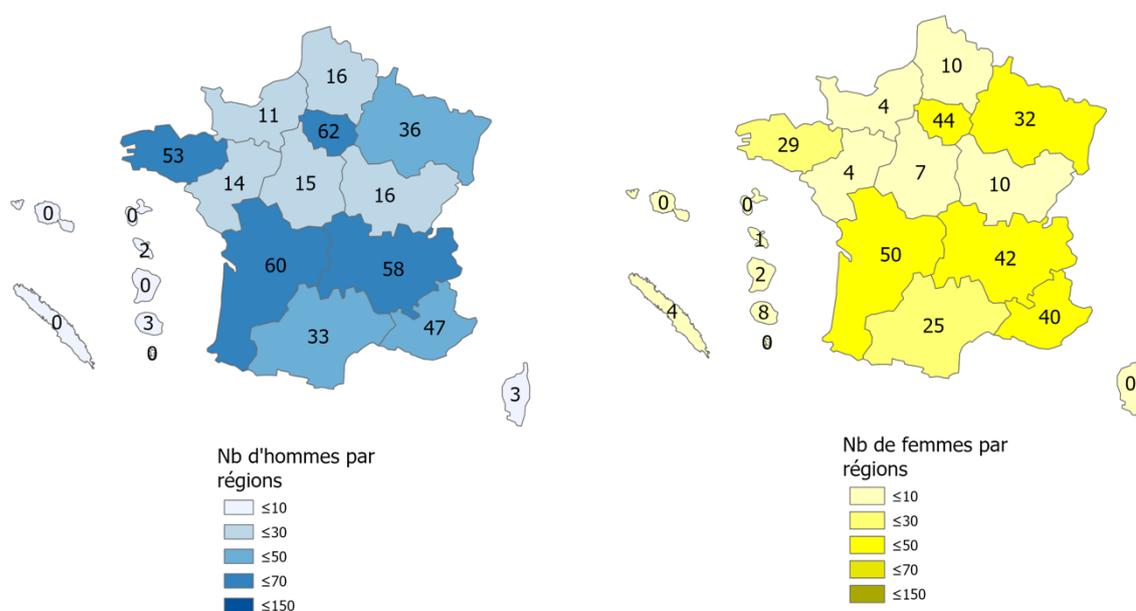


Figure 2 : Origine géographique des praticiens interrogés.

2-1-2. Situation professionnelle des parents

Les parents des praticiens hommes et femmes exerçaient à plus de 50% dans le civil, hors médecine (Figure 3) : 51,9% [47,3%-56,6%] des mères des praticiens hommes et 61,9% [56,6%-67,2%] des mères des praticiens femmes ; pour le père : 51,3% [46,6%-55,9%] chez les praticiens hommes et 62,6% [57,3%-67,9%] chez les praticiens femmes.

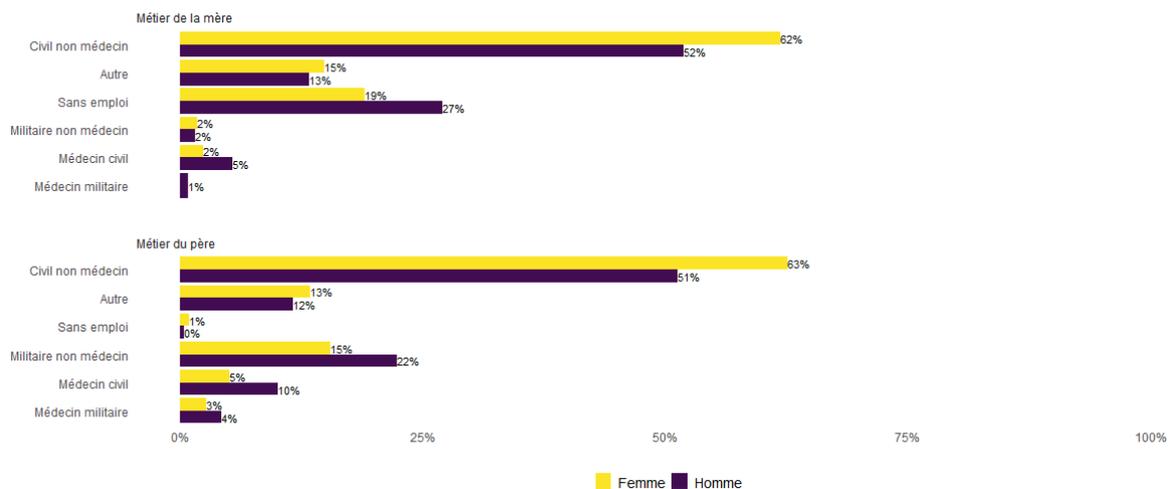


Figure 3 : Situation professionnelle des parents des praticiens interrogés (466 hommes et 337 femmes)

La part des sans-emploi était nettement plus importante chez les mères des répondants tous sexes confondus (23,7% [20,7%-26,7%]) que chez les pères (0,6% [0,0%-1,2%]).

Les métiers de militaire et de médecin étaient plus fréquemment exercés par les pères que par les mères des répondants (respectivement 19,4% [16,6%-22,2%] contre 1,6% [0,7%-2,6%] pour le métier de militaire non médecin, 8,0% [6,0%-9,9%] contre 4,1% [2,7%-5,6%] pour le métier de médecin civil et 3,6% [2,3%-5,0%] contre 0,5% [0,0%-1,0%] pour le métier de médecin militaire).

Les répondants masculins rapportaient plus souvent avoir un père militaire (22,3% [18,4%-26,2%] contre 15,4% [11,4%-19,4%] chez les répondants féminins), médecin (10,1% [7,2%-12,9%] contre 5,0% [2,6%-7,5%]), ou médecin militaire (4,3% [2,3%-6,2%] contre 2,7% [0,8%-4,5%]).

2-2. Description de la carrière

2-2-1. Du point de vue universitaire

Parmi les répondants, 462 (48,0% d'hommes et 52,0% de femmes) rapportaient avoir passé l'ECN : 35,7% se situaient dans la tranche 3/5 du classement ECN (Figure 4). La distribution du classement ECN paraissait similaire entre les hommes et les femmes ($p=0,464$).

Parmi les 223 (80,0% d'hommes et 20,0% de femmes) rapportant avoir été classés par le concours École du Val De Grâce (EVDG), les femmes semblaient plus nombreuses que les hommes à être classées dans les rangs 1 et 2, bien que cette différence ne soit pas significative (63,0% contre 43,0% - $p=0,111$).



Figure 4 : Répartition du classement ECN et EVDG entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

2-2-2. Du point de vue familial

- **Situation maritale**

Comme le montre la Figure 5, près des trois-quarts des répondants étaient en couple, pacés ou mariés au moment de leur premier poste (75,8% [71,8%-79,7%] pour les hommes ; 70,6%

[65,6%-75,6%] pour les femmes – $p=0,21$). La part de praticiens en couple/pacsés/mariés était restée stable entre le premier poste et le poste actuel (73,6% [70,5%-76,7%]).

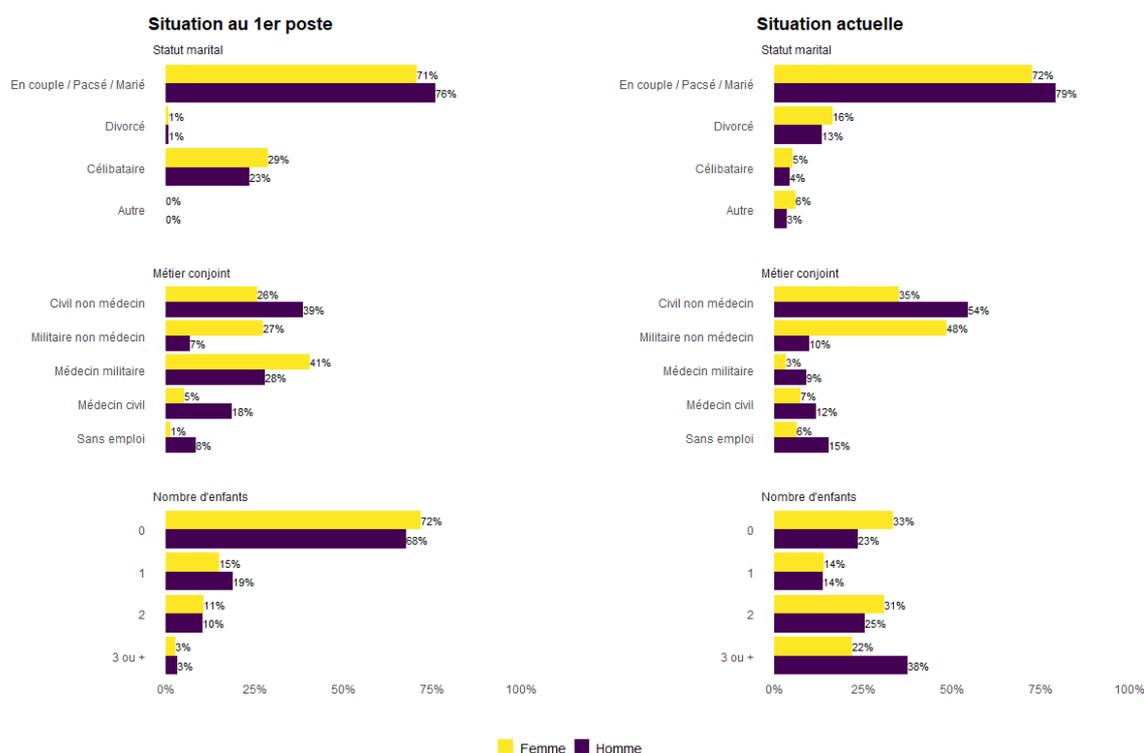


Figure 5 : Distribution des caractéristiques matrimoniales des répondants entre le début de la carrière et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes)

Le pourcentage de célibataires avait diminué de manière globale entre le premier poste et le poste actuel (25,7% [22,6%-28,7%] contre 4,7% [2%-7,4%]). Le taux de divorce avait à l'inverse augmenté entre le premier poste et le poste actuel (respectivement 0,7% [0,1%-1,4%] contre 14,8% [10,4%-19,2%]). La part de divorcés au moment du poste actuel n'était pas significativement différente entre les deux sexes (16,4% [9,8%-23,1%] chez les femmes contre 13,3% [7,4%-19,2%] chez les hommes – $p=0,571$).

Entre le premier poste et le poste actuel, 277 répondants (34,5%) ont déclaré un changement de situation familiale. En termes de trajectoire de vie, 89,8% [87,3%-92,4%] des répondants déclarant être en couple en début de carrière déclaraient encore ce statut au poste actuel (Figure 6). A contrario, 67,5% [60,8%-74,1%] de ceux rapportant être célibataires au moment du premier poste rapportaient être en couple au moment du poste actuel et 2,9% [0,4%-5,5%] rapportaient un statut divorcé. Signalons que cette étude de trajectoires ne prend en compte que les statuts déclarés au premier et au dernier poste, sans mesurer d'éventuels changements qui auraient pu survenir entre ces deux temps de mesure (par exemple mariage, divorce puis remariage).

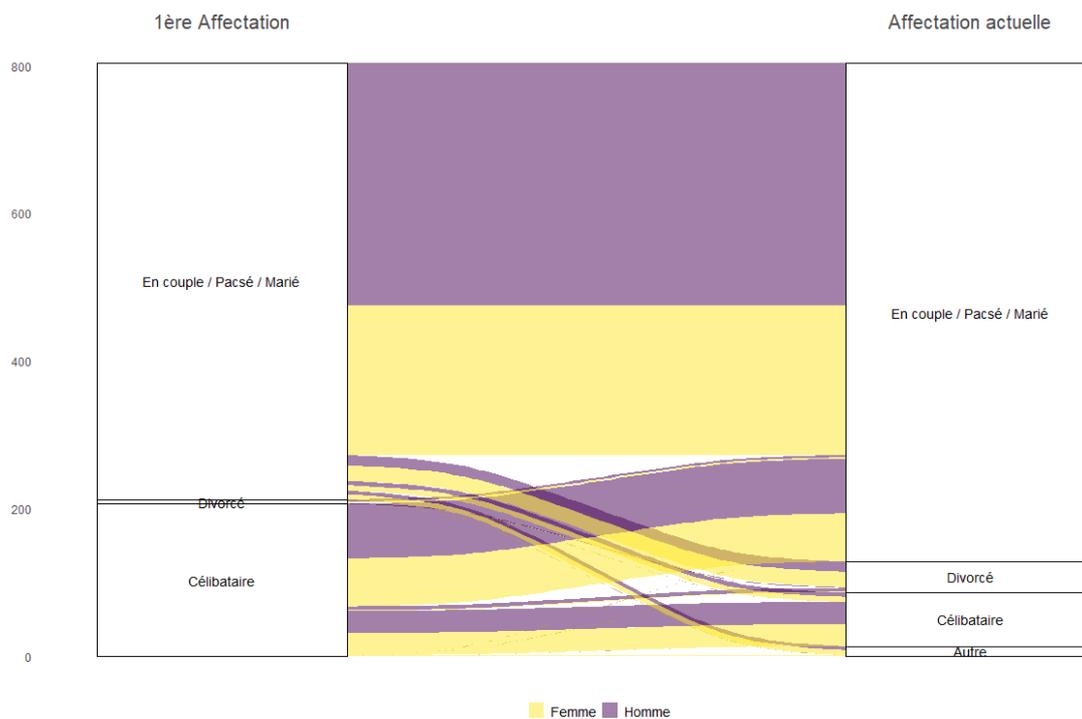


Figure 6 : Diagramme de flux du statut matrimonial entre le début de la carrière et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes)

En matière de situation professionnelle du/de la conjoint(e), au moment du premier poste, près de 40% des hommes étaient en couple avec une personne exerçant dans le secteur civil hors médecine (38,5% [33,3%-43,7%] contre 25,7% [20,0%-31,5%] pour les femmes). Les femmes, quant à elles, étaient plus souvent avec un(e) médecin militaire que les hommes (respectivement 40,5% [34,0%-47,0%] contre 27,8% [22,9%-32,6%] – $p < 0,001$) ou avec un(e) militaire non médecin (respectivement 27,4% [21,5%-33,3%] contre 6,8% [4,0%-9,6%]).

Au moment du poste actuel, parmi ceux ayant changé de situation familiale, les hommes étaient en majorité avec un(e) conjoint(e) civil hors médecine (54,5% [44,8%-64,1%] ; 35,1% [25,0%-45,1%] pour les femmes) et les femmes avec un(e) militaire hors médecine (48,5% [38,0%-58,9%] ; 9,8% [3,9%-15,8%] pour les hommes). Les hommes étaient plus en couple avec un(e) civil(e) médecin (11,6% [5,2%-18,0%] contre 7,2% [1,6%-12,9%] pour les femmes), avec un(e) médecin militaire (8,9% [3,2%-14,7%] contre 3,1% [0,0%-7,1%]) ou avec une personne sans emploi (15,2% [8,1%-22,3%] contre 6,2% [0,9%-11,5%]).

- **Situation parentale**

Au moment du premier poste, les deux-tiers des praticiens rapportaient ne pas avoir d'enfant (67,6% [63,2%-72,0%] pour les hommes et 67,6% [63,2%-72,0%] pour les femmes) (Figure 5). Plus de 15% des praticiens n'avaient qu'un enfant (18,9% [15,2%-22,5%] pour les hommes ; 14,9% [10,9%-18,8%] pour les femmes).

Lors du poste actuel, les femmes étaient plus nombreuses à déclarer ne pas avoir d'enfant que les hommes : (33,3% [28,1%-38,5%] contre 23,4% [19,4%-27,3%]). Les praticiens interrogés avaient 2 enfants pour près de 28% d'entre eux (25,3% [21,3%-29,4%] pour les hommes ; 31% [25,9%-36,0%] pour les femmes). Les hommes semblaient plus nombreux à avoir 3 enfants et plus que les femmes (respectivement : 22,7% [18,8%-26,7%] contre 16,1% [12,0%-20,1%] pour 3 enfants ; 9,7% [6,9%-12,4%] contre 4,2% [1,9%-6,5%] pour 4 enfants).

- **Célibat géographique**

Lors du premier poste, 35,0% des praticiens étaient en célibat géographique, sans différence entre hommes et femmes (34,6% [29,5%-39,7%] pour les hommes ; 37,1% [30,8%-43,5%] pour les femmes – $p=0,54$). Au poste actuel, la tendance était à la baisse, surtout pour les hommes (15,9% [8,7%-23,1%] contre 27,8% [18,4%-37,3%] chez les femmes – $p=0,04$).

2-2-3. Du point de vue professionnel

- **Type de spécialité**

Dans l'ensemble, près de 90% des répondants étaient médecins généralistes au moment du premier poste (Figure 7). La proportion de spécialistes tendait à être plus importante chez les femmes (14,0% [10,1%-18,0%] contre 10,6% [7,7%-13,6%] chez les hommes, $p=0,175$) sans que cette différence soit significative. En revanche, les hommes interrogés étaient plus nombreux à être spécialistes au moment du poste actuel comparativement aux femmes (30,2% [25,8%-34,5%] contre 19,6% [15,1%-24,1%], $p<0,001$).

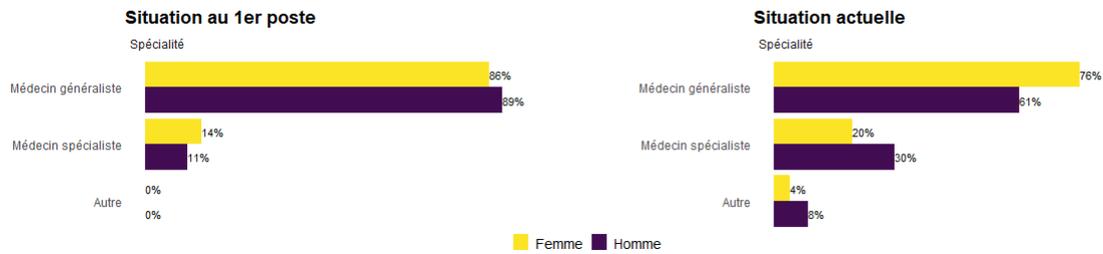


Figure 7 : Type de spécialité au premier poste et au poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

- **Corps d'armée**

Lors du premier poste, l'Armée de Terre était l'armée la plus représentée chez les praticiens (65,3% [60,6%-70,1%] pour les hommes ; 52,0% [45,9%-58,1%] pour les femmes) et l'était restée par la suite, dans une moindre mesure, lors du poste actuel (40,8% [34,8%-46,8%] pour les hommes ; 38,0% [31,7%-44,2%] pour les femmes) (Figure 8). Près d'un tiers des praticiens affectés initialement dans l'armée de terre avaient quitté cette dernière au moment du poste actuel, la proportion de changements d'arme étant bien plus faible dans la marine, l'armée de l'air et la gendarmerie (Figure 9).

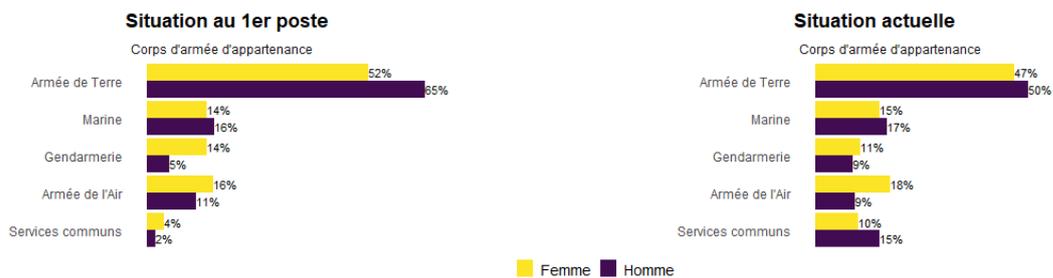


Figure 8 : Corps d'armée d'appartenance entre le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

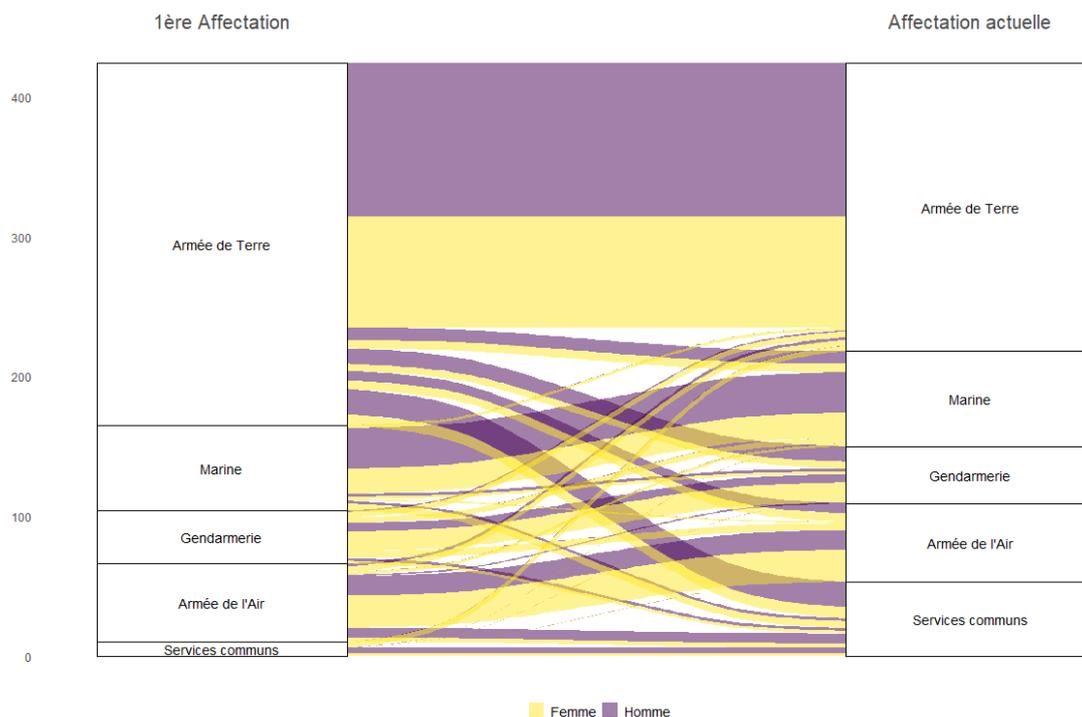


Figure 9 : Diagramme de flux du corps d'armée d'appartenance entre le premier poste et le poste actuel (466 hommes et 337 femmes)

- **Unités soutenues**

- Armée de Terre

Les répondants ayant choisi l'Armée de Terre en première affectation soutenaient le plus souvent une unité d'infanterie (19,5% [14,5%-24,5%] pour les hommes ; 15,4% [9,1%-21,6%] pour les femmes). Cette situation persistait au moment du poste actuel (15,0% [8,0%-22,1%] pour les hommes ; 11,8% [4,7%-18,9%] pour les femmes).

La Cavalerie était la 2^e arme principalement soutenue lors du premier poste (13,0% [8,7%-17,2%] pour les hommes ; 11,9% [6,2%-17,5%] pour les femmes) et l'Artillerie la 3^e (11,1% [7,1%-15,1%] pour les hommes ; 10,5% [5,1%-15,9%] pour les femmes). Au poste actuel, les parachutistes étaient la 2^e arme soutenue (12,6% [7,8%-17,4%]) et la Légion Étrangère la 3^e (10,2% [5,8%-14,6%]).

- Marine

La Force d'Action Navale (FAN) était la force principalement soutenue dans la Marine lors du premier poste des praticiens (67,2% [54,9%-79,5%] pour les hommes ; 66,7% [50,6%-82,7%] pour les femmes) et lors du poste actuel (47,4% [30,2%-64,6%] pour les hommes ;

40,0% [20,8%-59,2%] pour les femmes). Les autres composantes de la Marine n'étaient que peu représentées.

➤ Armée de l'Air

Lors du premier poste, 16,9% des participants ayant choisi l'Armée de l'Air avaient effectué des évacuations sanitaires [8,5%-25,2%] et ce taux était resté relativement stable au poste actuel (19,6% [8,3%-30,9%]).

➤ Gendarmerie

Parmi ceux étant en Gendarmerie, 45,0% avaient choisi la Gendarmerie départementale en premier poste (33,3% [10,8%-55,9%] pour les hommes ; 51,3% [34,3%-68,3%] pour les femmes). Ils étaient la moitié à choisir cette spécialité au poste actuel (60,0% [36,0%-84,0%] pour les hommes ; 40,0% [16,0%-64,0%] pour les femmes).

➤ Services communs

Parmi les postes des services communs, les postes hors Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) étaient les plus représentés en premier poste (61,4% [56,8%-66,0%] pour les hommes ; 76,3% [71,5%-81,1%] pour les femmes) et en cours de carrière (78,1% [62,2%-94,0%] pour les hommes ; 75,0% [53,5%-96,5%] pour les femmes).

Environ 10% des hommes interrogés avaient travaillé au sein du Commandement des Opérations Spéciales (COS) durant leur carrière (10,3% [7,3-13,2]) contre 0,9% [0,0%-2,1%] chez les femmes.

En synthèse, parmi les différents corps d'armée, l'Armée de Terre était la plus représentée dans le choix du premier poste et du poste actuel, tous sexes confondus, avec des affectations plutôt opérationnelles que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Dans la Marine, la FAN était principalement choisie par les praticiens. Concernant l'Armée de l'air, moins de 20% des praticiens avaient participé à des évacuations sanitaires lors du premier poste. Enfin, la gendarmerie départementale regroupait la plus grande part de praticiens parmi ceux ayant choisi la gendarmerie. Parmi les praticiens ayant choisi les services communs, les postes hors HIA étaient le plus représentés.

• **Localisation des affectations**

Entre le premier poste et le poste actuel, 62,5% des praticiens avaient changé de région [58,9%-66,0%]. Comme le montre la figure 10, les praticiens étaient majoritairement

localisés dans le Grand Est au premier poste. Au poste actuel, ils étaient en majorité en région Ile de France et Provence-Alpes-Côte-D'azur.

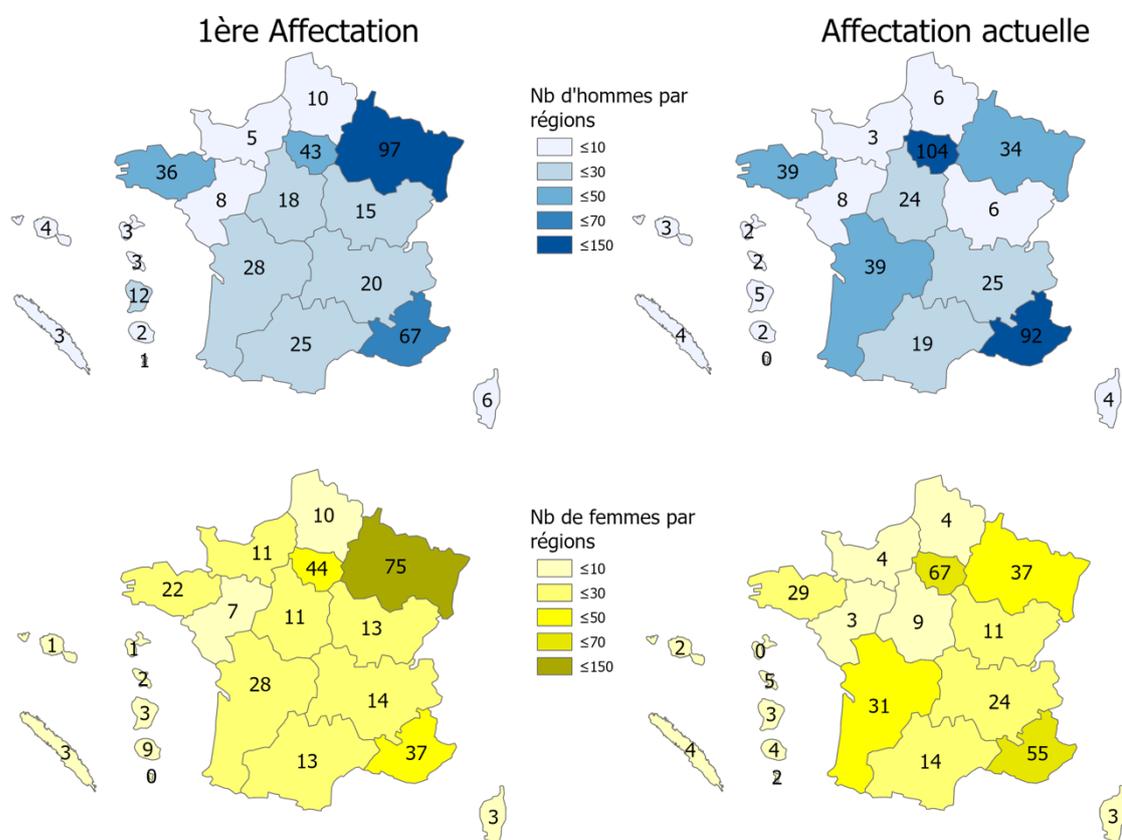


Figure 10: Localisation géographique entre le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

- **Mutations avec changement de résidence et OPEX/MCD**

Le nombre de mutations avec changement de résidence durant la carrière des hommes étaient en moyenne de 4 mutations (ET : 2,4) contre 3 chez les femmes (ET : 2,0) ($p < 0,001$). Le nombre d'OPEX ou MCD effectués en cours de carrière étaient en moyenne de 2 chez les femmes (ET : 2,2) et plus du double chez les hommes (5,1 (ET : 4 ,6), $p < 0,001$)

Un tiers seulement (29,0% [25,6%-32,3%]) des personnes interrogées avait effectué au moins un séjour longue durée durant sa carrière.

Seulement près de 5% des praticiens ne comptabilisaient aucune mutation avec changement de résidence au moment du poste actuel (4,9% [2,7%-7,0%] pour les hommes ; 6,7% [3,8%-9,6%] pour les femmes).

- **Temps moyen d'absence du domicile**

La moitié des répondants étaient absents de 31 jours à 5 mois par an lors de la première affectation (Figure 11) : (55,3% [50,5%-60,1%] pour les hommes ; 47,8% [42,1%-53,5%] pour les femmes).



Figure 11 : Temps moyen d'absence annuel au premier poste et au poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Un quart des médecins étaient absents plus de 5 mois par an au premier poste, sans différence significative hommes/femmes (respectivement 26,6% [22,3%-30,9%] contre 23,2% [18,4%-28,1%]).

Au poste actuel, les praticiens semblaient moins déployés que pendant leur premier poste avec un taux d'absence inférieur à 30 jours pour 46,6% des répondants [42,9%- 50,2%].

Moins de 10% étaient absents plus de 5 mois par an, et cela semblait concerner plutôt les hommes que les femmes (respectivement 11,6% [8,4%-14,7%] contre 7,3% [4,3%-10,4%]).

- **Interruptions de carrière et motifs**

L'interruption de carrière, ne concernait qu'une minorité d'hommes (1,2% [0,0%-2,3%]) mais plus d'une femme sur 10 (12,5% [8,7%-16,4%]) (Figure 12). Le motif d'interruption le plus cité par les deux sexes était l'éducation des enfants (54,5% [38,7%-70,4%] chez les femmes et 60,0% [7,1%-100,0%] chez les hommes). L'interruption pour rapprochement géographique avec le conjoint semblait concerner plus les femmes que les hommes (48,7% [31,7%-65,7%] contre 20,0% [0,0%-65,1%] pour les hommes, p=0,356). La plupart (81,8% [69,3%-94,4%]) ne travaillait pas durant ces interruptions.

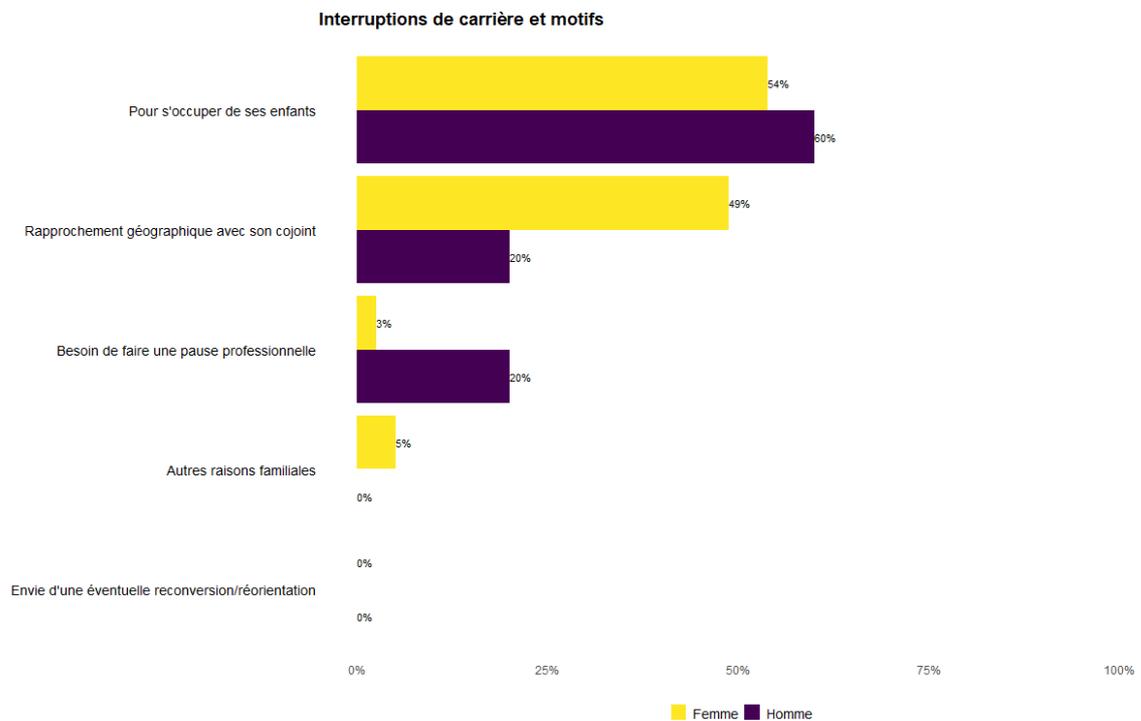


Figure 12 : Motifs d'interruption de carrière entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

2-3. Facteurs motivant les choix de carrière

La moitié des femmes avaient été très fortement influencée par la situation familiale pour le choix de leur premier poste (Figure 13) : 46,8% [41,0%-52,6%] contre 28,0% [23,6%-32,5%] chez les hommes ($p < 0,001$). Un tiers n'avait, à l'inverse, pas du tout été influencé par ce facteur lors du choix (22,7% [17,8%-27,7%] contre 30,0% [25,4%-34,6%] pour les hommes)

Concernant la situation géographique du poste, 40% des femmes avaient été très fortement influencées par ce facteur pour leur premier choix (39,1% [33,4%-44,8%] contre 20,7% [16,7%-24,8%] pour les hommes). A l'inverse, les hommes rapportaient n'avoir pas du tout été influencés par la géographie du poste pour leur choix (25,4% [21,0%-29,7%] contre 14% [9,9%-18,2%] pour les femmes, $p < 0,001$).

Enfin, les praticiens en général avaient accordé une très grande importance à l'intérêt professionnel du premier poste lui-même (48,0% [43,1%-53,0%] pour les hommes ; 43,8% [38,0%-49,6%] pour les femmes).

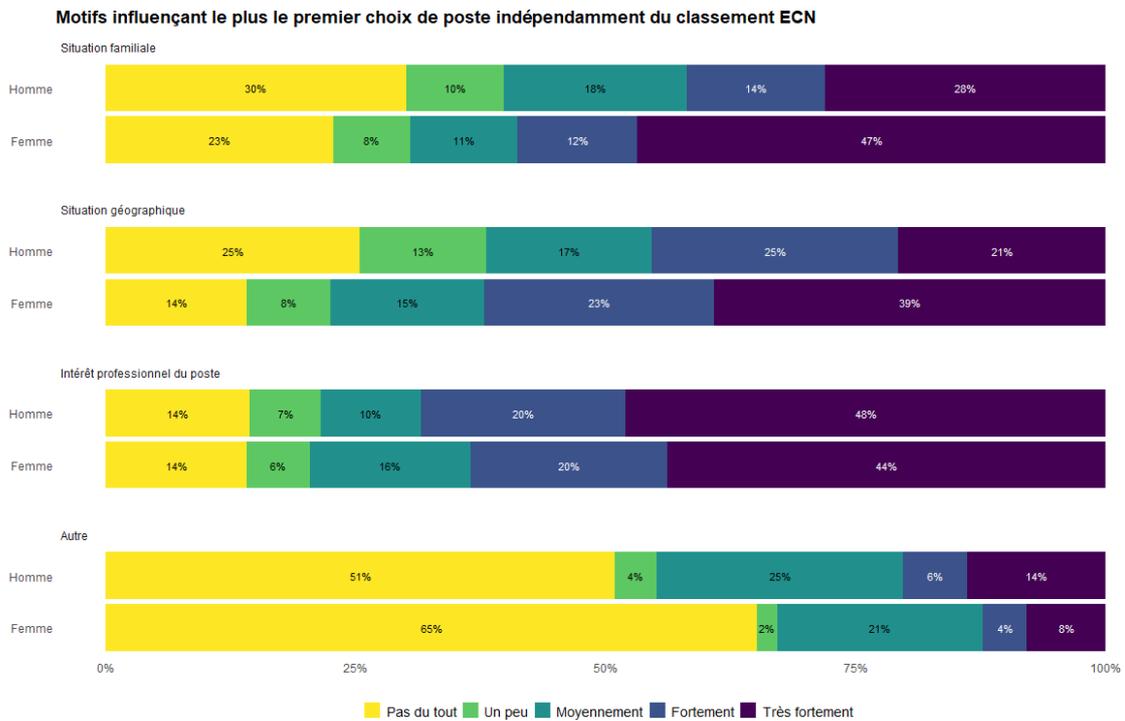


Figure n°13 : Motifs influençant le choix du premier poste entre les hommes et les femmes, indépendamment du classement ECN (466 hommes et 337 femmes)

Certains aspects intrinsèques du poste professionnel n’avaient que très peu influencé le choix de carrière (Figure 14). La charge de travail modérée n’avait pas du tout influencé ni le choix du premier poste (60,6% [56,9%-64,2%]) ni du poste actuel (57,9% [54,1%-61,6%]), sans différence entre les sexes. L’opportunité d’avancement, la rémunération et le prestige du poste étaient des facteurs également négligés, particulièrement par les femmes. L’acquisition de nouvelles compétences semblait au contraire avoir très fortement contribué au choix du premier poste (28,8% [24,3%-33,3%] chez les hommes et 37,0% [31,4%-42,6%] chez les femmes) comme au choix du poste actuel (45,1% [40,1%-50,1%] chez les hommes et 33,6% [28,0%-39,1%] chez les femmes). Les hommes semblaient d’avantage attirés par le caractère opérationnel du poste (influence très forte pour 36,1% [31,3%-40,9%] contre 22,3% [17,4%-27,3%] chez les femmes).

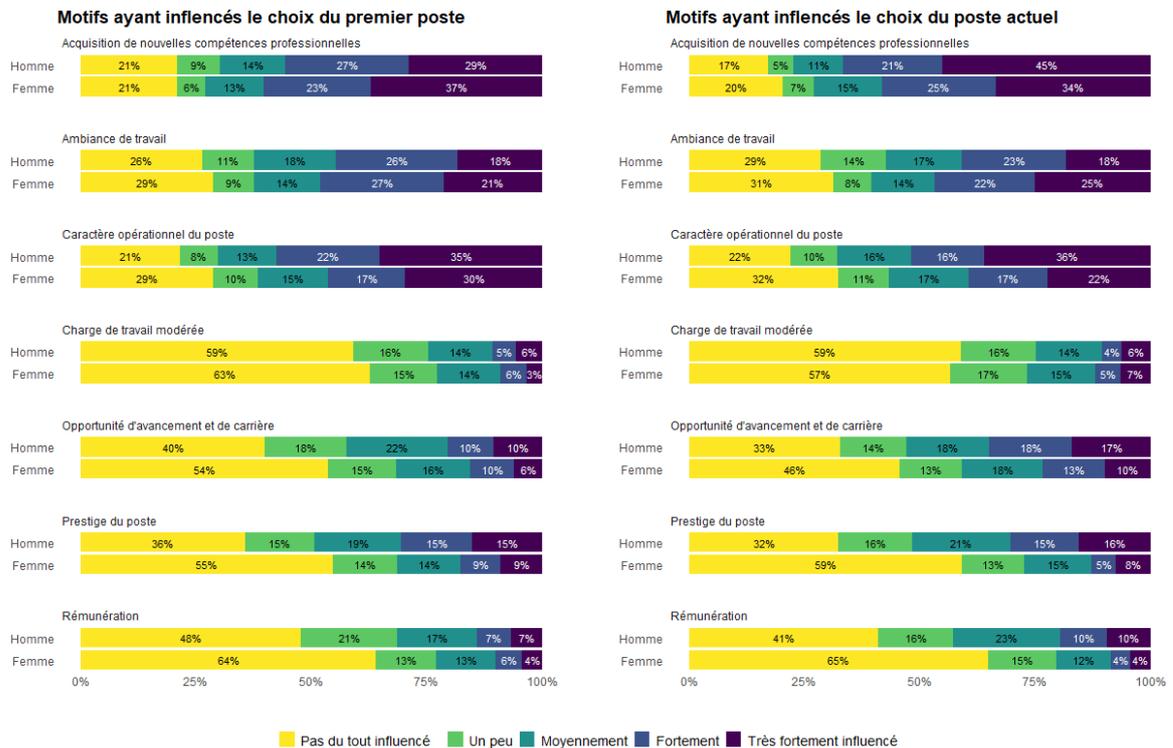


Figure n°14 : Motifs ayant influencé le choix d'affectation pour le premier poste et le poste actuel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

2-4. Bilan de la carrière

Les praticiens étaient pour 89,2% [86,8%-91,5%] d'entre eux satisfaits de leur choix de premier poste (Figure 15) et 63,6% [60%-67,2%] d'entre eux rapportaient qu'ils n'auraient pas changé de poste s'ils avaient été mieux classés à l'ECN ou au concours EVDG. De plus, 39,4% [35,7%-43,0%] pensaient que leur carrière professionnelle était fortement en cohérence avec leurs souhaits personnels (Figure 16) : (38,3% [33,5%-43,1%] contre 40,8% [35,1%-46,5%], $p=0,022$).

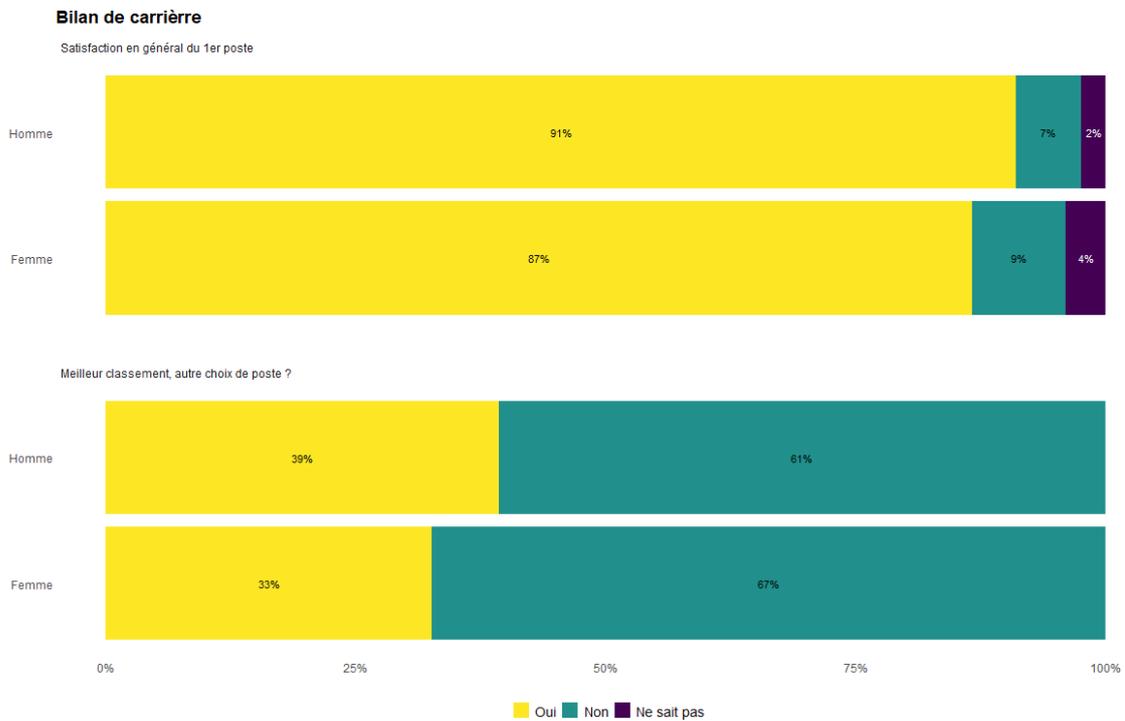


Figure 15 : bilan de carrière entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

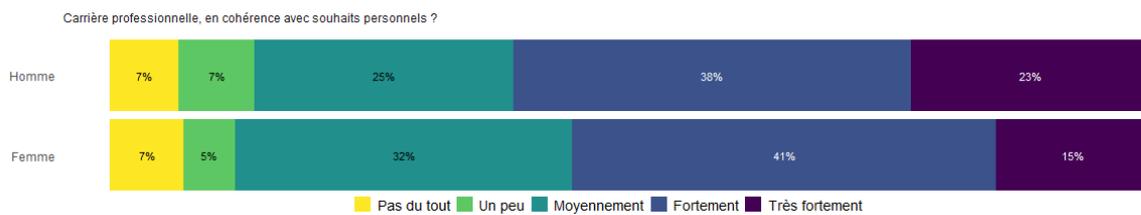


Figure 16 : Échelle de cohérence entre carrière et souhaits personnels entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Près de la moitié des répondants (52,3% [48,4%-56,1%]) pensaient que leur situation familiale avait été un facteur indépendant à leur carrière professionnelle (Figure 17). Elle était plus vécue comme un frein professionnel par les femmes que par les hommes (respectivement 36,5% [30,7%-42,2%] contre 24,6% [20,2%-28,9%], $p=0,002$).

Bilan de carrière

Situation familiale : frein ou moteur à la carrière ?

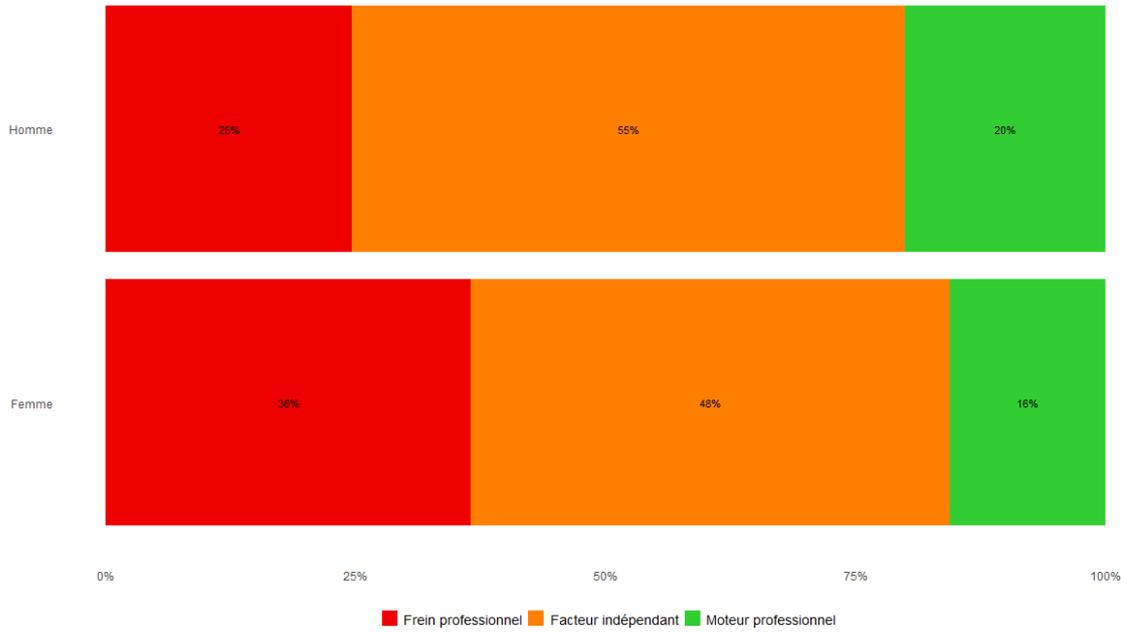


Figure 17 : Influence de la situation familiale sur la carrière professionnelle entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Comme le montre la figure 18, plus de la moitié des praticiens pensaient avoir fortement ou très fortement réussi leur vie familiale, sans différence entre les sexes ($p=0,615$).

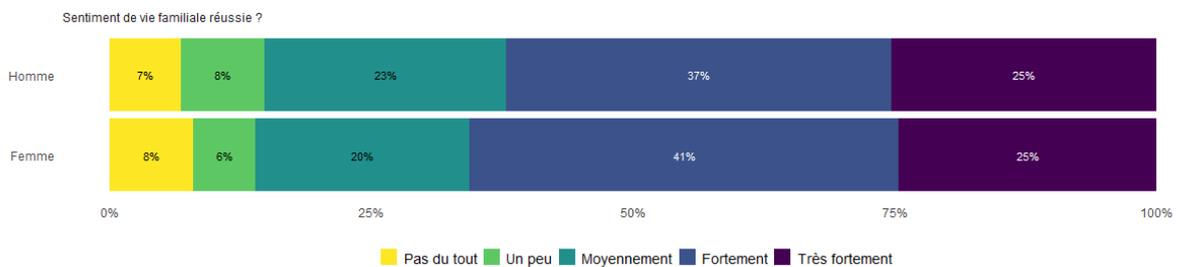


Figure 18 : Perception de réussite personnelle en termes de situation familiale entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Au regard de la figure 19, 61,9% [58,2%-65,6%] des répondants estimaient avoir un bon sentiment d'épanouissement personnel. Les hommes étaient plus nombreux à avoir une excellente perception d'épanouissement que les femmes (22,1% [17,9%-26,2%] contre 13,2% [9,1%-17,3%], $p=0,007$).

Bilan de carrière

Sentiment d'épanouissement perso ?

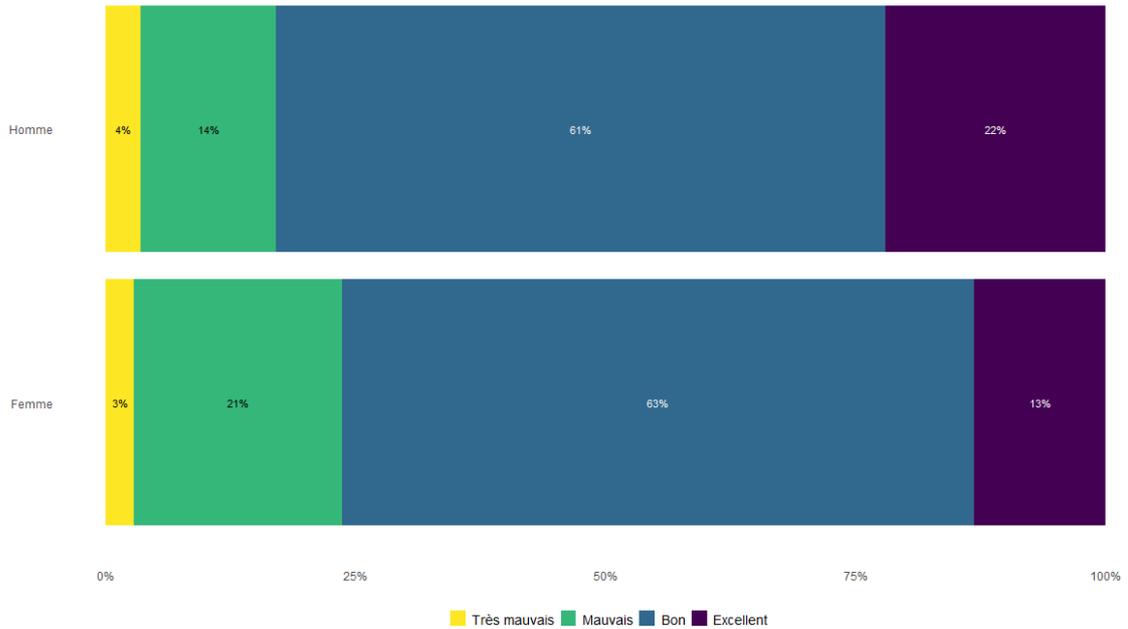


Figure 19 : Évaluation du degré d'épanouissement personnel entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

2-5. Psychisme

2-5-1. Profil de personnalité

D'après le Tableau 1, le score de dimension masculine de l'échelle de personnalité était plus élevé chez les hommes ($p < 0,001$) et le score de dimension féminine plus élevé chez les femmes ($p < 0,001$). La dimension neutre n'était en revanche pas significativement différente entre les deux sexes ($p = 0,04$).

		Totaux	Hommes	Femmes	p
Composante masculine, moyenne (ET)	627	51,4 (9,5) [50,7-52,1]	54,6 (9,4) [53,6-55,6]	47,2 (7,9) [46,2-48,1]	<0,001
Composante féminine, moyenne (ET)	634	48,3 (9,2) [47,6-49]	45,6 (8,6) [44,7-46,5]	51,8 (8,9) [50,7-52,8]	<0,001
Composante neutre, moyenne (ET)	635	45,9 (6,1) [45,4-46,4]	46,3 (6,4) [45,6-46,9]	45,4 (5,6) [44,7-46,1]	0,04

Tableau 1 : Répartition hommes/femmes des 3 dimensions de l'échelle de personnalité (466 hommes et 337 femmes)

La Figure 20 représente le détail de la dimension masculine : les composantes « masculin », « compétitif », « athlétique » et « ambitieux » étaient moins représentées chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,001$).



Figure 20 : Composante masculine de l'échelle de personnalité entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Dans la dimension féminine, les composantes « a une âme d'enfant », « aime s'occuper d'enfants », « soigneux », « affectueux » semblaient avoir une distribution homogène entre les hommes et les femmes (Annexe 2). Les composantes majoritairement retrouvées chez les femmes étaient « sensible aux besoins des autres », « soigneux » et « aime s'occuper d'enfants ».

Enfin, dans la dimension neutre, les praticiens étaient nombreux à déclarer ne pas du tout correspondre aux composantes suivantes : « comédien », « fantaisiste », « lunatique », « grave » et « imprévisible » (Annexe 3). A l'inverse, les composantes « digne de confiance », « franc » et « amical » se retrouvaient en proportion majoritaire chez les hommes tandis que pour les femmes il s'agissait des composantes « digne de confiance », « aimable » et « franc ».

2-5-2. Bien-être mental

Plus de la moitié des répondants (53,9% [50,0%-57,9%]) rapportaient un niveau de bien-être mental moyen (Figure 21). Pour l'autre moitié, ils étaient aussi nombreux à déclarer un bien-être faible (23,2% [19,8%-26,5%]) que fort (22,9% [19,5%-26,2%]). Cette distribution était homogène entre les hommes et les femmes ($p=0,959$).

Bilan de carrière

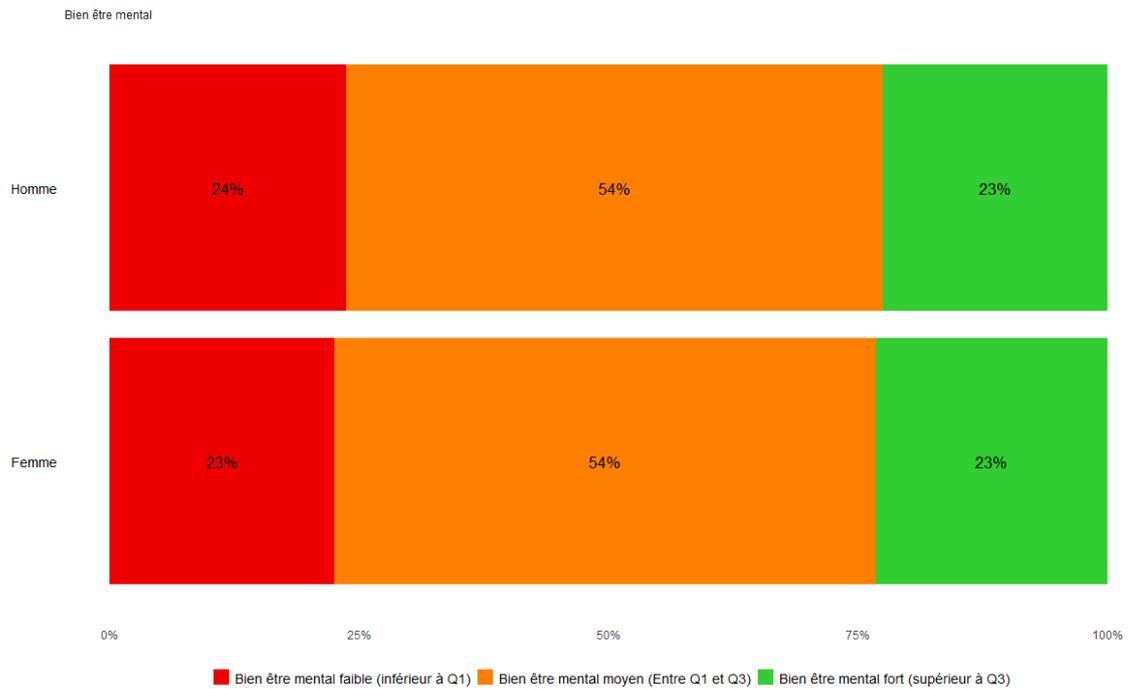


Figure 21 : Degré de bien être mental entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

RESULTATS QUALITATIFS

Les verbatim sont identifiés par le sexe et le grade du répondant.

1.Descriptif de l'échantillon de l'étude qualitative

Les données sociodémographiques sont données en annexe 1. Globalement, il s'agissait d'une population mixte avec 50% de femmes, regroupant tous les grades, de médecin principal à médecin chef des services. Les Médecins en Chef représentaient la moitié de l'échantillon.

2.Analyse de la carrière professionnelle

S'intéresser à la carrière d'un praticien des armées c'est d'abord comprendre ses aspirations de départ en s'engageant et ses souhaits d'évolution s'il y en a. Ces entretiens reflètent les différents points de vue et perceptions d'une vingtaine de médecins militaires dans le but de permettre une meilleure compréhension des facteurs importants ou ayant influencé la carrière et les problématiques rencontrées par les médecins tout au long de leur vie professionnelle et personnelle.

1-1. Les représentations du départ

L'image du médecin militaire perçue par les médecins les plus anciens est celle du médecin humanitaire : *« Euh... voilà, je pense que je m'imaginai euh... (rire) aller sauver « l'Afrique » »* (F, MC). Jeunes, ils imaginaient leur profession par des projections militaires outre-mer pour venir en aide aux populations locales, ce qui ne correspond finalement pas tout à fait à l'activité qu'ils exercent aujourd'hui. Pour autant, il semblerait que cette différence entre l'imaginaire et la réalité n'a que peu d'incidence sur leur satisfaction de leur vie actuelle.

Certains praticiens se sont engagés pour trouver un esprit d'entraide et de compagnonnage, état d'esprit si particulier chez les militaires : *« Le côté esprit de corps et familial et très entourant du SSA, ça, je m'attendais à le trouver le temps de ma carrière et c'est le cas, donc ça, c'est plutôt très positif »* (F, MP). Parmi les personnes interrogées, quelques hommes déclarent avoir choisi cette voie pour l'environnement de travail unique qu'offre l'armée :

« *c'est beaucoup pour ça que les gens s'engagent, c'est de pouvoir partir en mission* » (H, MCSCN).

Outre le versant médical du métier, ce sont plutôt, selon les répondants, les aspects militaires du métier qui ont encouragé les personnels à intégrer l'armée.

Du côté des jeunes femmes, les attentes de départ semblaient moins précises, « *Quand on est jeune et qu'on rentre dans la boîte², on ne se rend absolument pas compte de ce à quoi on s'engage* » (F, MP). Toutefois, cela ne semble pas avoir d'influence sur le reste de la carrière « *ça ne répond pas du tout à mes critères d'engagement et est-ce que pour autant mon métier me plaît ? Oui ! Oui, mon métier me plaît aujourd'hui et s'il ne me plaisait pas, je serais partie.* » (F, MP).

1-2. Un statut de fonctionnaire vécu comme avantageux par rapport au métier de médecin libéral

1-2-1. Des horaires de travail convenables permettant une bonne qualité de vie

Le rythme de travail global participe à la qualité de vie des médecins militaires interrogés « *On a quand même [...] une qualité de vie certaine avec notamment les horaires de travail, le fait d'être salarié, les permissions, donc même si on est en OPEX, on a quand même le temps de prendre des vacances et d'être présent pour sa famille, donc c'est une très bonne compensation en milieu opérationnel* » (H, MC). Malgré des départs prolongés en mission extérieure ponctuant leur carrière, le quotidien du médecin en métropole permet de trouver un équilibre vie professionnelle/vie personnelle par le fait qu'il permet de se dégager du temps pour soi et pour sa famille. « *On est quand même bien loti en termes d'horaires et pour construire une vie familiale par rapport à dans le civil, au médecin libéral.* » (H, MP). « *Grâce à la qualité de vie qu'on a quand on n'est pas en OPEX, on rattrape tout ça [...], ce sont des horaires [...] de fonctionnaires, permettant de rattraper le temps passé en OPEX et donc de compenser ces points de vue-là dans son temps.* » (H, MC).

Cette notion concernant la qualité de vie est particulièrement relevée chez les praticiens masculins par rapport aux praticiennes.

² Boîte : École du service de santé des armées

1-2-2. Un métier sécurisant sur le plan financier

Ce statut offre une sécurité financière par l'assurance d'un revenu fixe : « *Je suis payée pendant mes vacances. Je n'ai pas le souci si [...] j'ai un problème de santé, l'angoisse de [ne pas] avoir mes prêts qui sont payés [...]* » (F, MC), avec un emploi stable : « *Si l'on veut rester, on peut rester toute sa carrière.* » (F, MC), sans exigence de résultat : « *Comme tous les systèmes de fonctionnaires, [...] on n'est pas payé au résultat* » (F, MC).

Une autre particularité de ce métier en milieu militaire est qu'il permet d'être rémunéré dès le début des études, et de cotiser pour la retraite plus rapidement que dans le milieu civil : « *on commence à cotiser aussi pendant nos études ce qui n'est pas négligeable et ce que les gens ne se rendent pas compte !* » (F, MC).

Cet environnement financièrement sécurisant est source d'épanouissement personnel et ressort principalement chez les femmes présentant une certaine ancienneté, au cours des différents entretiens.

1-2-3. Un environnement de travail unique

- **Une relation patient /médecin différente**

Le métier de médecin militaire est associé à une bonne entente entre pairs, avec la notion très présente de travail en équipe, reconnu comme un atout du métier. L'esprit de compagnonnage, la forte reconnaissance du travail accompli par les autres personnels, par le commandement et par les patients sont des facteurs favorisant également l'épanouissement au travail : « *Je pense que l'essentiel c'est d'avoir une bonne ambiance au travail. Ça résout quand même pas mal de problèmes* » (F, MP).

Les médecins interrogés évoquent également le temps libre pour échanger avec les patients, qui n'est pas compté, selon eux, comme en médecine libérale civile. Ainsi, la relation médecin-patient dépasse la simple consultation médicale car les échanges se poursuivent en dehors du cabinet de consultation : « *On peut aller faire du sport avec des mecs pour leur montrer des examens, des étirements, par exemple, qu'on pourrait mettre en place, on est vraiment en contact.* » (F, MP). De plus, en comparaison avec l'image qu'ils ont de la médecine libérale, les patients sont pour la plupart des personnes jeunes, actives, sportives, relativement observantes et coopérantes, ce qui faciliterait leur prise en charge. « *C'est une*

pratique un peu plus diverse, un peu plus jeune et dynamique chez nous, alors que c'est beaucoup plus de la médecine de l'ancien en médecine générale. » (H, MC).

Les échanges sont considérés comme sincères et ne sont pas basés sur une relation pécuniaire, comme aurait pu l'être celle d'un médecin civil selon eux. Par exemple, le médecin peut transmettre des messages de manière plus directe sans se demander si le patient reviendra le consulter. *« Avoir la certitude qu'on ne versera jamais dans les clientélismes, quoi, ce sont nos patients et qu'on peut dire des choses aux gens, y compris parfois ce qu'ils n'ont pas envie d'entendre, ce qui ne leur fera pas plaisir à entendre sans avoir la pression de se dire qu'on a besoin qu'ils reviennent la fois d'après pour nous faire un chèque de 25 € » (F, MC).*

De plus, selon eux, le métier de médecin militaire offre, à la différence de la médecine libérale, un certain respect médecin-patient permis à la fois par le grade d'officier qu'ils ont et par le titre de médecin : *« De nos jours, les médecins civils ne sont plus respectés. Ça se voit tous les jours aux informations. Les gens vont chez le médecin comme ils iraient chez le boucher. Donc s'ils ne sont pas contents, ils mettent un pain dans le nez ou ils changent de médecin. » (F, MCSHC).*

- **Des expériences de vie extraordinaires contrebalancées par un quotidien plus monotone**

La plupart des praticiens ayant plus de 20 ans d'expérience clinique, indépendamment du sexe, évoquent des expériences de vie inédites et enrichissantes au cours de leur carrière qui ont contribué au plaisir d'exercer dans ce milieu. *« Je ne me serais jamais vue médecin dans le civil quoi, je veux dire ce n'est pas possible. J'ai sauté en parachute. J'ai fait de la plongée sous-marine dans les plus profonds du monde [...], qui ne sont pas donnés à tout le monde. Et c'est une vie d'une richesse, c'est extraordinaire quoi. [...] Je ne changerais rien pour tout l'or du monde. » (F, MCSHC).* *« J'ai fait des trucs absolument incroyables comme traverser l'Afrique à dos de chameau » (F, MCSHC).* Être médecin militaire c'est aussi vivre et travailler dans des conditions exceptionnelles et spécifiques au milieu militaire : *« il y a des expériences de vie que jamais je n'aurais eues en tant que médecin civil. » (F, MP).* En effet, le fait d'exercer en outre-mer ou dans des zones isolées et reculées du monde (Afrique, DOM-ROM...), en milieu hostile ou dangereux, nécessite de solides capacités d'adaptation et des compétences professionnelles spécifiques à des milieux très particuliers. Par exemple, un médecin militaire peut être mené à des prises en charge médicales en situation isolée en pleine jungle ou en situation de guerre *« j'ai eu l'expérience aussi de prise en charge de*

pirates à la mer qui s'étaient fait polycrabler » (H, MC). Ce sont ces conditions d'exercice qui sont recherchées et appréciées par les médecins interrogés.

Il est à noter que ces opportunités ont été rapportées la plupart du temps par des médecins hauts gradés. A contrario, chez les plus jeunes, ces opportunités semblent plus rares de nos jours. Ils se questionnent volontiers sur l'évolutivité du métier, avec des opportunités qui se raréfient avec le temps.

En contrepartie de ces expériences enrichissantes mais ponctuelles, un ressenti partagé des interviewés porte sur une certaine forme de monotonie du métier de médecin militaire en métropole, notamment en termes de pratique médicale. Le métier devient plus routinier selon le lieu de son affectation et le type de spécialité médicale/chirurgicale pratiqué. Un exemple fréquemment donné est celui des visites médicales d'aptitude (VMP), perçu comme très peu valorisant et monotone.

1-2-4. Un métier offrant une médecine polyvalente

Malgré un quotidien parfois jugé comme monotone, la pratique médicale reste diversifiée par le fait d'exercer de la médecine d'urgence, de la prévention, de la médecine tropicale. Une qualité très régulièrement citée, indépendamment du sexe et du grade, est la polyvalence du métier : « *Ce qui est bien, c'est que la médecine militaire, normalement offre suffisamment de diversité pour pouvoir trouver son bonheur un peu partout* » (H, MP). Ce métier est pour certains une réelle passion : « *Faire de la recherche en fait, c'est ma passion, je pense que rien que ça, en soi en fait de faire ce qu'on aime, c'est satisfaisant* » (H, MC).

Il passe d'ailleurs parfois en priorité par rapport aux choix personnels. « *Mais c'était un choix, parce qu'en fait, [...] j'aurais pu me rapprocher de mon ex-mari à l'époque. J'aurais pu me rapprocher au bout d'un an, un an et demi et en fait, je n'ai pas souhaité le faire, puisque je m'éclatais trop quoi.* » (F, MC) , « *quand on bosse dans un milieu qui rend beaucoup et qui est très gratifiant, ben ça donne envie de s'investir et donc de ne pas compter ses heures quoi* » (H, MC).

La bascule hors de la médecine de soin, vers un travail de commandement et d'administratif est parfois regrettée pour certaines personnes passionnées. Ainsi si certains médecins souhaitent découvrir d'autres aspects du métier de militaire tels que le commandement ou les ressources humaines, beaucoup ne cherchent pas à quitter le soin : « *A partir d'un certain grade et d'une certaine ancienneté, on quitte le soin et on fait de l'administratif [...]*

moi, j'ai fait 10 ans d'étude, ce n'est pas pour être manager. C'est pour être médecin. » (F, MP).

1-3. Une gestion des carrières perfectible au sein du Service de Santé des Armées

1-3-1. Le mode de recrutement des gestionnaires fait débat

Une perception commune ressortie lors des entretiens est tout d'abord le mode de recrutement discutable des gestionnaires des ressources humaines et des responsables de commandement, recrutés parmi les médecins d'active *« les gens qui nous pilotent finalement sont nos managers, [...] ils ne sont pas préparés à être managers et [...] ce n'est pas leur cœur de métier au départ. [...] Est-ce qu'ils ne seraient pas meilleurs dans la technique ? »* (H, MC). Or le fait de placer des médecins à ces postes à la place de personnels qualifiés spécifiquement pour le commandement fait débat : *« Typiquement à l'hôpital, dans le civil, vous avez les directeurs d'hôpitaux qui font l'école de Rennes pendant trois ans, qui se préparent à ce métier. [...] Nous ce sont des médecins hospitaliers qui quittent leur fonction technique pour prendre la direction d'un hôpital. [...] C'est bien parce qu'ils connaissent le métier, moins bien parce [que] ce n'est pas leur cœur de métier, c'est un métier d'administratif, ça »* (H, MC).

1-3-2. Le constat d'une écoute insuffisante des souhaits des praticiens

L'absence de professionnels qualifiés spécifiquement aux postes de commandement confère un sentiment de ne pas être entendu ni écouté par la hiérarchie, avec pour conséquence une gestion impersonnelle de la carrière : *« quand tu es arrivé [...] après plus de 20 ans de service et qu'on continue à vous expliquer qu'on ne peut pas vous donner les affectations que vous souhaitez pour répondre à vos souhaits professionnels, ça devient plus difficile à entendre »* (H, MC). *« je pense qu'il faudrait que nos chefs [...] écoutent un peu plus les jeunes, parce que ce sont les jeunes qui sortent [...] dans les 10 dernières années qui vont faire le service de demain et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui sont déçus, [...] parce qu'on ne les écoute peut-être pas assez, que ce n'est pas très actif, parce que c'est toujours les mêmes postes qui sortent »* (F, MP), *« le SSA ne met pas toujours en valeur tous les profils »* (F, MP).

Pour beaucoup, l'absence de prise en compte des souhaits participerait à l'attrition observée actuellement au sein du SSA. Cette dernière ne peut pas être compensée par une

revalorisation financière : *« on ne peut pas tenir les gens que par l'argent. En fait, il faut leur donner un vrai parcours professionnel. [...] Ce n'est pas le côté financier qui fait garder les gens, c'est les intégrer dans un vrai parcours professionnel. »* (F, MC). Ce manque d'adaptation du SSA aux attentes des médecins est source d'insatisfaction auprès d'un nombre non négligeable de praticiens ayant participé à l'étude.

1-3-3. Le temps horaire calqué sur celui de l'armée en général, inadapté à la carrière de médecin

A la question posée sur les avantages d'exercer en médecine libérale par rapport à la médecine militaire, la plupart des praticiens parlent de la flexibilité de travail du médecin civil. Sans que ce soit un élément freinant à leur épanouissement, ils ont le sentiment que les médecins civils disposent d'une plus grande liberté dans l'exercice médical et du choix du lieu ou des horaires : *« Il y a une plus grande autonomie du lieu d'installation, de mode d'exercice. [...] s'ils ont envie de choisir des horaires à mi-temps, s'ils ont envie de faire des horaires décalés ou autres [ils ont cette liberté d'exercice] »* (H, MC). Le temps de travail à l'armée n'est pas adaptable au rythme de vie du praticien : *« si un jour je quitte l'armée, ce sera pour faire un 80% ou un 50%... »* (F, MP). En début de carrière, cela ne semble pas être une contrainte chez les personnels militaires. En revanche, après un certain nombre d'années passées dans l'armée, une faible proportion d'entre eux, notamment des femmes, souhaiteraient une adaptation de leur temps de travail afin de mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

3. Analyse de la satisfaction personnelle

2-1. La problématique de la mobilité sur la vie de famille

Deux sentiments émergent concernant les effets des mutations sur la famille au cours de la carrière : d'une part, les bénéfices directs sur la carrière, d'autre part, la difficulté de gestion de sa vie personnelle et familiale.

La mutation professionnelle est source d'enrichissement personnel et professionnel car elle permet de prendre du recul sur sa pratique, d'apprendre et d'échanger avec des équipes différentes tout au long de sa carrière : *« la mutation permet de se remettre en question, [...] d'amener aussi [...] son expérience personnelle, [...] c'est très enrichissant d'être muté, parce qu'on voit d'autres choses et puis on échange. »* (F, MC). Mais malgré les bénéfices

professionnels qu'elles procurent, ces mutations sont aussi source de contraintes sur le plan personnel : « *une des principales contraintes qui est inhérente au statut de militaire, c'est la mobilité.* » (H, MC). En effet, elles désorganisent parfois le schéma familial mis en place « [La mobilité] *impacte la vie de tous les jours, quand vous n'êtes pas capable de dire à vos enfants si vous déménagez ou pas même six mois avant, [...] pour les réinscrire à l'école, etc., ou pour un projet immobilier, [...] ça a des conséquences extrêmement concrètes dans la vie quotidienne* » (F, MC).

Cette perception est partagée par les personnels de tout âge et serait d'autant plus mal vécue par les femmes que par les hommes.

2-2. Le rôle de la famille et des amis

2-2-1. La famille proche, entre pilier et contrainte

- **Une source de stabilité**

La vie de famille est souvent considérée par les praticiens comme un élément essentiel à leur épanouissement personnel. Or, selon eux, un épanouissement personnel est nécessaire pour garantir un épanouissement professionnel : « *on ne peut pas être épanoui au boulot si on n'est pas épanoui dans la famille* » (H, MCSCN). Elle constitue un cadre stable à cet environnement professionnel en constant mouvement « *on ne peut pas avoir une réussite professionnelle sans avoir une base arrière* » (H, MCSCN). Ainsi, la famille assure une stabilité morale pour le médecin militaire qui est par définition mobile physiquement. Par sa présence quotidienne, son soutien moral, elle permet de l'épauler et de réussir sa carrière professionnelle. L'entourage familial s'avère être même parfois plus patient que le praticien lui-même vis-à-vis des absences qu'il vit au quotidien : « *ils sont particulièrement résilients en fait, peut-être plus que nous* » (F, MC). Ce ressenti est partagé par plusieurs personnes interrogées.

- **Un besoin d'abnégation**

Comme les répondants l'évoquent au cours des entretiens, épouser un médecin militaire signifie accepter aussi la mobilité, les impératifs professionnels et les départs inopinés en mission intérieure/extérieure. En d'autres termes, le militaire et sa famille, doivent être préparés à ce mode de vie atypique et parfois perturbant. Cette particularité peut constituer

une source de difficulté pour trouver un conjoint acceptant cette vie : *« Ça restreint peut-être le choix des conjoints et des conjointes qui peuvent comprendre et accepter une vie avec une mobilité et avec des distances »* (H, MP). Les concessions demandées peuvent constituer un réel frein à la vie de couple, et ce d'autant plus si le conjoint est aussi médecin militaire avec ses propres obligations professionnelles.

- **Un besoin de sacrifices professionnels au sein du couple**

Les nombreux propos recueillis en entretiens sur ce sujet indiquent clairement le caractère très prenant du métier et ses conséquences, en particulier au sein du couple. Chez les praticiens plus anciens, des sacrifices professionnels ont surtout été réalisés par leur conjointe : *« c'est mon épouse qui a fait une concession puisqu'elle a mis sa carrière entre parenthèses en prenant un congé sans solde pour me suivre en séjour »* (H, MC) , *« elle, pour l'instant, elle trouve sa carrière en parenthèse, [...] ça c'est clair »* (H, MC). A l'inverse, les plus jeunes (moins de 40 ans) rapportent davantage de concessions faites à deux afin de répartir équitablement les souhaits professionnels de chacun.

- **Un besoin de sacrifices familiaux**

En cohérence avec la société actuelle où l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle demeure un sujet central, les jeunes praticiens abordent la notion de sacrifice personnel du fait qu'ils doivent choisir en début de carrière entre un investissement professionnel et le fondement d'une famille. En effet, chez les jeunes médecins, l'âge de prise du premier poste est concomitant avec le souhait de construire une famille, et implique selon eux de faire un choix : *« je pense qu'il faut d'abord s'impliquer [...] dans la vie de son antenne et faire ses enfants après »* (F, MP). Cette prise de décision, vécue comme un sacrifice pour quelques-uns d'entre eux, est relativement bien acceptée par la majorité préparée, très jeune, à cette organisation de vie.

2-2-2. Le rôle des amis

Pour les personnels de plus de 40 ans, ayant donc déjà vécu plusieurs mutations, le fait d'être mobile et mutable rend difficile la création et l'entretien de nouveaux liens sociaux hors milieu professionnel : *« le côté social, ce n'est pas évident, on n'ose pas s'enraciner quelque part parce qu'on ne sait pas combien de temps on va y rester, du coup, [...] ce n'est jamais*

évident, [...] si vous ne savez pas si vous êtes là pour deux, cinq ou huit ans, ça change un peu la donne » (F, MC). En revanche, les liens entre confrères militaires perdurent au cours des années et ce malgré les mutations et les éloignements. Ils l'expliquent par le fait que les militaires s'entraident entre eux, même à distance, pour les installations dans une nouvelle affectation ou lors de départs en opération extérieure par exemple, où les proches collègues peuvent apporter leur soutien à la famille qui reste en métropole *« le lendemain, à 7 heures, je quittais mon domicile pour quatre mois et demi pour la guerre du Golfe. Heureusement que j'avais des copains qui étaient là, qui sont venus aider, etc. Parce qu'ils avaient l'habitude de ça, les guerriers, et ils savaient que s'il y avait un problème avec une épouse, elle n'était jamais seule. Ça, c'est une organisation familiale. Et du coup, tout ça s'aménage. »* (H, MCSCN).

Ainsi, en milieu militaire, les relations amicales via l'environnement professionnel remplaceraient les relations en milieu civil, difficiles à entretenir.

4. Evolution professionnelle : Quelle est la place de la femme dans l'armée et au sein du Service de Santé des Armées ?

3-1. L'image de la femme au sein de l'armée et de la médecine qui évolue avec le temps

3-1-1. L'image de la femme dans le milieu médical dans les années 1990s

A l'époque des quotas où le nombre de femmes au SSA était restreint, certains postes étaient quasiment exclusivement réservés aux hommes et les femmes n'avaient pas leur place : *« Je n'ai pas pu faire chirurgien viscéral parce qu'à l'époque le professeur, dont je tairai le nom, qui avait la chaire de chirurgie, ne voulait pas de femme. »* (F, MCSHC). En effet, dans certaines spécialités chirurgicales avec une part manuelle importante, elles étaient jugées inaptées à exercer : *« Moi j'ai passé je ne sais plus quel concours avec un orthopédiste, bon, je suis assez grande taille, [...] qui m'arrivait à l'épaule et qui m'a dit : Mais quand vous allez devoir brancarder ou réduire une luxation d'épaule, vous n'allez pas y arriver, c'est physique ! ».* (F, MC).

3-1-2. L'image de la femme au sein de l'armée dans les années 1990s

Les femmes devaient également faire leur preuve, en termes de compétences physiques, pour être acceptées au sein de l'armée : « *Quand je suis arrivée sur ma base aérienne où il y avait un hélico de « search and rescue³ », il a fallu que je prouve que je savais nager, ce qu'on n'a jamais demandé aux médecins hommes.* » (F, MC).

Ces exemples de discrimination ont été rapportés par les praticiennes, et aucun n'a été donné par des hommes praticiens à cette période. A cette époque, les discriminations ciblaient essentiellement les femmes et la perception vis-à-vis de la place des femmes dans la médecine militaire n'était pas la même entre un homme et une femme qu'aujourd'hui.

3-1-3. La place de la femme médecin et militaire reste encore à prouver de nos jours

Actuellement, il persiste encore des difficultés d'acceptation de la femme dans l'armée comme en témoignent les divergences d'opinion sur le sujet entre hommes et femmes. Cette divergence d'opinion se retrouve également au sein de la communauté féminine chez laquelle l'image de la femme militaire n'est pas perçue de la même manière selon les parcours de vie des praticiennes interrogées.

Ainsi, certaines ne voient la femme médecin et militaire qu'à travers un fort engagement militaire et un engouement pour l'opérationnalité marqué, preuve de son appartenance à la médecine militaire : « *la définition du médecin militaire en unité* » (F, MED). D'autres avancent au contraire une difficulté à se faire accepter du fait d'un attrait moins marqué pour le versant militaire de leur métier : « *Je n'ai pour ainsi dire aucun palmarès opérationnel, c'est un complexe (rire), voilà.* » (F, MC). Un esprit militaire marqué chez les femmes semblerait nécessaire pour pouvoir affirmer sa place au sein de la médecine militaire au-delà du versant médical.

3-2. Les inégalités d'évolution de carrière en fonction du sexe

3-2-1. L'inégalité marquée lors des notations

Il est rapporté par les femmes lors des entretiens un sentiment de sexisme lors des notations militaires, expliqué en partie par le fait que les femmes médecins sont également des mamans : « *J'ai été moins bien notée par mon chef de service quand j'étais enceinte parce*

³ Search and rescue : en français, recherche et sauvetage, désignant l'ensemble des organisations et opérations de localisation et de secours aux personnes en situation de détresse.

qu'il m'a dit : Vous comprenez, vous étiez enceinte, je ne pouvais pas vous noter comme l'année dernière. » (F, MP), « Ce n'est pas le problème d'être un homme ou une femme, je pense que c'est le problème d'être une maman ou pas » (F, MED).

Ces inégalités ne se ressentiraient pas au début de carrière mais plutôt quelques années plus tard avec la construction du foyer familial : *« les hommes et les femmes se destinent au fil de l'eau à différentes carrières, à différentes évolutions, ce qui est valable à la parité plutôt dans les quatre à huit premières années. En général, c'est une disparité qui se crée après, au moment justement où les gens se mettent en foyer, en ménage, et puis ont des enfants, plus petits. » (H, MP).*

3-2-2. La maternité et son impact sur l'avancement

Les conséquences d'une maternité et des congés spécifiques en termes d'avancement sont perçus différemment selon que l'on est homme ou femme ; pour un homme, un avancement égalitaire n'est pas normal et est vivement critiqué alors que pour une femme, cela constitue une chance : *« Tu as fait plusieurs grossesses, mais tu as le même avancement que les autres, d'un autre côté, tu te dis, ben, comme ça, on ne met pas en porte à faux la grossesse, [...] tout le monde avance pareil, eux, ils disent : mais moi, j'ai travaillé plus et j'avance pareil » (F, MED). « Ils ont créé le congé pour convenance personnelle pour élever un enfant [...] Et je trouve que ce sont des bonnes avancées, [...] parce qu'on peut s'arrêter pour garder nos enfants, tout en n'étant pas mis de côté, et bien, au niveau avancement. » (F, MC).*

Les conséquences professionnelles des congés parentaux sont vécues différemment. Pour les hommes ayant à gérer des personnels féminins, les congés parentaux posent problème au niveau de la gestion des services. Pour les femmes prenant un congé parental ils ne sont pas toujours bien vécus en raison de la désorganisation qu'ils créent dans les services : *« le service va être en souffrance » (F, MP), au point d'appréhender d'annoncer sa grossesse à sa hiérarchie : « C'est un des pires moments de ta carrière de devoir annoncer une grossesse » (F, MP), « Je pense que de toute façon, c'est mal foutu, qu'on ne soit pas remplacées pendant les congés mat,[...] je sais que ça a été une volonté de leur laisser la liberté de choix, mais sauf qu'en fait quand on est une femme, on a quand même beaucoup plus de pression de ce côté-là [...] » (F, MP).*

3-2-3. L'inégalité de traitement ressentie vis-à-vis des Opérations Extérieures

Un constat fait par l'ensemble des personnes interviewées est que le SSA essaie de préserver les jeunes mamans d'un départ en OPEX, mais pas les jeunes pères : *« après, ça, c'est de la*

santé des armées de se dire qu'il y a un papa qui a un enfant de trois semaines, c'est peut-être bien qu'il reste aussi à la maison, qu'il ne parte pas en OPEX tant qu'il n'a pas six mois histoire de faire le lien père fils ou père fille, voilà. » (H, MC). Pour les hommes médecins, l'armée mettrait l'accent sur le lien mère/enfant au détriment de celui du père.

« Si c'est un papa qui énonce l'argument de « mon enfant a un an, je n'aimerais partir en OPEX que quand il aura deux ans pour son équilibre », pas sûr qu'il y ait beaucoup de grands chefs qui écoutent cet argument » (H, MC).

La durée des OPEX de 4 mois semble être également un frein pour ces jeunes parents qui souhaitent s'investir pleinement dans l'éducation de leurs jeunes enfants : *« Je pense qu'il faudrait aussi adapter des OPEX [...] pour les jeunes mamans ou les jeunes papas d'ailleurs, [...] C'est-à-dire [...] faire un peu plus des missions de deux mois, pour que plus de gens puissent partir, plutôt que des missions de quatre ou six mois où finalement ce sont toujours les mêmes qui partent »* (F, MP).

3-2-4. Les inégalités ressenties sont le reflet de notre société

Ces problématiques familiales ne sont pas visibles qu'au sein de l'armée mais sont des problématiques sociétales, retrouvées dans divers milieux. L'armée n'est pas plus vectrice d'inégalités entre hommes et femmes qu'ailleurs d'après les répondants. *« Malgré tout socialement, il est quand même plus facile pour un homme de se libérer de pas mal de contraintes familiales pour lesquelles une femme n'arrivera pas à se libérer, donc je pense que malgré tout, la progressivité, la place des hommes et des femmes [...] par rapport à ce biais qui n'est pas celui de l'armée qui est plus du biais de la société, je pense que malgré tout, les places ne sont pas identiques »*. (F, MP).

Ainsi, concernant l'acceptation des femmes au sein de l'armée, l'environnement influence directement sur leur facilité d'intégration. Par exemple, elle revêt un caractère différent selon que l'on se réfère au milieu hospitalier ou à la médecine des forces. En effet, actuellement, l'activité hospitalière étant composée d'autant de personnels féminins que masculins, la place des femmes n'est plus à prouver et les différences avec les hommes sont gommées : *« je pense qu'à l'hôpital, on s'en sort à peu près pareil que les hommes. »* (F, MP.) En outre, la gestion des problématiques liées à la maternité est plus aisée au sein des établissements hospitaliers qu'au sein des forces en raison des ressources humaines disponibles : *« Le SSA spécifiquement est plutôt bienveillant parce qu'il est très féminisé et qu'ils n'ont pas le choix, spécifiquement dans les hôpitaux. »* (F, MC). En revanche, dans les forces, où la proportion de femmes est moins importante, il est plus difficile pour une femme de trouver ses marques au sein d'un environnement au fonctionnement très masculin, et se faire accepter : *« Il est*

clair qu’être une femme doit être délicat dans certaines affectations, mais qui ne dépendront pas du SSA finalement, qui dépendront des forces, voilà » (H, MC).

3-3. Entre égalité et discrimination positive

Pour atténuer les différences entre les hommes et les femmes au sein de l’armée notamment au regard de leurs notations, de l’évolution de carrière et de l’avancement, l’armée a développé des mesures correctrices. Certaines de ces mesures, selon les personnes interrogées, auraient tendance à favoriser les féminines, sans juger des compétences spécifiques requises pour un poste et tendraient vers de la discrimination positive : *« J’aurai tendance à dire qu’à l’heure actuelle pour gommer des inégalités qui peuvent exister, on a tendance à plus favoriser les femmes pour la question de postes à responsabilité, histoire d’obtenir le 50/50 voulu par les ministres. »* (H, MC). Ainsi, selon les répondants, les femmes pourraient occuper des postes à haute responsabilité en raison de leur genre et non de leurs compétences : *« Il y a quand même à ce moment-là des moments où je me suis demandé si certaines n’accédaient pas à des fonctions et des responsabilités parce que c’était des certaines »*. (F, MC). Ce qui est intéressant est que cette perception est partagée par les hommes et par les femmes.

Parallèlement à ce sentiment de discrimination positive et malgré les efforts entrepris par le ministère des armées pour respecter la parité au sein de l’armée, il est rapporté et constaté que des hauts postes à responsabilité dans des secteurs encore très masculinisés ne sont accessibles que par des hommes. Les femmes, quant à elles sont déployées dans des organismes déjà féminisés. *« ça arrange bien le ministère des armées de féminiser le commissariat et le SSA plutôt que la Légion étrangère et que le chef d’état-major des armées ne soit pas une femme. Chez les guerriers, on les a mises à la direction des écoles comme à Salon, voilà, la direction des opérations et des forces spéciales, ça... voilà, mais comme maintenant il y a des pénalités dans les ministères qui ne jouent pas le jeu comme vous le savez certainement [...] le SSA est déjà à plus de 60% féminin, mais faire accéder les femmes à des responsabilités, c’est plus facile à faire dans le SSA que dans d’autres armées »* (F, MC).

Un praticien ancien rebondit sur cette idée en développant que ce n’est pas le SSA qui freine l’accès des femmes à ces postes mais plutôt les forces en elles-mêmes, probablement pas encore prêtes à voir une femme commander à la place d’un homme dans des régiments majoritairement masculins. Cette idée se retrouve aussi chez les plus jeunes praticiens.

Sur des considérations plus pragmatiques, il est également rapporté par un homme qu’il est plus facile pour un homme d’accéder à des postes à plus haute responsabilité, non pas parce

qu'il est un homme, mais parce qu'il est plus disponible pour son travail ; il peut investir plus de temps, à l'instar des femmes, qui consacrent en moyenne plus de temps pour leur foyer, temps qu'elles n'utilisent pas au profit de leur travail. Une jeune femme médecin confirme le rôle majeur de la femme au sein du foyer, encore à l'heure actuelle, et évoque la nécessité de répartir son temps entre carrière professionnelle et vie personnelle, l'empêchant de se consacrer à 100% à son travail : *« Je pense qu'effectivement, il y a probablement un peu plus de difficultés à faire carrière, à devenir vraiment expert et c'est probablement pour ça que les hauts gradés dans l'armée du SSA sont encore plutôt des hommes et parce qu'effectivement les femmes ont un rôle sociétal à plutôt être à la maison à un moment ou à un autre avec les enfants. »* (F, MP).

Le manque de disponibilité au travail des femmes plus impliquées par ailleurs dans la vie du foyer, serait donc responsable d'un frein à l'accession à des postes de hautes responsabilités selon les répondants.

5. Influence du profil de personnalité

4-1. Des profils particuliers dans des unités particulières

Les résultats d'entretien suggèrent qu'à chaque médecin existe un style de carrière différent, influencé notamment par sa personnalité et ses propres choix. Un médecin chef a notamment choisi sa carrière en fonction de son caractère, en venant chercher l'aventure, la mobilité, la disponibilité *« c'est varié en fait, et c'est ce que je recherchais, j'ai besoin de ça. J'aime bien bouger, j'aime bien changer en permanence quoi. »* (H, MC).

La diversité des emplois proposés dans l'armée permet de répondre aux différents tempéraments et offre à chacun la possibilité de s'épanouir à mesure des affectations acceptées : *« c'est tellement varié ce qu'on peut rencontrer en unité et même ce qu'on peut rencontrer à l'hôpital, que les tempéraments [...] jouent forcément sur le job et puis surtout l'unité dans laquelle on travaille. »* (F, MP).

Dans les unités particulières telles que les troupes de marine perçues comme élitistes par leur difficulté d'incorporation et l'exigence de travail demandé, le profil recherché du praticien sera plus ciblé que dans un régiment conventionnel : *« Quand on parle d'aller chez les troupes⁴, les colos à la Légion Étrangère, chez les paras⁵, outre le tempérament pour*

⁴ Troupes : Troupes de marine, composantes de l'Armée de Terre française comprenant l'infanterie, l'artillerie, la cavalerie blindée, les transmissions et les troupes aéroportées.

⁵ Paras : Unités Parachutistes

travailler dans l'antenne médicale il faut avoir aussi un état d'esprit ou le tempérament qui colle avec ces unités-là. » (H, MC). D'autres unités comme le renseignement recherchent et attirent des profils de personnalité bien définis : « Je pense qu'il y a [...] une vraie personnalité [...] pour les médecins qui servent dans les services [type] DGSE ou service de la gestion. Il y a un vrai profil psychologique différent et des gens qui servent aux forces spéciales où il y a plus un profil de personnalité, il y a plus... de la résilience et de la disponibilité. » (H, MC).

Hommes comme femmes perçoivent qu'un caractère aventureux, prêt à prendre des risques, très sportif se dirigera plus vers les unités de parachutistes, de chasseurs alpins ou la légion étrangère. En revanche, une personnalité moins tournée vers la militarité ou moins en recherche de sensation, se tournera davantage vers des unités moins axées sur l'opérationnel et mieux adaptées à son tempérament. *« Nécessairement, tu vas choisir les postes qui sont en corrélation avec ton caractère. Si tu es comme moi, quelqu'un qui aime voyager, qui aime faire des choses extraordinaires, [...] et ben tu choisiras les troupes de marine, la Légion étrangère, des trucs comme ça. Si tu es quelqu'un qui est plus pantouflard, qui est un peu timoré, qui est un peu peureux, ben tu choisiras des choses beaucoup plus calmes comme un régiment du génie ou un régiment de transmission. » (F, MCSHC), « J'ai l'impression qu'il y a plutôt une appétence particulière pour la médecine du sport ou le caractère très opérationnel qui font que les gens choisissent plutôt les parachutistes et puis que finalement le ventre mou, c'est tout le reste des médecins, ce sont des médecins qui sont peut-être sur un curseur médecins militaires un tout petit peu plus médecin que militaire et qui sont capables de s'adapter un petit peu à la majorité des postes » (F, MP).*

4-2. Au-delà du profil de personnalité, c'est la capacité d'adaptation qui compte

Outre un rapprochement cohérent entre profil de personnalité et poste, de nombreux éléments influencent le choix du 1^{er} poste, lequel impacte la carrière, sans la conditionner pour autant. Par exemple, tous les médecins ne souhaitent pas partir régulièrement en OPEX, ou être en situation isolée, et ce n'est pas pour autant qu'ils ne seront pas épanouis dans leur carrière. *« On n'est pas tous prêt à être seul sur un bateau, à partir en OPEX tous les ans » (F, MP). Certains préféreront le travail dans le calme et la sérénité, prendre le temps de discuter avec le patient, alors que d'autres s'épanouiront professionnellement davantage en situation d'urgence « il y en a qui sont faits pour des trucs tranquilles, d'autres non ! Il y en a qui sont faits pour agir dans l'urgence et sous adrénaline, d'autres non ! Moi j'aime bien travailler peinard... prendre le temps avec les gens, discuter avec eux, leur expliquer, faire de l'éducation thérapeutique, de la prévention, de la médecine du sport et... l'urgence*

moins » (H, MED). Ainsi, il s'agit plus d'une capacité d'adaptation des individus que d'un profil de personnalité susceptible d'influencer ses choix professionnels « *il y a des gens qui vont être bien dans un milieu d'emblée, il y a des gens qui vont se faire au milieu dans lequel ils sont, il y a des gens qui ne s'y feront jamais, ce n'est pas une question de personnalité c'est juste une question de capacité d'adaptation.* » (H, MC) , « *Il ressort quand même un mécanisme d'adaptation qui est commun en fait, qui est générique. Après, il y en a qui sont plus adaptables que d'autres, mais [...] il y a quand même un profil qui est commun à beaucoup d'entre nous.* » (H, MCSCN).

La capacité d'adaptation est selon les répondants un élément majeur qui conditionne les choix professionnels et par conséquence directe conditionne aussi l'épanouissement et la satisfaction des praticiens dans l'environnement professionnel choisi.

DISCUSSION

1. Les principales différences entre les hommes et les femmes sur leurs choix de premier poste

La population de l'étude était composée à plus de 85% de médecins généralistes au moment du premier poste, avec une majorité qui avait choisi l'Armée de Terre, pour exercer surtout dans des unités opérationnelles. La répartition géographique semblait homogène entre les hommes et les femmes mais ils étaient majoritairement localisés dans le Grand Est pour leur première affectation.

Dans la présente étude, les motifs des choix du premier poste différaient entre les hommes et les femmes.

En effet, ces dernières accordaient une grande importance à leur situation personnelle, familiale et géographique alors que les hommes avaient tendance à choisir leur poste plutôt en fonction de l'intérêt professionnel qu'ils y trouvaient.

En matière d'épanouissement professionnel, hommes comme femmes recherchaient avant tout l'acquisition de nouvelles compétences, mais les hommes semblaient davantage attirés par le côté opérationnel du poste que les femmes.

Le classement ECN, s'il avait un impact sur leur choix de premier poste, ne semblait pas être déterminant pour la suite de leur carrière.

2. Impact de ces différences sur leur carrière et retentissement sur leur bien être

2-1. Poids des stéréotypes et influence générationnelle

Au travers du profil socioprofessionnel des ascendants et du parcours suivi par les hommes et les femmes participant à l'étude, il est intéressant de noter l'influence éducative et le poids des stéréotypes dans leur choix de carrière. Ainsi, avec 22% de parents militaires et 10% de parents médecins chez les hommes, ces praticiens auraient plutôt tendance à suivre les traces de leurs pères, alors que les femmes se démarquent en prenant un nouveau chemin par rapport à leurs ascendants. En comparaison, dans la population générale entre 1990 et 2002, 43% des médecins civils avaient un père cadre supérieur (25). Les données de cette étude concordent avec les données actuelles en population française.

Cette transmission sociale semble plus importante pour les hommes que pour les femmes, probablement en raison d'un milieu médical et militaire plus présent chez les hommes médecins militaires que chez les femmes médecins militaires.

Si la mobilité sociale des hommes est ascendante par rapport à leur père mais restée stable depuis 1977, celle des femmes est très encourageante en comparant les années 1977 et 2015. Ainsi, par rapport à leur mère, et quelle que soit leur origine sociale, les femmes progressent rapidement dans leur milieu social. De plus, comparée à leurs pères, cette mobilité est également ascendante mais dans une moindre mesure (26). Elles s'émanciperaient alors de plus en plus de leur environnement familial pour créer leur propre carrière et environnement social.

Il ressort également des entretiens une disparité générationnelle de choix de carrière chez les femmes, entre les années 1990 et aujourd'hui. Lorsque celles-ci étaient en minorité au SSA du fait des quotas de recrutement, elles avaient tendance à prioriser leur carrière professionnelle au détriment de leur vie familiale, à l'inverse d'aujourd'hui où elles recherchent un équilibre avec leur conjoint pour un épanouissement global équilibré au sein du couple. Les conditions d'accès aux grandes écoles, limitées à 10% pour les femmes jusqu'à la fin du vingtième siècle, semble avoir sélectionné des profils de femmes plus carriéristes, choisissant de mettre de côté leur vie familiale au profit de leur travail. Pour les plus jeunes, le contexte historique dans lequel elles ont été élevées a changé et les priorités de vie ne sont plus les mêmes. La forte progression du niveau de diplôme, la plus grande contribution au marché du travail et la baisse de la religiosité, les ont conduits à une moindre assignation à l'univers domestique. Ainsi elles ont pu se réaliser au travers d'études auxquelles elles n'avaient auparavant pas accès (9) tout en préservant une vie de famille.

2-2. Impact des traditions en termes de parentalité

Concernant la situation professionnelle des conjoints de médecins, plus de 40% des hommes sont en couple avec des partenaires non médecins militaires au 1^{er} poste comme au poste actuel. Les femmes quant-à-elles, sont plutôt avec des conjoints militaires, médecins au premier poste pour 40% d'entre elles puis non médecins au poste actuel pour près de la moitié d'entre elles.

Cela pourrait témoigner d'une évolution de la composition des ménages selon le profil de carrière du médecin et de ses contraintes de vie : les femmes séparées se remettraient plus facilement avec un conjoint militaire mais non médecin alors que les hommes rechercheraient davantage des conjoints non militaires. Cette homogamie dans la profession

de santé est également retrouvée en population générale où 31% des femmes médecins ont un conjoint médecin contre 22% des hommes en 2005 (27). Le fait de côtoyer au quotidien d'autres médecins pendant les études et au cours de la carrière pourrait favoriser les rencontres sentimentales au sein du même milieu professionnel.

En milieu militaire, les contraintes professionnelles sont susceptibles d'impacter d'autant plus le couple si les deux partenaires sont militaires. Lors des différents entretiens, il est souligné qu'il est difficile de trouver le bon partenaire, homme ou femme, qui accepte de faire des sacrifices au profit de l'autre, et ce surtout chez les plus jeunes médecins. Par ailleurs, les personnes interrogées, en particulier les hommes d'une plus grande ancienneté au SSA, font état de sacrifices plus « facilement » acceptés et réalisés par les conjointes que par les conjoints. Ces sacrifices sont aujourd'hui plus nuancés chez les plus jeunes, tendant vers un équilibre de vie hommes/femmes. Des médecins plus âgés persistent à voir la position de l'homme comme centrale au sein du couple, avec une priorisation de carrière en sa faveur. Cette notion pourrait expliquer le fait que les hommes soient plus facilement en couple avec des civils non médecins, susceptibles de s'adapter plus facilement (ou d'accepter de s'adapter) qu'une femme médecin à leur rythme de vie car elles ne vivent pas les mêmes contraintes.

En termes de conséquences personnelles et familiales, la plupart des praticiens n'avait pas d'enfant au premier poste : 72% des femmes contre 68% chez les hommes, probablement en partie du fait des études longues imposées par la médecine chez la femme, et de l'opérationnalité demandée en début de carrière à l'armée.

Au poste actuel, les femmes participantes de l'étude sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir d'enfant puisqu'elles représentent 33% de la population d'étude contre 23% pour les hommes. En comparaison, en France en 2013, 14% des femmes médecins généralistes déclarent ne pas avoir d'enfant (28). Cette proportion plus importante de femmes médecins sans enfant, à l'armée pourrait témoigner, là encore, d'un profil de femmes moins attirées par la parentalité en raison d'autres centres d'intérêt plus importants à leurs yeux qu'elles peuvent justement retrouver dans l'armée, tels que l'opérationnalité, les voyages, la recherche de sensations à travers le sport... Une autre explication à cela serait un attrait moindre pour la parentalité avec un profil de femmes plus « masculines » dans la société en général comme à l'armée, où la parentalité n'est plus forcément seul vecteur d'épanouissement global.

D'après la présente étude, 16% des femmes sont divorcées au poste actuel contre 13% pour les hommes. Cela concorde avec les résultats retrouvés en population française générale, dans la catégorie 30-39 ans, où les femmes militaires sont presque deux fois plus nombreuses à être divorcées que les femmes françaises. En effet, 11% des femmes militaires sont

divorcées contre 6% chez les femmes en population générale (22). Là encore, les contraintes de carrière à travers la mobilité géographique demandée aux militaires, les départs en OPEX et la nécessité d'une grande disponibilité peuvent impacter la vie de couple. Ainsi, le double rôle, professionnel et familial, des femmes militaires, pourrait être source d'instabilité au sein du couple à l'origine de séparations familiales voire de divorces.

Par ailleurs, leur investissement au sein du monde du travail et dans des secteurs à responsabilité ne fait que croître (29). En 2020-2021, à 18 ans, 55% des femmes sont inscrites dans le supérieur, contre 44% des hommes. La part des femmes varie considérablement selon la spécialité de formation et la filière choisie. Elles optent en général moins que les hommes pour les filières sélectives ou scientifiques à l'exception des études de santé où elles représentent 86% des effectifs (29). Les conséquences en termes de conciliation de la vie professionnelle avec la vie familiale de ces femmes, n'en seront probablement que plus grandes dans le futur.

2-3. Impact du genre sur le parcours professionnel

D'après les résultats de l'enquête, l'avancement semble perçu comme comparable entre les hommes et les femmes. Toutefois les notations sont vécues comme un désavantage pour ces dernières. En effet, les congés maternité, par l'absence professionnelle qu'ils causent, impacteraient les notations de ces femmes médecins, indépendamment de leurs compétences professionnelles. Le fait d'être une mère de famille semble être considéré comme une contrainte par le commandement militaire en raison des conséquences dans les services en termes d'absence essentiellement, et laisserait supposer, à compétences égales, de meilleures notations aux femmes sans enfants, plus disponibles au travail.

En termes de choix professionnel, les hommes sont plus nombreux à réaliser un assistantat que les femmes. L'hypothèse d'une disponibilité plus importante chez les hommes pourrait expliquer cette différence. Le soutien de la conjointe ou sa plus grande souplesse professionnelle, pourrait les décharger en partie des tâches domestiques et des obligations parentales au profit de leur carrière professionnelle. Dans le cas contraire, cette disponibilité ne se retrouverait pas forcément chez les femmes plus impliquées dans leur vie de famille, du fait de leur rôle de mère.

Dans les discours, il ressort à ce jour la perception d'une inégalité en termes de concessions professionnelles au profit du couple, essentiellement chez les femmes, puisqu'elles sont 12% de l'étude à avoir interrompu momentanément leur carrière pour l'éducation de leurs enfants contre seulement 1% chez les hommes. Ces données concordent avec le fait que les femmes

ont toujours une place centrale dans l'éducation des enfants malgré un investissement grandissant de la part des hommes, observé dans la société en général (6).

Les femmes déclarent également deux fois moins d'OPEX que leur conjoint. Une des explications serait un attrait moindre au départ puisque 36% des hommes ont répondu rechercher un poste opérationnel au poste actuel contre 22% des femmes. Les impératifs personnels et la parentalité peuvent également être un facteur contraignant leur départ en mission.

2-4. Impact en termes d'épanouissement

Cette notion de mobilité et de mutation, source d'enrichissement personnel et professionnel, a un impact majeur chez les praticiens, et ce d'autant plus chez les femmes qui sont 42% à prioriser leur vie de famille dans leur choix de poste contre 28% pour les hommes. Elles sont alors plus enclines à mettre de côté leur carrière professionnelle pour leur vie de famille, bien que cela soit plus ressenti comme une contrainte pour certaines d'entre elles. En effet, 36% des femmes déclarent qu'elles ont la sensation que leur vie de famille est un frein à leur carrière professionnelle, contre 25% pour les hommes, probablement du fait du rôle majeur de la femme dans la parentalité. Dans une étude de l'INSEE de 2017, environ quatre hommes sur dix estiment que les mères de jeunes enfants s'arrêtent plus souvent de travailler que les pères car elles sauraient mieux s'occuper des enfants qu'eux, ou qu'elles en ont davantage l'envie. A l'inverse, seulement une femme sur quatre pense la même chose (9) ! Les femmes souscrivent donc moins souvent que les hommes aux stéréotypes de genre, qu'ils concernent la division du travail, les compétences ou les aspirations des individus. Ces divergences d'opinions se retrouvent dans la présente étude où les hommes militaires seraient possiblement plus enclins à adhérer à ces stéréotypes. Leur éducation familiale et religieuse pourrait expliquer, entre autres, cet ancrage plus marqué que chez les femmes.

2-5. Impact en termes de niveau de bien-être perçu

Le niveau de bien être mental des praticiens ne diffère, dans la présente étude, pas significativement entre les hommes et les femmes, malgré le fait que les femmes soient susceptibles de porter en elles le poids de générations priorisant l'homme à la femme dans le domaine professionnel (30). Cependant, seulement un quart des praticiens a un niveau de bien être mental élevé. La charge de travail, l'exigence de la formation et les conditions de travail pourraient impacter leur santé et leur bien être mental. Au Canada, 3 864 médecins

en formation et en activité ont été interrogés en 2017 et en 2021 sur leur niveau de bien être mental qui a décliné entre ces deux périodes avec un taux de bien être moyen chez 46% des personnes et ils étaient 47% à avoir un niveau de bien être mental élevé (31). Malgré un déclin en 2021, leur niveau de bien être plus élevé pourrait être expliqué par des mesures de soutien à la personne supérieures ou à un environnement de travail plus agréable.

Ces contraintes énoncées précédemment pourraient être amoindries par une meilleure gestion des personnels dans l'armée française selon les personnes interrogées. En effet, il ressort que l'absence de suivi personnalisé au regard de leur carrière engendre de l'insatisfaction personnelle liée aux mutations jugées, par les répondants, incohérentes par rapport à leurs aspirations personnelles et à leur situation familiale. La non prise en compte de la situation professionnelle du conjoint, des souhaits professionnels ou personnels du militaire, d'une situation familiale particulière en sont quelques exemples. Ce défaut de suivi majorerait les contraintes déjà inhérentes à ce type de métier.

En outre, l'impossibilité d'adaptation du temps de travail des médecins aux impératifs familiaux est une notion également discutée. En effet, les personnels féminins évoquent le souhait d'un temps partiel, impossible actuellement, afin de faciliter la gestion du foyer en se libérant du temps.

En s'intéressant à cette notion et en mettant en place des questionnaires formés à ces problématiques, leur gestion de carrière pourrait être davantage adaptée à leurs besoins.

En conséquence, l'attrition des personnels pourrait diminuer, selon eux. Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale pourrait être source d'un meilleur niveau de bien être global.

3. Forces et limites des études

3-1. Pour l'étude quantitative

3-1-1. Forces

En regard du nombre de sujets volontaires à participer à cette étude, avec un taux de répondants proche de 50%, ce sujet semble avoir particulièrement intéressé la population visée, à savoir les médecins militaires. De plus, cet échantillon était représentatif de la population cible en termes d'équilibre hommes/femmes, de représentativité des grades, des spécialités et des corps d'armée d'appartenance.

3-1-2. Limites

Cette étude quantitative ne s'intéressait qu'aux militaires d'active et excluait les réservistes, les médecins sous contrat, ceux ayant été réformés ou ayant démissionné. Or, les personnes exclues de l'étude auraient pu apporter des informations complémentaires à celles recueillies dans cette présente étude. Les praticiens en cours d'OPEX ont pu également rencontrer des difficultés à rejoindre l'étude ou à compléter le questionnaire du fait d'un manque de disponibilité et de limitation technique d'accès au questionnaire par Internet.

De plus, les personnels interrogés disposaient d'un droit de réserve, pouvant engendrer une censure des informations sur certains sujets tels que l'organisation du système militaire, la gestion des ressources humaines, la gestion du commandement.

Certaines questions du questionnaire portaient sur le niveau bien être et l'épanouissement global, interrogations qui sont par nature subjectives et donc limitant leur reproductibilité.

Une autre limite à cette étude était une limite technique. Le mode de diffusion du questionnaire, à l'aide de la plateforme Sherlock en diffusion restreinte, a comporté quelques défaillances techniques avec des pannes momentanées, empêchant la réalisation complète des questions.

A cela s'ajoute un biais d'attrition avec une réponse incomplète au cours du questionnaire de certains praticiens.

3-2. Pour l'étude qualitative

3-2-1. Forces

L'étude qualitative a permis un approfondissement des résultats de l'analyse quantitative sur certains points d'ordre du ressenti et des perceptions. L'échantillonnage était également représentatif de la population cible en termes de sexe, d'âge, de grade, de spécialité technique.

Le nombre de volontaires à participer à cette étude et la facilité à organiser les rendez-vous téléphoniques malgré des emplois du temps chargés, ont pu témoigner d'un intérêt conséquent pour le sujet d'étude.

De plus, la réalisation de l'entretien sous forme semi dirigée avait un intérêt en termes de reproductibilité et permettait également une plus grande liberté de parole pour les personnels interrogés par le fait qu'il ne faisait qu'orienter les sujets sur des thèmes en particulier.

3-2-2. Limites

Cette étude qualitative comportait plusieurs biais.

Le premier était un biais d'auto sélection puisque le recrutement était basé sur le volontariat des personnes.

De plus, seulement un analyste était chargé des entretiens, pouvant créer de la subjectivité dans l'interprétation des réponses. L'investigateur pouvait également orienter les questions qu'il posait et induire un certain type de réponse, d'où l'intérêt d'avoir un investigateur formé à ce genre d'entretien et un second analyste pour limiter ce biais de subjectivité.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les praticiens des armées sont amenés à faire des choix différents en regard de leur première affectation en fonction d'un ensemble de facteurs personnels. Leur origine sociale, familiale et leur situation personnelle influencent en partie ces choix. La maternité, si elle ne semble pas impacter le choix du premier poste, influencerait notablement la carrière des femmes et serait pourvoyeuse d'insatisfaction au travail par les contraintes professionnelles qu'elle engendre. En effet, être parent demande de l'implication personnelle et donc des concessions en termes de carrière professionnelle. Ce statut peut-être à l'origine d'interruptions de carrière et de congés professionnels pour l'éducation des enfants, ainsi que des départs moindres en mission extérieure. Ces concessions sont surtout déclarées par les femmes, et peuvent affecter négativement leur niveau de bien-être et d'épanouissement global.

Ces contraintes personnelles et familiales sont le reflet des contraintes retrouvées dans le milieu civil où les femmes sont confrontées à un dilemme entre une vie professionnelle riche et investie et une situation familiale épanouie.

Elles sont par ailleurs plus prégnantes dans le milieu militaire que dans le milieu civil par les exigences que ce statut demande, avec une disponibilité et des concessions de vie qui sont plus marquées. En effet, la société française a connu de profonds bouleversements au cours du vingtième siècle avec une émancipation professionnelle, financière et familiale des femmes leur permettant d'investir le milieu du travail et l'accession à des postes autrefois réservés aux hommes. Toutefois, il persiste une certaine idéologie autour de la vocation maternelle malgré le déclin de l'adhésion aux stéréotypes de genre, amenant à organiser la division sociale du travail en fonction du sexe des individus (9). Ce déclin d'adhésion est de plus en plus fort avec les nouvelles générations, et les personnes elles-mêmes sont de moins en moins attachées à ces stéréotypes de genre au fur et à mesure de leur avancée en âge (32). En ce qui concerne le profil des praticiens d'aujourd'hui, il n'est plus le même que celui des praticiens des années 1990 et cette notion devrait permettre d'optimiser le recrutement et la fidélisation de ces personnels.

Il persiste depuis la professionnalisation des armées la problématique d'emploi de personnels adaptés au poste, volontaires, et qui doivent être fidélisés.

La durée des études de médecine, la disponibilité demandée en tant que médecin et l'adaptabilité nécessaire du militaire impacte la carrière globale du médecin militaire.

Une anticipation des prises de poste et un visuel sur leur projection à plus ou moins long terme, serait un atout tant sur le plan professionnel que personnel, en facilitant leur

adaptation à cette mobilité inhérente au métier de médecin militaire. Une écoute attentive des besoins des praticiens offrant une réponse personnalisée à leurs desideratas pourrait participer à leur épanouissement personnel et leur fidélisation. Certains aspects responsables de la désaffection des praticiens vis-à-vis de l'institution pourraient être expliqués grâce à une meilleure connaissance des difficultés rencontrées par ces derniers.

A terme, cette étude, par les éléments qu'elle apporte, pourrait permettre une optimisation du recrutement futur ainsi qu'une valorisation des emplois des militaires déjà engagés, constituant un des objectifs du Plan Mixité élaboré par la ministre des Armées en 2019, Me Florence PARLY (33). Sur le plan des ressources humaines, cette étude apporte quelques leviers d'amélioration des difficultés rencontrées par les femmes dans le cadre de leur métier de médecin militaire notamment en termes de gestion de carrière et de conciliation vie personnelle et professionnelle. Il serait également intéressant de la compléter par une analyse du profil des praticiens ayant quitté l'armée ainsi que les difficultés qu'ils ont rencontrées au cours de leur carrière afin d'enrichir les connaissances permettant de poursuivre la mise en œuvre des mesures pour les fidéliser.

« C'est par le travail que la femme a en grande partie franchi la distance qui la séparait du mâle ; c'est le travail qui peut seul garantir une liberté concrète » Simone de Beauvoir

BIBLIOGRAPHIES

1. Préfecture et les services de l'État en région Auvergne-Rhône-Alpes. Pour une égalité réelle entre les femmes et les hommes [Internet]. Cité le 5 juin 2023. Disponible sur : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/auvergne-rhone-alpes/Region-et-institutions/L-action-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite/Droits-des-femmes-et-egalite/Pour-une-egalite-reelle-entre-les-femmes-et-les-hommes/>
2. La rédaction. Droits des femmes : où en est l'égalité professionnelle ? [Internet]. Cité le 5 juin 2023. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/eclairage/19602-droits-des-femmes-ou-en-est-legalite-professionnelle>
3. Haut Comité d'évaluation de la condition militaire. Rapport thématique 2013. 7ème rapport - Juin 2013. Cité le 4 janv 2023. Disponible sur : <https://archives.defense.gouv.fr/content/download/215774/2400059/file/7%C3%A8me%20rapport%20-%20Juin%202013.pdf>
4. De Beauvoir S. Le Deuxième Sexe - Article Français | Lumni. Cité le 5 juin 2023. Disponible sur : <https://www.lumni.fr/article/le-deuxieme-sexe-de-simone-de-beauvoir-fiche-de-revision>
5. M. Nisand. La loi de 1993 relative à l'autorité parentale - CDPF - Centre de droit privé fondamental - Université de Strasbourg [Internet]. Cité le 19 mai 2021. Disponible sur : <http://cdpf.unistra.fr/travaux/personnes-famille-bioethique/droit-compare/droit-de-la-famille/autorite-parentale/france/la-loi-de-1993-relative-a-lautorite-parentale-par-m-nisand/>
6. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? – Économie et Statistique n° 478-479-480 - 2015 | Insee [Internet]. Cité le 18 mars 2023. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1303232?sommaire=1303240>
7. Rédaction. Les inégalités professionnelles entre femmes et hommes [Internet]. Souffrance et Travail. 2022 [cité le 5 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/femmes-au-travail/les-inegalites-professionnelles-entre-femmes-et-hommes/>
8. Femmes et Hommes : une lente décrue des inégalités – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. Cité le 5 juin 2023. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047789?sommaire=6047805>
9. Rôles sociaux des femmes et des hommes - L'idée persistante d'une vocation maternelle des femmes malgré le déclin de l'adhésion aux stéréotypes de genre – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. Cité le 9 févr 2023. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586467?sommaire=2586548>
10. Rédaction L. Madeleine Brès : l'incroyable parcours de la première femme médecin [Internet]. 2019 [cité le 5 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.linternaute.fr/science/biographie/2382775-madeleine-bres-premiere-medecin-femme-mais-pas-seulement>
11. Bilan_Social_2021_C10.pdf [Internet]. Cité le 6 janvier 2023. Disponible sur : https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/sga/Bilan_Social_2021_C10.pdf

12. Féminisation de la profession : ces femmes derrière les chiffres | Le Généraliste [Internet]. Cité le 6 juin 2023. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/feminisation-de-la-profession-ces-femmes-derriere-les-chiffres>
13. Johnson C, Ravitsky V. La conciliation travail-famille : le défi des mères médecins. BioéthiqueOnline. 2015;4. Disponible sur: <https://id.erudit.org/iderudit/1035499ar>
14. LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES : LES DEFIS DE LA PROFESSIONNALISATION [Internet]. Cité le 19 mai 2021. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r98-458/r98-4587.html>
15. Les femmes pendant la Première Guerre Mondiale | Musée de la Grande Guerre [Internet]. Cité le 4 juin 2023. Disponible sur : <https://www.museedelagrandeguerre.com/collections/le-travail-des-femmes/>
16. Doucet M. Les femmes pacifistes et les parlementaires français : l'exemple du projet de loi Paul-Boncour de 1927 | Cairn.info [Internet]. Cité le 21 mars 2023. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-parlements-2017-2-page-107.htm>
17. TITRE IV : Dispositions transitoires. (Articles 17 à 22) - Légifrance [Internet]. [cité le 9 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006088912>
18. Boëne B. La professionnalisation des armées : contexte et raisons, impact fonctionnel et sociopolitique. Rev Fr Sociol. 2003;44(4):647-93.
19. Place des femmes dans la professionnalisation des armées. [Internet]. Cité le 29 mars 2021. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/27713-place-des-femmes-dans-la-professionnalisation-des-armees>
20. Avenel C. La question de l'égalité des parcours en faculté de médecine : les conditions d'entrée à l'université des nouvelles carabines. Éducation Social Cah CERFEE [Internet]. 1 févr 2012 [cité le 21 mars 2023];(31). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/edso/801>
21. BOUCHOUX C, CONWAY-MOURET H, GONTHIER-MAURIN B, JOUANNO C, LABORDE F, LOPEZ V. Rapport d'information. Sénat [Internet]. 2015. [cité le 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r14-373/r14-3731.pdf>
22. HCECM. Revue annuelle 15e rapport [Internet]. 2021. [cité le 10 janv 2023]. Disponible sur: <https://archives.defense.gouv.fr/content/download/636614/10519009/HCECM%20-%20Revue%20annuelle%2015e%20rapport%20-%202021.pdf>
23. Tostain M. Androgynie psychologique et perception de la déviance: aspects développementaux. 1993;
24. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. Health Qual Life Outcomes. 27 nov 2007;5(1):63.
25. Breuil-Genier S. L'origine sociale des professionnels de santé. 2006;

26. La mobilité sociale des femmes et des hommes : évolutions entre 1977 et 2015 – France, portrait social | Insee [Internet]. Cité le 3 juill 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238441?sommaire=4238781>
27. Breuil-Genier S. La situation professionnelle des conjoints de médecins. 2005;
28. Houlbert C. Conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées [thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/229/>
29. Enseignement supérieur – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. Cité le 3 juill 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047727?sommaire=6047805>
30. Être parent : des cadres aux ouvrières, plus de conséquences sur l'emploi des femmes - Insee Première - 1795 [Internet]. Cité le 26 juin 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4465360>
31. Smith A. Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021.
32. Donnelly K, Twenge JM, Clark MA, Shaikh SK, Beiler-May A, Carter NT. Attitudes Toward Women's Work and Family Roles in the United States, 1976–2013. *Psychol Women Q.* 1 mars 2016;40(1):41-54.
33. Le Plan mixité du ministère des Armées : y aller, y rester, y évoluer [Internet]. [2019]. Disponible sur: <https://archives.defense.gouv.fr/actualites/articles/le-plan-mixite-du-ministere-des-armees-y-aller-y-rester-y>

ANNEXES

Numéro entretien	Sexe	Grade
E1	F	MC
E2	F	MP
E3	F	MED
E4	H	MC
E5	H	MC
E6	H	MC
E7	F	MP
E8	F	MCSHC
E9	H	MC
E10	H	MC
E11	H	MCSCN
E12	H	MP
E13	F	MC
E14	F	MP
E15	F	MP
E16	H	MED
E17	F	MC
E18	F	MC
E19	H	MCSCN
E20	H	MC

Annexe 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon de l'étude qualitative

Profil de personnalité : féminin



Annexe 2 : Composante féminine de l'échelle de personnalité entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

Profil de personnalité : neutre



Annexe 3 : Composante neutre de l'échelle de personnalité entre les hommes et les femmes (466 hommes et 337 femmes)

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

CONTEXTE : Depuis les années 1900s, la place de la femme au sein de la société et du monde du travail s'est intensifiée. Elle disposa progressivement des mêmes droits théoriques que les hommes, ce qui lui a permis une émancipation financière et sociale. Ainsi, elle a investi de plus en plus le marché du travail pour se retrouver à des postes à plus haute responsabilité, y compris au sein de l'armée, où la féminisation ne fait que s'accroître. Toutefois, il persiste à ce jour une inégalité en termes de tâches domestiques et de responsabilité parentale, où elle occupe toujours une place centrale.

Il était alors intéressant d'analyser les choix de carrière des femmes médecins militaires, soumises à des contraintes professionnelles et personnelles majeures, et de la comparer à celle des hommes.

MATERIEL ET METHODES : Pour répondre à la question, une étude observationnelle, transversale, mixte, quantitative et qualitative, auprès des médecins militaires d'active du Service de Santé des Armées a été conduite, sous forme de questionnaires envoyés par internet et d'entretiens semi-dirigés téléphoniques.

RESULTATS : Les femmes accordaient plus d'importance à leur situation familiale et géographique tandis que les hommes s'intéressaient davantage à leur perspective professionnelle. La maternité influençait de façon significative la suite de la carrière des femmes par les interruptions temporaires de carrière, les congés maternités et la moindre disponibilité pour les départs en mission extérieure.

CONCLUSION : Les femmes de l'étude étaient plus susceptibles de choisir leur premier poste en fonction d'un souhait de concilier vie professionnelle enrichissante et vie privée épanouie, à la différence des hommes qui privilégiaient plutôt leur carrière.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : choix professionnels ; carrière ; médecine militaire ; maternité ; femmes ; contraintes ; satisfaction.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES