Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie

Emmanuelle Zolesio

Dans Travail, genre et sociétés 2009/2 N° 22 , pages 117 à 133
Éditions La Découverte

ISSN 1294-6303
ISBN 9782707158772
DOI 10.3917/tgs.022.0117
Date de mise en ligne : 27/10/2009

Article disponible en ligne à l'adresse
https://shs.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2009-2-page-117?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.
Creative Commons - Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

CAIRN
chercher : repérer : avancer

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :
http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TGS&ID_NUMPUBLIE=TGS_022&ID_ARTICLE=TGS_022_0117

Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie

par Emmanuelle ZOLESIO

| La Découverte | *Travail, genre et sociétés*

2009/2 - N° 22
ISSN 1294-6303 | ISBN 2-7071-5750-8 | pages 117 à 133

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Pour citer cet article :
— Zolesio E., Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie, *Travail, genre et sociétés* 2009/2, N° 22, p. 117-133.

Distribution électronique Cairn pour La Découverte.
© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

DES FEMMES DANS UN MÉTIER D'HOMMES : L'APPRENTISSAGE DE LA CHIRURGIE

Emmanuelle Zolesio

Alors que la médecine compte de plus en plus de femmes, la chirurgie résiste encore largement à l'ampleur de ce mouvement et demeure incontestablement un bastion « masculin ». Pour donner quelques ordres de grandeur de cette réalité, on peut noter que le taux de masculinisation de la chirurgie était de 83 % en 1994-1995, de 87 % en 1997-1998 contre 26 % et 21 % pour celui de la pédiatrie [Jaisson, 2002]. Le constat reste valable pour les jeunes générations puisqu'on compte seulement 29,5 % des effectifs s'orientant vers les spécialités chirurgicales à l'issue des ECN[1] en 2004, alors mêmes que les femmes représentent 58 % des étudiants affectés (et encore faudrait-il déduire de ces effectifs les nombreuses étudiantes s'orientant vers des spécialités médico-chirurgicales telles que l'ophtalmologie ou l'ORL pour avoir une juste mesure de la répartition sexuée des jeunes entrants dans les spécialités chirurgicales « pures »[2]). La chirurgie est une spécialité masculine, par son recrutement mais aussi par ses caractéristiques techniques, organisationnelles et par sa culture professionnelle. Dans ce contexte, les femmes, véritables exceptions statistiques, se révèlent une bonne « entrée » pour révéler certaines dimensions de la socialisation professionnelle en

[1] Épreuves classantes nationales (nouvelle version de ce qui était désigné comme le concours de l'internat).

[2] On entend par là les spécialités chirurgicales autres que les spécialités médico-chirurgicales, à savoir la chirurgie digestive, l'orthopédie, la chirurgie vasculaire et thoracique et l'urologie.

doi : 10.3917/tgs.022.0117

chirurgie. Tel est notre parti pris théorique et méthodologique. La position atypique des femmes se révèle un excellent analyseur des dispositions (dites « masculines ») requises par le milieu professionnel chirurgical et de la façon dont la profession sélectionne ses candidats et les transforme. Il convient donc d'ouvrir la « boîte noire » de la socialisation professionnelle et d'éclairer le contenu (qu'est-ce qui est transmis dans le métier, au-delà des compétences opératoires ?) ainsi que les modalités concrètes de perpétuation de cette culture professionnelle (comment cela se transmet en pratique ?) au travers de la trajectoire de chirurgiennes. L'analyse sera centrée sur la période de l'internat, essentielle dans le processus de socialisation professionnelle.

CHIRURGIE DIGESTIVE ET GÉNÉRALE : UNE ENTRÉE PAR LES FEMMES, ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

C'est l'insertion de longue durée dans le milieu chirurgical qui caractérise l'enquête de terrain menée au total pendant cinq ans dans le cadre de mémoires – de maîtrise et DEA [Zolesio, 2002 et 2004] – puis d'une thèse en cours. Observations ethnographiques et entretiens semi-directifs en sont les deux piliers.

À Villedefrance, grande ville de province, nos observations ont été menées au fil des années dans cinq services hospitaliers : services de chirurgie « réglée », de chirurgie d'urgence, de CHU (Centre hospitalier universitaires), de PS-PH (Établissements de santé privés participant au service public hospitalier) et dans une clinique médico-chirurgicale. Chaque stage s'est déroulé sur une période d'un à deux mois, à raison de deux ou trois jours par semaine. Nous calquions nos horaires sur ceux des professionnels et avons fait quelques nuits de garde. Si, en maîtrise et DEA, nous suivions tour à tour chacun des chirurgiens, qu'il soit homme ou femme, nous avons accompagné uniquement les éléments féminins en thèse. En fait, à Villedefrance, la dispersion des femmes dans les différents services de la spécialité nous a permis de pénétrer l'ensemble des services du bassin local (elles se sont donc avérées être une excellente entrée sur le terrain méthodologiquement, justifiant que l'on négocie chaque fois un nouveau stage d'observation). Sous couvert d'étudier une praticienne en particulier, nous avions en réalité accès à l'ensemble du personnel du service. Sans qu'ils le sachent, les hommes, tout autant que l'enquêtée, ont ainsi fait l'objet de nos observations.

Un autre volet majeur de notre enquête de terrain réside dans les entretiens semi-directifs abordant la trajectoire biographique familiale et professionnelle des praticiennes. Au total une quarantaine d'entretiens avec des professionnelles de chirurgie digestive et générale ont pu être menés. Toutes les Villedefrançaises, au nombre de neuf, (internes ou chirurgiens seniors, militaires et civiles) en chirurgie digestive et générale, ont été interviewées (et six d'entre elles ont été suivies sur le terrain, à un ou différents moments de leur parcours). Nous avons veillé à faire varier les âges, les statuts professionnels (de l'interne à l'agrégée) ainsi que les tailles d'hôpitaux (liées à la localisation géographique). Il nous a fallu ensuite élargir au territoire national pour trouver d'autres enquêtées dans la spécialité. Outre les Villedefrançaises, nous avons interviewé un certain nombre de Parisiennes (mais pas la totalité) ainsi que la totalité des sept anciennes internes de Villedusud (qu'elles aient connu ou non une mobilité géographique). Un autre groupe d'enquêtées est, lui, plus disséminé territorialement, ce qui nous permet d'avoir des profils d'enquêtées ayant

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

été beaucoup plus isolées en tant que femme durant leur formation et dans leur exercice professionnel puisqu'elles exercent dans de plus petites localités, moins féminisées que les grandes villes. Les contacts ont été établis par interconnaissance, grâce aux annuaires des internats, ou bien encore en choisissant des enquêtées présentant un profil complémentaire de l'échantillon déjà constitué (prospection dans des petites localités, en clinique…). Ces entretiens peuvent être comparés à la quinzaine d'interviews avec des hommes chirurgiens réalisées dans le cadre de nos premiers travaux. Les entretiens restitués dans cet article sont anonymisés dans la mesure où noms et prénoms ont été modifiés.

LA CHIRURGIE, UNE PROFESSION « MASCULINE »

Par abus de langage, on dit souvent d'une profession qu'elle est « masculine » (ou « féminine ») pour dire qu'elle est socialement construite comme telle. La construction sociale de cette réalité est d'abord celle d'une réalité objective qui se dessine grâce à l'analyse statistique (très faible pourcentage de femmes en exercice) et historique (tradition d'exclusion des femmes du métier). Elle est aussi indissociablement une réalité subjective puisque les caractéristiques techniques et symboliques de la profession, comme les qualités (ou dispositions) qu'elle requiert, sont également associées à un sexe et pensées comme lui étant « naturellement » attachées. Si bien que la profession tend à être perçue phénoménologiquement comme masculine. Christine Mennesson [2005] et Michelle Perrot [1987] s'appuient sur ces éléments (pourcentage de femmes, histoire sociale de la profession, caractéristiques techniques et symboliques, qualités attendues) pour dire qu'un métier est « masculin » (pour la première) ou « féminin » (pour la seconde). C'est également sur ces critères que nous souhaitons établir, avant toute autre chose, la construction sociale masculine de la profession chirurgicale.

Une spécialité statistiquement exercée par des hommes

Les femmes sont sous-représentées au sein des spécialités chirurgicales : alors que la part des femmes pour l'ensemble des spécialités médicales et pour la France entière est de 37,8 %, il est seulement de 23,3 % en ce qui concerne les spécialités chirurgicales[3]. Si on agrège les spécialités en trois groupes distincts selon leur degré de proximité avec la discipline chirurgicale – les spécialités chirurgicales, les spécialités médicales en lien avec le pôle chirurgical (anesthésie-réanimation, radiologie), les spécialités médicales – on s'aperçoit que le taux de féminisation croît à mesure que l'on s'éloigne du bloc opératoire (voir tableau ci-après).

[3] Les données concernant les effectifs en exercice ont été calculées à partir de CNOM [2007].

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Tableau 1 : Taux de féminisation par groupe de spécialités au 1er janvier 2006

	Effectifs totaux (H + F)	Femmes (effectifs)	Femmes (%)
Chirurgie	23 477	3 593	23,3
DONT spécialités strictement chirurgicales	*10 493*	*890*	*8,5*
Pôle chirurgical	16 977	7 338	32,1
Médecine	57 974	26 326	45,4
Total	98 428	37 257	37,8

Note : seuls les médecins spécialistes sont pris en compte ici.

Alors que l'on compte presque une femme médecin pour un homme, il y a seulement une femme chirurgienne pour cinq confrères en exercice. Par ailleurs, chaque fois qu'il existe un doublon de spécialités (version médicale et version chirurgicale) pour une même population de patients, un groupe de pathologies ou une région anatomique, le pourcentage de femmes est toujours bien plus élevé en médecine. Ainsi recense-t-on 60,1 % de femmes en pédiatrie contre 35 % en chirurgie pédiatrique ; 39,3 % en neurologie contre 10,2 % en neurochirurgie ; 22,7 % en gastro-entérologie contre 10,9 % en chirurgie digestive ; 17,9 % en cardiologie, mais seulement 4 % en chirurgie thoracique et cardiaque.

Même le taux global de présence des femmes dans les spécialités chirurgicales (23,3 %) cache de grandes disparités et mérite d'être reconsidéré dans la mesure où il agrège des spécialités telles que l'ophtalmologie (49,4 % de femmes), la gynécologie-obstétrique (38,2 %) et l'ORL (16,4 %) qui ne sont pas considérées par le milieu médical comme des spécialités chirurgicales « pures » mais plutôt comme des spécialités médico-chirurgicales. Dans les spécialités les plus chirurgicales, on trouve un très faible pourcentage de praticiennes : 8,5 % au total (dont 3 % en orthopédie, 4 % en chirurgie thoracique et cardiaque, 10 % en chirurgie digestive et générale). De même, si on considère le taux de ventilation des femmes et des hommes dans les spécialités strictement chirurgicales (c'est-à-dire en écartant cette fois la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL), il est respectivement de 2,4 % et de 15,7 %. Autrement dit, encore une fois, plus on se rapproche d'un exercice strictement chirurgical, moins on trouve de femmes. « La chirurgie constitue bien ainsi la spécialité de l'univers médical la plus sous-féminisée et fait figure, à ce titre, de véritable "bastion masculin" » [Bercot et Mathieu-Fritz, 2006, p. 47].

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Une histoire marquée par l'exclusion des femmes

Faire l'histoire de la chirurgie nécessite de faire celle, corrélative, de l'exclusion des femmes pour expliquer le traditionnel recrutement des hommes dans la profession. Il est en effet « nécessaire de partir des éléments qui ont fondé ces métiers comme "masculins", d'analyser les discours et les pratiques qui ont justifié leur composition exclusivement masculine et qui ont produit l'allant de soi de l'hégémonie masculine » [Le Feuvre, 2007, p. 12]. Si, historiquement, la profession chirurgicale s'est construite comme une profession masculine, ne serait-ce que parce que son développement est lié initialement à l'histoire des champs de bataille, il faut voir aussi comment les interdits coutumiers et les interdits légaux ont contribué, pendant des siècles, à l'exclusion des femmes. Anthropologues et historiens invoquent souvent l'interdit coutumier lié aux règles pour justifier l'exclusion des femmes des métiers sanglants tels que ceux de bouchers ou de chirurgiens [Le Goff, 1977 ; Testart, 2005]. Par ailleurs, l'interdiction légale d'exercer la chirurgie qui frappe les femmes est très fréquemment mentionnée dans les histoires de la chirurgie (quoique le flou règne quant à la date exacte d'une telle interdiction). Ce qui est certain, c'est que les femmes ont été exclues, dès leur création, au XII^e^ siècle, des universités. Si elles ont pu exercer la profession chirurgicale, ainsi que le rapporte Josette Dall'Ava Santucci [1989], après Régine Pernoud [1980], c'est parce que cette profession n'était pas encore reconnue par l'université. La lutte pour la reconnaissance menée par le groupe professionnel a conduit celui-ci à légiférer pour tenir progressivement à l'écart les femmes. Lorsque les femmes commencent à investir timidement les études médicales en France à la fin du XIX^e^ siècle, force est de constater que c'est dans les spécialités qu'on leur assigne (la gynécologie, la pédiatrie, l'hygiène, la santé publique, la psychiatrie) qu'on trouve les pionnières. Elles restent exclues de la chirurgie et de la médecine générale et n'accèdent pas aux échelons supérieurs de la hiérarchie médicale [Vergez, 1996]. « L'ouverture de la médecine aux femmes [s'est] accomplie sur les bases claires de la complémentarité hiérarchique des rôles et des compétences » [Edelman, 2005, p. 90].

Caractéristiques techniques, organisationnelles et symboliques de la chirurgie

Les caractéristiques techniques, organisationnelles et symboliques de la chirurgie, en ce qu'elles font partie de celles généralement associées au genre masculin, permettent

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

encore de comprendre que la discipline soit socialement construite comme masculine.

La technique est un élément central de la pratique chirurgicale. Avant toute autre chose, le chirurgien se doit d'être un bon technicien. C'est effectivement le premier critère d'évaluation du « bon chirurgien » [Cassell, 1987]. Or, on connaît l'explication anthropologique selon laquelle les hommes se seraient assuré le contrôle des outils ou des instruments de production (et, avec lui, la domination sur les femmes), n'ayant pas celui de la reproduction [Tabet, 1979]. La dépossession des sages-femmes au profit des chirurgiens-accoucheurs au XVIII^e^ siècle au motif que « les femmes ne doivent user d'aucun instrument » est souvent présentée comme exemplaire du processus d'exclusion des femmes des métiers techniques et qualifiés que les hommes se réservent [Kniebiehler et Fouquet, 1980].

Par ailleurs, loin d'être de ces métiers « peu accaparants », « bien pour les femmes », supposés leur laisser du temps pour leur activité domestique, la chirurgie est particulièrement chronophage et physique du fait des nombreuses gardes et astreintes qu'elle implique. En chirurgie digestive celles-ci peuvent revenir à un rythme d'un jour sur deux. Or cette exigence de forte disponibilité paraît incompatible avec l'image d'un « métier de femme » [Perrot, 1987].

Idéal-type de l'arsenal dispositionnel du chirurgien

Notons encore que disposition à l'action, disposition au *leadership* autoritaire, dispositions combatives, disposition à l'endurance physique semblent nécessaires à l'exercice du métier chirurgical [Cassell, 1986 ; Katz, 1999]. Autant de dispositions socialement construites comme masculines et perçues comme telles. Autant de façons de faire, dire et penser légitimes dans la profession et transmises aux jeunes internes. Les hommes, majoritaires dans la profession depuis ses débuts, auraient ainsi imprégné la culture de métier de valeurs viriles et contribueraient, en les perpétuant dans leur exercice quotidien, à assurer la reproduction sociale (masculine) du corps professionnel. On a donc affaire, en étudiant l'idéal-type du chirurgien, à un stéréotype masculin en tout point opposé à celui de la femme fragile, soumise, empreinte de compassion et disposée à l'écoute [Baudelot et Establet, 1992 ; Bourdieu, 1998].

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

LA DÉPRÉCIATION CHIRURGICALE DES MANIÈRES ÉTIQUETÉES COMME « FÉMININES »

Pleurer ne fait clairement pas partie du registre chirurgical. Au cours des consultations, chaque fois qu'un patient s'est mis à pleurer, le-la chirurgien-ne a tout de suite cherché à stopper net ces larmes par des injonctions à « reprendre le dessus ». Frédéric Nodat (assistant chef de clinique, 36 ans) va jusqu'à ironiser ouvertement au lit d'une patiente lorsqu'elle se met à pleurer, inquiète d'un diagnostic énoncé devant elle en termes savants et qu'elle pressent comme grave : « Allez hop ! quelqu'un pour la consoler ! ». Les témoignages d'enquêtés rapportant des cas où d'autres (internes féminines, infirmières) ont pleuré présentent toujours la chose comme un signe de faiblesse et surtout d'inadéquation avec le milieu professionnel. Le Dr Laurent Sella (praticien hospitalier, 38 ans) explique qu'il fait souvent pleurer infirmières et étudiantes en les rudoyant et commente leur réaction : « j'ai engueulé une étudiante en médecine, elle s'est mise à pleurer, c'est idiot !! […] Voilà, elle fait une connerie, elle se fait engueuler. Puis après on s'explique. Mais c'était sportif, c'était des rapports… Normaux, quoi. Virils. Pas toujours très fins, hein. Mais virils » ; « l'étudiante a pas bien compris, elle s'est mise à pleurer, moi j'conçois pas ça, quoi ! […] j'veux dire… J'ai tellement pris dans la gueule que… c'est un aveu d'faiblesse pour moi. Voilà. On a quelque chose à dire, alors on l'dit, et puis voilà. […] Moi j'y suis pour rien, voilà, moi j'assume… J'veux dire, il faut savoir… encaisser, et encaisser avec pudeur. On a l'droit d'chialer mais dans les chiottes, quoi. Voilà ».

De même, les remarques moqueuses ou méprisantes à l'égard des manières de se tenir ou des manières de parler jugées trop « féminines » ont été récurrentes lors des stages d'observation. Le Dr Nodat se moquera longtemps d'un externe gêné ayant désigné « une verge » sur une coupe de scanner au lieu de répondre franchement à la question posée par « une bite ». À Ambroise Paré, service chirurgical d'urgences, on s'amusera encore des jeunes externes qui n'osent pas se « coller » physiquement à l'opérateur pour l'assister au bloc opératoire. Les remarques adressées à mon égard à mes débuts (parfois maladroits au regard des normes comportementales du milieu) sur le terrain ont été également révélatrices de ces schèmes de perception : on s'amusera des manières trop « précieuses » des Parisiens (suite à quoi, me sentant directement visée, je veillerai à relâcher mon langage et mon *hexis* corporelle) ; ailleurs, un autre chef de service ricanera de ce que j'ai fait un nœud à deux boucles à ma cagoule en pénétrant la première fois au bloc opératoire. Et pour citer encore Laurent Sella lorsqu'il s'exprime au sujet des « filles bien » qu'il a rencontrées dans sa carrière : « Une autre qui était une fille un peu… comment dire ? Sans limite, quoi. Affranchie d'tout : de cul, du tabac, d'alcool, 'fin voilà, quoi. Qui, quand on jouait au rugby, venait dans les vestiaires, on était tous à poil, ça l'a jamais gênée, quoi ! Qui s'est tapée trois copains… voilà. Et finalement cette fille, elle assumait tout c'qu'elle faisait. Donc… Moi j'ai beaucoup d'respect pour elle. […] Et puis une autre […] vraiment bien sympa, quoi. La fille qui avait peur de rien. Chirurgien, quoi ! Pas d'chichi. C'est pas parce que j'suis une fille que… Voilà ». Des portraits qui s'éloignent pour le moins du traditionnel stéréotype féminin.

Précisons que, si Frédéric Nodat et Laurent Sella sont les enquêtés le plus souvent cités pour illustrer ce point précis, c'est que, mieux que les autres, ils incarnent cette dépréciation des manières d'être et de faire « féminines ». Leurs exemples sont les plus probants et les plus explicites. Mais ces façons de voir imprègnent cependant l'ambiance générale des blocs opératoires. D'ailleurs, autre trait significatif de ce que leurs témoignages sont révélateurs des valeurs professionnelles : jamais leurs attitudes ou jugements tranchés n'ont été disqualifiés par un membre de l'équipe chirurgicale ; les autres chirurgiens s'amusent avec eux et ne s'en offusquent pas (le personnel paramédical en revanche, si).

La socialisation professionnelle chirurgicale implique la transmission de ces dispositions masculines et c'est selon des modalités particulièrement viriles que s'établissent les rapports sociaux de sexe dans la spécialité.

LA DYNAMIQUE AGONISTIQUE DES INTERACTIONS PROFESSIONNELLES CHIRURGICALES

C'est par les observations de terrain que je me suis efforcée de repérer les mécanismes concrets par lesquels la domination masculine opère et recrute des candidats. Il s'agissait d'étudier les modalités de la socialisation professionnelle chirurgicale dans les interactions professionnelles quotidiennes. Il nous est apparu par exemple que l'humour chirurgical remplissait cette fonction de sélection et de reproduction (masculine) du corps professionnel. Et c'est sans arrêt sur le mode de la provocation (du « test ») que les chirurgiens en imposent[4].

Sur le terrain on a pu constater en effet que les plaisanteries grivoises et sexistes contribuent efficacement à l'éviction des femmes. Parmi les raisons couramment évoquées par les femmes externes pour justifier leur refus de la spécialité chirurgicale figure en bonne place l'humour misogyne et/ou obscène des opérateurs (les autres raisons souvent invoquées étant la trop forte disponibilité requise par la spécialité et le peu de place accordé au relationnel avec le patient). Les plaisanteries et allusions sexuelles sont de fait monnaie courante au bloc opératoire. Par elles, les chirurgiens rappellent au personnel (infirmier notamment) leur statut de « mâle dominant ». Ainsi la domination masculine est-elle à peine euphémisée dans les interactions professionnelles. On pourra lire pour s'en convaincre un extrait de nos notes ethnographiques, certes extrême, mais néanmoins caractéristique du milieu (faute de place nous ne citerons que cet exemple symptomatique, quoique non isolé dans notre abondant matériau et corroboré par d'autres enquêtes réalisées en milieu hospitalier [Faure, 2006 ; Rosende, 2008]).

[4] Les internes masculins ne sont pas épargnés par ces situations de mises à l'épreuve et de bravades, mais ils ne sont pas soumis de la même manière que les femmes à des « épreuves genrées » et sont rarement désignés comme cibles de l'humour sexuel.

Premier jour d'observation à Antonin Poncet, service d'urgence (E1)

10 h 30-11 h 30 : bloc opératoire – intervention pour traitement d'hernies inguinales chez un homme

L'opérateur est le Pr Petit. Il est aidé d'une interne (Chloé) et d'une externe. M'ayant accordé l'autorisation d'observer plusieurs semaines auparavant au cours d'une entrevue informelle, il a totalement oublié qui je suis (mon statut est rappelé en fin d'intervention seulement) et m'a prise pour une externe (je suis en tenue de bloc). Cette observation s'est donc faite *incognito* et ma présence n'a pas affecté le déroulement de l'intervention.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Je suis dans un coin de la salle pendant la préparation du patient, le Pr Petit me lance un champ (drap stérile avec lequel on couvre le patient) et me surprend, je le rattrape de justesse, verdict : « manque de réflexes ! ». Dès le début de l'intervention, l'instrumentiste[5] demande à baisser la température de la salle, le Pr Petit : « c'est déjà la ménopause ? ! » (elle se justifie et rappelle qu'elle a 35 ans). Elle ne répond pas assez vite à sa demande de « feu » (quand l'opérateur dit « feu », il réclame en fait le bistouri électrique), « malheureuse ! préparez-vous à changer d'IBODE[6] » (rappel à l'ordre). Plus tard (après son premier geste), il demande du fil à peau, elle s'empresse cette fois de répondre qu'il est prêt, et lui de lancer : « ne répondez pas ! ».

Le Pr Petit réalise donc la première hernie inguinale puis passe les instruments à Chloé (l'interne) pour faire la deuxième. Il invite l'externe, placée à côté d'elle, à venir de l'autre côté de l'opéré le rejoindre. Quand elle s'est placée sur sa droite il lui dit : « bon et si je te fais du pied, ne te fais pas d'idée : je pourrais être ton père, hein », il se tourne et la regarde : « elle rougit ? non même pas. Tu pleures ? ». Elle, sur un ton neutre : « non je pleure pas ». « Bon changez-moi d'externe, j'aime bien quand elles pleurent et qu'elles rougissent ».

Chloé poursuit son geste. De temps en temps, le Pr Petit trouve une occasion de rire un peu. La circulante discute avec d'autres IBODE de passage, il lance : « Chiffon… Gâteau… Sexe », elles lèvent le nez, il dit qu'il voulait juste attirer leur attention et quand on parle de sexe… La circulante rigole : le pire, c'est que ça marche !

Il demande à Chloé ce qu'elle fait si elle « se prend la fémorale » (rappel du risque hémorragique). « T'appelles pas le vasculaire, hein ? ! », « non », « alors qu'est-ce que tu fais ? parce que ça t'arrivera forcément dans ta vie de chirurgien ». Il interrompt Chloé dans son geste pour interroger l'externe : « ça, c'est quoi ? » (la question est courante, il s'agit là encore pour le chirurgien senior de rappeler aux novices un autre risque opératoire classique de cette intervention, qui consisterait à sectionner le canal déférent et rendre l'opéré stérile), elle lance une réponse hasardeuse : « le canal déférent », lui : « c'est à cause de ce truc que tu vas bouffer la pilule pendant 40 ans. À cause de ce petit truc minable ».

Quand il voit la circulante assise : « c'est bon, vous pouvez vous asseoir. Ah pardon, vous n'étiez pas debout », « ça vous dérange que je sois assise ? », « non je suis très content pour vous, j'aimerais bien opérer assis ».

En fin d'intervention, le Pr Petit jette un dernier coup d'œil en salle et dit quelque chose que la circulante n'entend pas. Du coup, celle-ci : « qu'est-ce que j'ai fait encore ? ». Lui, ravi : « c'est beau le conditionnement ! C'est bien, ça : avant même qu'on lui dise quelque chose maintenant ».

Si ce type de comportement contribue à évincer certaines externes (du fait d'une socialisation primaire ne les préparant pas à la socialisation professionnelle chirurgicale), les mêmes processus en attirent d'autres (à la socialisation primaire plus conforme à celle du milieu professionnel) et les façonnent encore. La socialisation professionnelle prend appui sur les expériences socialisatrices passées et les retravaille. Quelques externes (nos futures chirurgiennes[7]) sont en effet attirées (disent l'avoir été initialement, quoique beaucoup s'en lassent les années passant) par ce contexte de joute verbale, cette ambiance de provocation permanente de la part de leurs collègues masculins. Ainsi Michèle Gavaggio (praticienne hospitalière, 55 ans) explique-t-elle qu'elle a « fait ce métier-là avec au départ un sens un petit peu du défi, du challenge […] au départ ce qui [l']intéressait, c'était ça : tout ce

[5] Pendant une opération, les IBODE (infirmières de bloc opératoire) occupent soit la fonction d'instrumentiste (l'infirmière est alors habillée en stérile, aux côtés du chirurgien, et lui tend les instruments opératoires posés sur la table d'instrumentation à sa demande), soit celle d'infirmière dite « circulante » (celle-ci n'est pas en tenue stérile, elle est en retrait de la salle opératoire et gère l'approvisionnement en compresses, en fil, en bétadine, etc. de l'instrumentiste).

[6] Infirmière diplômée d'État de bloc opératoire.

[7] Nous avons décidé pour cette publication de suivre les suggestions du comité de rédaction invitant à féminiser le titre de chirurgien quoique nous ne le fassions pas habituellement, respectant l'usage professionnel habituel et la réticence des intéressées à la féminisation du titre. Le refus de la féminisation du titre par les enquêtées est en effet motivé d'une part par la volonté d'être nommées et évaluées comme leurs pairs masculins et d'autre part par le rejet de la plaisanterie de salle de garde. À l'hôpital, le terme de « chirurgienne » est perçu comme un néologisme barbare, quoiqu'il figure dans le dictionnaire. Il nous a donc paru envisageable de féminiser le titre, l'important étant finalement de faire ces précisions pour ne pas induire une mauvaise lecture de notre travail ou de ses intentions.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

qui est… presque conflictuel ». De même, Claire Valméras (chirurgienne libérale, 35 ans) justifie son choix de la spécialité : « moi j'étais plutôt à faire la course avec les garçons, donc ça allait bien de pair avec ça ». Alors qu'elles sont sans cesse renvoyées à leur statut de femme (dominée), l'enjeu est pour les femmes internes de s'extraire des rapports de séduction et de domination qu'essaient d'imposer leurs collègues hommes et de se positionner comme leurs égales. Celles qui avaient déjà été habituées dans leur enfance à ce type d'humour sexiste et/ou grivois (pratiqué par exemple par des oncles ou des chirurgiens, amis des parents) sont les plus à même de pratiquer la repartie et de rentrer dans la surenchère obscène (six de nos enquêtées ont été économinettes pendant leur internat[8]). Elles ont déjà constitué un répertoire et les dispositions nécessaires pour entrer dans la dynamique agonistique des rapports sociaux de sexe impulsée par les chirurgiens. Ce sont aussi celles qui sont jugées, par leurs pairs, les plus conformes au modèle professionnel. L'étiquette de « femme à couilles » (à entendre comme un compliment et rappelant que les critères d'évaluation et de perception de la profession ne peuvent être que « masculins ») a été entendue à deux reprises dans des services différents (sans sollicitation aucune de la part de l'enquêtrice) pour caractériser ces femmes « vraiment chirurgiens ». La socialisation primaire de nos enquêtées a donc largement préparé ces femmes à entrer dans une spécialité pourtant réputée peu adaptée aux femmes.

[8] L'économinette (équivalent féminin de l'économe) a un rôle symbolique important [Godeau, 2007] et est nécessairement impliquée dans les festivités de la vie de l'internat qu'elle est amenée à présider de par sa fonction. Tout comme son équivalent masculin, l'économinette est tenue par la tradition de se dénuder devant l'assemblée des carabins. Aucune candidate n'ignore ces rites coutumiers. Certaines de nos enquêtées s'en vantent comme d'un titre de gloire. Une seule dit avoir résisté.

LA SOCIALISATION PRIMAIRE DES ENQUÊTÉES

Bernard Lahire [2002] désigne sous le terme de « crise dispositionnelle » les crises identitaires qui naissent des multiples occasions de décalage, de découplage ou désajustements entre les dispositions incorporées et les dispositions attendues par la situation dans laquelle l'agent se trouve. Il s'agit en fait de crises d'adaptation, de crises du lien de complicité ou de connivence ontologique entre l'incorporé et la situation nouvelle. Nous nous attendions à de telles « crises dispositionnelles » chez les enquêtées, supposant qu'elles avaient préalablement intégré les dispositions conformes à leur appartenance de sexe. On postulait que, pour elles, les dispositions à l'action, au *leadership* et à la virilité seraient moins « naturelles » et que leur acquisition supposait une plus grande acculturation. Autrement dit, on pensait que cette culture professionnelle n'allant pas de soi pour les femmes, les processus de socialisation professionnelle y seraient plus visibles qu'en étudiant les hommes. De fait, les cas de « crises dispositionnelles » caractérisées ont

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

été rares[9] car la socialisation familiale a préparé les enquêtées à la dynamique agonistique des rapports sociaux de sexe comme nous l'avons déjà esquissé, mais également à la forte disponibilité exigée par le métier.

En effet, la majorité de nos enquêtées (30 sur 40) sont issues des classes supérieures (dont six filles d'ingénieurs, cinq filles de médecins et cinq filles de militaires). Six enquêtées sont issues des classes populaires, quatre des classes moyennes (dans ces deux cas de figure, les mères travaillent, alors qu'elles sont souvent inactives dans le premier cas). Il est intéressant de noter qu'à la question : « quelles valeurs vos parents vous auraient-ils transmises ? », les enquêtées ont quasi systématiquement répondu, en premier et sans hésitation, « la valeur travail » (parfois associée à celle de rigueur).

Gaëlle Paname (père chirurgien ORL par la voie des CES[10], mère ancienne professeur de biologie au foyer avec une thèse inachevée) a répondu :

> « Euh alors… Les valeurs de… de probité. Euh… De travail, énormément. Je dirais en numéro 1 le travail. En numéro 2 la probité, enfin l'honnêteté. Et… je dirais en numéro 3 la famille. […] Fallait, fallait réussir. C'était important. Le travail, c'est la donnée numéro 1 dans notre famille, quoi. Tu ne travailles pas, tu n'existes pas. Le travail c'est l'existence, c'est ce qui fait de toi un être civique, même dans notre famille : c'est le fait de rendre un individu digne de nous. 'fin n'importe quel travail, enfin… Mais travailler, se donner du mal, forcer… 'fin voilà, donner, quoi. Ouais, ouais. C'est l'idée numéro 1. »

La réponse prend d'autant plus de sens que les enquêtées se réfèrent souvent à leur père[11] et à son investissement professionnel lorsqu'on leur demande « Quel discours avaient vos parents sur leur profession ? » Les pères sont en effet décrits comme des « fonceurs, très travailleurs » (Chantal Mondor), des « bosseurs » (Mathilde Servageant), des « battants » (Julie Malaussène). « Aucun doute sur [leur] engagement » (Audrey Lupin), ils sont « motivés par ce qu'ils [font] » (Julie Malaussène) et « épanouis dans leur travail » (Juliette Schulz), travail qu'ils font « avec entrain » (Pauline Desmet). Plusieurs enquêtées disent les avoir toujours vus beaucoup travailler et avoir hérité de cette conception du travail comme épanouissement personnel (lorsque les pères occupaient des professions supérieures) ou comme nécessité pour vivre confortablement (plus souvent exprimé sous cette forme lorsque les enquêtées sont d'origine sociale plus modeste).

Dans l'espace des rapports subjectifs au travail tel que dessiné par Christian Baudelot et Michel Gollac [2003], les pères comme les filles sont plutôt à situer dans le cadran du « bonheur » au travail et de l'investissement volontaire. Il y aurait reproduction, sinon d'une profession médicale, d'un rapport subjectif au travail sans doute lié au fait d'occuper une profession supérieure au moins équivalente à celle du

[9] Une seule enquêtée (Marie Laborie) abandonne effectivement la chirurgie du fait des trop grandes tensions intra-individuelles entre des héritages dispositionnels incompatibles. Elle avait certes intériorisé certaines valeurs chirurgicales (endurance physique, franc-parler) et acquis des compétences (notamment techniques), mais il lui manquait de toute évidence des dispositions socialement construites comme masculines et essentielles pour réussir dans le métier : assurance, endurance morale, repartie. Au bout de quatre années d'internat, elle décide d'abandonner et de se tourner vers la médecine générale, spécialité plus ajustée aux dispositions qu'elle a héritées de sa socialisation primaire. Il faut dire que, percevant ses lacunes dispositionnelles et soucieux de la reproduction sociale du corps professionnel, ses collègues ont fortement contribué à la décourager par leurs attitudes. Un chef de service m'explique en entretien que l'éviction de Marie Laborie « était un service à lui rendre, et en tout cas à rendre à la profession ».

[10] Certificat d'études spécialisées (voie moins prestigieuse et moins sélective que celle du concours de l'internat).

[11] Voir note page suivante.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

père voire clairement supérieure. Elles ont totalement été préparées par le discours familial au modèle de disponibilité permanente exigée par le métier et au langage de la « passion » et du sacerdoce qui caractérise la rhétorique professionnelle chirurgicale. C'est pendant la période de l'internat que l'investissement temporel dans la profession semble le plus important et c'est dans la surenchère en matière de disponibilité que nos enquêtées tentent de se faire remarquer et de gagner leur crédit par rapport à leurs homologues masculins, ce à quoi elles se soumettent facilement du fait des dispositions acquises familialement.

Par ailleurs, la moitié des enquêtées dit être « garçon manqué » depuis l'enfance et établit une filiation entre le « sale caractère » qu'elles ont constitué dans leur enfance et la « poigne » qui est exigée professionnellement. Quelques-unes ont été élevées comme des garçons (on a quelques cas de garçons manquants[12] dans notre échantillon) ou ont été surprises de découvrir en grandissant combien leur schéma d'éducation familial était égalitaire du point de vue du genre comparé à la plupart des autres familles. Plusieurs ont encore grandi dans des fratries masculines ou au milieu de garçons (voisins, camarades d'école exclusivement masculins) et ont fait leurs armes en matière d'affirmation de soi virile. Parfaitement intégrées dans le collectif masculin, elles jouaient comme des garçons et se sont forgées un tempérament « masculin » (socialement construit comme tel). Le choix d'une profession atypique du point de vue du genre ne leur apparaît du coup pas problématique, étant donné qu'elles ont toujours été dans des environnements exclusivement masculins.

Les femmes qui entrent en chirurgie ont déjà constitué en amont un patrimoine dispositionnel les y préparant. Elles ont en fait bénéficié, comme d'autres femmes exerçant dans des professions dites « masculines » [Marry, 2004 ; Mennesson, 2005 ; Pruvost, 2007], d'une socialisation primaire relativement atypique du point de vue du genre. Toutefois, leur insertion professionnelle ne s'est pas faite sans difficultés (surtout pour les pionnières) et celles qui ont réussi ont dû se « masculiniser » pendant la période de formation de l'internat de spécialité.

L'INTERNAT OU LA NÉCESSAIRE « MASCULINISATION » DES INTERNES FÉMININES

L'internat de spécialité est une étape clé de la socialisation professionnelle. Lors des stages hospitaliers, l'interne apprend et intègre, en plus du contenu technique de son métier, les éléments de la culture spécifique à sa spécialité. Si

[11] Les travaux sur les femmes ayant choisi des orientations scolaires ou professionnelles atypiques du point de vue de leur appartenance de genre ont bien montré l'influence que le père pouvait avoir sur ces trajectoires [Marry, 2004 ; Mennesson, 2005 ; Pruvost, 2007].

[12] La thèse du garçon manquant soutient que les jeunes filles qui s'engagent dans des études très connotées au masculin sont porteuses d'un enjeu parental (surtout paternel) en lieu et place d'un frère manquant (dans les cas de fratries uniques ou exclusivement féminines), jouant ainsi le rôle de « fils de substitution » pour leur père. Cette hypothèse permet d'expliquer nombre de cas de femmes scientifiques québecoises [Lasvergnas, 1986] ou de trajectoires de femmes ingénieurs [Marry, 2004], ainsi que de femmes commissaires-priseurs [Quemin, 1998].

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

l'étudiant-e a pu déjà percevoir les composantes structurelles et interactionnelles de la profession au cours des stages d'externat, le choix d'embrasser la spécialité à l'internat conduit à adhérer (en pratique) à ces manières de faire, dire et penser. En effet, dès l'internat, l'étudiant-e construit son réseau professionnel et sa future carrière. L'obtention d'un poste à l'issue de sa formation et sa réussite professionnelle passent par l'intégration au milieu professionnel et par la reconnaissance des pairs. Or être reconnu comme un « vrai chirurgien » par ces derniers ne relève pas que d'une évaluation en termes de critères techniques. En témoigne par exemple l'étude des annotations de patrons sur les dossiers scolaires d'internes en chirurgie où les injonctions à s'affirmer et être « moins timide » sont relativement courantes pour les jeunes entrants. L'intériorisation des dispositions chirurgicales n'est donc pas une option, puisqu'elle conditionne en partie le devenir professionnel des étudiant-e-s.

Comme les hommes, les femmes internes qui entrent dans la profession sont tenues de se conformer aux manières de voir, dire et faire « masculines » portées par l'univers professionnel (il en va de leur insertion et de leur avenir professionnels). Du fait de leur faible poids numérique, elles ne sont pas en mesure (ni en position en tant qu'interne) d'influer sur les manières de faire professionnelles, comme dans les spécialités médicales par exemple, où elles sont plus nombreuses [Lapeyre, 2006]. Et, contrairement à leurs collègues hommes, elles souffrent d'un déficit de crédibilité à leur arrivée dans les services chirurgicaux. Elles sont en effet systématiquement suspectées d'un moindre investissement professionnel du fait de leur statut potentiel de mère, discréditées d'avance quant à leurs capacités physiques, jugées enfin trop fragiles émotionnellement pour « tenir » dans un métier difficile. Spontanément tenues à l'écart, elles doivent « lutter » pour « s'imposer ».

Les pionnières ont dû faire face aux plus vifs rejets de la part de leurs collègues : certains chefs de service refusaient tout bonnement de les former en leur interdisant l'accès au bloc opératoire. Nos enquêtées les plus âgées se sont donc formées en marge des services les plus prestigieux (qui leur étaient interdits), ou avec des patrons reconnus techniquement mais boycottés pour leur mauvais caractère (autrement dit, elles semblent n'avoir pu se former que dans les services en pénurie d'internes). Aujourd'hui, si les chefs de service n'ont plus le pouvoir d'interdire à une interne l'accès à leur service, certains clament encore haut et fort qu'ils ne prendraient pas de femmes comme assistante chef de clinique et il est unanimement reconnu (y compris par les intéressés) que les chirurgiens sont « tous un peu machos ». De façon générale, la dépréciation des manières jugées « féminines »

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

(le fait de pleurer, de « faire des chichis » dans la façon de parler ou de se tenir) imprègne encore fortement la mentalité chirurgicale. Les préjugés professionnels demeurent donc un handicap initial pour les internes féminines et celles-ci s'emploient tout particulièrement pendant le temps de leur formation à démontrer qu'elles sont aussi aptes que leurs co-internes masculins à l'exercice de ce métier.

Les expressions « j'ai dû en faire deux fois plus qu'un garçon », « il faut faire comme si on était un des leurs », « il fallait prouver sans arrêt qu'on était leur égale » sont un trait récurrent des entretiens concernant la période de l'internat. Internes, elles se sont appliquées à multiplier les gardes (surtout pour celles qui ont retardé mise en couple et grossesses), à guetter le moindre acte opératoire à réaliser pour gagner le crédit de leurs supérieurs. Sans arrêt « testées » pendant leur formation, les chirurgiennes insistent sur la nécessité de « faire leurs preuves ». Nous avons pu le vérifier sur le terrain en accompagnant des internes féminines, beaucoup plus soucieuses de montrer qu'elles étaient sans arrêt « sur la brèche » et qu'elles étaient plus investies que leurs co-internes. Une bonne partie des enquêtées a continué d'assurer ses gardes malgré une grossesse avancée (on a ainsi plusieurs témoignages d'accouchements prématurés suite à des gardes). Aucune de nos enquêtées n'envisage un mi-temps ou de s'arrêter temporairement pour élever ses enfants.

L'application permanente à faire oublier que l'on est une femme (par un surinvestissement professionnel marqué, un déni de la spécificité de la grossesse, la surenchère dans le sexisme ou la grossièreté, un refus de la féminisation du titre…) témoigne de la prégnance des valeurs et comportements « masculins » dans la profession (normes de la disponibilité permanente, du modèle du *breadwinner* et de la résistance physique…). Pour entrer dans le métier, les enquêtées ont été obligées de se « masculiniser » dispositionnellement.

* *
*

L'histoire de la profession chirurgicale (en lien avec celle des champs de bataille initialement) et celle de l'exclusion des femmes (interdits liés aux règles et dispositifs législatifs) permettent de comprendre que la profession se soit développée au départ avec une culture professionnelle très masculine. Ce sont souvent les arguments qui sont rappelés pour comprendre la présence de ces manières de faire, dire et penser professionnelles typiquement masculines. Il nous

semblait pourtant indispensable de creuser les modalités effectives de cette socialisation professionnelle pour comprendre la perpétuation de ces manières de faire et la reproduction sociale (masculine) du corps chirurgical. Les observations de terrain ont fait apparaître que les interactions professionnelles quotidiennes contribuaient à évincer les femmes dont la socialisation primaire était trop écartée des dispositions chirurgicales. L'humour chirurgical (à forte connotation sexuelle) comme la tendance à la provocation, au « test », sont des modalités concrètes de mise à distance des éléments féminins. Celles qui parviennent à s'investir et s'imposer dans la profession ont sans doute constitué en amont des dispositions leur permettant d'entrer dans ces jeux agonistiques avec leurs homologues masculins. Mais la période de formation de l'internat fait apparaître une évidente « masculinisation » (au moins dispositionnelle) des enquêtées. En poursuivant l'analyse des trajectoires de chirurgiennes, on s'aperçoit qu'une fois qu'elles ont un poste stable et quand elles sont plus autonomes dans leur métier (moins dépendantes de leurs collègues hommes quant à l'obtention d'un poste), elles ne continuent pas toutes à mettre en œuvre ces manières d'être « masculines ». Certaines de nos enquêtées décrivent en effet des trajectoires de « masculinisation » pendant l'internat puis de « re-féminisation » relative dans la suite de leur exercice. Là où Joan Cassell [1998, 2000] et Pascale Molinier [2002] concluaient à la nécessité pour une chirurgienne d'exercer son métier tout en restant féminine, pour ne pas subir de sanctions de la part du personnel infirmier notamment, nos observations empiriques montrent une réalité un peu différente. Nos enquêtées témoignent d'une masculinisation certaine, d'autant plus qu'elles sont internes ou en début de carrière. Ce n'est que dans une autre étape de la carrière qu'elles s'autorisent (pour certaines seulement) à adopter un mode de management et des attitudes plus « féminines », telles que décrites par Joan Cassell et Pascale Molinier. Autrement dit, une perspective plus diachronique[13] permet de se rendre compte que l'activation ou la mise en veille de dispositions « masculines » ou « féminines » est fortement conditionnée par le contexte et par la position de l'enquêtée dans sa trajectoire professionnelle [Lahire, 1998].

[13] Comme celle qu'adopte Geneviève Pruvost [2007] en étudiant la « virilité alternée » des femmes policiers selon les postes occupés et les contextes de travail rencontrés au cours de la carrière.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

BIBILOGRAPHIE

BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, 1992, *Allez les filles !* Paris, Seuil.

BAUDELOT Christian et GOLLAC Michel, 2003, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

BERCOT Régine et MATHIEU-FRITZ Alexandre, 2006, *Les chirurgiens. Eléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel*, LATTS et GTM, rapport de recherche.

BOURDIEU Pierre, 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil.

CASSELL Joan, 1986, « Dismembering the Image of God. Surgeons, Heroes, Wimps and Miracles », *Anthropology Today*, Vol. 2, n° 2, pp. 13-16.

CASSELL Joan, 1987, « The Good Surgeon », *International Journal of Moral and Social Studies*, vol. 2, n° 2, pp. 155-171.

CASSELL Joan, 1998, *The Woman in the Surgeon's Body*, Cambridge, Harvard University Press.

CASSELL Joan, 2000, « Différence par corps : les chirurgiennes », *Cahiers du Genre*, n° 29, pp. 53-81.

CNOM, 2007, *Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2006. Étude n° 39*, 141 p.

DALL'AVA SANTUCCI Josette, 2004 [1989], *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, Paris, Calmann-Lévy.

EDELMAN Nicole, 2005, « Premières femmes médecins en France : un rôle particulier dans la construction d'une science médicale », *in* CARROY Jacqueline, EDELMAN Nicole, OHAYON Annick (dir.), *Les femmes dans les sciences de l'homme (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Seli Arslan, coll. « Histoire, cultures et sociétés », pp. 68-90.

FAURE Yann, 2006, « Le couple anesthésiste-chirurgien : l'"arrangement des sexes" comme renfort symbolique à la domination d'un groupe professionnel sur un autre », Actes en ligne du Colloque international « Travail, emploi, formation, quelle égalité entre les hommes et les femmes ? », CLERSE, Université Lille 1, 12 p.

GODEAU Emmanuelle, 2007, *L'« esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine,* Paris, Éditions de la MSH, Ethnologie de la France, n° 29.

JAISSON Marie, 2002, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 143, pp.44-52.

KATZ Pearl, 1999, *The Scalpel's Edge. The Culture of Surgeons*, Boston, Allyn and Bacon.

KNIEBIEHLER Yvonne et FOUQUET Catherine, 1980, *Histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, Montalba.

LAHIRE Bernard, 1998, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan.

LAHIRE Bernard, 2002, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan.

LAPEYRE Nathalie, 2006, *Les professions face aux enjeux de la féminisation*, Toulouse, Octarès.

LASVERGNAS Isabelle, 1986, *Le corps étranger ou la place des femmes dans l'institution scientifique*, Thèse de sociologie (Phd), Université de Montréal.

LE FEUVRE Nicky, 2007, « Les processus de féminisation au travail : entre différenciation, assimilation et "dépassement du genre" », *Sociologies pratiques*, n° 14, pp. 11-15.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

LE GOFF Jacques, 1991 [1977], « Métiers licites et métiers illicites dans l'Occident médiéval », *in Pour un autre Moyen-Age. Temps, travail et culture en Occident : 18 essais*, Gallimard, Paris.

MARRY Catherine, 2004, *Les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*, Paris, Belin.

MENNESSON Christine, 2005, *Être une femme dans le monde des hommes. Socialisation sportive et construction du genre*, Paris, L'Harmattan.

MOLINIER Pascale, 2002, « Le continent noir de la féminité : sexualité et/ou travail ? », *Cliniques méditerranéennes*, n° 66, pp. 105-123.

PERNOUD Régine, 1980, *La femme au temps des cathédrales*, Paris, Stock.

PERROT Michèle, 1987, « Métiers de femmes », *Mouvement social*, n° 140, pp. 3-8.

PRUVOST Geneviève, 2007, *Profession : policier. Sexe : féminin*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

QUEMIN Alain, 1998, « Les femmes commissaires-priseurs », *Sociétés Contemporaines*, n° 29, pp. 87-106.

TABET Paola, 1979, « Les mains, les outils, les armes », *L'Homme*, XIX, pp. 5-61.

TESTART Alain, 2005, « La femme et la chasse », *in* Héritier Françoise, *Hommes, Femmes. La construction de la différence*, Paris, Le Pommier/Cité des sciences et de l'industrie.

VERGEZ Bénédicte, 1996, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Paris, Éditions Complexe.

ZOLESIO Emmanuelle, 2002, *Dispositions des chirurgiens et des médecins généralistes*, mémoire de Maîtrise de sociologie, sous la dir. de Bernard Lahire, université Lyon II.

ZOLESIO Emmanuelle, 2004, *Socialisation professionnelle des chirurgiens*, mémoire de DEA de sociologie, sous la dir. de Bernard Lahire, université Lyon II.

La Découverte | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)