

**CENTRE D'ETUDES EN SCIENCES SOCIALES
DE LA DEFENSE**

***LES ENJEUX DE LA FEMINISATION
DU CORPS DES MEDECINS DES ARMEES***

***Prégnance des modèles et limites de gestion :
de l'égalitarisme à l'équité, vers une égalité formelle et réelle.***

**Isabelle BUROT-BESSON
Nadia CHELLIG**

Novembre 2001

Ce document constitue le rapport final de l'étude commanditée au Laboratoire d'analyse du développement, des espaces et des changements sociaux (LADEC) de l'université de Haute-Bretagne, Rennes II par le C2SD, CCEP 1999 – 146/SOC, Conv DEF/C2SD 1999 n° 28

Sommaire

SOMMAIRE	3
REMERCIEMENTS.	5
INTRODUCTION	7
I - METHODOLOGIE.	11
1- CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX DES TECHNIQUES D'ENQUETE.	11
1- <i>Le cadre conceptuel.</i>	11
2- <i>Incidences d'une prise de position conceptuelle sur la démarche méthodologique : des hypothèses de travail.</i>	12
2- LES TECHNIQUES D'ENQUETE, LA COLLECTE DES DONNEES ET LEURS LIMITES... 13	
1- <i>L'enquête documentaire.</i>	13
2- <i>L'enquête statistique.</i>	15
3- <i>Une enquête par questionnaire.</i>	15
4- <i>L'enquête par entretien semi-directif.</i>	16
II- HISTORIQUE DE L'INTEGRATION DES FEMMES DANS LE CORPS MEDICAL ET DANS LE CORPS DES OFFICIERS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.	19
1- <i>De l'exclusion à l'intégration des femmes dans le corps médical.</i>	19
2- <i>Des femmes médecins dans les armées.</i>	23
3- <i>Quelques réflexions sur le processus de féminisation des médecins militaires.</i>	27
III - L'ENQUETE QUANTITATIVE.	33
1- AVERTISSEMENT PREALABLE.	33
2- CARACTERISTIQUES FAMILIALES ET PRIVEES.....	34
→ <i>Age et sexe de la population.</i>	34
→ <i>Structure familiale et conjugale.</i>	34
3- CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES.	37
→ <i>Le niveau de qualification.</i>	37
→ <i>grades et progression dans la carrière.</i>	37
→ <i>les départs.</i>	38

IV- L'ENQUETE QUALITATIVE: DEROULEMENT ET RESULTATS.....	41
1- LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	41
1- <i>Les interviews effectuées.</i>	41
2- <i>La démarche qualitative.</i>	42
3- <i>Caractéristiques de la population interviewée.</i>	45
2- L'ENGAGEMENT : DEVENIR MEDECIN, ETRE MILITAIRE.....	49
1- <i>Un recrutement masculin et féminin endogène.</i>	49
2- <i>L'influence de la famille et du milieu dans l'engagement.</i>	51
3- <i>Les principales motivations à l'engagement : de l'aventure à la sécurité de l'emploi.</i>	53
4- <i>Motivations des hommes et des femmes : des différences liées au contexte.</i>	57
3- L'INTEGRATION DES MEDECINS DES ARMEES AU SEIN DU S.S.A. ET DES FORMATIONS MILITAIRES.	61
1- <i>La prégnance d'un modèle viril et l'adaptation des femmes.</i>	61
2- <i>Le jeu du féminin et du masculin.</i>	65
3- <i>Commander, être commandé.</i>	68
4- <i>La présence des femmes : la perception des avantages et des inconvénients.</i>	70
5- <i>L'intégration des médecins militaires dans les corps de troupes.</i>	73
4- FEMMES ET HOMMES MEDECINS MILITAIRES AU TRAVAIL, PARCOURS MASCULINS ET FEMININS.	80
1- <i>Faire carrière au masculin.</i>	80
2- <i>Du renoncement professionnel au sacrifice familial : un parcours professionnel féminin piégé.</i>	92
3- <i>Hommes et femmes face aux contraintes: le poids du modèle masculin dominant l'organisation du travail.</i>	111
5- LA GESTION DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.	133
1- <i>La perception de la gestion.</i>	133
2- <i>Trois idéaux-types de discours sur les femmes médecins militaires.</i>	134
3- <i>La perception de la féminisation du service chez les médecins militaires des deux sexes.</i>	139
4- <i>La mission complexe du service gestionnaire.</i>	143
5- <i>Logique d'égalité et logique paternaliste : un modèle de gestion inégalitaire.</i>	147
6- <i>Les possibilités d'aménagement du travail.</i>	153
CONCLUSION	157
LA SEPARATION TRAVAIL – FAMILLE COMME PIERRE D'ACHOPPEMENT ENTRE SEXES ET ENTRE GENERATIONS	157
 BIBLIOGRAPHIE	 161
 ANNEXES	 169

Remerciements.

Nous tenons ici à remercier en premier lieu toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées et sans qui ce travail de recherche aurait été irréalisable.

Nos remerciements vont également aux différents membres du comité de pilotage du Centre d'étude en sciences sociales de la Défense et en particulier au Lieutenant-Colonel Robert.

Introduction.

Cette recherche répond à un appel à proposition du Centre d'Etudes en Sciences Sociales de la Défense (C.2.S.D.) et à une demande de la direction du Service de santé des armées (S.S.A.). La question principale posée au départ concernait l'impact de la féminisation sur la gestion des ressources humaines.

En effet, le 28 novembre 1997, Alain Richard, Ministre de la Défense, annonçait aux membres du Conseil Supérieur de la Fonction Militaire la suppression des quotas féminins instaurés en 1972 par Michel Debré, Ministre de la Défense de l'époque. Comme il le signifiait dans son discours, cette nouvelle réglementation correspondait à l'évolution de la société civile et avait pour objectif le respect du principe d'égalité entre hommes et femmes. Elle répondait surtout à la professionnalisation des armées. L'abandon du service national impliquait, en effet, l'élargissement de la base sur laquelle les armées engagent leurs personnels, d'où l'augmentation des employés civils et des recrues de sexe féminin.

Le Service de santé des armées est déjà féminisé depuis plusieurs années. Aujourd'hui, 11% des médecins militaires sont des femmes. La suppression des quotas à l'entrée des écoles du Service de santé des armées pourrait conduire à une augmentation sensible de ce chiffre ; 66 filles sur 120 élèves ont ainsi été admises au concours organisé en 1998. L'inquiétude face à la gestion de ce personnel grandit. Les femmes se sont engagées massivement, depuis les années soixante, dans le monde du travail et elles continuent à exercer d'importantes responsabilités familiales et domestiques. Cette double journée que beaucoup de femmes doivent assumer est perçue comme un obstacle majeur à la féminisation du service. Compte tenu des contraintes spécifiques du métier, les femmes, notamment épouses et mères de famille, sont perçues comme moins disponibles que les hommes et donc génératrices de problèmes de gestion supplémentaires, surtout en matière de missions de projection.

En effet, les armées françaises mènent de plus en plus de missions en dehors des frontières nationales et notamment de missions à caractère militaro-humanitaire ou d'assistance à la population. Or, la loi de programmation militaire des années 1997-2002 met l'accent sur la projection de personnels soignants sur place, avec une intervention plus immédiate de médecins, d'anesthésistes, de chirurgiens, d'infirmiers, etc., plutôt que sur le rapatriement des personnels blessés. Pour assurer ce rôle, le Service de santé des armées, qui ne comptera désormais plus d'appelés du contingent, puise dans la totalité de

ses ressources, tout en continuant à assurer les missions sanitaires dans les unités en base arrière. Or, le S.S.A. doit déjà faire face à une baisse d'effectif, à un manque de personnels, conduisant à un surcroît de travail notable pour les médecins.

Dans ce contexte, la féminisation du service de santé paraît difficilement gérable.

Nous nous sommes attachés à répondre à cette question, sans études prospectives peu efficaces pour l'objet d'étude, en essayant de décrire les conditions actuelles des femmes et des hommes médecins militaires et d'analyser les enjeux d'une féminisation plus importante du service due à la suppression des quotas à l'entrée des écoles du Service de santé des armées.

Notre axe de recherche principal concerne les rapports entre vie privée et vie professionnelle liés à une comparaison entre les genres. Notre étude se situe dans le cadre des théories des rapports sociaux de sexe et de la division sociale du travail. Il s'agissait d'imbriquer deux logiques, celle du travail et celle de la famille, et de poser leur relation. L'activité des femmes, mais aussi celle des hommes, leur façon d'être au travail, dépendent de la manière dont leur travail s'inscrit dans leur vie de famille.¹ Notre hypothèse de travail consistait à évaluer dans quelle mesure les problèmes évoqués relatifs à la féminisation du Service de santé des armées révélaient une évolution des logiques de don de soi spécifiques aux médecins et aux militaires et une transformation du rapport vie professionnelle et vie privée. Considérer la divergence entre les générations comme primant sur la divergence entre les genres était notre hypothèse de base.

Pour répondre à notre questionnement, nous avons utilisé principalement une méthode de recherche qualitative, à base d'entretiens semi-directifs, qui nous paraissait plus adaptée à l'objectif de l'enquête.

Quatre grands volets constituent cette étude :

Le premier (chapitre I) fait le point sur la méthodologie employée, le cadre conceptuel, et les méthodes d'enquêtes.

Dans le deuxième (chapitre II), un historique de la féminisation du corps médical et du Service de santé des armées est présenté afin de mieux situer les enjeux.

Le troisième (chapitre III) concerne les données quantitatives, les statistiques que nous avons pu construire. Elles donnent une photographie de la population des médecins militaires et permettent de comparer les populations

¹ Marie-Agnès BARRERE-MAURISSON, *La division familiale du travail*, thèse de sociologie, sous la direction de Jacques LAUTMAN, Université Paris V René Descartes, 1991.

médicales féminine et masculine dans leurs caractéristiques familiales et professionnelles.

Le quatrième (chapitre IV) est de loin le plus central. Il concerne les données qualitatives que nous avons recueillies et leur analyse. Après avoir décrit le déroulement de l'enquête et précisé l'échantillonnage choisi (IV-1), nous définirons les différentes motivations à l'engagement des médecins militaires, leurs représentations du métier avant leur entrée dans l'école et nous mettrons en évidence les différences pouvant exister en la matière entre les genres. (IV-2)

Puis, nous examinerons l'intégration des médecins au sein du Service de santé des armées et au sein des formations militaires. Nous essaierons de mettre en évidence l'impact d'une identité professionnelle liée à une identité masculine sur l'identité professionnelle des femmes médecins militaires et de dégager le nécessaire « bricolage » identitaire qui en résulte. Nous présenterons la perception de la présence de femmes au sein du service comme des unités. (IV-3)

Nous nous intéresserons ensuite à la manière, différente ou semblable entre les hommes et les femmes, d'envisager la carrière et les contraintes militaires. Nous comparerons les parcours féminins et masculins de carrière. Nous analyserons l'imbrication entre les rôles familiaux et les rôles professionnels pour les hommes comme pour les femmes et dégagerons notamment l'impact des habitus de la vie privée, tout particulièrement de l'habitus maternel, sur la carrière des femmes. Nous montrerons la différence notable d'envisager la contrainte des missions extérieures selon le sexe, différence révélatrice d'un rapport investissement professionnel/investissement familial dissemblable entre les genres. Nous essaierons de mesurer les conséquences que la prégnance d'un modèle masculin du travail peut avoir sur le parcours professionnel des femmes et d'évaluer le retentissement sur leur vie privée. A chaque étape, nous essaierons aussi de repérer les disparités entre les générations dans la manière d'envisager le métier et ses contraintes. (IV-4)

Enfin, dans une dernière partie, nous nous intéresserons à la gestion du Service de santé des armées. Nous décrirons la gestion telle qu'elle est perçue par les administrés et nous mettrons en évidence les « discours types » sur les femmes et la perception de la gestion féminine. Nous aborderons le contexte défavorable à la féminisation du service, lié à des contraintes de gestion très difficiles. Nous essaierons de dégager, voire de dévoiler, les logiques différentes qui traversent les modes de gestion et l'impasse dans laquelle se trouve le service gestionnaire aujourd'hui. (IV-5)

En conclusion à cette étude, des propositions, dégagées à partir de l'analyse des perceptions et des réalités des personnes consultées, seront avancées.

I - Méthodologie.

1- Cadre conceptuel et choix des techniques d'enquête.

1- Le cadre conceptuel.

Cette étude est à situer dans plusieurs champs de recherche et au point de rencontre de plusieurs domaines de la sociologie : sociologie du travail, sociologie de la famille, sociologie des organisations, sociologie militaire et sociologie des rapports de sexe. Nous avons intentionnellement axé notre investigation sur ce dernier domaine et avons situé notre enquête dans le cadre d'une sociologie transversale. Comme l'indique Jacques Commaille² et Danièle Kergoat³, traiter du travail salarié féminin ne peut se faire indépendamment de l'assignation des femmes à des fonctions dans la sphère domestique. Deux concepts fondamentaux vont donc organiser notre projet, les rapports sociaux de sexe et la division sociale du travail.⁴

Les rapports sociaux de sexe.

Rappelons d'abord que *le social n'est produit que par lui-même, il convient de s'en faire une conception radicalement artificialiste. Le social n'est en rien un produit naturel, mais tout entier de part en part un produit artificiel. Il est un artefact et il n'est rien que cela.*⁵ Cela implique d'une part que l'ordre social n'est qu'une construction sociale qui tient par la croyance collective, et, d'autre part, qu'en sociologie, le social doit être expliqué par le social, comme l'écrivait Emile Durkheim dans *Les règles de la méthode sociologique*. Ici, les notions de « sexe » ou de « genre » renverront donc toujours à l'idée de sexe social, c'est-à-dire socialement construit.

Dans ce contexte conceptuel, et c'est, semble-t-il maintenant, un consensus chez les sociologues, les relations entre les hommes et les femmes doivent être analysées en terme de rapports sociaux de sexe. Les relations entre le groupe social des hommes et le groupe social des femmes sont antagoniques et reposent sur des rapports de domination, de pouvoir. Les pratiques féminines et masculines renvoient à des construits sociaux et non à une nature féminine

² Jacques COMMAILLE, *Les stratégies des femmes. Travail, famille et politique*, Paris : Editions La Découverte, 1992.

³ Danièle KERGOAT, *Un continent noir, le travail féminin*, Paris : Les cahiers du genre, n°26, Editions L'Harmattan, 1999.

⁴ Pour la définition de ces concepts, notre source principale est l'article de Danièle KERGOAT, *Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe*, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : Presse Universitaire de France, 2000, pp. 35-44.

⁵ Pierre-Jean SIMON, *Le secret de Polichinelle de la sociologie*, *L'homme et la société*, 1991/4, pp. 65-73, p. 67.

et à une nature masculine. Ces constructions sociales ont une base idéologique et matérielle, un changement n'est pas possible sans des évolutions concrètes.

Les rapports sociaux sont indissociables de la division sexuelle du travail qui est un enjeu majeur dans et entre le groupe social des hommes et le groupe social des femmes.

La division sexuelle du travail.

La division du travail découle des rapports sociaux de sexe. C'est un phénomène culturel qui assigne les femmes à la sphère reproductive et les hommes à la sphère productive. La division sexuelle du travail est organisée en deux grands principes, le principe de séparation qui dissocie le travail des hommes et le travail des femmes, et un principe hiérarchique qui donne plus de valeur au travail des hommes.

Les hommes et les femmes ne sont pas assignés à des rôles sociaux du fait de leur sexe biologique, à cause de leur nature sexuelle. Les pratiques sexuées ne renvoient pas à une nature humaine évoquée dans la conception naturaliste, mais à des constructions sociales. Même si le social est limité par le biologique, il n'est pas une traduction du biologique. Le maintien des femmes dans la sphère domestique et le partage inégal des tâches ménagères et de parentage sont considérés comme des faits sociaux et ne peuvent être expliqués par une fonction maternelle innée.

2- Incidences d'une prise de position conceptuelle sur la démarche méthodologique : des hypothèses de travail.

Pour évaluer les enjeux de la féminisation du corps des médecins militaires, situer une étude dans les seuls domaines de la sociologie de la famille et de la sociologie du travail ne suffisait pas. Il nous paraissait essentiel d'interroger la sphère professionnelle dans sa relation avec la sphère familiale et d'utiliser les concepts de rapports sociaux de sexe et de division sociale du travail, d'avoir donc pour base le postulat du caractère socialement construit des rapports de sexe.

Parce que les positions professionnelles des hommes et des femmes sont indissociables des rapports sociaux des genres, choisir de travailler dans ce contexte impliquait de prendre deux dispositions dans le déroulement de l'enquête :

- La première était de décloisonner la sphère publique et la sphère privée, et donc, en l'occurrence, de considérer, dans l'enquête de terrain, les aspects

professionnels comme les aspects familiaux.⁶ Le sens que les hommes et les femmes accordent à leur travail est inhérent à leur vécu et leur investissement dans la famille. Les choix professionnels sont dépendants des choix familiaux et inversement.

- La deuxième consistait à ne pas limiter notre enquête aux seules femmes et à y inclure les hommes. Car l'objectif de notre recherche, dans ce cadre défini, conduit à replacer les rapports sociaux de sexe dans une dynamique d'ensemble, où ce ne sont pas seulement des femmes qui sont aux prises avec les processus de différenciation sexués, mais aussi des hommes. Ce qui définit un rapport social, c'est justement que chaque élément du rapport est en interdépendance avec l'autre.⁷ Il serait donc illogique de ne prendre en compte qu'une fraction de ce rapport social de sexe.

Notre hypothèse de travail était que les problèmes de gestion sont indissociables des enjeux de la féminisation. Nous voulions évaluer dans quelle mesure les problèmes évoqués relatifs à la féminisation du Service de santé des armées révélaient une évolution de la vocation de médecin militaire, une mutation des logiques de don de soi et une transformation du rapport vie professionnelle et vie privée. Au-delà du rapport homme/femme, nous voulions voir si la divergence principale ne se situait pas davantage entre les générations qu'entre les genres.

2- Les techniques d'enquête, la collecte des données et leurs limites.

1- L'enquête documentaire.

Nous avons essayé de recenser et d'étudier le maximum de travaux relatifs à la question de la féminisation du corps des officiers du service de santé. Notre enquête documentaire a été large car notre investigation faisait appel à des domaines sociologiques différents. Nous avons dû faire des recherches dans des sites divers, bibliothèque de la faculté de médecine, Conseil National de l'Ordre des Médecins, centre de documentation de l'armée, centre de documentation sur les femmes, I.N.S.E.E., etc. En effet, notre étude est au carrefour de plusieurs thèmes notamment :

⁶ Néanmoins, nous serons amenés à critiquer le terme de « conciliation » dans le rapport entre la famille et le travail, car il tend à nier les antagonismes et à privilégier la dimension individuelle sur la dimension collective. Voir à ce sujet : Annie JUNTER-LOISEAU, La notion de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Révolution temporelle ou métaphore des discriminations ?, Les cahiers du genre, n°24, Paris : Editions L'Harmattan, 1999, pp. 73-98.

⁷ Isabelle BERTAUX-WIAME, Les rapports sociaux de sexe : un objet social masqué ? A propos de La Poste, *Un continent noir, le travail féminin*, Paris : Les cahiers du genre, n°26, Editions L'Harmattan, 1999, p. 76.

→ La division sexuelle du travail :

De nombreux ouvrages sur cette question existent et ont été étudiés. Sous l'impulsion de sociologues féministes, comme Christine Delphy, Danièle Kergoat ou Margaret Maruani, le travail est de moins en moins pensé en termes masculins et de plus en plus en termes de rapports sociaux de sexe.

→ La féminisation du corps médical français :

* La féminisation du Service de santé des armées est à resituer dans le contexte plus général de la situation de la femme soignante aux différentes époques de la société française. Nous avons pu recenser nombre de travaux historiques sur cette question qui permettent de comprendre, par exemple, comment le corps des infirmiers militaires a pu être largement féminisé et non celui des officiers du service de santé.

* Bien que peu de données chiffrées existent sur la féminisation du corps médical actuel, nous en avons obtenu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Quant aux études sociologiques portant spécifiquement sur les médecins femmes, elles restent rares.

→ La féminisation de l'armée :

Des études statistiques, sociologiques, monographiques, récentes ont été réalisées sur ce sujet, notamment sous l'égide du C.2.S.D. Cette question intéresse beaucoup les instances militaires et suscite de nombreux articles et reportages. Il est à noter que cette question ne semble être débattue qu'au sein de l'institution. En France, la controverse des femmes dans l'armée ne semble guère passionner les chercheurs et des analyses féministes sur la question sont pour ainsi dire introuvables.⁸ Encore aujourd'hui, il est curieux de voir qu'une féminisation plus large de l'armée semble peu interroger la société civile, alors que cet événement est médiatisé, notamment par la télévision. Nous avons cependant pu étudier quelques écrits sur la féminisation des corps militaires dans d'autres pays et situer les éléments du débat.

→ La féminisation du Service de santé des armées :

Quelques écrits sur ce sujet, publiés dans des revues émanant de l'armée, ont pu être utilisés. Ces articles, retraçant l'histoire du Service de santé des armées, sont intéressants pour leurs apports en données historiques autant que pour la vision qu'ils offrent du débat actuel sur l'augmentation du nombre de femmes

⁸ Il faut cependant citer le livre d'Emmanuel REYNAUD, *Les femmes, la violence et l'armée. Essai sur la féminisation des armées*, Paris : Fondation pour les Etudes de Défense Nationale, 1988.

médecins militaires. Aucune recherche ne semble avoir été déjà effectuée sur cette question. Vu le temps imparti à l'étude, nous n'avons pas pu avoir accès à des études faites sur ce sujet dans d'autres pays, tout particulièrement ceux participant à l'O.T.A.N. (Organisation du Traité de l'Atlantique Nord).

2- L'enquête statistique.

N'ayant pas eu connaissance d'enquêtes statistiques faites sur la féminisation du Service de santé des armées, une construction de nos propres données statistiques, à partir du fichier central des médecins militaires, nous a paru incontournable. La Direction Centrale du Service de Santé des armées a accepté notre consultation de ce fichier, qui a, bien sûr, été rendu anonyme auparavant. Grâce aux outils informatiques (EXCEL et REPORTSMITH), nous avons pu traiter ces données et les rendre exploitables.

L'élaboration de ces statistiques avait un double objectif :

→ Dans un premier temps, ces données chiffrées donnent une photographie actuelle de la population du corps des médecins militaires. Elles peuvent être comparées aux données statistiques de la population française et à la démographie médicale actuelle.

→ Dans un deuxième temps, nous souhaitons comparer les données relatives aux hommes avec celles relatives aux femmes. Nous avons donc croisé certaines valeurs, notamment celles concernant l'activité professionnelle proprement dite des médecins et celles touchant la vie personnelle et/ou familiale des individus.

Néanmoins, les résultats de cette enquête statistique seront à utiliser avec prudence en matière de prospective. En effet, le nombre de femmes est encore trop faible (247 femmes/2462 médecins militaires) et surtout leur recrutement relativement récent (aucun médecin de sexe féminin actuellement en activité n'a plus de trente ans de services.) De plus, l'analyse comparée de données est parfois difficile du fait, encore une fois, de la faible proportion des femmes. Enfin, nous n'avons pas pu obtenir certains éléments sexués concernant le départ vers le milieu civil et la progression de carrière.

3- Une enquête par questionnaire.

Nous avons pensé élaborer un questionnaire que nous voulions diffuser à toute la population des médecins militaires. Sa réalisation n'a pu se faire pour plusieurs raisons :

→ Le temps consacré à l'élaboration, la diffusion, l'exploitation et l'analyse des résultats du questionnaire, aurait été trop important et pris au détriment de notre enquête par entretiens semi-directifs.

→ Le retour du questionnaire pouvait poser un problème d'anonymat. Un médecin qui inscrit sa spécialité, son âge et sa situation familiale, est facilement repérable. Certains auraient donc probablement hésité à le remplir et le retourner.

→ Les éléments objectifs et représentatifs susceptibles d'être obtenus par cette technique, les données chiffrées, nous les avons en partie par la construction de données statistiques. Il nous manque cependant la profession des conjoints des médecins militaires, donnée qui aurait été intéressante pour notre analyse. Elle nous aurait permis de mieux cerner les difficultés de gestion de ce personnel, notamment en matière de mutation.

→ Un questionnaire ne nous permettait pas d'atteindre le vécu des personnes concernées. Nous avons d'ailleurs associé cette méthode à une démarche quantitative et non qualitative. Pour concevoir un questionnaire dans une démarche qualitative, prenant en compte la manière dont les individus vivent leur propre situation, une pré-enquête par entretien est nécessaire. L'élaboration de ce questionnaire s'est avérée irréalisable dans le cadre de ce contrat.

4- L'enquête par entretien semi-directif.

La démarche qualitative est la démarche qui nous semblait la plus pertinente pour ce type d'étude car elle accorde une place centrale aux informateurs que sont les personnes interviewées. Cette approche méthodologique nous permettait d'avoir un matériau plus riche à analyser et s'adaptait parfaitement aux objectifs poursuivis.

La décision de travailler à partir d'entretiens semi-directifs s'est imposée. C'était le seul moyen d'atteindre nos objectifs correctement. Comprendre la manière dont les hommes et les femmes médecins militaires gèrent leur vie personnelle et leur vie professionnelle était notre mission. Nous visions la connaissance d'un « système pratique »,⁹ celui du corps des officiers médicaux du Service de santé des armées. Il fallait avoir accès aux pratiques de ces médecins, à leurs réalités vécues, ainsi qu'à leurs systèmes de références,

⁹ Alain BLANCHET et Anne GOTMAN, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Editions Nathan, collection 128, 1992, p. 33.

difficilement accessibles par l'enquête documentaire ou statistique. L'entretien, lui, permet de révéler *la logique d'une action et son fonctionnement*.¹⁰

Les parcours de vie de ces personnes sont importants pour arriver à comprendre les raisons qui guident leurs choix et les logiques qui sous-tendent leurs actions. Les stratégies professionnelles des acteurs ne pouvaient être réellement comprises qu'à travers leurs discours. Pour répondre à nos questions, nous avons besoin de connaître les expériences des personnes concernées, la logique de leurs actions et leurs analyses. Les entretiens ont donc eu pour but la description des pratiques des acteurs et le dévoilement de leur conception de ces pratiques.

¹⁰ *ibid.*, p. 41.

II- Historique de l'intégration des femmes dans le corps médical et dans le corps des officiers du Service de santé des armées.

Le débat sur la féminisation des femmes dans le Service de santé des armées doit être éclairé par un double historique, celui des femmes dans l'armée et celui des femmes médecins. En effet, pour accéder à la fonction de médecin militaire, les femmes ont dû lutter pour obtenir le droit d'exercer la médecine et le métier des armes, mais aussi pour être reconnues comme des fonctionnaires à l'égal des hommes.

1- De l'exclusion à l'intégration des femmes dans le corps médical.

1- La construction d'un pouvoir médical masculin.

L'accès des femmes à la fonction de médecin a été le fruit d'une longue lutte, commencée dès la constitution de l'activité médicale en profession médicale. Tant que l'activité de soignant est considérée comme une basse besogne ou relevant de la magie, tant qu'un corps médical établi sur un savoir et un pouvoir ne s'est pas constitué, les femmes n'en sont pas vraiment exclues. Dans les sociétés dites primitives, il semble que les guérisseuses étaient aussi nombreuses que les guérisseurs. Dans l'Antiquité, malgré certaines lois leur interdisant l'exercice de la médecine, des femmes soignent. Certes, les femmes n'ont pas accès à l'école, elles ne suivent pas les cours donnés aux disciples d'Hippocrate qui rejetait les interprétations religieuses de la maladie et les pratiques magiques. Mais, comme la diffusion du savoir et du savoir-faire médical se fait encore au chevet du malade, de maître à disciple, les femmes peuvent en bénéficier. De plus, l'art d'accoucher est une spécialité féminine et, les femmes ne souhaitant pas être examinées par des hommes, les soignantes d'alors sont aussi des intermédiaires entre une clientèle féminine et des médecins de sexe masculin.

A partir du moment où l'activité du médecin se constitue en profession organisée et reconnue, les femmes sont écartées. Au Moyen-Age, la médecine va être enseignée à l'université plutôt qu'au monastère. Quand les facultés de Paris et de Montpellier s'organisent au XIIIème siècle pour former des

médecins, elles n'accueillent que des hommes célibataires. D'ailleurs, leurs coutumes puisent leurs sources dans les cérémonies viriles de la chevalerie du même siècle.¹¹ En 1220, un édit interdit l'exercice de la médecine à tous ceux qui ne sont pas passés par une faculté. Bien qu'en 1292, on trouve encore la trace de huit femmes médecins à Paris,¹² officiellement, les femmes n'ont donc plus le droit de soigner. Seule la chirurgie, reléguée au rang de vulgaire artisanat, ne leur est pas interdite.¹³ Pour asseoir la notoriété du corps médical, pour créer une profession autonome, reconnue, et affranchie du clergé, l'exclusion des femmes soignantes, perçues comme dépravées et immorales par la noblesse et le clergé, va de soi. De nombreux documents du XIV^{ème} siècle, émanant de l'université, tentent ainsi de démontrer l'incapacité des femmes à exercer la médecine. L'exclusion des femmes fait partie du processus de professionnalisation des médecins. La pratique coutumière des femmes soignantes sera pareillement dévalorisée au profit des études livresques. Le nombre de médecins diplômés reste toutefois encore réduit et cette médecine, laïque et légale, ne concerne qu'une clientèle noble et riche. A la Renaissance, coexistent plusieurs conceptions de la manière de guérir et une médecine empirique parallèle a encore une grande place. Dans ce cadre, des « médiennes » continuent d'exercer dans l'ombre. Dès le XV^{ème} siècle, ces femmes, accusées de sorcellerie, seront pourchassées par l'Inquisition.

2- L'émergence du modèle dominant, le couple médecin/infirmière.

Petit à petit, une répartition des tâches se dessine dans le corps médical. Les hommes médecins, grâce aux progrès des sciences, acquièrent davantage d'efficacité et de plus en plus de prestige. Les activités dévalorisées d'infirmières, de sages-femmes ou d'aides-soignantes seront laissées aux femmes.

La révolution française et ses principes égalitaires ne permettront pas davantage au sexe féminin d'accéder à la faculté de médecine. Après avoir aboli les corporations, fermé les facultés et décrété la liberté absolue d'exercer la médecine, sans condition d'études ou de diplôme, la loi du 19 ventôse de l'an XI réouvre les facultés de médecine sous le nom d'école de santé. Elle précise que tout individu peut devenir médecin. Mais, pour accéder à la faculté, encore faut-il avoir reçu l'instruction suffisante avant. Le contexte idéologique de l'époque ne favorise pas les parcours intellectuels de femmes, jugées moins

¹¹ Simone CLAPIER-VALLADON, Les modes médicales, *Histoire des mœurs*, sous la direction de Jean POIRIER, Paris : Editions Gallimard, Encyclopédie La Pléiade, 1990, pp. 775-830, p. 802.

¹² Aline ROUX, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale*, Paris : Editions Masson et Cie, Collection de médecine légale et de toxicologie médicale, n°88, 1975.

¹³ L'exercice de la chirurgie sera interdit aux femmes en 1484 mais les veuves de chirurgien auront le droit d'exercer jusqu'au 8 août 1694.

intelligentes car possédant de petits cerveaux, estimées hystériques donc incapables de mener à bien des études, emprisonnées dans et par leurs fonctions génitales. Le milieu des scientifiques et des médecins est particulièrement fermé aux femmes. Ce sont ces mêmes érudits, du reste, qui, tout au long du XIX^{ème} siècle, en donnant une définition de la nature féminine, vont contribuer à claustre les femmes dans leur aptitude à être mère.¹⁴ La biologie, l'anthropologie, la craniologie, autant de disciplines qui renvoient une image de la femme réduite à son rôle de femelle et de génitrice. La référence à une « nature » féminine, réduite à l'utérus, sert de base à la division sexuelle des rôles qui impose l'enfermement des femmes dans la sphère privée.

Des femmes résistent et certaines luttent pour pouvoir étudier les disciplines médicales ou chirurgicales, voire pour exercer, notamment dans l'armée. Ce sont des américaines qui obtiennent les premières le droit d'étudier et de pratiquer la médecine. Elisabeth Backwell est ainsi admise en 1847 à la faculté de Genève dans l'Etat de New-York, après un vote rocambolesque d'étudiants. Elle sort première de sa promotion. Malgré cela, sa sœur, Emily, n'obtiendra pas l'autorisation de suivre ses traces, la direction de l'université veut qu'Elisabeth reste une exception.

En France, les jeunes filles n'ont pas, au début du XIX^{ème} siècle, accès à l'enseignement secondaire. Or, sans le diplôme du baccalauréat, elles ne peuvent pas s'inscrire à la faculté de médecine. La première à le faire sera donc une étrangère. Comme la médecine française jouit à cette époque d'une réputation mondiale, des internes et des spécialistes hospitaliers ont peur d'une dévalorisation de leur profession et protestent contre l'ouverture du concours d'internat au sexe féminin. Soutenues par quelques personnalités du corps médical, notamment par Paul Bert, les femmes sont tout de même admises à l'internat en 1885. L'accès des filles à l'enseignement secondaire en 1880, grâce à la loi Camille Sée, sera aussi un pas de plus vers des études supérieures accessibles au sexe féminin.

A la fin du XIX^{ème} siècle, les filles peuvent préparer un baccalauréat et entrer en faculté où elles sont notamment autorisées à préparer un diplôme de médecine. Les femmes médecins devront encore se battre pour accéder au clinat, au médicament et au professorat des hôpitaux. Très peu de femmes accèdent alors à des postes émérites. En 1922, Marie Curie siègera à

¹⁴ *L'existence de la femme n'est qu'une fraction de celle de l'homme. Elle ne vit pas pour elle-même, mais pour la multiplication de l'espèce, conjointement avec l'homme. Voilà le seul but que la Nature, la société et la Morale lui avouent.*, dans le *Dictionnaire des sciences médicales, 1812-1822*, cité par Yvonne KNIBIEHLER et Catherine FOUQUET, *Histoire des mères du Moyen-Age à nos jours*, Paris : Editions Montalba, 1980, p.149.

l'Académie de médecine¹⁵ ; bien qu'elle ne soit pas médecin, les travaux qu'elle a accomplis avec son mari, eurent des retombées médicales innombrables. En 1934, le docteur Jeanne Lévy parvient au rang de professeur. Le nombre de femmes médecins va considérablement augmenter après la première guerre mondiale et la deuxième guerre mondiale. Durant ces conflits mondiaux, ces femmes médecins montreront leur présence et leur efficacité. Nous y reviendrons. Mais, elles sont encore peu nombreuses. Le modèle médecin/infirmière, conçu sur la relation conjugale traditionnelle, qui prend forme tout au long du XIX^{ème} siècle et triomphe dans le milieu médical, ne favorise pas la conquête de responsabilités par les femmes. *L'ombre portée du couple conjugal (tel que l'ordonne le code Napoléon) s'étale sur l'hôpital. Le médecin qui rédige un manuel s'exprime un peu comme un chef de famille : il dispose lui et lui seul de la responsabilité, de l'autorité, du savoir ; à ses côtés, l'infirmière doit se comporter comme une maîtresse de maison, parfaitement docile et respectueuse à l'égard du maître, mais aussi attentive à la tenue du ménage, et vigilante auprès des êtres fragiles qui lui sont confiés.*¹⁶

Depuis 1945, la féminisation du corps médical, liée à l'évolution générale de la place des femmes dans la société, a été croissante. En 1972, on comptait 15% de femmes médecins, en 1979, 22,7% et 33,5 % à la fin de l'année 1993.¹⁷ Au 31 décembre 1998, les femmes constituaient 36,4% des 192 944 médecins actifs.¹⁸ Progressivement, l'image de la femme médecin s'est imposée, bousculant la représentation historique d'une distribution des rôles entre l'homme médecin et la femme infirmière, remettant en cause le modèle de la femme, reine de la sphère privée, et de l'homme, maître de la sphère publique.

Ainsi, les femmes ont toujours exercé la médecine de façon légale ou illicite. Elles ont lutté pour le faire et pour être reconnues comme des professionnelles à l'égal des hommes. Leurs adversaires ont évoqué leur faiblesse physique, leur hypersensibilité, leur fragilité, leur hystérie, voire leur stupidité, pour les empêcher. Au-delà des différences présumées d'aptitudes physiques ou intellectuelles entre les hommes et les femmes, c'est l'état de mère et d'épouse qui est sous-jacent dans les raisons évoquées pour évincer les femmes du métier de médecin. L'indisponibilité des femmes pendant leur grossesse est déjà mise en avant au XIX^{ème} siècle. *Dans le journal de médecine du 4 octobre 1884, le Dr Thoinot s'en est déjà inquiété : « Leur neuf mois de grossesse seront-ils favorables au*

¹⁵ Il y a eu bien peu d'autres élues.

¹⁶ Véronique LEROUX-HUGON, Odile DUPONT-HESS, Yolande TASTAYRE, sous la direction d'Yvonne KNIBIEHLER, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières de la société française (1880-1980)*, Paris : Editions Hachette, 1984, p. 57-58.

¹⁷ Olivier DUBOIS, *Les médecins femmes. Etude des profils sociologique et professionnel*, Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 1994.

¹⁸ La démographie médicale française, situation au 31 décembre 1998, Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 1999.

bon service de leurs graves fonctions ? »¹⁹ Des illustres pionnières sont des femmes veuves, comme Henriette Faber ou Madeleine Brès²⁰, voire célibataires, donc, d'une certaine manière, affranchies des hommes. L'état matrimonial de ces femmes ne prouve pas que la profession de médecin est incompatible avec la vie de femme et de mère. Il indique, peut-être, que l'émancipation de ces femmes est nécessaire dans la vie privée pour accéder à une profession prestigieuse et reconnue.

Par ailleurs, l'histoire montre que les femmes ont particulièrement bien accompli leur mission de médecin lors des conflits. Elles se sont illustrées par leur bravoure et leur compétence. Comme nous allons le voir, chaque fois que l'armée a eu besoin de renforts, elles ont été présentes.

2- Des femmes médecins dans les armées.

1- Les pionnières.

Les femmes ont toujours joué un rôle important dans les conflits armés mais, avant le XX^{ème} siècle, elles n'ont pas été admises à l'égal des hommes dans les armées françaises. La guerre et la chasse, ont toujours été l'apanage des hommes. Des sociétés de chasseurs-cueilleurs aux sociétés modernes, les armes sont le plus souvent interdites aux femmes. D'ailleurs, les femmes sont traditionnellement écartées des métiers des armes mais aussi de la chirurgie, en fait, de tous les métiers ayant un rapport au sang.²¹ Leur désarmement traditionnel n'empêche pas les femmes de jouer un rôle actif pendant les guerres. Elles n'ont pas droit au statut de militaire mais elles sont présentes sur les champs de bataille, elles suivent leurs époux, sont cantinières, blanchisseuses ou infirmières. Ne pouvant verser le sang, elles pansent, traitent, soignent, les blessures des guerriers. Au Moyen-Age, comme le démontrent certains récits chevaleresques,²² les compétences médicales féminines sont

¹⁹ Josette DALL'AVA-SANTUCCI, *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, Paris : Éditions Calmann-Lévy, 1989, p.135.

²⁰ Madeleine Brès, veuve et mère de trois enfants, obtiendra deux baccalauréats, intégrera l'hôpital de la Pitié en 1870 comme interne provisoire et obtiendra sa thèse en 1875. Elle est la première française à avoir obtenu son diplôme de médecin.

²¹ Alain TESTART, La femme et la chasse, *La Recherche*, n°181, octobre 1986, volume 17, pp. 1194-1201.

²² *En France, les épopées chevaleresques regorgent de chirurgiennes et de médiennes dévouées. Nicolette remet en place l'épaule d'Ancassin, « sa main ensuite appliqua sur le mal certaines fleurs et plantes salutaires dont la vertu lui était connue. »*, dans Josette DALL'AVA-SANTUCCI, *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, op. cit., p.49.

acceptées lors des combats.

Plus tard, quelques femmes se travestiront pour pouvoir pratiquer la médecine ou la chirurgie, malgré l'interdiction qui leur en est faite. Ainsi, en 1865, quand le médecin officier James Barry, héros de Waterloo, meurt, les militaires britanniques s'aperçoivent que c'est une femme. Grâce à son déguisement, elle a pu suivre des études de médecine, intégrer l'armée britannique et atteindre les postes les plus élevés de la hiérarchie militaire médicale. En France, au début du XIX^{ème} siècle, Henriette Faber, veuve d'un officier français, se travestit aussi pour mener des études et une carrière de chirurgien militaire. Démasquée, elle sera bannie et exilée vers la Floride où elle continuera à exercer son art. Aux Etats-Unis, Mary Walker n'aura pas besoin de se déguiser en homme pour s'illustrer comme chirurgien militaire pendant la guerre de Sécession. A trente-trois ans, elle obtiendra la plus haute distinction militaire, la médaille d'honneur du Congrès, médaille qu'on lui retirera alors qu'elle a quatre-vingt-trois ans car elle n'a pas lutté au corps à corps avec l'ennemi. Elle s'est contentée de risquer sa vie pour en sauver d'autres...²³

2- Le succès des infirmières, l'évincement des femmes médecins.

L'accueil réservé par l'armée aux « soignantes », pendant la première guerre mondiale, est révélateur de la place destinée aux femmes au début du siècle. Les femmes sont acceptées comme infirmières civiles attachées à la Croix-Rouge, ou comme « infirmières laïques des hôpitaux militaires ». La profession d'infirmière est alors en plein essor en France et les « anges blancs », dévoués à leurs malades comme à leurs médecins, sont vénérés. L'armée française ne créa cependant pas à cette époque, à contrario de la Grande-Bretagne, un corps d'infirmières militaires. Quant aux médecins de sexe féminin, elles sont très difficilement admises au Service de santé des armées et certaines cachent même leur diplôme pour se faire enrôler. C'est le cas du Docteur Collard-Huard qui fera preuve de beaucoup de courage pour évacuer des blessés à Verdun et sera citée à l'ordre de l'armée le 23 août 1914. Quelques-unes accéderont malgré tout à des postes à responsabilités comme le Docteur Klumpke aux Invalides ou le Docteur Tissod-Monod à l'hôpital militaire à Lyon. Le Docteur Marie Wilbouchewitch-Nageotte devient même l'assistante du professeur Jalaguier au Val de Grâce. Quant à Marie Curie, elle occupera le poste de directrice des services radiologiques de l'armée jusqu'à la fin de la guerre.²⁴ Les femmes étrangères accédèrent, semble-t-il, plus facilement à des

²³ Sa décoration lui sera rendue en 1977, elle était morte depuis 56 ans.

²⁴ Josette DALL'AVA-SANTUCCI, *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, op. cit., p. 201.

fonctions élevées dans la hiérarchie médicale. Louisa Garrett-Anderson et Flora Murray créèrent, par exemple, un hôpital militaire de cinq cents lits dans un hôtel parisien.²⁵ Néanmoins, le plus souvent, les femmes sont tolérées dans l'armée, comme dans le reste de la société, comme assistantes d'hommes médecins, dans des métiers apparentés aux tâches relevant « naturellement » des femmes, des activités subalternes, les tâches d'aide-soignante ou d'infirmière. L'on voyait difficilement une femme occupant un poste à responsabilités, de surcroît en tant que civile dans la communauté de l'armée. Les femmes médecins sont, par conséquent, évincées de la profession militaire, ce d'autant plus qu'elles sont encore rares et n'ont pas acquis une reconnaissance suffisante dans la société française de l'époque.

3- De l'égalité statutaire à l'égalité d'accès des femmes au corps des officiers du service de santé.

Pendant la seconde guerre mondiale, les femmes médecins sont plus nombreuses et présentes dans la résistance mais aussi dans l'armée qui manquait de personnel médical. Les femmes médecins restées à l'arrière remplacent aussi leurs confrères. Plusieurs intègrent les Forces Françaises Libres²⁶ et participent à la création de la médecine d'urgence. S'inspirant du modèle britannique, le général de Gaulle crée le corps des « auxiliaires féminines » qui devient par le décret 74 du 16 décembre 1941, le corps des « volontaires féminines ». Les femmes sont alors reconnues, pour la première fois, comme des militaires à part entière de l'armée française.²⁷ D'autres femmes sont recrutées comme auxiliaires civiles et un nouveau texte du 11 janvier 1944, visant à harmoniser les deux types de recrutement, supprime le caractère militaire des engagées. Le décret du 15 octobre 1951 le rétablit en stipulant que les personnels de sexe féminin servent l'armée sous contrat. Les

²⁵ Joël CONSTANCE, *Les filles d'Esculape, les femmes à la conquête du pouvoir médical*, Paris : Editions Robert Laffont, 1998, p. 165.

²⁶ E. DARRE et A. LE ROUX, dans leur article, Historique de la féminisation médicale des armées françaises de 1945 à 1995, *Médecine et Armées*, 1996, 24/5, pp. 411-422, citent notamment Louise-Marie Lemanissier qui fit la campagne de Syrie et de Libye, Suzanne Vallon qui sera l'une des premières femmes à servir dans un bataillon de combat, Alice Willm qui servit dans la première armée française pendant la campagne d'Alsace et d'Allemagne. D'autres femmes sont citées par Josette DALL'AVA-SANTUCCI dans le livre précité ou par Thérèse PLANIOL dans *Herbes folles hier, femmes médecins aujourd'hui*, Paris : Editions Cheminements, 2000 : le lieutenant Langlais du corps expéditionnaire français, le docteur Lamotte qui organisa et dirigea un service de réanimation dans l'hôpital de campagne n°422, le lieutenant Lepintre qui dirigea une équipe de neurochirurgie. Bien d'autres pourraient être mentionnées.

²⁷ Raymond CAIRE, *Les femmes militaires des origines à nos jours*, Paris : Les Editions Lavauzelle, 1981, p. 72.

femmes n'ont pas encore le même statut que les hommes. La création du corps de service de santé militaire féminin, ordonnée le 12 décembre 1952, permet cependant aux femmes médecins et pharmaciens dans l'armée de bénéficier des mêmes droits que leurs collègues hommes. Mais, c'est surtout la loi du 13 juillet 1972 qui concéda à tout le personnel de sexe féminin des armées le même statut que les hommes. Le décret d'application du 17 mai 1974 assimilera complètement les femmes médecins et les pharmaciens à leurs pairs.

Si le statut est le même, les conditions d'accès aux emplois militaires sont encore, à cette époque, bien différentes pour les hommes et pour les femmes. Car jusqu'au décret du 16 février 1998, le recrutement féminin n'est pas de droit. Il est organisé selon un système de quotas déterminant le pourcentage de femmes pouvant être enrôlées dans les différents corps de l'armée. Pour justifier ces restrictions d'accès des femmes à la condition militaire, l'administration met en avant la nature et les conditions d'emploi de certaines fonctions qui pourraient difficilement être exercées par des femmes.

Dans le Service de santé des armées, une directive précise en 1979 que le taux de recrutement d'élèves médecins de sexe féminin peut atteindre 15%. En 1982, suite à une étude prospective de la condition de la femme militaire, présidée par le médecin général Valérie André, le Ministre de la Défense décida d'augmenter le nombre de postes de médecins pouvant être tenus par des femmes. Le système des quotas devint en réalité de plus en plus difficile à justifier dans le système de la fonction publique et au regard du droit communautaire et de la Constitution de 1946 qui précise, dans l'alinéa 3 du Préambule, que *la loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme*. Le conseil d'Etat a ainsi donné raison à Mademoiselle Aldigé qui s'est vue refuser une nomination dans le corps des commissaires, suite à l'application d'un quota, et qui a déposé une demande de recours administratif. L'arrêt du 11 mai 1998 lui donne raison et établit qu'une dérogation au principe de mêmes conditions d'admission aux emplois publics n'est pas justifiée en ce qui concerne l'exercice des fonctions de commissaires de l'Armée de terre.²⁸ Le principe d'égalité d'accès aux différentes fonctions militaires est désormais retenu et les écoles du Service de santé des armées sont dès lors ouvertes aux candidats hommes et femmes de la même façon. Depuis, les étudiantes en première année du service de santé sont plus nombreuses que les étudiants. Enrôler plus de femmes a permis d'élargir la base sur laquelle étaient recrutés les élèves médecins, mais cette conduite ne correspondait pas à une réelle volonté des armées, et du service de santé en particulier. Elle est le

²⁸ Sandrine LE GALL-SAMPAIO, *L'accès des femmes à la fonction publique militaire*, la *Revue Droit et Défense*, 98/2, pp.21-26.

Voir aussi : Arnaud HAQUET, *L'accès des femmes aux corps de l'armée*, dans la *Revue française de droit administratif*, n° 16, mars-avril 2000, pp.342-351.

fruit d'une évolution du dispositif de recrutement des militaires, dispositif apparu comme discriminatoire pour les femmes et antagonique au droit communautaire.

3- Quelques réflexions sur le processus de féminisation des médecins militaires.

L'historique de l'intégration des femmes dans le corps médical et celui de la féminisation du Service de santé des armées conduisent aux réflexions suivantes :

1- Les moteurs de l'évolution : les guerres et la participation des femmes.

Malgré l'exclusion des femmes du corps médical en plein essor, certaines ont continué, lors des conflits, à exercer la médecine ou la chirurgie. Des pionnières se sont illustrées pendant les guerres et elles ont peut-être contribué à l'élaboration d'un statut féminin et officiel de soignante et de médecin reconnu. De plus, les forces armées ont féminisé leurs effectifs en premier lieu dans le domaine de la santé, dans des tâches considérées comme féminines. Longtemps écartées comme médecins, les femmes ont été progressivement admises comme infirmières, ambulancières, civiles d'abord, militaires ensuite. Ce n'est pas seulement l'évolution de la société civile qui a permis un processus d'intégration des femmes dans l'armée et qui a amené les femmes sur les champs des batailles, qu'elles ont toujours plus ou moins occupés, c'est aussi leur mobilisation et leur participation grandissante lors des conflits qui leur a permis d'accéder à un statut d'auxiliaire d'abord, de militaire ensuite. Certes, l'émancipation des femmes dans la société française, tout au long du XXème siècle, contribua largement à la féminisation de l'armée et du corps médical. Les luttes féministes, notamment des années soixante-dix, ont permis aux femmes militaires de bénéficier du même statut que leurs homologues de sexe masculin. Mais, avant d'obtenir une place officielle équivalente à celle des hommes, beaucoup de femmes avaient déjà donné la preuve de leur compétence et de leur efficacité comme médecins dans l'armée, notamment dans des situations de crise particulièrement difficiles. Les guerres ont permis aux femmes d'accéder à un certain nombre de responsabilités, notamment dans le domaine des forces armées. Et quand la paix revient, les femmes doivent abandonner les positions qu'elles ont conquises et sont cantonnées à leur rôle traditionnel de mère et d'épouse. Les femmes médecins ont montré

l'efficacité et le cran dont elles ont été capables pendant la première et surtout la deuxième guerre mondiale. Elles devront pourtant attendre longtemps avant d'obtenir un statut équivalent à celui des hommes, et surtout, les mêmes conditions d'accès à la fonction de médecin militaire.

Cependant, la guerre ouvre la voie de l'émancipation des femmes dans tous les domaines. Comme le dit très bien Michelle Perrot, *la guerre est, en somme, génératrice de frustrations, dans la mesure où elle ferme les issues qui s'entrebâillaient, ou qu'elle avait elle-même ouvertes. Ainsi, elle contribue à accroître la tension entre les sexes, la conscience que chacun d'eux a de lui-même. A terme, elle attise le féminisme futur.*²⁹

2- La nécessaire définition des termes.

• Le terme « féminisation » et son double sens.

Les termes « féminisation » ou « féminiser » peuvent être compris d'une double manière. « Féminiser » signifie en réalité *donner un caractère féminin ou efféminé.*³⁰ « Se féminiser » signifie, *comprendre un plus grand nombre de femmes qu'auparavant.*³¹ Et « féminisation » désigne en même temps, *l'action de féminiser et le fait de se féminiser.*³² En ce qui concerne le processus de féminisation des armées, il s'agit d'une augmentation du nombre de femmes. Nous employons ici les termes de « féminisation » et « féminiser » dans ce sens. Néanmoins, cette double acception du terme n'est pas sans conséquence, la féminisation du corps des officiers du service de santé pouvant être perçue comme un facteur de dévirilisation de cette collectivité.

• « Des femmes exceptionnelles », le risque d'un glissement sémantique.

L'histoire des femmes, et en l'occurrence des femmes médecins et militaires, ne peut s'écrire sans évoquer les actrices de cette histoire, le parcours des pionnières, de ces battantes, de ces femmes dites « d'exception ». Le dictionnaire donne deux significations au terme « exceptionnel » : cela notifie soit *qui n'est pas ordinaire, soit qui se distingue par ses mérites et sa valeur.*³³

Certes, ces femmes sont reconnues à juste titre comme des femmes « exceptionnelles », si le terme est pris dans le sens de brillantes, remarquables

²⁹ Michelle PERROT, *Les femmes ou les silences de l'histoire*, Paris : Editions Flammarion, 1998, p.368.

³⁰ *Le petit Larousse*, 1991.

³¹ *ibid.*

³² *ibid.*

³³ *Le Petit Larousse*, 1991.

et formidables. Mais, le risque est précisément qu'elles soient considérées comme des « exceptions », c'est-à-dire comme rares, inhabituelles, voire bizarres. Elles ont été effectivement peu nombreuses ; le faible nombre est à resituer dans une époque. Celles qui ont pu jouer un rôle important lors d'opérations militaires étaient peut-être des femmes singulières, différentes des autres femmes à la même époque. Toutefois, leur singularité est à replacer dans un contexte historique. Car ces femmes ne sont pas des exceptions de la nature mais des exceptions de l'histoire. Leur spécificité n'est pas due à une nature féminine éternelle qui produirait parfois ces bizarreries, elle est le produit d'une histoire. Le risque de l'utilisation de cette terminologie à double sens est d'amener à penser que seules des femmes, différentes par anomalie de l'image naturelle qu'on attribue au genre féminin, pourraient accéder à certains postes. Elles seraient les exceptions qui confirment la règle qui veut que la guerre et la médecine soient des affaires d'hommes.

3- Les non-dits de l'histoire.

Les opposants à l'intégration des femmes dans les forces armées ont mis le plus souvent en avant l'efficacité opérationnelle différente selon les sexes. Les femmes n'auraient pas les capacités physiques pour tenir certains emplois dans l'armée et elles n'auraient pas, pour la plupart, les aptitudes militaires requises, notamment celles liées au combat direct. La féminisation de l'armée serait incompatible avec les impératifs fonctionnels.³⁴ En réalité, l'exclusion totale ou partielle du sexe féminin dans le milieu militaire est surtout liée à la représentation des rôles sexuels. Le service de santé en est le modèle même.

En effet, la compétence des médecins militaires n'est que très peu en rapport avec des aptitudes liées à la force ou la taille, par exemple. Les qualités de ces médecins relèvent davantage de leurs capacités et de leurs connaissances intellectuelles, de leurs savoirs-faire et de leurs capacités de réaction. Même la notion de danger de certaines missions extérieures, parfois arguée pour justifier la restriction de l'accès des femmes à certains postes, est un argument qui ne paraît pas légitime. Car, pour des situations comparables, elle n'est pas toujours avancée. Ainsi, le service de santé a-t-il appliqué des quotas pour le

³⁴ voir à ce sujet, l'ouvrage collectif d'Elisabeth ADDIS, Valeria E. RUSSO, Lorenza SEBESTA, *Women soldiers : Images and realities*, New-York : Saint Martin's Press, 1994.

recrutement des officières³⁵ mais pas pour celui des Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux et des Armées (M.I.T.H.A.). Ce corps est féminisé à plus de 80%. Il participe largement aux missions extérieures et n'est pas moins exposé que le corps des officiers médicaux. Et « des conditions particulières d'emplois » ne sont pas évoquées pour limiter le nombre de femmes en son sein. Comme nous l'avons vu, les infirmières sont acceptées et reconnues depuis beaucoup plus longtemps dans l'armée que les femmes médecins. Le corps des sous-officiers du Service de santé des armées s'est construit sur l'image de l'infirmière maternante et héroïque de la guerre de 14-18. Le modèle médical médecin/infirmière est calqué sur la division sexuelle du travail, les femmes restent dans des positions de subalternes. Son succès permet l'acceptation d'une large féminisation dans les rôles d'infirmiers mais pas dans les rôles de médecins.

De plus, la fonction de médecin militaire est toujours attachée à l'image de l'officier. Car pour s'intégrer dans les différents corps de l'armée, le médecin doit être reconnu pour ses compétences médicales ainsi que pour ses qualités d'officier, de chef, souvent attachées à des valeurs réputées masculines. Le débat sur la féminisation du corps des officiers du Service de santé des armées emprunte donc des arguments favorables ou non à la féminisation du corps plus général des officiers. En réalité, il ne s'agit pas de savoir si les femmes médecins militaires ont les mêmes capacités physiques et intellectuelles et les mêmes compétences que leurs pairs hommes, cela apparaît de plus en plus évident pour tout le monde. Il s'agit de savoir si elles peuvent être des officiers au même titre que les hommes. L'aptitude à exercer une autorité, par exemple, est plutôt attribuée à la virilité, donc aux hommes. Les contradicteurs à la féminisation des corps d'officiers soutenaient ainsi qu'elle risquait de saper le fondement de la hiérarchie militaire, c'est-à-dire l'autorité et l'obéissance à l'autorité mais aussi la fraternité et la solidarité entre hommes. Nous y reviendrons.

Le modèle d'organisation de l'armée est un modèle d'organisation masculine ayant pour base des valeurs viriles. Féminiser la tête de l'armée d'une part affecterait l'image de l'officier et d'autre part l'empêcherait de remplir ses missions. De même, féminiser le corps des officiers du service de santé affaiblirait son rôle et poserait un problème d'intégration dans les organisations

³⁵ Nous emploierons le terme d'« officière » plutôt que celui d'« officier féminin » conformément à la circulaire du 6 mars 1998 relative à la féminisation des noms de métier, fonction, grade (parue au journal officiel le 8 mars 1998). Le terme « officière » est celui préconisé par le *guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions*, élaboré par Annie BECQUER, Bernard CERQUIGLINI, Nicole CHOLEWSKA, Martine COUTIER, Josette FRECHER et Marie-Josèphe MATHIEU du Centre nationale de recherche scientifique (C.N.R.S.), Institut national de la langue française (INaLF) et publié la Documentation Française (2^{ème} trimestre 1999). Consultation en ligne du guide sur Internet : www.culture.gouv.fr

combattantes. Enfin, comme dans les autres structures de la Défense,³⁶ l'augmentation du nombre d'officières dans le corps médical militaire peut bouleverser l'identité professionnelle des médecins de l'armée qui s'est construite sur les valeurs masculines de l'officier et sur celles non moins viriles du carabin.³⁷ Le terme « féminisation » peut renvoyer, à ce moment-là, à l'idée de « caractère féminin » qu'il soit pris dans le sens naturel ou culturel. Nous verrons les répercussions de cette identité professionnelle attachée à une identité sexuée et l'impact du modèle masculin d'organisation du travail sur le parcours professionnel des hommes et des femmes médecins militaires.

Derrière ces débats qui renvoient à une nature réelle ou supposée des hommes et des femmes, au-delà du bouleversement des identités professionnelles, c'est de la division sexuelle du travail dont il s'agit aussi. Car, la féminisation prise dans le sens d'une augmentation des personnels de sexe féminin, considérable pour le corps des médecins militaires, renvoie à un autre débat, indissociable de la question des identités masculines et féminines. Le sujet n'intéresse plus l'éthique ou la tradition, mais la gestion de personnel. Augmenter le nombre de femmes renvoie au monde des femmes qui travaillent et à l'évolution de la répartition des tâches entre les hommes et les femmes dans notre société. Prendre en compte cette augmentation oblige à penser le travail en relation avec la vie de famille. Féminiser impose la prise en compte des événements de la vie familiale, comme les grossesses, les maternités, la garde et l'éducation des enfants. La question, sous-jacente au débat qui a lieu au sein de l'institution, est de savoir si le rôle de mère et d'épouse est compatible avec l'état de médecin militaire.

⇒ **La féminisation du corps des médecins militaires a été plus difficile que celui d'infirmiers du Service de santé des armées pour plusieurs raisons.**

- **La profession de médecin est une profession traditionnellement masculine et renvoie à la construction d'un pouvoir masculin. Le modèle « médecin-homme/infirmière-femme » n'est pas favorable aux femmes médecins qu'elles soient civiles ou militaires.**
- **Les valeurs viriles attachées à la fonction de militaire sont antagoniques à l'accueil des femmes dans l'armée. Celles attachées**

³⁶ Pascale TROMPETTE, Jean SAGLIO, Serge DUFOULON, La féminisation de la frégate Montcalm, *Les champs de Mars*, premier semestre 1999 et *La différence perdue. La féminisation de l'équipage Montcalm*, Paris : Centre d'Etudes en Sciences Sociales de la Défense, novembre 1998.

³⁷ N'oublions pas ces chansons des étudiants en médecine et leur contenu édifiant à ce propos, chansons que chacun peut retrouver dans *Le bréviaire du carabin*, Paris : Editions médicales universitaires, 1976.

au rôle de l'officier le sont encore plus vis à vis de l'acceptation des femmes gradées. Or, pour être acceptés à part entière dans le corps des officiers, les médecins militaires ne mettent pas seulement en avant leurs compétences médicales, mais aussi leurs aptitudes à être officiers. Le modèle traditionnel de l'officier peut donc représenter un obstacle à l'accueil des femmes médecins militaires.

- Le problème de la gestion du personnel de sexe féminin est aujourd'hui l'argument principal retenu par les détracteurs de la féminisation du corps des officiers du service de santé. Il renvoie à une division sexuelle du travail en pleine évolution dans la société civile et est indissociable des transformations des identités professionnelles et personnelles.

Avant d'aborder la féminisation du service telle qu'elle apparaît aujourd'hui à travers notre enquête qualitative, nous allons tout d'abord nous intéresser à la démographie des hommes et des femmes médecins militaires. Les statistiques élaborées nous donnent une photographie d'ensemble de cette population.

III - L'enquête quantitative.

Une analyse chiffrée permettant d'apprécier la situation professionnelle et familiale des hommes et des femmes médecins est indispensable dans cette étude.

1- Avertissement préalable.

Avant de commenter les principaux résultats donnés par la construction de statistiques faites à partir d'un fichier anonyme du Service de santé des armées, nous tenons à rappeler que notre analyse n'est pas une analyse prospective. Elle concerne des données actuelles. Du fait du faible nombre de femmes, des conjectures sur l'avenir ne nous paraissent pas suffisamment fiables.

Mais, avoir une vue actuelle et juste des populations féminine et masculine et disposer de données sexuées est utile si l'on veut situer et comprendre les enjeux de la féminisation du service.

Les résultats statistiques ont été mis en annexe pour alléger le rapport. Nous allons cependant noter les aspects dominants et les commenter.

La première remarque qui se dégage de ces statistiques est la dissemblance de population entre les hommes et les femmes. Si on utilise la méthode du khi-deux pour comparer ces deux populations en matière d'âge, d'état matrimonial, d'enfants, etc., les répartitions observées sont toujours différentes. En prenant la population masculine comme effectif de référence, la population féminine comme effectif observé, le khi-deux³⁸ est toujours largement en dehors des valeurs observées dans la table de Fisher et Yates.³⁹

³⁸ Le khi-deux de Pearson est une forme de mesure de l'écart entre la distribution observée et la distribution théorique. Il est égal à la somme, pour toutes les modalités observées, de l'effectif théorique (n) moins l'effectif observé (n') au carré sur l'effectif observé, soit : $(n-n')^2/n'$.

³⁹ La table du khi-deux élaborée par Fisher et Yates permet d'admettre ou d'infirmer l'hypothèse d'une similitude entre les deux distributions, en fonction de degrés de liberté (nombre de cases remplies librement dans le tableau étudié) et d'un seuil, d'un risque déterminé d'erreur.

2- Caractéristiques familiales et privées.

→ Age et sexe de la population.

Plus de 60% des médecins militaires ont entre 40 et 60 ans (tableau n°1), alors que la moyenne française, pour la même tranche d'âge, rapportée à une population de 20 à 60 ans, est de 47,84%.⁴⁰ Cela s'explique par la durée des études médicales qui amènent tardivement les médecins sur les tableaux des effectifs actifs. La difficulté de recrutement constitue peut-être aussi un facteur explicatif.

Néanmoins, la population des médecins militaires est plus jeune que celle des médecins civils. En effet, 72,22% des médecins civils ont entre 40 et 60 ans, pour une population comparable (médecins âgés entre 20 à 60 ans).⁴¹

Il faut noter que la population féminine est moins âgée que la population masculine, les plus de 40 ans représentant respectivement 41% des femmes et 64% des hommes. La moyenne d'âge des hommes est de 42 ans et celle des femmes de 37 ans. Par rapport à la population des médecins civils, féminisée depuis plus longtemps, l'écart entre la proportion des hommes et des femmes entre 40 et 60 ans est un peu moins important (63,85% pour les femmes et 77,17% pour les hommes). Il faut relativiser cette jeunesse. Il est intéressant de noter que, s'il n'y a pas de femmes ayant plus de 30 ans de services, le recrutement féminin étant trop récent, la proportion des femmes ayant une durée de services supérieure à 20 ans est importante puisqu'elle concerne quasiment la moitié des femmes (49,8%).

Le taux de féminisation est aujourd'hui de 11,15%. Il est très nettement inférieur à celui de la population des médecins civils actifs qui s'élève à 36,5%.⁴²

→ Structure familiale et conjugale.

L'état matrimonial.

- Concernant l'état matrimonial (tableau n°2), nous pouvons dire, en le comparant à la structure de la population française de plus de 15 ans,⁴³ que les célibataires sont moins nombreux (11,41% pour un peu plus de 30%) et la

⁴⁰ Recensement 1999, principaux indicateurs de l'INSEE, [population par sexe et âge].

⁴¹ Chiffre calculé à partir du tableau 2B, [répartition par groupe d'âge des médecins actifs de métropole], *La démographie médicale française, situation au 31 décembre 1998, op. cit.*, p. 13.

⁴² *La démographie médicale française, situation au 31 décembre 1998, op. cit.*, p.12.

⁴³ *Tableau de l'économie française*, Paris : INSEE, 2000, p. 27.

proportion de mariés plus élevée (83% pour un peu plus 50%). Mais, dans la mesure où notre population a plutôt plus de 30 ans, ce rapport est peu pertinent.

14,7% d'hommes médecins militaires vivent seuls (célibataires, divorcés ou veufs) et 24,7% des femmes sont dans la même situation, ce qui constitue une différence notable. Ce pourcentage est à rapprocher de la situation des femmes cadres qui, pour 21% d'entre elles, vivent seules et des 26,4 %⁴⁴ femmes médecins civils qui sont dans la même situation. La légère différence avec ces dernières est possiblement due à un taux de veuves plus important (5,4% pour 0,81%), lui-même consécutif d'une pyramide d'âge plus haute pour les médecins civils. Par contre, le taux de femmes mariées est le même, il est de 73,28% pour les femmes médecins militaires et de 73,6% pour leurs collègues civiles.

En fait, plus les femmes sont diplômées moins elles se marient et constituent un couple.⁴⁵ Les officières du service de santé n'échappent pas à la règle. Dans leur cas, elle semble même s'appliquer un peu plus.

- En ce qui concerne les « démariages », nous ne pouvons pas donner un taux de divorce car, parmi les personnes mariées, certaines pouvaient avoir déjà divorcé. Nous pouvons juste constater que les hommes médecins militaires divorcés sont moins nombreux proportionnellement (3,25%) que les hommes français en général (5,6%).⁴⁶ Donc, soit ils divorcent moins, soit ils se remarient plus.

En revanche, la proportion des femmes médecins militaires divorcées (7,69%) est plus importante que celle de leurs homologues de sexe masculin et de celle des femmes civiles en général (6,9%)⁴⁷ mais quasiment identique à celle des femmes médecins civils. Même, si l'étude concernant la population féminine dépendant du conseil de l'ordre des médecins n'est pas récente, cette similitude des profils matrimoniaux est notable.

La proportion de familles monoparentales est au plus de 4,67%⁴⁸ pour 7% dans la population française. Ce faible pourcentage est dû au nombre probablement peu important des divorces chez les hommes.

⁴⁴ Olivier DUBOIS, Résultats d'une étude sociologique des médecins femmes, *op. cit.*, p. 6.

⁴⁵ INSEE 1^{ère}, n°788, juillet 2001.

⁴⁶ *Tableau de l'économie française, op. cit.*, p. 27.

⁴⁷ *ibid.*

⁴⁸ Cette proportion doit être minimisée puisque, d'une part parmi les personnes divorcées ou séparées avec des enfants toutes n'ont pas la garde de leurs enfants, et d'autre part, les couples de médecins militaires séparés ou divorcés et ayant des enfants sont comptabilisés deux fois.

Fécondité et nombre d'enfants.

- L'indicateur de fécondité des médecins militaires (tableaux n°3 et n°7) est de 2,14, il est donc plus élevé que celui de la moyenne nationale (1,77). Celui des femmes médecins militaire (1,66) est plus faible que celui de la moyenne nationale. Ce chiffre peut s'expliquer en partie par la proportion relativement élevée de femmes n'ayant pas d'enfant, soit 26,7%. D'une part, les femmes seules sont nombreuses et d'autre part, parmi les personnes mariées 7% n'ont pas d'enfant, soit 6,5% des hommes mariés et 13% des femmes mariées.

Le niveau de qualification n'a pas d'impact négatif sur la fécondité (tableau n°11), au contraire. Les femmes spécialistes sont plus nombreuses en pourcentage à avoir trois enfants que les généralistes qui ont plutôt deux enfants au plus. Au-delà de trois, le pourcentage est quasiment identique.

Le nombre d'enfants des médecins militaires de sexe féminin est à peu près identique à celui de leurs collègues civiles. Elles sont juste un peu plus nombreuses à ne pas avoir d'enfant et un peu moins à en avoir plus de trois.⁴⁹

- Si le nombre moyen d'enfants par femme est faible celui des hommes est beaucoup plus élevé (2,2), il correspond à peu près à celui de la population militaire (2,1).⁵⁰

Les hommes ont en moyenne beaucoup plus d'enfants que les femmes, car ils sont 42% à avoir trois enfants et plus contre 26% pour les femmes. Parmi ceux qui ont des enfants, ils sont 50% à avoir trois enfants et plus, contre 36% pour les femmes. Du côté des hommes, il semble que plus ils sont qualifiés, plus ils ont des enfants, sans doute comme les officiers supérieurs qui ont en moyenne plutôt plus d'enfants (2,7).⁵¹

Il n'est pas certain que l'âge soit l'explication unique à cette meilleure fécondité des spécialistes et à la différence entre le nombre moyen d'enfants des hommes et des femmes. Si l'on prend par exemple le nombre d'enfants selon le grade et surtout le nombre moyen d'enfants par grade et par sexe (tableau n°12), on s'aperçoit que plus le grade des hommes est élevé, plus ils ont des enfants. Il se produit l'inverse pour les femmes. Les femmes médecins chefs ont une fécondité bien inférieure (1,9) à celles qui ont le grade de « médecin principal » (2,1) et à leurs confrères hommes au même grade (2,65). Nous pouvons donc dire que le nombre d'enfants et le grade sont liés dans un sens ou dans un autre. Soit les femmes font moins d'enfants quand elles accèdent à un certain

⁴⁹ Olivier DUBOIS, Résultats d'une étude sociologique des médecins femmes, *op. cit.*, p. 8.

⁵⁰ Alain NOUALHAT, René ROSTAN, Enquête sur l'environnement familial et social des militaires en 1994, rapport d'enquête, Paris : Observatoire social de la Défense, 1996, p.86.

⁵¹ *ibid.*

niveau de responsabilité, soit elles ont des difficultés à accéder à certains grades quand elles ont davantage d'enfants.

Quoi qu'il en soit, le profil des officières du service de santé ressemble davantage à celui de leurs consœurs civiles qu'à celui de leurs homologues de sexe masculin.

3- Caractéristiques professionnelles.

→ Le niveau de qualification.

La proportion des femmes généralistes (74,9%) est largement supérieure à celle des hommes (46,2%) qui sont majoritairement des spécialistes (tableau n°5). Ce n'est pas dû à la relative jeunesse de la population féminine puisque le niveau de qualification selon les classes d'âge (tableau n° 15) nous indique que 63% des femmes entre 35 et 44 ans et 66,7% des plus de 45 ans sont généralistes pour respectivement 45,4% et 32,6% des hommes. Alors que les femmes sont souvent plus brillantes dans les études que leurs confrères, elles s'orientent moins vers des carrières spécialisées.

→ grades et progression dans la carrière.

- 51,4% des femmes ont le grade de « médecin » (capitaine), pour 27,4% des hommes. 17% des femmes sont au grade de « médecin chef » pour 41,3% des hommes (tableau N°6). Aucune n'a le grade de « médecin chef de classe normale ou hors classe ». Cette disparité est liée principalement au recrutement tardif des femmes, aucune n'a plus de 30 ans de services.

Cette explication ne doit pas en dissimuler une autre car il semble que certaines femmes accèdent plus difficilement aux grades plus élevés.

- La progression de carrière paraît plus difficile pour les femmes que pour les hommes. Le tableau des grades par durée de services (tableau n°14) est révélateur. Les femmes accédant au grade de « médecin chef » et de « médecin principal » sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à date d'entrée à l'école comparable. Ainsi, par exemple, parmi ceux qui sont entrés dans l'armée depuis 15 à 19 ans, 24,6% des hommes sont passés au grade de « médecin principal » contre 17% de femmes. De même, parmi ceux qui ont intégré le service depuis 25 à 29 ans, 85% d'hommes sont au grade de « médecin chef » contre 54% de femmes. Certes, c'est peut-être le résultat de mise en congé parental ou de disponibilité, donc d'une durée effective de services moindre. Nous n'avons pas les données pour le savoir. Quoi qu'il en soit, d'une part,

cela mériterait d'être vérifié, et d'autre part, le cas échéant, cela prouverait les difficultés de concilier une belle carrière avec une vie de famille.

→ les départs.

Les données chiffrées suivantes sur les départs sont à prendre avec beaucoup de précautions (tableau n°16). Nous n'avons pu les obtenir qu'en soustrayant le nombre de médecins par sexe et par année d'entrée au service et dépendant encore du service de santé à celui du nombre de candidats, par sexe et par année, admis au concours des écoles de santé. Donc, nous n'avons pas les raisons des départs et surtout le temps effectué dans le service.

- Si l'on compare les départs globaux des hommes et des femmes à compter du moment où ils sont admis au concours jusqu'à aujourd'hui (voir graphique 16), le pourcentage de départ des femmes est certes un peu plus élevé que celui des hommes. Néanmoins, en valeur absolue, le nombre de départs des hommes restent très élevé et supérieur à celui des femmes (662 pour 179, soit 78,7% des départs). On peut donc difficilement imputer les problèmes actuels d'effectifs aux départs des femmes.

- À propos des départs par année, le pourcentage de femmes recrutées au début des années 1980 ayant quitté le service est important, mais concernant ceux recrutés après les années 1986, le pourcentage des hommes quittant le service est plus élevé que celui de leurs consœurs. Beaucoup plus de femmes que d'hommes ayant réussi le concours entre 1981 et 1986 ont quitté le service. La tendance s'inverse ensuite. Les hommes recrutés entre 1986 et 1990 proportionnellement sont plus retournés à la vie civile que les femmes recrutées à la même époque. C'est probablement dû à des échecs en école ou à des démissions avant la troisième année. Quoi qu'il en soit, cela engendre des effectifs en moins pour le service.

Ces chiffres demanderaient des données sexuées complémentaires que nous n'avons pas pu avoir. Il faudrait pouvoir calculer par sexe et par année de recrutement, le nombre de femmes et d'hommes admis dans les écoles, le nombre de ceux sortis avec leur diplôme et enfin le nombre de ceux qui sont encore dans le service.

⇒ Ainsi, des caractéristiques essentielles diffèrent entre les hommes et les femmes. Concernant la vie familiale et privée, les femmes vivent davantage seules et ont moins d'enfants que les hommes. Le profil des femmes médecins militaires se rapproche de celui de leurs consœurs civiles plutôt que de celui de leurs pairs militaires.

Touchant le parcours professionnel, elles se spécialisent moins que les hommes et il semble que leur fécondité ne soit pas sans incidence sur

leur grade ou inversement. Quant à leur progression de carrière, elle semble moins facile que celle des hommes.

Enfin, au sujet des départs, si proportionnellement plus de femmes que d'hommes réussissant le concours d'entrée aux écoles de santé quittent le service, le problème actuel d'effectif n'est pas dû principalement à cette désaffection féminine. En nombre, les départs des hommes restent beaucoup plus importants.

IV- L'enquête qualitative: déroulement et résultats.

1- Le déroulement de l'enquête.

1- Les interviews effectuées.

Nous avons prévu de réaliser une quarantaine d'entretiens au plus. Toutefois il nous a paru sensé d'en effectuer davantage afin d'avoir un corpus plus riche à analyser et un échantillonnage plus large pour chaque armée. En effet, la diversité des emplois des médecins militaires conduit à leur dissémination dans de nombreux corps et organismes. Tenir compte de cette variété de postes nous a semblé nécessaire pour avoir une diversité de situations. Nous avons donc un éventail complet des différentes affectations des officiers du service de santé et avons touché les médecins militaires de l'Armée de terre, de l'Armée de l'air, de la Gendarmerie et de quelques organismes, comme la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.M.S.S.). De même, une représentation des spécialistes comme des généralistes était obligatoire, et nous avons enquêté dans deux hôpitaux militaires, un se situant à Paris et l'autre en Province.

Nous avons rencontré 94 personnes et plusieurs groupes d'étudiants du Service de santé des armées. Ont été effectués :

→ des entretiens avec 8 officiers supérieurs ou généraux du Service de santé des armées ayant des responsabilités de « gestionnaires » et avec 4 personnes travaillant pour la gestion du personnel, notamment en hôpital.

→ des entretiens avec 84 officiers du service de santé dont 42 hommes et 42 femmes. Tous ne sont pas médecins militaires, 79 le sont, les 7 autres sont : pharmaciens (5), dentiste (1), psychologue (1). Ils ont été pris en compte dans notre enquête non dans leurs particularités mais dans leur ressemblance avec les médecins militaires.

→ des entretiens avec trois groupes d'une dizaine d'étudiants chacun (de la seconde à la cinquième année d'école) et un amphithéâtre avec les étudiants de la sixième année.

→ se sont rajoutés 2 entretiens, l'un avec un chef de corps, l'autre avec un commandant en second, rencontrés lors de notre visite dans leur formation.

La représentativité de la population féminine est beaucoup plus grande (17% des femmes médecins militaires ont été rencontrées) que celle de la population masculine (2 % des hommes médecins ont été rencontrés). Compte tenu du

petit nombre de femmes médecins, il était important d'en rencontrer proportionnellement davantage que les hommes. Surtout, les parcours des femmes médecins restent au cœur de notre enquête, même s'il nous a paru essentiel de les comparer avec ceux de leurs collègues hommes.

Notre échantillon d'hommes est certes de taille réduite, mais nous avons œuvré pour qu'il soit le plus représentatif possible, et ce malgré les contraintes de temps et de budget. Le choix des sujets interviewés s'est fait en concertation avec les responsables hiérarchiques. Notre sélection était de plus en plus exigeante au fur et à mesure de notre enquête afin d'approcher une certaine exemplarité. Mais, il n'a pas été toujours possible d'avoir les personnes correspondant exactement à l'éventail recherché.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que dans une démarche de type qualitatif, un échantillon peut rarement être considéré comme totalement représentatif.⁵² De plus, la variété des situations était importante. Néanmoins, comme nous le verrons, la population des hommes interviewés s'éloigne peu de la population totale des hommes médecins militaires.

Enfin, la richesse des entretiens et la qualité des réponses, nous donnent le matériau suffisant qui, travaillé, permet de dévoiler les logiques qui sous-tendent les stratégies professionnelles et familiales des hommes et des femmes médecins. La comparaison des trajectoires et les représentations de ces deux populations est possible. Nous avons pu rendre compte des évolutions dans la manière d'envisager le métier de médecin militaire et de la force de certains modèles de la sphère professionnelle comme de la sphère familiale.

2- La démarche qualitative.

Le cadre et le déroulement des entretiens.

Les conditions de l'enquête.

L'enquête s'est déroulée dans de bonnes conditions car elle intéresse les personnels du service de santé comme leurs supérieurs. La féminisation plus large du corps des médecins des armées semble un sujet très débattu de manière informelle au sein de l'institution. La chercheuse a été très bien accueillie mais l'inquiétude était grande quant aux résultats de l'investigation et quant à son utilisation. Il nous est apparu nécessaire de rappeler que cette étude n'était pas un « audit ». Cette recherche n'a pas pour visée directe un changement d'organisation, mais une visibilité de la complexité des interactions

⁵² Jean-Claude KAUFMANN, *L'entretien compréhensif*, Paris : Editions Nathan, collection 128, 1996, p. 41-42.

et des enjeux de la féminisation du corps des officiers médicaux du Service de santé des armées. Notre but était ici d'apporter un éclairage objectif de socio-anthropologie et de proposer des éléments de réflexion sur la féminisation du service.

Le contact entre les personnes interviewées et la chercheuse n'a pu se faire directement, mais a été établi, le plus souvent, par l'intermédiaire d'un supérieur. Les personnes ont été convoquées par leur hiérarchie. Les entretiens se sont déroulés avec l'enquêtrice près du lieu de travail des intéressés, le plus souvent dans des salles proches de leurs directions. Le cadre des rencontres n'était donc pas, de prime abord, favorable à la confiance. Rassurer les personnes consultées sur la confidentialité des réponses et sur l'anonymat a été crucial. Quand cela n'a pas été fait dès le début de la rencontre, la qualité de l'entretien a été compromise. Les parcours familiaux et professionnels étant très repérables, il ne peut être question de divulguer le contenu individuel des entretiens, même de façon anonyme.

Nous avons voulu laisser une large part à la parole des interviewés. Compte tenu de la méfiance des personnes rencontrées, aucun enregistrement n'a été fait. Toutes les citations sont le résultat de notes prises au cours des entretiens. Elles sont toutes réelles mais nous avons délibérément retiré ou transformé tous les éléments susceptibles d'ôter une part d'anonymat, en particulier l'affectation par armée, l'âge exact, le nombre d'enfants, etc.

La technique d'enquête.

Les entretiens sont individuels, sauf en ce qui concerne les étudiants du service de santé que nous avons rencontrés pour la plupart en petits groupes autour d'une table. Nous avons d'ailleurs recueilli, pour ce dernier cas, un discours collectif d'école plutôt qu'une parole personnelle. L'entretien de groupe ne permet pas d'accéder aux contradictions internes d'un discours individuel.⁵³ Ces rencontres n'en demeurent pas moins intéressantes et exploitables.

Les entretiens sont des entretiens semi-directifs où ont été cernés plusieurs thèmes (voir la grille d'entretien en annexe). En ce qui concerne les médecins en activité, nous leur avons demandé de relater, dans un premier temps, leur parcours professionnel et familial respectif. Plusieurs thèmes ont été abordés : les motivations professionnelles, les obstacles de carrière, les contraintes professionnelles, les contraintes familiales ou personnelles, la gestion des carrières dans le couple et, le cas échéant, la gestion du Service de santé des armées, la féminisation du service de santé. En outre nous avons demandé aux femmes si le fait d'être une femme les pénalisait dans leur carrière. Nous avons

⁵³ Alain BLANCHET et AL., *L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens*, Paris : Editions Bordas, 1985, pp. 232-233.

questionné les hommes sur l'opinion qu'ils ont des femmes médecins militaires.

Une souplesse et une certaine liberté ont accompagné nos entretiens. Nous n'avons pas hésité à être à l'écoute des personnes et à mettre de côté notre grille d'entretien quand les informations livrées nous semblaient mériter des approfondissements. Cela nous a permis d'enrichir notre corpus et nos items. Nous avons essayé d'éviter une discontinuité dans le discours qui empêche les informateurs de se livrer, une cohérence du discours était importante pour permettre des effets de vérité.⁵⁴

Les personnes rencontrées ont répondu assez facilement, une fois rassurées sur l'anonymat. Les femmes parlaient beaucoup plus facilement que les hommes, d'une part, peut-être parce l'enquêteur est une femme, et d'autre part, parce que les femmes, en général, abordent plus aisément leur vie intime. Surtout, vie privée et vie professionnelle sont chez elles souvent profondément liées. Les femmes racontaient automatiquement leur parcours professionnel en rapport avec des événements intimes ou familiaux. Les repères des entretiens féminins sont plus souvent des événements personnels ou familiaux. Les hommes, eux, narraient souvent leur parcours professionnel de manière chronologique et leurs différentes mutations rythmaient le discours. La question privée devait souvent être introduite par l'enquêtrice. En fait, des hommes essentiellement, mais aussi quelques femmes, ne comprenaient pas la teneur de l'enquête et, en particulier, pourquoi nous leur demandions de raconter leur histoire familiale dans un contexte professionnel. Cette résistance est révélatrice de la volonté de ne pas mêler sa vie personnelle à son travail, de cette imperméabilité entre sphère professionnelle et sphère privée.

Le dépouillement et l'analyse des résultats.

Les entretiens ont tous été retranscrits intégralement et ont servi de base à un dépouillement systématique (plus de 300 pages).

Nous avons d'une part procédé à une analyse de contenu thématique, c'est-à-dire que nous avons d'abord déconstruit les discours et regroupé ce qui se référait aux mêmes thèmes dans les différents entretiens grâce à une grille d'analyse. Les unités thématiques étaient données par nos hypothèses de recherche et par notre grille d'entretien. Le corpus d'entretiens nous a permis de rajouter et d'affiner nos items. Nous avons ainsi pu mettre en évidence des similitudes, des corrélations, des variations et des éléments expliquant ces variations.

⁵⁴ Jean-Claude KAUFMANN, *L'entretien compréhensif*, Paris : Editions Nathan, 1996, pp. 69-70.

Comme dans la technique des histoires de vie, nous avons d'autre part procédé à une lecture plus «compréhensive» des discours et tenu compte de l'architecture des entretiens, de leur cohérence interne, et notamment des trajectoires individuelles, des moments-clefs de choix professionnels et familiaux.

3- Caractéristiques de la population interviewée.

Caractéristiques professionnelles.

Fonctions : généralistes, spécialistes et autres.

	Femmes	Hommes
Généralistes	30	30
Spécialistes	10	11
Professeurs Agrégés H	0	2
Spécialistes SH	8 (dont 2 SR)	9 (dont 2 SR)
Assistants H	2	0
Autres	2	1

SR = spécialiste de recherche

Autres = dentiste, psychologue, stagiaire. Les pharmaciens sont inclus avec les médecins généralistes ou spécialistes.

La proportion de généralistes et de spécialistes a été parfaitement respectée pour les femmes car elle est sur la population féminine totale respectivement de 75% et 25%. (voir donnée n°5 en annexe)

En revanche, les hommes spécialistes sont sous-représentés. Cela est dû à la difficulté de les rencontrer en hôpital. Nous avons, en outre, peu fait d'entretiens dans les instances dirigeantes où ils sont très nombreux.

Répartition par armées.

	Femmes	Hommes
Hôpital+Recherche	12+2=14	10+2=12
Marine	5	7
Terre+ Gendarmerie	14+2=16	8+2=10
Air	3	9
Hors Budget	4	4

Nous avons bien sûr tenu compte de l'armée d'appartenance des officiers du service de santé. Néanmoins, dans le cadre de notre enquête, des différences fondamentales entre les armées ne nous sont pas apparues. De plus, le respect de l'anonymat nous a incité à ne pas faire mention de cette caractéristique. Nous l'avons signalé uniquement quand cela nous a semblé vraiment intéressant et incontournable.

Responsabilités hiérarchiques.

	Femmes	Hommes
Chefs	10 (dont 3 en H ou SR)	20 (dont 3 en H ou SR)
Adjoints	30 (dont 9 en H ou SR)	21 (dont 8 en H ou SR)
Autres	2	1

H=hôpital

SR=service de recherche

Nous avons rencontré davantage d'hommes ayant une fonction de chef ; cela correspond à une réalité de terrain, les femmes étant moins présentes à des postes à responsabilités. De plus, ces notions de chef et d'adjoint recouvrent des situations très diverses. Un chef d'un service hospitalier a des responsabilités très différentes de celles d'un médecin responsable médical d'une infirmerie d'un régiment ou d'un bâtiment de la Marine nationale.

Grades.

	Femmes	Hommes
Médecins (ou pharmaciens)	22	11
Médecins principaux	14	12
Médecins chefs	4	19
Autres	2	0

La répartition par grades est à peu près respectée pour les hommes comme pour les femmes (voir donnée n°6), seuls les médecins chefs femmes et hommes sont sous-représentés. De même, nous n'avons pas pu obtenir d'entretiens individuels avec des médecins chefs de classe normale ou hors classe. L'enquêtrice a pu cependant en rencontrer quelques-uns dans le cadre de leurs responsabilités hiérarchiques.

Caractéristiques familiales et personnelles.

L'âge des intéressés.

Ages	Hommes	Femmes
- de 30 ans	2	7
30-34 ans	6	6
35-39 ans	9	14
40-44 ans	9	13
45-49 ans	10	2
+ de 50 ans	6	0

Là encore la proportion est respectée (voir données n°1) hormis pour les officiers du service de santé les plus âgés qui sont sous-représentés. La tranche « 35-39 ans » pour les femmes est sur-représentée. C'est un âge capital dans le cursus professionnel et familial, il était donc important d'avoir suffisamment d'éléments d'analyse.

L'état matrimonial.

	Femmes	Hommes
Célibataires	7	5
Mariés	28	34
Divorcés (ou séparés)	7	2
Veufs	0	1

La répartition matrimoniale est bien représentative de la population des médecins militaires, la proportion de célibataires, notamment, est parfaitement respectée. Seules les personnes séparées sont un peu plus représentées, notamment chez les femmes. Il s'agissait d'avoir là aussi une diversité de situations.

Nombre d'enfants.

	Femmes	Hommes
Aucun	12	6
1 enfant	2	7
2 enfants	14	11
3 enfants	8	10
4 enfants et plus	6	8

Le nombre d'enfants des hommes correspond à peu près à celui de la population des médecins militaires dans leur ensemble (voir donnée n°3). En revanche, si les proportions des femmes médecins militaires n'ayant pas d'enfant et de celles ayant deux enfants sont parfaites, la catégorie des femmes médecins militaires ayant plus de 3 enfants est sur-représentée.

La situation professionnelle du conjoint.

La plupart des aspirants médecins se marient pendant leurs années d'études et plus de la moitié des femmes rencontrées se sont mariées avec de futurs médecins militaires, soit 20 sur 33 mariées ou divorcées. Cette proportion est forte, elle correspond à une caractéristique générale des femmes militaires dont les trois-quarts ont un conjoint militaire ou retraité militaire.⁵⁵ Nous n'avons malheureusement pas pu avoir de données globales sur la situation professionnelle des épouses.

Conjoints	Hommes	Femme
Médecins militaires	3	17 (+ 3 qui ont divorcé)
Militaires (ou retraités militaires)	1 (retraîtée)	4
Civils (ou sans emploi)	30 (+ 3 qui ont divorcé ou qui sont veufs)	7 (+2 qui ont divorcé)

Comme pour les autres femmes militaires, une forte homogamie caractérise les mariages des femmes officiers du service de santé. C'est une donnée

⁵⁵ Jean-François LEGER (sous la direction de), *Les femmes militaires, repères socio-démographiques*, Paris : Observatoire social de la Défense, 2000, p. 58.

importante car elle nous apprend que les femmes auront plus de chances d'être dans un couple où les contraintes de la vie militaire sont multipliées par deux.

Ce qui n'est pas le cas des hommes médecins militaires qui se marient avec des femmes civiles, même si elles sont parfois issues du milieu militaire.

⇒ Si notre population enquêtée n'est pas strictement représentative de la population globale des médecins militaires, elle en possède dans l'ensemble les grands traits. Une prise en compte de quelques particularités a été aussi intéressante pour l'analyse.

Nous allons maintenant aborder les premiers résultats de l'enquête par les motivations des officiers du service de santé femmes et hommes.

2- L'engagement : devenir médecin, être militaire.

1- Un recrutement masculin et féminin endogène.

Endogamie militaire.

Une forte tradition militaire familiale a conduit les médecins militaires sur la voie des écoles du Service de santé des armées. 39 des 84 médecins rencontrés ont un membre proche de leur famille qui est, ou était militaire, et 28 ont un père militaire. Il semble, d'après notre échantillon que la proximité avec le monde de l'armée est un petit peu plus forte chez les femmes que chez les hommes. 17 sur les 42 hommes interviewés et 22 sur les 42 femmes signalent un militaire dans leur entourage familial (ascendants ou collatéraux au deuxième degré au plus).

9 des 13 femmes de moins de trente-cinq ans ont un militaire dans leur famille proche, la proportion pour les plus de trente-cinq ans est de 13 pour 29. Pour 6 de moins de trente-cinq ans et pour 8 de plus de trente-cinq ans, il s'agit de leurs pères. Contrairement à l'étude réalisée par l'Observatoire social de la Défense⁵⁶ qui notait une évolution dans le milieu d'origine chez les femmes militaires servant au S.S.A., le recrutement des femmes plus âgées n'apparaît pas plus endogène que celui des plus jeunes. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette différence, outre les aléas de l'échantillon, est due à une tradition

⁵⁶ Jean-François LEGER (sous la direction de), *Les femmes militaires, repères socio-démographiques*, op. cit., p.54-55.

familiale plus forte chez les femmes officiers du S.S.A. que chez les sous-officiers.

La connaissance du milieu militaire.

Etre fils ou fille de militaire permet une meilleure connaissance du milieu militaire, une meilleure information sur la vie du militaire et ses contraintes, voire une formation à la culture et aux valeurs militaires :

L'ambiance, l'esprit du milieu m'ont toujours plu, j'aimais cette camaraderie poussée à l'extrême. (homme, 30-35 ans)

Mon père est militaire, mon grand-père aussi. J'ai toujours voulu entrer dans les armées (...). Dans l'armée, on voit du monde, on appartient à une collectivité. J'étais attirée par le mythe de l'armée, par l'appartenance à la grandeur de l'armée. (femme, moins de 30 ans)

Mais souvent cette connaissance, même pour ceux élevés dans ce milieu, est limitée :

Mon père était militaire mais il n'avait pas bougé du fait de son hyper-spécialisation. Donc, je ne me suis pas rendu compte qu'être militaire signifiait être muté tous les trois ans. (femme, 40-45 ans)

Malgré une forte endogamie, il semble que les astreintes liées au métier de médecin militaire aient été peu envisagées lors de l'engagement des officiers du service de santé. Soit ils les méconnaissaient, soit leur jeunesse leur voilait les contraintes familiales attachées à cette profession.

Endogamie médicale.

A l'endogamie militaire s'ajoute l'endogamie médicale car 6 femmes et 11 hommes signalent un membre de leur famille proche dans le domaine médical. 4 hommes ont un père qui est, ou a été, médecin militaire.

Ainsi, certains signalent plusieurs générations de militaires, voire de médecins militaires, mais le sentiment de s'inscrire dans une lignée est alors davantage l'apanage des hommes :

J'ai eu le virus par mon père, je l'ai suivi dans toutes ses affectations. Je l'idéalisais, je l'idolâtrais. (homme, 30-35 ans)

L'armée était un moyen de promotion sociale pour ma famille. J'ai vraiment le sentiment de m'inscrire dans une lignée de militaires. (homme, 45-50 ans)

Filiation masculine « naturelle », filiation féminine conquise.

Même si certaines femmes ont un ascendant militaire, elles ont moins ce sentiment d'appartenir naturellement à une lignée. L'envie de montrer de quoi

elles étaient capables à leurs familles, particulièrement aux pères, est très présente chez certaines femmes :

Je suis motivée pour faire carrière, notamment vis à vis de mon père. Je veux lui prouver que je suis capable de réussir, de faire aussi bien, voire mieux.
(femme, 30-35 ans, père officier)

L'idée de filiation « naturelle », contrainte ou souhaitée, reste toutefois masculine. Pour les garçons, il s'agit de concrétiser la filiation qui est évidente, pour les filles de la prouver, de la gagner. Entrer dans l'armée est pour certaines une façon de défier leur famille.

Le milieu familial ne joue pas toujours le rôle d'un simple informateur sur la vie militaire et le désir d'engagement n'est pas toujours, notamment pour les plus âgés, un choix personnel. Il est souvent un choix familial.

2- L'influence de la famille et du milieu dans l'engagement.

L'importance de l'image paternelle.

La figure paternelle est très présente dans les entretiens des hommes comme des femmes. C'est souvent le père, militaire ou non, qui influence, se renseigne et fait les démarches d'inscription. Pour quelques-uns, parmi les plus âgés, le choix militaire n'a pas été fait par eux ; leur père les a inscrits d'office au concours et contraints à suivre le cursus :

Mon père m'a fait connaître le milieu du Service de santé des armées car il voulait me caser.
(homme, 35-40 ans)

Mon père était militaire et il a voulu que son fils aille dans les armées car les études étaient payées. Je n'avais pas forcément une très bonne vision de l'armée au début et je n'étais pas forcément content d'intégrer ce corps. (homme, 45-50 ans)

Je n'étais pas du tout préparée, je ne savais même pas que je serais militaire. Pour mon père, c'était inespéré, mais je lui en ai voulu et je lui en veux toujours. (femme, 45-50 ans)

Quant aux garçons et aux filles, entrer dans une école du S.S.A. leur permettait souvent de s'affranchir de leur famille en restant dans un cadre sécurisant :

J'avais besoin d'autonomie et là, j'étais loin de mes parents mais dans un groupe sécurisant.
(femme, 40-45 ans)

Parfois l'engagement permettait même de s'éloigner d'un père autoritaire :

Je voulais quitter le milieu familial car mon père était dominateur. (homme, plus de 50 ans)

Du choix familial au choix personnel.

L'entrée au Service de santé des armées est un choix, avant les années quatre-vingt-dix, plus souvent guidé par la famille qu'aujourd'hui. Les écoles militaires

de santé apparaissaient pour les parents, surtout dans les années soixante-dix et quatre-vingts, offrir un cadre pour leur fille beaucoup plus protecteur et pour les garçons plus astreignant que l'université où les étudiants sont autonomes et livrés à eux-mêmes. Les écoles de santé militaires paraissaient une structure préférable, offrant un meilleur environnement social à ceux inquiets de voir leur fille quitter la maison :

Je venais d'un milieu rural avec un sens moral développé, mes parents avaient peur de la faculté. J'ai réussi le concours et mes parents étaient rassurés que je sois dans un milieu encadré. (femme, 35-40 ans)

Encore aujourd'hui, il semble que les parents des filles nouvellement recrutées téléphonent plus fréquemment à l'école que ceux des garçons.

Pour les garçons, il s'agissait davantage d'offrir un cadre plus strict que la faculté et de leur donner ainsi une meilleure chance de réussir leurs études.

Les intéressés adhéraient le plus souvent d'ailleurs à cette recherche d'un milieu sécurisant pour les filles et plus strict pour les garçons :

Je voulais être dans une structure où je pouvais être suivi pendant mes études et il n'en existait pas d'autres. Il y avait des interrogations régulières à l'école et un système coercitif. (homme, 35-40 ans)

Je souhaitais faire des études dans un milieu plus sécurisant que la faculté. (femme, 40-45 ans)

La rémunération des études est aussi une motivation importante pour les parents et pour les postulants. L'école militaire ouvrait une porte sur les études supérieures à ceux issus de familles nombreuses et/ou aux revenus modestes :

Mon père m'a dit, tu vas passer le concours. Et quand je l'ai eu, il m'a dit, tu seras logée, nourrie, blanchie et tu auras une bonne carrière. (femme, 40-45 ans)

Cette préoccupation est devenue moins importante au fil du temps. Ainsi, 5 seulement des 21 médecins interviewés de moins de trente-cinq avouent l'importance de la rémunération des études dans leur engagement, contre 28 sur 63 de plus de trente-cinq ans.

Aujourd'hui, chez les plus jeunes, la pression familiale est beaucoup moins forte et la contrainte inexistante. Les motivations familiales sont moins présentes dans le choix des intéressés des deux genres. Le choix est plus personnel et guidé par d'autres préoccupations que le désir d'émancipation, présent malgré tout.

Avant de voir quelles sont les différentes motivations à l'engagement des hommes et des femmes, nous allons aborder celles qui leur sont communes.

3- Les principales motivations à l'engagement : de l'aventure à la sécurité de l'emploi.

A la question, « pourquoi avoir choisi ce métier ? », la plupart des personnes interrogées répondent qu'elles voulaient d'abord être médecin. Certes, les discours des médecins sur les raisons de l'engagement sont des reconstructions a posteriori, mais ils donnent un aperçu sur les points forts des motivations.

Faire des études scientifiques et surtout exercer la médecine sont les premières motivations des hommes comme des femmes, leurs principales vocations. Mais l'engagement dans l'armée permet de combiner d'autres aspirations communes aux membres des deux sexes.

Rompre avec la routine.

Outre la motivation médicale, l'intérêt pour la carrière de médecin militaire est principalement motivé par la volonté d'exercer sa profession dans d'autres lieux et dans d'autres conditions que l'exercice en cabinet. Entrer au S.S.A, c'est pour beaucoup avoir la perspective d'une vie enrichissante et d'une carrière intéressante :

Mon père était médecin, mais la médecine en cabinet ne me plaisait pas. Je n'aimais pas l'aspect sédentaire, je voulais bouger. (homme, plus de 50 ans)

Je ne me voyais pas dans un cabinet en ville. Ils n'ont pas non plus de vie de famille mais en plus, ils sont sédentaires. (homme, 35-40 ans)

J'avais le désir d'être militaire pour avoir une vie aventureuse, avec des conditions d'exercice variable et donc un travail intéressant. Je voulais être impliqué dans l'histoire contemporaine, être acteur de tout ça. (...) Être médecin en ville, je trouvais ça trop fade. (homme, 35-40 ans)

L'activité multiple du médecin militaire qui joue le rôle de médecin du travail, médecin expert, médecin de l'urgence, etc. attire celles ou ceux qui aspirent dans leur profession à un quotidien diversifié et peu ordinaire dans lequel l'art médical peut s'exercer dans plusieurs domaines. Le médecin militaire rencontre aussi des individus de tous horizons :

Ma motivation principale, c'est naviguer, voyager. Et aussi voir de nouvelles têtes. C'est différent du médecin des villes qui voit toujours les mêmes personnes. Dans l'armée, il y a des gens de toutes origines et de tous les niveaux intellectuels. C'est un vrai melting-pot qui permet de connaître des gens. (homme, 35-40 ans)

L'action, l'aventure, le voyage sont des termes qui reviennent fréquemment dans les propos sur les motivations. La perspective d'une médecine

opérationnelle comble les aspirations de ceux qui ne veulent pas exercer une médecine banale.

Bouger, voyager, partir...

La recherche de l'aventure est vue en opposition à une médecine en cabinet pensée comme monotone et peu intéressante sur le plan technique :

J'étais attirée par le côté voyage, exotisme, par une vie différente, aventurière. Je voulais bouger. (femme, 35-40 ans)

Je voulais être indépendante vis à vis de mes parents, mais c'est surtout l'idée de bouger, d'évoluer, de ne pas être coincée, d'avoir une carrière qui évolue. (femme, 40-45ans)

Le verbe « bouger » est beaucoup utilisé par les interviewés pour exprimer leurs motivations à l'engagement. La perspective de « bouger » recouvre plusieurs optiques. Il s'agit de rompre la routine en exerçant un métier varié dans des lieux différents, de voyager, de coopérer à des causes humanitaires, de participer à des interventions militaires. Pour les plus âgés, il s'agissait souvent de partir outre-mer, voire de servir dans « la coloniale ». L'image du médecin militaire exerçant dans les pays outre-mer est assez présente, surtout chez les hommes les plus âgés mais pas seulement. Elle est renforcée dans les lieux où la présence de l'armée est très forte, notamment en ce qui concerne la Marine :

Je suis breton et j'ai baigné dans le milieu marin et militaire. D'ailleurs beaucoup de médecins de la Marine sont sortis de mon lycée (Bordeaux). En plus, il y avait un médecin militaire à côté de chez moi. Et, je voyais les chabuts des étudiants médecins militaires dans la rue. (homme, plus de 50 ans)

On pense dans cette ville plus qu'ailleurs à faire une carrière militaire. (homme, moins de 30 ans)

Mes motivations sont d'ordre culturel. J'étais dans un milieu breton où la médecine de la Marine avait une image forte. (femme, 35-40 ans)

Certains ont passé une partie de leur enfance dans les anciennes colonies, avec des parents militaires ou non, et ont aussi vécu dans la proximité de l'armée et de la médecine militaire :

Mon père était médecin et on a vécu longtemps en Afrique. Je savais qu'en Afrique il y avait des postes de médecins militaires intéressants ; mon père s'est renseigné et j'ai passé le concours. (femme, 30-35 ans)

J'ai habité avec mes parents en Afrique où j'ai rencontré des médecins militaires, c'est comme ça que j'ai connu le Service de santé des armées. (femme, 30-35 ans)

Mon père appartenait au Service de santé des armées, j'ai été bercé par le milieu de la médecine militaire notamment dans les colonies. (homme, plus de 50 ans)

Dans ces cas-là, la motivation principale de l'engagement de ces hommes et des ces femmes, c'est l'exercice de la profession outre-mer. Elle était forte pour

les hommes interrogés ayant plus de quarante ans. 13 sur 25 se sont engagés principalement pour les missions outre-mer.

Le mythe du médecin militaire exerçant outre-mer.

La vision idéalisée du médecin militaire est avant tout celle du médecin des colonies ou du médecin détaché pour la coopération et exerçant dans le cadre humanitaire. Mais l'image de l'exercice de la profession s'est révélée petit à petit décalée par rapport au terrain. Les postes outre-mer sont beaucoup moins nombreux et le médecin outre-mer devient plus un mythe qu'une réalité. Des gravures sur les murs et d'autres objets exposés dans les bureaux de nombre de médecins rappellent ce passé colonial ou ce vécu outre-mer. De même, les salles d'honneur des hôpitaux sont souvent à la gloire de prestigieux médecins de médecine tropicale tels Louis Alphonse Laveran ou Albert Calmette. Pareillement, l'école du S.S.A. de Bordeaux, appelée « Santé Navale », est très liée à l'outre-mer. Comme le rappelle un ouvrage sur le service, *cette tradition s'est enrichie de génération en génération par les récits, l'exemple et le prestige des anciens, fondée sur l'attraction pour les horizons lointains, les responsabilités précoces, le goût de l'action et de l'humanitaire.*⁵⁷

Se superposent à ce passé de médecine tropicale des images plus récentes d'actions humanitaires d'assistance médicale au profit de pays tels le Biafra (1968), la Somalie (1977) ou l'Éthiopie (1991). Le travail de lutte contre les grandes endémies réalisé par les médecins militaires dans les pays d'outre-mer et l'engagement dans les actions humanitaires du S.S.A depuis 1968 servent de support à la construction du mythe de l'officier du service de santé. Ces missions constituent un point fort dans la construction de l'identité du médecin militaire et restent présentes dans l'esprit des jeunes recrues, des garçons comme des filles, au moment de l'engagement. Le mythe reste mais évolue.

Néanmoins, beaucoup de médecins signalent que, outre la suppression de nombreux postes outre-mer, l'aspect attractif du mythe tendait à masquer la réalité métropolitaine des contraintes du médecin militaire :

A dix-huit ans quand on s'engage, on n'est pas au courant de ce qui va arriver, de ce qui va suivre. En fait, il n'y a plus d'affectations outre-mer. C'est fini et c'est dommage. Ce que l'on voit dans le travail du médecin militaire, c'est qu'on nous rajoute plein de choses, c'est le surcroît de travail. (homme, 30-35ans)

⁵⁷ Ouvrage collectif sous la direction du médecin général Jean-Noël FERRET et réalisé par le médecin des armées Ghislaine LE BOT-VIGLA, avec la participation du médecin principal Jocelyne VLAMINCK-CAVALLO, *Se battre pour la vie. Le Service de Santé au service des hommes*, Paris : ADDIM, novembre 1994, p15.

Mon père était officier de la Marine marchande et j'avais une certaine vision des médecins militaires qui était faussée. (femme, 35-40)

Aujourd'hui, le mythe demeure, les perspectives changent.

L'humanitaire et les opérations extérieures, de nouvelles perspectives.

L'image du médecin colonial, luttant contre les grandes maladies infectieuses et tropicales, est toujours présente dans les esprits de certains postulants aux écoles des officiers médicaux. Mais, elle tend à s'effacer devant celle des actions humanitaires et plus récemment des opérations extérieures menées par l'armée dans le Golfe ou au Kosovo :

Moi, ce qui m'attirait, c'était l'optique de mobilité et l'humanitaire. Je m'en suis détaché quand j'ai choisi la Marine par rapport à l'Armée de terre. Mon rêve initial, c'est celui du médecin colonial. Mais, ça n'existe plus, donc j'ai choisi la Marine pour l'aventure. (homme, 35-40 ans)

Aujourd'hui, ce sont plutôt les opérations extérieures qui font « rêver » les jeunes, notamment ceux qui sont encore en école. D'ailleurs, la plupart des étudiants interrogés à l'école de Lyon-Bron étaient imprégnés de cette image du médecin militaire en « opex » quand ils se sont engagés :

Quand je suis entré dans le service, j'avais l'impression que je pouvais rêver. Mon fils le service le fait moins rêver. Le Kosovo, ça peut encore faire rêver, ça peut être un mythe. (homme dont le fils a intégré le S.S.A.)

La quête d'une médecine peu banale, qui attire les recrues d'hier et d'aujourd'hui, se double de la recherche d'un cadre sécurisant pour l'exercer :

Je me suis engagé pour les « opex » mais aussi pour avoir la qualité de vie des fonctionnaires. (homme, moins de 30 ans)

La recherche d'un emploi sécurisant.

Très peu de médecins disent avoir recherché le côté « fonctionnariat » dans leur volonté d'entrer au S.S.A. L'image qu'ils ont du fonctionnaire ne leur correspond pas, compte tenu notamment de la disponibilité dont ils doivent faire preuve. Cependant, beaucoup reconnaissent qu'avoir une clientèle garantie et une rémunération fixe fut un argument important en faveur de leur enrôlement :

Je voulais être médecin et l'armée me permettait d'exercer dans un cadre confortable, le médecin n'est pas payé à l'acte, il n'est pas obligé de faire du clientélisme. (homme, 35-40)

Pour plusieurs, ne pas faire une médecine payante, dans laquelle le patient est aussi un client, permettait de conserver l'image du médecin qui exerce par

vocation et dont les actes sont inspirés par un désir de don de soi. Certains ont changé d'avis :

Je pensais que c'était bien que le médecin ne soit pas payé par le patient mais je ne le pense plus. (femme, 30-35 ans)

Etre sûr d'avoir un emploi était aussi primordial surtout pour la génération née dans les années cinquante pour qui le chômage était une réalité proche. L'aspiration à la sécurité de l'emploi a pu être parfois déterminante.

De plus et plus récemment, l'exercice libéral de la médecine a moins d'attrait pour certains compte tenu de l'évolution de l'image de la médecine et du médecin dans la société civile. La vulgarisation médicale, le recours plus fréquent des patients à la justice, l'affaire du sang contaminé, les agressions contre les médecins, etc., sont autant de données conduisant sur la voie du S.S.A. qui paraît protégé de ces phénomènes.⁵⁸ La clientèle militaire semble pour quelques-uns moins difficile que la clientèle civile :

Les gens sont polis, à l'heure et sans récrimination. La clientèle est agréable même si elle a ses problèmes. (homme, 40-45 ans)

Pour certains, la recherche de la sécurité de l'emploi a motivé l'engagement dans l'oubli de certains aspects du métier :

C'est le hasard qui m'a conduit au S.S.A. Je n'avais pas de famille dans l'armée. (...) La sécurité de l'emploi et les études payées m'ont motivée. Mais, je n'avais pas conscience des contraintes, je n'avais vu que les avantages, notamment la sécurité de l'emploi. (femme, 35-40 ans)

4- Motivations des hommes et des femmes : des différences liées au contexte.

Les principales motivations à l'engagement sont communes aux hommes et aux femmes. Néanmoins, des nuances importantes sont à apporter. Ainsi, la notion d'aventure peut être connotée différemment selon le sexe.

⁵⁸ Pourtant, en matière de contentieux en responsabilité médicale, le S.S.A. connaît la même évolution que celle de l'ensemble de la société, comme le rappelle le Médecin en chef R. MEESEMAECKER dans un article Le contentieux en responsabilité médicale du Service de santé des armées, Actu. Santé, janvier, février 2001, p. 21. Il note que si les affaires en droit pénal sont peu nombreuses, elles sont durement ressenties.

L'aventure : une perspective un peu différente pour les hommes et les femmes.

Pour les femmes, surtout les plus âgées, être militaire, c'est déjà exercer un métier peu banal et faire quelque chose de singulier « pour une fille ». L'entrée même au S.S.A. était déjà, et reste encore, une aventure en soi :

Les premières filles ne sont entrées qu'en 1973 et j'avais un peu l'impression d'être une pionnière dans un domaine qui m'intéressait. Je voulais faire quelque chose d'extraordinaire. (femme, 40-45 ans)

Les premières femmes qui s'engagèrent étaient moins bercées par le mythe du médecin colonial et ce, d'autant plus que certains postes leur étaient encore fermés et que le modèle proposé est un modèle ancien et très masculin. La perspective d'aller outre-mer intéressait 6 femmes de plus de trente-cinq ans sur 29, pour 15 hommes de plus de trente-cinq ans sur 34 :

Je me voyais médecin de la Marine dans un dispensaire, mais pas médecin pour des causes humanitaires ou coloniales. (femme, 35-40 ans)

L'aspect opérationnel, notamment en pays étrangers, intéresse cependant de plus en plus les femmes. Beaucoup de jeunes femmes se sont engagées pour partir outre-mer et/ou en opérations extérieures, même si elles y voient surtout l'aspect « action humanitaire ». Elles peuvent s'identifier probablement plus facilement à l'image du médecin en mission humanitaire qu'à celle du médecin colonial qui appartient à un modèle masculin traditionnel.

L'aspect, « intervention militaire », est surtout cité par les garçons. En effet, l'aspect militaire semble plus important pour les hommes, quelques-uns ayant même pour principal objectif la vie militaire.

Etre militaire.

Même s'ils restent minoritaires, beaucoup plus d'hommes que de femmes disent avoir d'abord choisi la vie d'officier avant la profession médicale :

Je suis militaire par vocation. (homme, 45-50 ans)

Je suis issu d'une famille de militaire. Je voulais être militaire avant d'être médecin. Je voulais bouger et travailler en équipe. (homme, moins de 30 ans)

Certains se sont orientés par défaut dans cette voie, après avoir échoué à l'entrée de l'école de Saint-Cyr ou de l'Ecole Navale, par exemple, ou pour d'autres raisons. Ils n'auraient pas entrepris d'études médicales hors du contexte militaire :

Je voulais entrer dans l'armée et être pilote de chasse mais j'avais des problèmes de vision. (homme, 35-40 ans)

J'ai toujours voulu être militaire. Je voulais aller dans la Marine mais, du fait de la vie, je n'ai pas pu. Mes parents ne voulaient pas que j'entre dans la Marine par une porte plus basse que l'Ecole Navale. (homme, 35-40 ans)

En terminale, je voulais faire Saint-Cyr, mais un petit accroch au bac et j'ai redoublé. Et là, j'ai eu l'idée de rentrer au S.S.A. (homme, plus de 50 ans)

Beaucoup voyaient dans la profession de médecin militaire la possibilité de combiner en même temps une vocation militaire et une vocation médicale :

Initialement, j'avais une vocation militaire, puis, au niveau du bac j'ai voulu être médecin. Je ne peux pas dissocier les deux. (homme, 40-45 ans)

Ça m'intéressait d'être militaire et je voulais faire médecine. (homme, 40-45 ans)

L'aspect strictement militaire n'a que très peu attiré les femmes. Alors que 9 hommes l'allèguent, une seule parle de son engagement comme une vocation militaire, il faut d'ailleurs signaler qu'elle a moins de trente ans. Même si beaucoup ont été séduites par certains aspects de la condition militaire, notamment la pratique du sport, leur engagement est avant tout un engagement de médecin et non en premier lieu une adhésion aux valeurs militaires :

Je n'étais pas antimilitariste mais je n'avais pas de vocation militaire. (femme, 35-40 ans)

Je dis que je travaille pour l'armée mais je n'ai pas d'idéal patriotique. (femme, 35-40 ans)

Si elles acceptent le plus souvent la culture militaire, elles ne la recherchaient pas forcément. Néanmoins, la même chose peut être dite de plusieurs médecins militaires hommes :

J'étais attiré par l'esprit, l'ambiance mais pas forcément l'aspect militaire. D'ailleurs je ne voulais pas entrer dans un lycée militaire. (homme, 30-35 ans)

J'aimais bien le côté voyage, mais pas trop le côté kaki. (homme, 30-35 ans)

Pour moi, l'aspect militaire était accessoire. (homme, 40-45 ans)

De même, une femme médecin indique qu'*être militaire ne constitue plus aujourd'hui une identité*. Chez les femmes, comme chez certains hommes, l'identité professionnelle de médecin militaire ne constitue plus qu'un segment identitaire.

Quelques filles avouent qu'elles n'auraient pas été médecins si elles n'étaient pas entrées dans une des écoles du S.S.A. ; elles n'auraient pas postulé non plus pour une autre école militaire :

Je n'aurais pas fait médecine dans le civil. Sinon, j'aurais été ingénieur. Je voulais faire des études dans un milieu structuré, comme une école d'ingénieurs. Je voulais une école avec une certaine discipline qui est à la base de mon éducation. (femme, moins de 30 ans)

Pour cette jeune femme, le choix ne consistait pas à choisir une école militaire ou une autre mais à choisir entre un contexte civil et une école militaire où l'encadrement paraît plus favorable à la réussite des études.

L'encadrement des études.

Certes, entrer dans une école qui a une bonne réputation quant au succès au concours était important pour les garçons comme pour les filles. Néanmoins, cette volonté d'opter pour une école qui donnent les meilleures chances de réussite était davantage présente chez les filles comme motivation de départ. 13 femmes l'évoquent et seulement 4 hommes :

Je voulais faire médecine mais les études étaient longues et je n'étais pas assidue au niveau des études. J'avais un cousin militaire qui m'a parlé de l'avantage d'être suivie dans les études. (femme, 30-35 ans)

Le cadre était plus défini que le cadre universitaire. (femme, 40-45 ans)

Ce qui m'a plu dans le métier de militaire, c'est l'aspect encadrement de l'école et l'aspect « sport », mais pas la tradition militaire. (femme, 35-40 ans)

Passer le concours du S.S.A. était pour des jeunes femmes, souvent brillantes scolairement, un moyen d'entrer dans une école prestigieuse et d'accéder à un emploi valorisant.

L'esprit de camaraderie, une notion masculine.

Une autre différence dans les motivations à l'engagement entre les hommes et les femmes tient à l'image des relations entre militaires, entre officiers. Certains hommes recherchaient en entrant au S.S.A. un certain esprit de corps et de camaraderie :

J'étais très attaché à la famille militaire, à la notion de filiation, de camaraderie. (homme, plus de 50 ans)

Moi, je suis entré au S.S.A. pour la vie en unité, pour l'aspect militaire, pour l'esprit de promo, de corps, le fait d'être soudé, mais ça se perd. (homme, moins de 30 ans)

Or, ce sentiment d'appartenance à un groupe d'hommes qui doivent être inconditionnellement subordonnés à leurs aînés et fidèles entre eux, repose sur un modèle masculin. La solidarité, la camaraderie, la fraternité ne peuvent être, pour les intéressés, que masculines car elles sont attachées à des valeurs viriles. Il est donc malaisé pour les femmes de se réclamer de ce modèle qui les exclut de fait.

Cependant, il faut noter que pour les plus jeunes femmes, et notamment celles rencontrées en école, la volonté d'appartenir à un groupe et de partager un esprit de corps était présente dans leurs motivations. L'accent est alors mis sur les valeurs citoyennes. De même, le désir d'avoir des activités physiques et sportives est beaucoup mentionné par les jeunes femmes quand elles parlent de leur aspiration à entrer au S.S.A.

S'il est difficile pour les femmes de s'identifier à des valeurs viriles avant leur entrée à l'école, comme nous le verrons, la plupart néanmoins composent avec ce modèle ou y adhèrent.

⇒ **Dans les grandes lignes, les hommes et les femmes semblent avoir les mêmes motivations à l'engagement. La motivation militaire intervient de façon plus ou moins accentuée chez les individus, hommes ou femmes. Si les médecins ayant une forte vocation militaire sont plutôt des hommes, pour beaucoup d'autres, la vocation militaire n'a pas été déterminante. L'aspect opérationnel est progressivement autant recherché par les hommes que par les femmes. Mais, comme nous le verrons, les motivations de départ évoluent en cours de carrière.**

La prégnance de modèles traditionnels liés à des valeurs viriles et militaires empêche, toutefois, les femmes de se projeter, de la même manière que les hommes, comme un membre de la confrérie des médecins militaires. Même si l'adhésion de certains hommes aux valeurs traditionnelles n'est pas totale, leurs motivations peuvent être soutenues par une identification à l'imagerie classique. Pour les femmes, c'est plus complexe, même si elles adhèrent d'entrée à la culture militaire, elles seront plus distantes par rapport aux normes institutionnelles à dominante masculine.

3- L'intégration des médecins des armées au sein du S.S.A. et des formations militaires.

1- La prégnance d'un modèle viril et l'adaptation des femmes.

Les rituels, les traditions des écoles.

Comme dans toutes les grandes écoles, le bizutage, le « bahutage » et autres rites, étaient pratiqués dans les écoles du service de santé. Le bizutage étant interdit, seules quelques traditions subsistent encore. La présence des femmes remet en cause, par l'introduction même du féminin, les valeurs traditionnelles attachées à la virilité qui sous-tendent ces rituels. L'interdiction du bizutage a d'ailleurs été perçue par certains comme le résultat de la féminisation du corps, dans les deux sens du terme :

Avec les femmes, les traditions au sein de l'école en prennent un coup. (homme, moins de 30 ans)

L'esprit carabin, la fête, tout ça, ce sont les hommes. (homme, moins de 30 ans)

Les femmes tuent l'ambiance de l'école en allant habiter en ville. (homme, 30-35 ans)

Les femmes participaient parfois aux différents « bahutages », elles en étaient rarement les instigatrices. En école, les filles paraissent aujourd'hui plus studieuses et sont d'ailleurs peu punies. Les cadres de l'école de Lyon-Bron s'accordent pour dire que depuis l'augmentation notable du nombre de filles, l'école est plus calme :

En ce qui concerne la vie de tous les jours, il y a moins de bruits, c'est plus calme. La gestion disciplinaire se passe beaucoup mieux. (cadre de l'école)

D'ailleurs, certaines coutumes seraient trop viriles pour s'appliquer aux femmes :

La tradition masculine, c'est « calebarder » un mec, alors une femme... (homme, moins de 30 ans)

Il est probablement difficile pour les femmes de trouver une place dans ces rites militaires et carabins qui ont traditionnellement pour but d'éprouver la virilité. Comme l'écrit André Rauch, « *Bahutages* », *cérémonies cachées (que reproduiront toutes les grandes écoles durant plus d'un siècle) confondent une initiation à la virilité et à la corporation ; elles cimentent, au-delà d'une scolarité, une vie entière, car la communauté des anciens élèves perdure pendant toute l'existence.*⁵⁹

Les femmes qui refusent d'être assignées à une identité masculine ne peuvent être qu'étrangères à cette initiation à la virilité qui passe par un apprentissage par exemple du langage sexuel. Certaines ont trouvé le bizutage éprouvant par les humiliations subies et les connotations sexuelles. Rester entre filles apparaissait alors capital :

Je préférerais que le côté sexuel du bizutage soit fait entre filles et quand j'ai été « bizuteuse », je ne voyais pas l'intérêt de l'aspect sexuel. (femme, moins de 30 ans)

Mais, celles qui voulaient qu'aucune différence ne soit faite entre elles et les garçons devaient épouser ces valeurs masculines, voire les valoriser davantage⁶⁰ :

Je suis pour le bizutage, ça permet d'être déniaisée sur le plan sexuel par la connaissance du vocabulaire. Et apprendre les chants permet de les chanter quand on se retrouve aujourd'hui. Il y a quelque chose qui nous soude. (femme, moins de 30 ans)

Certaines « monitrices » du bizutage, avant sa prohibition, étaient d'ailleurs perçues comme plus dures que les « moniteurs ».

⁵⁹ André RAUCH, *Le premier sexe. Mutations et crise de l'identité masculine*, Paris : Hachette Littératures, 2000, p.205.

⁶⁰ C'est ce que notaient déjà Pascale TROMPETTE, Jean SAGLIO et Serge DUFOULON à propos des premières femmes embarquées dans *La différence perdue. La féminisation du Montcalm*, *op. cit.*, p.159.

Néanmoins, la plupart des femmes s'accommodaient de ce cérémonial. Le bizutage est raconté comme un passage obligé que l'on a oublié. D'ailleurs nombre d'hommes tiennent le même discours et ne valorisent pas davantage les rituels traditionnels. La manière de voir les rituels et les traditions propres au service dépend beaucoup plus de la conviction personnelle ou de l'âge des intéressés que du sexe. Les traditions s'imposent moins aux nouvelles générations et dépendent des opinions et croyances de chacun.

Les rituels propres aux médecins militaires ne survivent guère au-delà des écoles du S.S.A. Seule persiste une certaine cohésion de promotion de laquelle les femmes ne sont pas exclues, nous allons le voir...

De l'esprit de camaraderie aux simples amitiés.

Beaucoup de médecins interrogés considèrent les femmes comme plus individualistes, ayant moins l'esprit de groupe :

Les hommes ont plus l'esprit de groupe. (homme, moins de 30 ans)

Les filles, elles sont plus individualistes. (homme, 35-40 ans)

Les femmes ne participent pas autant à l'esprit de camaraderie, les femmes ont un point de vue différent de celui des hommes. J'aime l'esprit fraternel, même si c'est vieux jeu. (homme, plus de 50 ans)

Certes, il semble, en effet, qu'au moment des études, davantage de filles quittent l'internat pour aller habiter à l'extérieur. Plus assidues à leurs études, elles partagent moins, dans l'ensemble, les joies des réunions fraternelles :

Pendant les études, les hommes se réunissaient entre eux, avec des préoccupations différentes de celles des femmes. (homme, 40-45 ans)

Si des jeunes étudiants reprochent aux femmes de ne pas s'intégrer, d'autres répondent que *certaines veulent rester entre hommes, car ils ont une image masculine de l'armée* (homme moins de 30 ans) :

Le seul problème, c'était avec un ou deux garçons qui n'aiment pas les femmes dans les armées et qui ont raté l'entrée d'autres écoles. (femme, moins de 30 ans)

D'ailleurs, les femmes partagent l'esprit de cohésion et ont aussi le sentiment d'appartenir à une communauté :

J'ai vraiment le sentiment d'appartenir à un corps. C'est pour moi important ce sentiment d'appartenance. (femme, moins de 30 ans)

Généralement, elles attachent à l'idée de camaraderie des valeurs un peu différentes qui sont plus celles de la simple amitié, née du partage d'un pan de vie. Elles en parlent moins en terme de fraternité qu'en terme d'amitié :

Je ne trouve pas qu'il y ait de camaraderie entre les promotions ou dans les promotions mais il y a des liens entre des hommes et des femmes. (femme, 40-45 ans)

Elles parlent volontiers des amis qu'elles ont rencontrés à l'école et avec qui elles continuent à garder des contacts. Si les rapports des femmes avec les hommes ne sont pas de l'ordre d'une camaraderie virile, elles ne font pas bande à part, elles sont intégrées dans leurs promotions dans lesquelles elles se font des amis au même titre que les hommes. La fraternité masculine peut faire place à une cohésion unisexe, voire à de simples relations amicales qui peuvent durer longtemps.

Quelques-uns, pragmatiques, démythifient la portée des rituels et des traditions en dehors de l'école :

Il y avait un esprit de camaraderie mais surtout de fête. Chez les médecins, il n'y a pas l'esprit d'entraide et de cohésion. (femme, 35-40 ans)

Le fonctionnement des écoles a d'ailleurs changé et les traditions jouent moins le rôle de fédérateur :

Moi, j'étais à l'école de santé navale où il y avait des traditions. L'ambiance était différente, nous étions cinq par chambre et toujours ensemble. Il y avait une réelle camaraderie. Puis, il y a eu la création en 1971 de l'Ecole du Service de santé des armées avec une vocation différente. Il y a moins de culture, de traditions, c'est plus un comportement qu'une culture. C'était différent de Saint-Cyr, nous étions plus libres mais avec une réelle fusion entre les membres. (...) C'est plus le système de formation qui change cet aspect des choses que le fait qu'il y ait plus de filles. (homme, 45-50 ans)

Enfin et surtout, la plupart des étudiants et ex-étudiants parlent de leurs études comme des études plus civiles et universitaires que militaires et beaucoup déplorent même la rupture entre leurs années d'étudiant et la vie dans les formations.

Faire du sport, être « péchu ».

Pour beaucoup, la pratique du sport fait partie de la formation des médecins militaires même si ce n'est pas indiqué sur les plaquettes d'informations éditées par le S.S.A.⁶¹ L'effort physique est important dans les armées ; historiquement et symboliquement, force militaire et force physique sont associées. Une bonne « grande école » doit donc avoir de bons résultats sportifs. Celles du S.S.A. n'échappent pas à la règle et valorisent donc une formation sportive dont *son point d'orgue est le tournoi sportif des grandes écoles militaires.*⁶²

⁶¹ Aucune indication sur la formation sportive n'apparaît dans la *Notice d'information sur le Service de santé des armées et sur les carrières de médecin, pharmacien chimiste, vétérinaire biologiste des armées* (édition 2001) ni sur la plaquette *devenir médecin militaire. Concours, formations, carrières*.

⁶² Ouvrage collectif sous la direction du médecin général Jean-Noël FERRET et réalisé par le médecin des armées Ghislaine LE BOT-VIGLA, avec la participation du médecin principal Jocelyne VLAMINCK-CAVALLO, *Se battre pour la vie. Le Service de Santé au service des hommes*, op. cit., p. 16.

Surtout, la pratique du sport renforce la camaraderie et pour beaucoup d'officiers du service de santé, elle est un moyen de s'intégrer dans les corps militaires dont ils dépendent. Elle permet de montrer qu'ils n'ont pas seulement les capacités d'un médecin, mais aussi les qualités physiques de militaires comme les autres :

Pour s'intégrer au régiment, il faut courir avec les autres. (femme, moins de 30 ans)

Faire du sport dans une unité serait d'autant plus important que *le médecin ne peut pas être jugé sur ses compétences et qu'il le sera sur son engagement.* (homme, moins de 30 ans)

La base du militaire, c'est le sport. Un médecin qui ne peut pas suivre les autres en sport n'est pas crédible. Et la cohésion sera plus difficile. (homme, moins de 30 ans)

Or, beaucoup reprochent aux femmes, notamment dans les écoles, soit de ne pas participer suffisamment aux clubs sportifs, soit que la diminution du nombre d'hommes les empêchent de constituer des équipes de football ou de rugby et de participer à des tournois inter-écoles. Certains essaient de relativiser la place du sport dans la réputation de l'école :

Moins d'équipes, ça ne veut pas dire la mort de l'école ! (homme, moins de 30 ans)

Plusieurs médecins militaires voudraient d'ailleurs que soit rajoutée une épreuve sportive au concours d'entrée dans les écoles du service. Le but serait de limiter la féminisation et de mieux considérer les motivations liées aux activités physiques :

Les épreuves sportives, cela aurait permis de trouver un biais par rapport à la féminisation. Ça permet de voir les motivations, sans faire de l'élitisme physique. Il faut faire comme Polytechnique, d'autant que le sport est un facteur de cohésion. (homme, 40-45 ans)

Le sport, ça devrait être obligatoire, ça permettrait de discriminer ceux et celles qui ne feront pas de terrain. (femme, moins de 30 ans)

Pourtant, il semble que tous les hommes médecins ne pratiquent pas un sport et que beaucoup de femmes médecins s'avèrent sportives.

2- Le jeu du féminin et du masculin.

Adhérer aux valeurs masculines en restant femmes.

L'égalité entre les hommes et les femmes est le plus souvent basée dans le discours des interviewés sur l'indifférenciation entre les hommes et les femmes. Les femmes doivent coller au modèle masculin :

J'ai connu deux femmes qui étaient exceptionnelles et qui faisaient leur métier comme des hommes. (homme, 40-45 ans)

L'adhésion des femmes aux valeurs masculines s'accompagne parfois d'un déni de la féminité. Pour être intégrées, les femmes doivent être, par exemple, irréprochables dans leurs allures. Les recommandations en matière de tenue sont fortes dans les formations à forte tradition comme dans la Marine.⁶³ Surtout, les officières ne doivent pas « *jouer le jeu de la séduction.* » La présence des femmes engendre une peur de la possibilité de relations sexuelles sur un bâtiment ou en opérations extérieures. Car les rapports de séduction, voire les rapports sexuels, pourraient remettre en question les notions de camaraderie et de hiérarchie, socles des rapports militaires.

En même temps, la femme qui a une attitude trop masculine est mal acceptée et pointée du doigt. Il s'agit d'effacer ce qui pourrait être trop féminin et donc susceptible de charmer, tout en restant femme :

Il n'est pas souhaitable que les femmes perdent leur féminité dans leurs rapports professionnels. (homme, 35-40 ans)

Les femmes doivent « faire comme les hommes » mais elles ne doivent pas se comporter comme des hommes au quotidien. Les défenseurs de l'existence des femmes dans les unités qui leur sont restées plus longtemps fermées comme la Légion ou les bâtiments de la Marine mettent en avant le caractère plus « agréable » des femmes. Dans un carré d'officiers ou à la table d'un mess, elles *inciteraient les hommes à mieux se tenir et à avoir des conversations moins salaces.*

Les femmes ne doivent pas séduire mais doivent être plaisantes. D'ailleurs quelques femmes ont eu le reproche de ne pas être assez souriantes, avenantes :

On m'a reproché de ne plus être assez souriante, d'avoir perdu mon côté chaleureux. (femme, 30-35 ans)

Ce n'est pas une critique qui serait adressée à un homme.

Si le « charme de la féminité » peut apparaître comme un danger pour certains hommes, certaines femmes trouvent déplaisant d'être appréciées sur leur physiologie :

On vous juge sur votre physique, si vous êtes belle, vous passez mieux. (femme, moins de 30 ans)

Dans la plupart des cas, les relations entre hommes et femmes relèvent du « bricolage » identitaire. Il s'agit de maintenir une différenciation entre les genres et simultanément d'affirmer une identité professionnelle masculine. Comme le notaient Pascale Trompette, Jean Saglio et Serge Dufoulon, dans une étude sur la féminisation des bâtiments de la Marine, *la féminité a alors le*

⁶³ La directive de l'Etat Major de la Marine n°194 DEF/CEMN/CPO du 31 juillet 1995 précisait que le critère déterminant est de faire partie du personnel militaire de la Marine et non d'appartenir à tel ou tel sexe. Chaque fois qu'une disposition particulière pour le personnel féminin est précisée dans un règlement, il convient de l'appliquer avec rigueur, sans fantaisie ni tolérance (tenue, coupe de cheveux, appellation, coiffure).

*droit de cité, au bénéfice du maintien de l'affirmation de la masculinité, pour peu qu'elle demeure contrôlée.*⁶⁴

L'entente et l'entraide entre femmes.

« Elles ne savent que faire des histoires entre elles » est une réponse courante à la question des femmes entre elles. Les femmes entre elles ne s'entendraient pas et elles n'accepteraient pas d'être commandées par une femme :

Sous les ordres, ça se passe bien mais entre elles, ça accroche. (homme, 35-40 ans)

Il semble qu'il n'y ait guère de solidarité affichée spécifiquement féminine au sein du service :

Les femmes, entre elles, ça n'est pas toujours bien. (femme, 35-40 ans)

Si une certaine entraide existe, elle serait limitée :

La solidarité entre femmes est aléatoire et dépend de la charge de travail, c'est une solidarité qui a ses limites. (femme, 40-45 ans)

La plupart des femmes affirment d'ailleurs préférer travailler avec des hommes et avoir choisi ce métier aussi pour cette raison :

Je n'aime pas travailler avec des femmes, car un homme, c'est franc, pas une femme. Les femmes tirent la couverture vers elles, pas les hommes. Elles sont plus individualistes. (femme, 40-45 ans)

Ce peu d'entraide féminine s'explique facilement. Un espace entre femmes, une cohésion entre femmes, pourraient rapidement être perçus comme le signe d'un manque d'intégration des femmes au service. Appartenir à un groupe formel ou informel de femmes pourrait vouloir dire qu'elles se sentent différentes et remettre en cause un statut égalitaire basé sur l'indifférenciation des sexes. Etre entre femmes reviendrait à mettre en avant une féminité commune et troublerait une identité professionnelle encore très masculine.

Cependant, quelques jeunes femmes prennent plaisir à travailler avec d'autres femmes et à partager des choses entre elles :

C'est très bien de travailler avec des femmes alors que certaines pensent le contraire. Ça se passe bien. (femme, moins de 30 ans)

De même, les femmes médecins chefs de service peuvent faire preuve parfois de plus de souplesse dans l'organisation du service et permettent d'améliorer les conditions des femmes (mais aussi des hommes) au travail et ce, sans que les missions en pâtissent. Nous le verrons ultérieurement.

⁶⁴ Pascale TROMPETTE, Jean SAGLIO et Serge DUFOULON, Métier militaire et identité féminine. La féminisation de la frégate Montcalm, *op. cit.*, p.23.

3- Commander, être commandé.

Commander des femmes.

La plupart des hommes, qui ont été en situation de commandement, insistent sur le fait qu'ils dirigent les médecins militaires sans distinction de sexe :

Je commande de la même manière et je note pareil les hommes et les femmes. (...) Je n'ai aucun problème mais j'attends un comportement identique de la part des hommes et des femmes. Je n'ai pas d'état d'âme. Je ne veux pas créer de différence. (homme, plus de 50 ans)

Le commandement envers les hommes et les femmes se fait de manière identique car on a affaire à des professionnels. (cadre)

Car les hommes en situation de commandement sont soupçonnés par les autres d'avantager les femmes, d'être plus faibles avec elles, d'être désarmés par leur séduction :

Ce n'est pas facile de commander une femme, il ne faut pas qu'elles en profitent car les hommes sont en situation de faiblesse. (homme, 45-50 ans)

Un homme ne commandera pas de la même façon un subalterne si c'est un homme ou une femme. Avec une femme, le commandement sera plus souple et moins exigeant car il y aura un aspect séduction. Même s'il ne la trouve pas à son goût, il ne sera pas aussi ferme qu'avec un homme. (...) On sera plus dur avec un homme, on ne fera pas de sentiment. A un homme, on donnera des jours d'arrêt, à une femme, on réfléchira à deux fois. (homme, 35-40 ans)

Le commandement est différent, ce ne sont plus des coups de gueule. (cadre)

Plusieurs hommes avouent que s'ils pratiquent une stricte égalité entre hommes et femmes, ils sont gênés devant les femmes :

Les plus âgés qui n'ont pas connu la mixité dans les lycées ont une certaine méfiance vis à vis des femmes. (cadre)

On ne sait pas toujours comment s'y prendre avec les femmes. (homme, plus de 50 ans)

Quand ils ont des remontrances à faire à des femmes, ils sont embarrassés. De peur qu'elles se laissent aller à des comportements émotionnels, ils ne répriment pas les femmes de la même façon que les hommes :

Quand on commande des femmes, on prend plus de gants. On ne dit pas les choses de la même façon. On n'a pas le même langage mais le fond reste le même. (homme, 35-40 ans)

Les femmes ne perçoivent pas cette manière de faire de la même façon. Elles ont le sentiment qu'on ne les réprimande pas en face et/ou explicitement mais qu'elles payent quand même durement le prix de jugements négatifs :

Les reproches sont rarement dits en face, alors qu'ils vont engueuler les hommes face à face. Ils ont peur qu'on se mette à pleurer alors qu'ils ne se gênent pas pour nous marcher dessus. On

me fait de grands sourires par-devant, mais je suis cassée dans ma notation. (femme, 30-35 ans)

Surtout, elles ont le sentiment de ne pas avoir droit à l'erreur, voire que leurs chefs sont beaucoup plus exigeants avec elles qu'avec leurs confrères :

Quand on est femme, on n'a pas le droit à l'erreur. On doit prouver la place que l'on a et être la meilleure dans son domaine. (femme, 40-45 ans)

Ce n'est pas un problème spécifique à l'armée, les femmes doivent travailler plus pour être reconnues à poste égal. Je l'ai ressenti et c'est usant. (femme, 40-45 ans)

Quelques femmes ont quelquefois l'impression d'être traitées très durement par des hommes supérieurs hiérarchiques :

Les hommes, ils m'en ont fait baver ! Ça était très dur, par exemple pour le choix des vacances. Je n'ai pas eu de vacances, ni à Noël, ni au Jour de l'An. (femme, plus de 45 ans)

Etre commandé par des femmes.

Les plus anciens percevaient les femmes moins sévères, voire plus permissives, en matière de commandement. Certains reconnaissent aujourd'hui l'inexactitude de ces préjugés :

Les plus âgés ont peur qu'elles soient plus laxistes. Ils sont méfiants sur leur capacité de décision militaire, peur qu'elles soient plus coulantes. Ça s'est révélé totalement faux. (cadre)

Si les femmes médecins militaires sont souvent en situation de commandement, face aux sous-officiers ou aux militaires du rang travaillant dans leur centre médical, peu ont commandé des médecins militaires, du fait notamment de la jeunesse de la population des officières du service de santé. Les hommes qui ont été sous les ordres des femmes ne font pas de différence dans le style de commandement. La plupart reconnaissent l'aptitude des femmes à commander et certains constatent qu'elles *ont une autre manière de voir et de dire les choses*. Elles seraient *moins enclines à l'affrontement*. Les relations se feraient *plus dans l'apaisement et dans l'arrangement*, par exemple. Les femmes le constatent elles-mêmes :

J'ai plus l'habitude de demander des services plutôt que de donner des ordres. Ça fonctionne bien parce que je suis une femme, peut-être que ça passerait moins bien si un homme faisait pareil. (femme, 35-40 ans)

Une femme dans les équipes d'hommes met de l'huile dans les rouages. (femme, 40-45 ans)

J'ai davantage joué la diplomatie que le rapport de force. Je n'ai pas avec mes interlocuteurs masculins, le côté autoritaire que peuvent avoir les hommes. (femme, 40-45 ans)

Parfois les femmes s'avèrent aussi autoritaires que les hommes :

Elles nous font marcher à la baguette. (homme, 35-40 ans)

Dans l'ensemble, le management des femmes est analysé comme moins autoritaire et plus consensuel. Dans ce cas là, il est accepté, mais quand la hiérarchisation des rapports est la base de leur façon de commander, il n'est guère apprécié :

On me reproche d'être sèche avec le personnel. Les femmes ne devraient pas gronder et faire preuve d'autorité. Les femmes, quand elles dirigent du personnel, ça les gêne. Il faut diriger sans donner d'ordre. (femme, 35-40 ans)

Dans la fonction de commandement, les femmes doivent pour quelques-uns encore se parer de leur éternel sourire féminin. Si elles veulent donner des ordres, elles doivent le faire différemment des hommes militaires :

J'ai fait une réflexion à un homme qui m'en veut toujours. Les hommes se voient bien commander des femmes, mais le contraire est moins facile. (...) Il faut éviter d'être cassante. (femme 35-40 ans)

De même, un homme officier du service de santé au commandement plus souple n'est pas forcément apprécié comme un bon chef par certains hommes, comme par certaines femmes. Le préjugé fonctionne dans les deux sens :

On avait un médecin chef qui était doux comme un agneau et pas autoritaire, il ne faisait pas le poids et ne savait pas dire non. (femme, 40-45 ans)

Cependant, les femmes recherchent moins les responsabilités que les hommes, comme nous le verrons, et se positionnent souvent moins en rivales que les confrères, notamment dans les hôpitaux :

Les femmes ne veulent pas faire carrière, elles ne sont pas dans les luttes pour le pouvoir. Elles ne sont pas dangereuses donc les rapports avec elles sont faciles. Les femmes qui ne renoncent pas au pouvoir sont plus hargneuses. (femme, 35-40 ans)

Je ne me sens pas être une dirigeante, car les situations de commandement sont des situations de conflit. (femme, 40-45 ans)

Toutefois, la plupart des médecins militaires, n'occupant pas un poste en direction ou de chef de service à l'hôpital et travaillant directement dans les forces, n'ont pas l'impression d'avoir un grand rôle de direction. Les notions d'ordre et de commandement seraient peu présentes dans leur vocabulaire, surtout chez les plus jeunes.

4- La présence des femmes : la perception des avantages et des inconvénients.

Des techniciennes au sens humain développé.

Tous s'accordent pour vanter le grand professionnalisme médical des femmes. Les compétences des officières du S.S.A. dans le domaine thérapeutique ne

sont jamais remises en cause. Au contraire, leurs qualités sont prônées et, parfois même placées au-dessus de celles des hommes. L'application de quota féminin à l'entrée des écoles a généré un recrutement beaucoup plus sélectif pour les femmes que pour les hommes. Les femmes étudiantes du service de santé se sont, dans l'ensemble, révélées beaucoup plus brillantes dans leurs études que les garçons. Même si, comme nous le verrons, elles n'ont pas toujours fait une brillante carrière, l'image qu'elles ont donnée de femmes intelligentes persiste.

En outre, elles sont considérées comme crédibles, même dans des conditions d'exercice particulières, voire plus résistantes que les hommes :

Dans la réalité du terrain, les femmes ont la tête sur les épaules. (homme, 45-50 ans)

Les femmes sont d'excellents médecins militaires. En tant de guerre, elles résisteraient mieux que les hommes. (homme, 35-40 ans)

Beaucoup insistent sur les qualités humaines des femmes qui créeraient une relation bénéfique avec le patient :

Je suis plutôt favorable à la levée des quotas, car les femmes apportent beaucoup sur le plan humain. Cela permet de changer certaines idées ancrées chez les guerriers. (homme, 45-50 ans)

Les femmes peuvent être une seconde mère pour certains et apporter des éléments différents de ceux des hommes. (femme, 40-45 ans)

Cette capacité des femmes médecins à avoir des attitudes plus proches du patient, mais aussi de l'équipe médicale, notamment à l'hôpital, n'est d'ailleurs pas propre au milieu militaire.⁶⁵

Des officières perçues comme moins disponibles et moins opérationnelles, car femmes et mères avant tout.

Les femmes sont moins disponibles que les hommes, est la phrase qui revient le plus dans la bouche des hommes et des femmes médecins militaires. Quand elles sont épouses et mères, les femmes ne pourraient pas autant s'investir professionnellement que les hommes :

⁶⁵ La recherche de Geneviève PICOT sur les femmes médecins spécialistes des hôpitaux le montre bien. Elle écrit ainsi, par exemple : *Il en émerge pourtant une capacité chez les femmes quant à impulser une autre socialisation des rapports que ce soit avec les soignants ou avec les patients. Les femmes auraient une vision plus humaine de leur rôle professionnel ainsi qu'une conception moins pyramidale de l'organisation du travail,* in Geneviève PICOT, *une approche du processus de féminisation chez les médecins à l'hôpital public*, mémoire de D.E.A. sous la direction de Danièle KERGOAT, Université Paris VII Denis Diderot, 1995.

De même, différents témoignages de femmes médecins civils corroborent cette idée. Voir, par exemple, Etre femme médecin aujourd'hui. Rencontre avec Marie Goujon, médecin généraliste, propos recueillis par Laurent SEBILLOTTE, *Lunes*, n°3, avril 1998, pp. 50-55.

Les femmes militaires n'ont pas la même disponibilité. Passé le cap du mariage et des enfants, elles sont moins disponibles. (homme, 45-50 ans)

Même s'ils reconnaissent que certaines femmes font exactement le même travail qu'eux et dans les mêmes conditions, les hommes perçoivent le plus souvent les femmes moins présentes au travail car bénéficiant de congés-maternité, qui ne sont pas remplacés, de congés parentaux, etc., passant moins d'heures au travail car partant le plus souvent « à l'heure »...

Pour eux, les femmes, notamment mères de famille, ne sont pas suffisamment opérationnelles puisque le plus souvent elles refusent l'embarquement, les opérations extérieures, voire les manœuvres.

De même, la présence des femmes, qui seraient plus démissionnaires, serait génératrice de baisse d'effectifs.

L'arrivée d'une femme dans leur service annonce, pour la plupart des hommes, un alourdissement probable de leurs charges de travail et de leurs contraintes.⁶⁶ Plus de femmes signifient, pour eux, une augmentation du travail à répartir entre les hommes. La plupart des femmes, du reste, partagent cette analyse.

Une ambiance de défiance.

Malgré les qualités particulières qui leur sont reconnues, la perception générale des officières du service de santé n'est pas positive. Leur présence est plutôt ressentie comme un handicap qu'il s'agit de surmonter au non de l'égalité des sexes. Même si beaucoup avouent trouver agréable de travailler avec des femmes, même si certains le vivent bien, la plupart des hommes ne voient pas arriver une femme dans un service sans une certaine suspicion.

Aussi les femmes doivent-elles être inattaquables, notamment en matière de disponibilité, d'horaires de travail, si elles ne veulent pas être face à une atmosphère de désapprobation :

Ce milieu est misogyne. Quand je suis arrivée à mon premier poste, on m'a dit : vous partez avec deux handicaps, le premier, c'est celui d'être une femme. (...) Il faut être irréprochable. Il n'y a pas d'amitié. Les reproches ne sont pas directs mais faits sur le mode indirect, par de petites remarques ou une certaine ambiance. (femme, 40-45ans)

On ne peut pas empêcher les petites remarques blessantes. (femme, 35-40 ans)

Beaucoup de femmes enceintes ont eu à souffrir de regards désapprobateurs ou de commentaires désobligeants, nous y reviendrons :

⁶⁶ Cette appréhension des officiers du service de santé masculins quand une femme militaire arrive dans leur service est commune aux autres militaires. Voir à ce sujet, Sous la direction de Jean-François LEGER, Clotilde CARAIRE, *Les femmes militaires ; aspects sociologiques*, Paris : Observatoire Social de la Défense en partenariat avec l'association *détours*, juillet 2000, pp. 33-35.

Quand j'annonçais une grossesse à mon médecin chef, j'avais des réflexions. (femme, 35-40 ans)

5- L'intégration des médecins militaires dans les corps de troupes.

Le médecin militaire sur un bâtiment, dans un régiment ou sur une base, est déjà un militaire spécifique du fait de sa technicité propre et de sa double hiérarchie, celle de son commandement militaire et celle du S.S.A. Si leur formation de médecin est reconnue par la plupart des militaires des armes, leur formation militaire l'est moins, en particulier par ceux qui sont passés par des écoles formant des officiers comme Saint-Cyr ou l'École Navale. Les médecins militaires, en particulier quand ils sortent d'école, apparaissent plus comme des militaires cooptés, ou en voie de cooptation, que comme des militaires de fait. Avant d'être intégrés dans le milieu, ils doivent faire leurs preuves et montrer qu'ils sont à la fois de bons médecins et de bons militaires.

Cette difficulté, commune aux deux sexes, est accrue pour les femmes.

Les réticences du départ.

Une femme mutée dans une troupe de l'Armée de terre, de la Marine, de l'Armée de l'air ou de la Gendarmerie, doit gagner sa place et affronter les préjugés en la défaveur du médecin et de la femme qu'elle représente.⁶⁷ Ainsi, par exemple, et comme partout ailleurs dans la société, particulièrement dans les milieux masculins, les femmes doivent affronter une certaine misogynie qui se traduit souvent dans le vocabulaire ou les histoires que l'on raconte :

Il faut faire face aux réflexions machistes que l'on entend de façon assez répétée. (femme, 30-35 ans)

D'ailleurs, l'arrivée d'une femme médecin dans un régiment sur une base ou un bâtiment n'a pas toujours été admise et ne l'est pas encore à chaque fois. Une bonne intégration dépend souvent de la manière dont le commandement militaire perçoit les femmes médecins, c'est très variable selon les armées et les armes. Il semble que dans les formations où les militaires sont majoritairement des techniciens, par exemple dans l'Armée de l'air ou dans les transmissions, pour l'Armée de terre, les femmes sont mieux admises. Perçues elles-mêmes comme des techniciennes, leur aspect militaire est moins remis en cause ; elles peuvent davantage être considérées comme des pairs.

⁶⁷ Car toutes les femmes militaires doivent affronter une série de préjugés en leur défaveur quand elles arrivent dans une unité, voir Emmanuel REYNAUD, *Les femmes, la violence et l'armée*, *op. cit.*, pp. 80-82.

Par contre, dans les milieux militaires plus attachés aux traditions, par exemple la Cavalerie, les femmes sont accueillies parfois avec plus de réserve. Sont surtout mises en doute leurs capacités à prendre des décisions militaires et à assumer leur rôle d'officier :

Le commandement avait peur que je panique ou que je sois trop maternelle. (femme, 35-40 ans)

Quelques chefs de corps, commandants de base ou « pachas »⁶⁸, ont essayé de s'opposer à la venue d'une femme médecin dans leur formation :

Au début, j'ai été mal acceptée par les grands chefs, car je suis officier. Les grands chefs ont envoyé des messages pour que je ne vienne pas. (femme, 35-40 ans)

Quand l'intégration d'une femme dans une formation traditionnellement masculine s'est bien déroulée, les chefs militaires en tirent un certain orgueil comme s'ils avaient surmonté un handicap :

Ils étaient très fiers car ça s'est bien passé. (femme, 35-40 ans)

Néanmoins, l'arrivée d'une femme médecin est de moins en moins perçue comme quelque chose de remarquable car le nombre de femmes militaires a augmenté dans toutes les formations des Armées, en particulier au sein du S.S.A. Leur capacité à être mères est même parfois pressentie comme un avantage pour l'unité, leur non- volontariat supposé pour les opérations extérieures, permettrait de garder en permanence un médecin sur place.

De plus, la gestion des médecins revient au service de santé et ne dépend pas des formations militaires. Par conséquent, les femmes médecins peuvent être perçues en dehors des considérations de gestion globale du personnel de santé.

Des techniciennes de mieux en mieux acceptées dans les unités.

La technicité des femmes est le meilleur atout pour leur intégration au sein des formations militaires. Car les militaires perçoivent les officières du service de santé d'abord comme des médecins :

Les femmes médecins sont mieux acceptées que les guerrières, elles sont protégées par leur grade et leur fonction d'aide. (femme, 30-35 ans)

La place des médecins de sexe féminin dans les unités ne peut être remise en cause, elles ont une compétence que les autres militaires n'ont pas. Leurs décisions ne peuvent pas être discutées. Qui plus est, elles sont soumises au secret médical⁶⁹ :

⁶⁸ Surnom donné aux commandants des bâtiments de la Marine nationale.

⁶⁹ Cependant, les femmes rencontrent les mêmes problèmes que leurs collègues de l'autre sexe, notamment pour se faire reconnaître comme chef de service au sein d'une unité. Dès le grade de capitaine, les jeunes médecins peuvent avoir une fonction de responsable d'infirmerie. Ils doivent défendre leur service médical, par exemple lors des grands rapports, devant des chefs de service qui sont le plus souvent officiers supérieurs. Les médecins restent beaucoup plus

On a toujours gain de cause même s'il y a des contestations. Quand on dit que quelqu'un est inapte, ils ne prendront pas la responsabilité d'aller contre. Même si on vous explique votre travail, moi, je m'en fous, le médecin a gain de cause de toute façon. (femme, moins de 30 ans)

C'est différent pour la femme médecin car elle est la seule compétente. (femme, 30-35 ans)

Cependant, quand un désaccord survient, l'identité féminine accentue le conflit :

On est bien accueilli mais quand on prend des décisions et que l'on s'oppose, cela tourne au vinaigre et ça n'aide pas quand il s'agit de relations homme/femme. Alors, on entend : je ne vais pas me laisser « emmerder » par une nénette ! (femme, 30-35 ans)

Quand on s'oppose à quelqu'un on pense tout de suite que les femmes ont des problèmes relationnels. (femme, 35-40 ans)

Une seule femme médecin sur un bâtiment paraissait inenvisageable. On supposait que les marins ne voudraient pas consulter une femme. En réalité, les femmes sont bien acceptées par les patients militaires car dans le milieu civil, ils ont l'habitude d'être soignés par des femmes :

Au niveau des patients, c'est bien perçu d'être soigné par une femme. C'est pareil que pour les confrères civils, la relation médecin malade est une relation asexuée. (femme, plus de 45 ans)

Les hommes viennent même consulter les femmes médecins pour des problèmes relatifs à la sexualité :

Même dans une unité où il n'y a que des hommes, ils viennent aussi raconter leurs problèmes de M.S.T.⁷⁰ à une femme. Il n'y avait pas le refus de se faire soigner par une femme. (femme, plus de 45 ans)

De plus, les patients recherchent parfois une plus grande écoute dont les femmes semblent faire preuve :

Ils sont en attente d'une écoute, d'une aide. (femme, plus de 45 ans)

C'est plus dans les confidences. Là, les hommes pouvaient montrer leur fragilité, je pouvais jouer le rôle de mère ou de sœur. (femme, 35-40 ans)

Dans les unités, consulter une femme médecin permet de s'épancher plus facilement sur sa vie de famille, ses enfants, etc. :

Ils sont ravis d'avoir affaire à une femme. Au contraire, ils parlent de leur vie de famille, des enfants... Le contact se fait plus facilement.

longtemps officiers subalternes que les autres militaires, ce qui constitue un obstacle quant à leur reconnaissance dans les formations.

⁷⁰ M.S.T.= Maladie sexuellement transmissible.

Sur les bâtiments ou en opérations extérieures, quand les militaires sont loin de chez eux, cette possible ouverture sur la vie privée est particulièrement appréciée.

Cette grande capacité d'écoute féminine⁷¹ est maintenant reconnue et même attendue par certains chefs militaires y compris dans les milieux où, à priori, l'esprit de virilité est fort comme dans la Légion où montrer une fragilité quelconque n'était pas de mise.

Des militaires plus ou moins admises.

Pour les militaires des armes, les femmes médecins sont à leur place, car elles n'appartiennent pas au corps des armes et restent dans une situation marginale et/ou particulière au sein de l'armée et, dans un service, où voir des femmes est une habitude.

Les officières du service de santé se jugent d'ailleurs mieux acceptées par les militaires des armes que par les officiers du service de santé, notamment par les chefs du S.S.A. pour qui, les femmes sont synonymes de problèmes de gestion. Parce que l'aspect médical va de soi, l'aspect militaire compte :

Les femmes sont mieux acceptées par les armées que par le S.S.A., elles sont moins bien perçues dans la hiérarchie santé. (femme, 30-35 ans)

Les militaires sont respectueux des compétences techniques alors qu'avec les médecins, c'est la hiérarchie qui joue. Le dernier argument, c'est le grade. (femme, 35-40 ans)

J'ai l'impression d'être mieux acceptée par les militaires que par le S.S.A. (femme, 40-45 ans)

Toutes les activités sportives ou militaires auxquelles les officières du service de santé participent sont, de même que pour leurs confrères, des facteurs d'intégration supplémentaires :

On est reconnu dans l'unité par nos aspects pêcheus et notamment par le sport. (femme, moins de 30 ans)

Certaines mettent même un point d'honneur à arriver dans les premières lors de cross régimentaire :

Faire du sport, ça les étonne et ça vous pose. Ils ne vous reconnaissent pas comme un guerrier mais comme quelqu'un de pêcheu. Avoir une étoile sur un signe « para », ça les sidère. On est respecté par rapport à nos côtés pêcheus, même si on n'est pas des militaires purs. (femme, moins de 30 ans)

⁷¹ Néanmoins, s'il semble que ce type d'écoute soit une tendance féminine, il ne s'agit pas de dire que seules les femmes l'ont.

Une femme raconte même avoir effectué une épreuve, qu'une Engagée Volontaire de l'Armée de Terre (E.V.A.T.) n'arrivait pas à surmonter, pour montrer qu'une femme était capable de le faire.

De plus, quelques-unes remarquent que, si les femmes médecins sont autant écoutées que leurs confrères s'agissant de compétences strictement médicales, il n'en est pas de même en matière de décisions médico-militaires :

Au niveau régiment, ils préfèrent avoir des hommes. Au niveau des consultations, c'est pareil, mais dès qu'il s'agit de médico-militaire, ils préfèrent avoir affaire à des hommes, ils sont mal à l'aise. (femme, moins de 30 ans)

Dans quelques unités de l'Armée de terre, il semble que la reconnaissance professionnelle des médecins soit plus difficile, surtout quand le médecin est encore un officier subalterne, qui plus est quand c'est une femme. Quelques officières du service de santé conviennent qu'être reconnues professionnellement dans certains régiments n'a pas été simple :

J'ai été médecin chef mais je n'avais que trois galons et c'était dur. Ça dépend des régiments. (...) Le chef ne supportait pas mes avis. D'autres ne regardent pas si c'est un homme ou une femme et c'est ok. (...) Quand j'allais voir le chef de corps pour lui exposer les problèmes d'alcoolisme, je me faisais bouler. (femme, 35-40 ans)

S'imposer est parfois nécessaire :

Dans certains régiments, il faut remettre les gens à leur place. Ils essayent juste d'en imposer par rapport aux femmes. (femme, 35-40 ans)

Le discours sur la bonne intégration des femmes dans les formations est à relativiser. En effet, les femmes sont appréciées par la hiérarchie du service de santé en fonction de leur capacité à se fondre à l'unité dont elles dépendent. Avouer une difficulté d'intégration reviendrait quasiment à se déjuger.

De plus, il semble que les mentalités aient un peu changé et que les militaires soient dans l'ensemble plus favorables à l'accueil des femmes dans leur unité. Il en est de même en ce qui concerne les médecins chefs. Si certains propos paraissent sincères, il ne faut pas oublier que la féminisation a été imposée à l'institution militaire, en particulier parce que le système de quota était illégal devant la cour européenne. Aussi, les discours contre l'emploi des femmes dans les Armées paraissent-ils aujourd'hui illégitimes et « politiquement non corrects ».

Des officiers moins bien accueillis dans les relations extra-professionnelles.

Les femmes ont plus de difficultés à s'intégrer quand il s'agit de relations qui ne sont pas d'ordre strictement professionnel. Une fois le seuil de leur bureau

franchi, elles redeviennent des femmes dans un milieu strictement masculin. Les vieux préjugés resurgissent alors :

Il y avait beaucoup d'hommes qui me tournaient autour. C'était à la limite du harcèlement. Les filles qui couchaient avaient une mauvaise réputation et celles qui ne couchaient pas étaient cataloguées quand même. (femme, 35-40 ans)

Il ne faut pas être trop aimable, sinon on passe pour une allumeuse quand on ne veut pas aller plus loin. (femme, 35-40 ans)

Les femmes, partant en missions pour plusieurs mois sur un bâtiment ou avec une formation de l'Armée de terre, sont considérées parfois comme des femmes avant d'être des militaires et peuvent être perçues très péjorativement. Une confusion fantasmagorique, consciente ou inconsciente, s'établit de temps en temps entre ces femmes et les femmes « repos du guerrier » :

Les militaires ont un esprit qui fait qu'ils ne font pas le distinguo entre une femme militaire ou pas. Outre-mer, il y a la chaleur et l'argent qui rendent plus faciles certaines choses. (homme, 35-40 ans)

C'est bien d'avoir des femmes médecins et officiers car elles peuvent jouer le rôle de mère maquerelle pour les autres, elles peuvent les encadrer. (homme, plus de 50 ans)

Les femmes sont conviées à toutes les festivités ou cérémonies officielles. Mais, en dehors du contexte professionnel, elles sont peu invitées par les autres militaires, voire les autres médecins, surtout quand elles ne sont pas mariées. Les femmes, surtout célibataires, sont souvent un peu exclues des relations officieuses qui peuvent se nouer hors de la base, du régiment ou du bâtiment. Elles ont le sentiment de ne pas être appréciées par les épouses des militaires, voire des médecins militaires, qui n'apprécieraient pas la promiscuité professionnelle qu'elles peuvent avoir avec leur mari :

On a peu de contacts avec les personnels hors du travail car nous sommes considérées comme des rivales par les épouses. Elles ne nous comprennent pas et la majorité ne nous apprécie pas. (femme, moins de 30 ans)

Les femmes médecins seront intégrées beaucoup plus difficilement dans la congrégation des officiers, car il y a le barrage des femmes des officiers. Il n'y pas le barrage du côté des hommes. Les hommes médecins qui arrivent sont tout de suite invités par les autres officiers. (femme, 30-35 ans)

Les célibataires éprouvent quelques difficultés à nouer des relations extra-professionnelles amicales ou amoureuses dans le milieu de l'armée. Elles sont mises à distance de toute une partie de la population du fait de leur grade et des épouses des militaires qui sont le plus souvent mariés. Ce n'est pas forcément plus aisé dans le milieu civil :

C'est difficile de trouver un conjoint, mais ce n'est pas une question de disponibilité mais plus souvent une question de statut, d'image que l'on renvoie et de position hiérarchique. (femme, 35-40 ans)

Quant aux femmes médecins qui sont mariées et mères, elles ne sont pas mieux perçues, surtout dans certains milieux officiers à forte tradition où la femme du militaire ne travaille pas et se consacre à ses enfants et à la carrière de son époux. En outre, dans les unités où les femmes sont encore très peu nombreuses, le conjoint du militaire ne peut être qu'une femme. Une officière interviewée raconte ainsi que son mari n'a pas été invité à l'arbre de Noël par sa formation alors qu'elle était en mission à l'étranger.

Par ailleurs, qu'une épouse et mère puisse partir en opérations extérieures, en laissant mari et enfants pendant quatre mois, n'est pas compris :

Quand on rentre d'« opex », il faut affronter le regard de la collectivité, en particulier des femmes d'officiers, car on est regardé comme des mères qui abandonnent leurs enfants. (femme, 35-40 ans)

Ces femmes, qui ont renoncé à toutes activités professionnelles pour se consacrer à leur famille et dont l'identité même repose sur ce sacrifice, peuvent difficilement accepter qu'on puisse mener les deux de front. Car à ce moment-là, deux modèles s'opposent, celui d'une division traditionnelle des rôles et celui d'une déspecialisation des rôles :

On n'est pas sur la même longueur d'onde que les épouses. (femme, moins de 30 ans)

⇒ **Si l'intégration des officières du service de santé est réalisée au sein du S.S.A. et des formations militaires, cela ne se fait pas sans difficultés et sans efforts considérables des femmes elles-mêmes et sans une certaine évolution des mentalités au sein de l'institution. Dans le quotidien des écoles de santé puis dans les formations militaires, les femmes sont confrontées au jeu des identités féminines et masculines. Elles doivent se bricoler une identité qui leur permette en même temps de ne pas renier leur féminité, qui est appréciée par certains côtés, et affirmer leur identité professionnelle restée très masculine.**

Une solidarité entre femmes est peu présente car elle pourrait être perçue comme troublant une identité professionnelle définie comme masculine. En ce qui concerne commandement, le principe égalitaire est mis en avant, mais certains hommes chefs sont moins directs avec leurs subordonnées par peur d'être confrontés à des attitudes émotionnelles. Cette différence de comportement envers les hommes et les femmes induit un flou dans les exigences et les évaluations par rapport au travail des officières du service de santé. Elle peut aussi donner à penser que les femmes sont favorisées, ce qui s'avère faux car elles sont jugées aussi durement que les hommes, voire plus durement puisqu'elles doivent affronter des préjugés. Quant aux femmes en

situation de commandement, elles sont partagées entre la volonté d'affirmer une autorité équivalente à celle des hommes et leur capacité à être diplomate et à rechercher moins l'affrontement que la conciliation.

Dans le service de santé comme dans les formations militaires, les qualités techniques et humaines des femmes médecins militaires sont reconnues et sont appréciées. Elles sont le meilleur atout de l'intégration des femmes. Pourtant, dans le service de santé, si en théorie l'indifférenciation des sexes est prônée, en réalité, des spécificités féminines sont discriminées et perçues négativement, provoquant une certaine défiance envers chaque femme qui est suspectée de ne pas être aussi disponible qu'un homme et d'être génératrice d'un surplus de travail. Dans les formations militaires, malgré quelques réticences et quelques traces de misogynie, le travail médical des femmes est estimé. Mais, leurs capacités militaires ne leur sont pas formellement reconnues et, le cas échéant, leurs décisions à caractère militaro-médical pas toujours admises. De plus, l'intégration des femmes dans un cadre militaire extra-professionnel ne s'avère pas simple. Si elles sont bien perçues professionnellement, elles ne le sont pas toujours individuellement, car leur position hiérarchique les coupe d'une partie de la population et elles sont mises à distance par les femmes des militaires et par celles de leurs confrères.

Ainsi, les officières du service de santé sont bien intégrées comme médecins mais beaucoup moins comme militaires.

4- Femmes et hommes médecins militaires au travail, parcours masculins et féminins.

1- Faire carrière au masculin.

1- Le modèle traditionnel de la séparation des sphères : don de soi et don de la famille.

Notre société fonctionne sur un modèle ancien de spécialisation des rôles sexués qui exhorte les femmes à assumer les tâches de la sphère privée, tâches qui, en outre, ne sont pas considérées comme un travail, parce que non rétribuées.

Christine Delphy a bien mis en évidence le travail gratuit effectué par les femmes au sein de la famille.⁷² Le service qu'elles rendent dans la sphère domestique n'est pas rémunéré, alors qu'il le serait s'il était effectué par une personne hors du cercle familial. Bien que le nombre de femmes salariées ait considérablement augmenté, ce modèle domine toujours le fonctionnement de notre société. Les femmes qui travaillent ne sont pas dispensées, pour la plupart, du travail domestique et de l'éducation des enfants. De surcroît, ces activités domestiques ne doivent pas nuire à leurs activités professionnelles. Même si de plus en plus d'hommes se mettent à la lessive, au nettoyage, et au changement de couches, les femmes continuent à assumer la plupart des tâches ménagères et éducatives. L'enquête réalisée par le Centre National de la Recherche Scientifique (C.N.R.S.) montre que le temps consacré par les femmes au travail non rémunéré est le double de celui qu'y consacrent les hommes.⁷³

Ce modèle commun à toute la société française se trouve renforcé dans l'institution militaire qui repose traditionnellement sur une division sexuée du travail et sur la part cachée et non salariée du travail des épouses de militaires. Compte tenu de la spécificité du travail du militaire et des contraintes propres à son métier, une disponibilité totale est demandée par l'institution. De ce fait, l'image de l'officier se donnant corps et âme à la nation demeure. Traditionnellement, l'identité du militaire dépasse le cadre de sa profession et l'engagement est total et intemporel. Même à la retraite, un militaire reste militaire, segment essentiel de son identité. Pour répondre aux missions qui lui sont imposées et à une façon de faire la guerre, l'armée est passée d'un idéal d'une armée d'hommes célibataires⁷⁴ à celui des militaires mariés à des épouses oeuvrant pour la carrière de leur mari. Au don de soi professionnel du mari correspond un don familial. Le militaire n'est pas vu comme une individualité mais comme une entité familiale. L'engagement ne repose pas seulement sur le militaire mais sur toute sa famille, et surtout sur l'épouse qui, devant être partie prenante dans la carrière de l'engagé, a une fonction sociale bien définie. Parallèlement et paradoxalement, la participation active des épouses doit permettre au militaire de bien séparer sa vie professionnelle et sa vie familiale qui ne doit jamais interférer avec sa carrière.

⁷² Christine DELPHY, *l'ennemi principal. Economie politique du patriarcat*, Paris : Editions Syllepse, 1998.

⁷³ M. BUFFIER-MOREL, S. RIVIER, sous la direction de M-A BARRERE-MAURISSON, Groupe Division Familiale du Travail de Matisse (Unité Mixte de Recherche du C.N.R.S. et de l'université Paris I), *L'influence des politiques sur la division du travail*, Paris : La Documentation Française, collection Cahier Travail et Emploi de la DARES, 2001.

⁷⁴ Au XIX^{ème} siècle, les armées européennes restreignaient le mariage chez les militaires. Emmanuel REYNAUD, *Les femmes, la violence et l'armée, op. cit.*, p.150.

Or, le principe dominant la gestion des hommes et des femmes médecins militaires est l'égalité sans différenciation entre les sexes. La gestion doit être identique, aucune différence ne doit être faite. Toute l'ambiguïté réside dans le fait que les modèles masculins traditionnels du travailleur, du militaire et du médecin, ont pour base la séparation des sphères privée et professionnelle et servent de base à cette indifférenciation. Le métier de médecin militaire est conçu en référence à une disponibilité masculine qui repose sur une certaine abnégation professionnelle et personnelle des épouses de militaires et leur prise en charge de la sphère privée. A ce modèle s'ajoute celui de la femme du médecin qui travaillait souvent officieusement pour son mari.

La femme médecin militaire peut difficilement s'adapter à ce type de modèle qui génère une stricte séparation des sphères privée et professionnelle et un certain type d'organisation du travail.

2- Carrière d'un seul, don de la famille : un modèle masculin.

Nécessité d'un cloisonnement des sphères professionnelles et familiales.

Faire carrière pour la majorité des hommes médecins militaires rencontrés est très important, même s'ils s'en défendent parfois. En fait, tendre vers la réussite professionnelle va de soi et beaucoup pensent que leur métier a primé sur leur vie familiale :

Mes choix professionnels ont primé sur mes choix familiaux, pour le concours, pour la carrière... (homme, 45-50 ans)

Ma femme s'est beaucoup investie par rapports à mes enfants. Moi, j'ai été égoïste, comme beaucoup d'hommes. (homme, plus de 50 ans)

Pour avoir une belle carrière, les médecins militaires doivent faire abstraction de leur famille dans leur vie professionnelle. Pour réussir, et en caricaturant, le médecin militaire fait don de sa famille. Car, la famille est traditionnellement perçue dans le milieu militaire comme antagoniste, une armée de célibataires pouvant même paraître souhaitable.⁷⁵ L'engagement professionnel est d'ailleurs, pour un célibataire rencontré, du même ordre que l'engagement familial, voire, l'excluait de fait :

J'étais célibataire et marié avec l'armée, j'ai divorcé l'année dernière. (homme)

« *Les femmes ne font pas partie du paquetage* » est un adage connu. Un bon militaire est celui qui fait abstraction de sa famille et qui peut le faire, d'ailleurs parce qu'il n'en subit pas la charge domestique. Aussi, énoncer que leur femme n'intervient pas dans leurs décisions professionnelles, ou que leur mariage n'a

⁷⁵ Voir à ce propos : Emmanuel REYNAUD, *les femmes, la violence et l'armée*, op. cit., p. 149-150.

rien changé dans leur façon de voir leur activité, est important pour quelques officiers interviewés :

Ma femme ne s'est pas immiscée dans ma carrière. (homme, 40-45 ans)

Une majorité d'hommes avouent avoir fait des choix de carrière avant de faire des choix familiaux. Mais, ils ne veulent pas raisonner en terme d'alternative. Pour eux, ils n'avaient pas le choix, ils faisaient ce que l'institution attendait d'eux :

J'ai trop opté pour la vie professionnelle, j'avais le souci de bien faire. J'ai été récompensé, j'ai eu l'estime de mes chefs. (homme, plus de 50 ans)

Ma femme dit que mes choix professionnels ont primé sur mes choix familiaux. Mais, moi, je ne pense pas, car mes quatre premières années étaient écrites dès le début. (homme, 30-35 ans)

Or, ces choix d'orientation professionnelle se répercutent sur les affectations qui concernent toute la famille et notamment l'épouse et son devenir professionnel.

Le renoncement professionnel de l'épouse.

17 hommes sur les 34 mariés (dont 12 de plus de 40 ans) ont une épouse qui n'a jamais travaillé ou s'est arrêtée de travailler « pour suivre son mari ».

Pour beaucoup d'officiers du service de santé, l'arrêt d'une activité salariée de leurs épouses était une évidence. Leurs femmes s'arrêtaient de travailler ou de faire des études car, notamment il y a quelques années, « c'était normal », cela correspondait à une norme sociale :

Ça allait de soi qu'elle s'arrête, il n'y avait pas d'idée de sacrifice. Elle s'est consacrée à l'éducation de nos enfants. Elle voulait se consacrer aux enfants. (...) Elle n'a jamais regretté de ne pas travailler, mais moi, j'aurai aimé qu'elle retravaille pour qu'elle ait des contacts avec d'autres personnes. (homme, plus de 50 ans)⁷⁶

Il fallait le sacrifice de la carrière d'un des deux pour les enfants. (homme, 40-45 ans)

C'était d'une telle évidence qu'une discussion dans le couple s'avérait souvent superflue :

C'était un consensus mais c'était un non-dit, car ça allait de soi. C'est de l'ordre de la perception infra-verbale. Une discussion ne s'est pas imposée. (homme, plus de 50 ans)

Ils parlaient du principe que la famille devait suivre. Quelques officiers du service de santé reconnaissent ainsi avoir pensé d'abord à leur profession et avoir rarement donné le choix à leurs épouses :

⁷⁶ Nous n'avons pas malheureusement interviewé des épouses de médecins, hormis celles qui étaient elles-mêmes médecins militaires. Nous donnons donc ici les impressions du mari.

J'ai choisi de partir huit mois, j'ai laissé ma femme et mes enfants. J'étais bien mais j'étais un peu égoïste. Mais, à l'époque on n'avait pas l'impression d'être égoïste. Ma femme n'a pas beaucoup aimé rester seule, mais les enfants ont été sages. (homme, plus de 50 ans)

Pour mon premier poste, j'ai fait un choix égoïste. Ma femme a eu du mal à s'adapter. Elle travaillait, elle a dû démissionner. (homme, 40-45 ans)

Pour eux, le contrat va au-delà de l'acceptation de contraintes militaires, il impose de tout mettre en œuvre pour faire une belle carrière. S'engager signifie aussi s'engager à avoir un beau parcours professionnel.

Pour d'autres couples, les mutations font l'objet d'un consensus et sont des choix concertés :

Les décisions par rapport à ma carrière sont collégiales. (homme, 30-35 ans)

Mais le débat conjugal porte d'abord sur la carrière du médecin militaire, la carrière de l'épouse passe après.

Quelques-uns ont cependant renoncé à entrer dans la Marine ou les troupes de Marine parce que leurs épouses n'y étaient pas favorables.

La majorité des épouses des médecins militaires rencontrés ont consenti à mettre leur carrière entre parenthèses. Elles ont abandonné des études, un travail, un projet professionnel pour suivre leur mari. Parmi celles qui travaillent, beaucoup ont interrompu leurs activités, à un moment ou un autre, à l'occasion d'une naissance ou d'une mutation. 11 sur 20 ont un travail à temps partiel ou sont vacataires. Parmi les 9 autres qui travaillent, plusieurs ont orienté leurs carrières pour qu'elles soient compatibles avec celles de leurs maris, en intégrant la fonction publique par exemple, voire, pour les femmes médecins, en refusant de se spécialiser :

Ma femme aurait pu être spécialiste, elle en avait les capacités. Mais elle a dû faire le deuil de sa carrière car elle était mariée. (...) Elle a fait un sacrifice parce qu'elle était mariée à un militaire. (homme, 30-35 ans)

Ces femmes qui ont arrêté de travailler avaient souvent un emploi moins gratifiant que celui de leurs maris, mais pas toujours. Certaines plus diplômées que leurs époux ont malgré tout mis leur carrière entre parenthèses.

Des épouses disponibles et des maris absents.

Les épouses renoncent donc souvent à une carrière professionnelle pour permettre une souplesse dans les mutations de leurs maris et pour se rendre disponibles au quotidien. Elles les libèrent du travail domestique et de l'élevage

ou de parentage⁷⁷ des enfants et les soutiennent dans leurs missions professionnelles.

Du reste, les épouses, informées des contraintes des militaires avant leurs épousailles, doivent être parties prenantes dans la carrière de leurs maris. Cela fait partie du contrat de mariage :

Ma femme est partie prenante dans ma carrière car elle m'a épousé en toute connaissance de cause. (homme, 35-40 ans)

Leur rôle d'épouse d'officier du service de santé est d'ailleurs essentiel dans la réussite professionnelle de leurs maris. Car elles les déchargent d'une grande partie, voire de la totalité, des contraintes domestiques et éducatives. Beaucoup de médecins militaires reconnaissent que leur participation aux tâches domestiques est, comme pour la grande partie des hommes officiers,⁷⁸ faible voire inexistante. Même ceux dont l'épouse a une activité professionnelle, font peu de choses à la maison. Comme l'écrit Emmanuel Reynaud, *la disponibilité professionnelle exigée du militaire repose en fait sur la logique de la disponibilité domestique de son épouse.*⁷⁹ A la disponibilité du militaire et du médecin s'ajoute la disponibilité nécessaire pour la progression de la carrière. Evoluer dans la profession nécessite un investissement supplémentaire et donc du temps. Ainsi, le rôle du conjoint a été essentiel, par exemple, pour les spécialistes au moment où ils préparaient l'assistantat. Les encouragements des épouses, comme leur soutien matériel, sont très importants :

Ma femme me soutient dans ce que je fais. (...) Elle m'encourage et elle ne me met pas de frein. Elle sait que le travail est un moyen pour moi de m'épanouir. (homme, 40-45 ans)

Ma femme m'a encouragé à continuer dans ma carrière. Comme elle était aussi dans le milieu médical, elle comprenait la situation, elle comprenant la disponibilité nécessaire. (homme, 40-45 ans)

La plupart des hommes reconnaissent la part active de leurs épouses dans leurs parcours professionnels :

Je lui suis très reconnaissant, je lui dois beaucoup. (homme, plus de 50 ans)

Ma femme m'a soutenu dans mon parcours, sans elle, ça n'aurait pas été possible. (homme, 45-50 ans)

⁷⁷ Il faut entendre par « élevage » ou « parentage » toutes les pratiques nécessaires à la croissance de l'enfant, toutes les tâches assurées auprès d'un enfant, de celles purement matérielles à celles plus éducatives.

⁷⁸ Voir à ce sujet l'étude de Marie-Agnès BARRERE-MAURISSON, *La division familiale du travail, la vie en double*, Paris : P.U.F., 1992, P.65 et 66.

⁷⁹ Emmanuel Reynaud, *la féminisation des armées en France et aux Etats-Unis. Dynamique et pratique de l'égalité*, mémoire de synthèse, thèse de doctorat de sociologie, dirigée par Pierre ROSANVALLON, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1989, p. 56.

Au-delà de la prise en charge des activités domestiques, les épouses participent activement à la carrière de leurs conjoints en les suivant dans leurs déplacements outre-mer, par exemple. D'ailleurs, le cas échéant, les aléas professionnels de leur conjoint sont durement ressentis :

Mon épouse vit mal que je ne sois pas récompensé. (homme, 45-50 ans)

De plus, le temps passé au travail par les médecins militaires est considérable et réduit le temps passé auprès de leur famille. Ce n'est pas toujours bien admis par les compagnes :

Le travail n'est pas une contrainte ; il y a la contrainte que je m'impose de ne pas partir avant d'avoir fini mon travail. C'est une contrainte éthique que ma femme comprend, ce qui n'empêche pas des tiraillements. (homme, 45-50 ans)

Quant aux célibataires, le métier est tellement « chronophage » qu'il ne leur reste que très peu de vie sociale leur permettant de faire des rencontres :

Mon travail a eu un retentissement sur ma vie personnelle, car j'étais très investi dans le travail. Je bossais jusqu'à vingt et une heures et je n'avais pas le temps de faire autre-chose. (homme, 40-45 ans)

3- Un nouveau modèle : l'intrusion de la famille dans la gestion de la carrière.

Des épouses qui ne souhaitent plus renoncer à l'emploi.

Comme partout ailleurs et dans l'institution militaire, avec un peu de retard par rapport à la société civile, les épouses consentent de moins en moins à abandonner une profession. Quand elles le font, comme cela ne correspond plus à une norme sociale dominante actuelle, c'est avec moins d'agrément et plus dans l'esprit de sacrifice. L'insatisfaction des épouses, qui ne peuvent pas travailler comme elles le souhaitent, alimente les critiques de l'institution et provoque des changements dans la manière d'envisager la carrière du côté masculin. L'engagement s'il est toujours apprécié comme l'acceptation de contraintes, s'engager signifie moins s'engager à faire une carrière brillante :

Je souhaite ménager ma famille. (...) Je compte choisir une carrière courte pour aller ensuite dans le civil. Je sais que c'est un discours qui n'est pas politiquement correct. Je le tiens ici, je ne le tiendrais pas ailleurs. (homme, 30-35 ans)

La carrière est alors davantage l'objet d'une négociation avec le service :

Je souhaite négocier ma carrière. (homme, 30-35 ans)

Les femmes des médecins militaires sont fréquemment soutenues par leurs conjoints médecins militaires qui se révèlent parfois des « Pygmalion ». Ils souhaitent qu'elles s'épanouissent dans leur travail et regrettent qu'elles ne puissent pas le faire :

Elle devra faire une croix sur sa carrière mais j'ai insisté pour qu'elle passe son examen. (...) J'essaie de la pousser. C'est important qu'elle ait un diplôme même si elle ne travaille pas. (...) C'est important d'avoir des enfants, mais aussi de s'épanouir. (homme, 30-35 ans)

Des pères et des époux qui veulent être présents.

De plus en plus d'hommes participent aux tâches ménagères et d'élevage. Bien entendu, il ne s'agit pas de dire que les médecins militaires d'hier ne s'occupaient pas de leurs enfants, mais ils partageaient rarement les tâches domestiques et éducatives. La question des enfants intervenait peu dans leurs stratégies professionnelles, sauf quand cela concernait leurs études. Quelques-uns ont demandé des mutations pour permettre à leurs enfants de faire des études correctes⁸⁰ :

Ensuite, j'ai fait un choix pour la scolarité de mes enfants. J'ai pris des postes qui soient bien pour la scolarité de mes enfants. (homme, plus de 50 ans)

Le schéma des « nouveaux pères » traverse la société tout entière et quand les hommes font un retour sur leur passé, quelques-uns constatent, voire regrettent, leur peu d'investissement familial ou paternel :

Quand je vois des hommes qui passent du temps avec leurs jeunes enfants, je me rends compte que je ne l'ai pas fait. (homme, 40-45 ans)

Globalement, je n'ai pas eu de soucis avec mes enfants. Mais, je me rends compte que j'ai loupé des étapes. Je les voyais peu le matin, peu le soir, et peu le week-end. Ce n'est pas une plainte, mais une constatation. (homme, 40-45 ans)

Mon seul regret, c'est que mon boulot m'a bouffé du temps que j'aurais pu passer avec mes enfants qui me le reprochent. (...) Pour mon plus jeune, j'essaie de prendre plus de temps, de prendre plus de recul et de le voir un peu plus. A l'époque, ce n'était pas possible de faire autrement. (homme, 45-50 ans)

Même si la plupart n'ont pas de regrets concernant leur manière de gérer leur vie familiale et professionnelle, le coût familial de l'investissement dans le travail est actuellement mis en question par quelques-uns car leur satisfaction professionnelle, notamment financière, est insuffisante :

J'ai fait payer mes enfants et mon épouse, et pourquoi ? On est moins bien payé que dans le civil alors qu'on fait plus de sacrifices. (homme, 45-50 ans)

⁸⁰ Les pères médecins militaires ne diffèrent pas en cela des autres pères qui s'inquiètent des études de leurs enfants. L'éducation fait partie des « grandes décisions » que les hommes investissent avec facilité. Voir à ce propos : M. GLAUDE et F. DE SINGLY, L'organisation domestique : pouvoir et négociation, *Economie et statistique*, n°187, 1986, cité par Jean-Claude KAUFMANN, *Sociologie du couple*, op. cit., p. 98.

S'investir davantage dans la vie de famille paraissait impossible car incompatible avec l'emploi tenu :

Je ne pouvais pas mieux faire avec mes enfants. Je ne sais pas comment on peut faire. Soit on le fait (son travail), soit on ne le fait pas. C'est un choix avec ses inconvénients. (homme, 45-50 ans)

Aujourd'hui, quelques jeunes pères médecins militaires rencontrés veulent s'investir dans leur vie de famille, non pas en étant les pourvoyeurs de ressources, mais en tissant des relations quotidiennes avec leurs proches :

Je ne veux pas rentrer trop tard pour mes enfants, je veux faire le papa gâteau. (...) Je ne veux pas sacrifier ma vie de père de famille. (homme, 30-35 ans)

Je n'envisage pas d'avoir des enfants dans les deux ans qui viennent. Avoir un enfant, ça jouera sur mes choix de carrière. Un enfant, il faut qu'il voit son père, c'est structurant pour un enfant d'avoir son père. (homme, 35-40 ans)

Tantôt ils sont embarrassés quand ils ne le font pas :

J'ai des scrupules à être absent et à tout lui laisser faire. (homme, 30-35 ans)

Tantôt, l'engagement militaire reste le plus fort, même quand leur présence est souhaitée par la famille en difficulté :

Il y a des circonstances où j'aurai dû être là mais je ne pouvais pas être là. (...) C'était un dilemme intérieur, mais je n'avais pas la possibilité de faire un choix. (homme, 30-35 ans)

Quoi qu'il en soit, la légitimité du renoncement familial au quotidien est peu à peu remise en cause.

Une séparation vie professionnelle et vie familiale progressivement illégitime.

Comme nous l'avons vu, la réussite de la carrière du médecin militaire dépend de leur abnégation familiale. Or, peu à peu, faire abstraction de la famille devient difficile. Le compromis entre les deux pôles, professionnel et familial, est de plus en plus la règle. Et les épouses sont de plus en plus présentes dans les décisions prises :

Ma carrière, c'est important car je ne souhaite pas rester capitaine toute ma vie, je souhaite avoir une certaine perspective de carrière. Mais pour moi, il est clair que je privilégierai mon couple par rapport à ma carrière. (...) Mes choix prioritaires, c'est la vie de famille. (...) Les décisions par rapport à ma carrière sont collégiales. (homme, 30-35 ans)

Le fait que l'épouse connaisse les contraintes avant de s'engager dans le mariage n'est plus somme toute une explication suffisante. L'évolution de la carrière semble ne plus dépendre seulement de l'homme mais de plus en plus

du couple, signe d'une démocratisation au sein des ménages que l'on retrouve dans la société civile.⁸¹

Les contraintes de disponibilité ne sont pas toujours bien acceptées par les épouses notamment les plus jeunes. Ces dernières comprennent les urgences médicales mais pas les contraintes militaires, surtout quand elles concernent les temps de représentation, les prises d'arme par exemple, ou les temps de cohésion, comme les repas entre officiers :

Mon épouse ne comprend pas la vie en régiment et mes beaux-parents non plus. Les contraintes de repas, par exemple, j'aime ça, je sais que c'est pour la cohésion. Mais, elle, elle me demande pourquoi j'y vais et ce que nous faisons. Elle comprend mieux les contraintes médicales ou d'urgence. (homme, 30-35 ans)

Les jeunes peuvent avoir des agissements différents de leurs aînés et envisagent une carrière à deux vitesses en fonction des événements familiaux :

Si j'étais marié, je n'abandonnerais pas mais j'orienterais ma carrière autrement. Si ma situation matrimoniale changeait, mes priorités changeraient aussi. Je trouverais un compromis entre ma vie de famille et ma vie professionnelle. (homme, 30-35 ans)

Des stratégies de carrière de jeunes médecins sont échafaudées de manière à laisser plus de place à leur famille :

Mes choix familiaux priment sur mes choix professionnels. J'ai investi sur un projet de carrière qui permet de ménager ma famille. (homme, 30-35 ans)

Pour certains, s'engager dans un assistantat peut être un bon moyen car ils peuvent investir dans une carrière et en même temps éviter un trop grand nombre de mutations et de missions selon les spécialités. La disponibilité quotidienne qui leur sera demandée leur paraît moins coûteuse que de longues absences. D'autres envisagent simplement une carrière courte.

Quoi qu'il en soit, quelques-uns se défendent d'être « carriériste » tant l'opposition famille/carrière est forte, tant le modèle « carriériste » est de moins en moins légitime :

Je ne suis pas « carriériste » dans l'âme, car être « carriériste », c'est être égoïste. (homme, 30-35 ans)

Là encore, alors que s'engager signifiait pour les anciens s'engager à progresser dans la profession, pour les nouvelles générations, faire carrière n'est plus dans le contrat mais dépend d'une volonté et d'une stratégie individuelles.

⁸¹ Voir à ce sujet : Anthony GIDDENS, *The transformation of intimacy. Sexuality, love and eroticism in modern societies*, Cambridge : Polity Press, 1992.

L'illégitimité du nouveau modèle masculin au sein de l'institution.

La séparation opérée entre vie professionnelle et vie familiale et la division sexuelle des rôles sont de moins en moins acceptées par les intéressés. Toutefois, l'émergence d'un nouveau schéma, dans lequel la famille s'immisce dans la vie professionnelle, trouve peu d'échos dans l'institution et se concrétise donc difficilement.

Ainsi, ceux qui ont pu dire pendant l'entretien qu'ils souhaitaient privilégier leur vie de famille ont avoué qu'ils ne tiendraient pas le même discours devant leurs responsables hiérarchiques, voire devant des collègues.

De même, quasiment aucun des pères interviewés n'oserait solliciter un congé enfant malade de peur d'être totalement déconsidéré. Et pratiquement tous les médecins militaires comprendraient difficilement qu'un collègue le fasse. Quant aux congés parentaux demandés par un homme officier du service de santé, c'est impensable et considéré quasiment comme une déloyauté :

Je ne comprendrais pas qu'un homme qui s'est engagé dans l'armée pose un congé parental. (homme, 40-45 ans)

Mon mari prendrait volontiers un congé parental, mais je ne sais pas comment ce serait ressenti. (femme, 30-35 ans)

Ou alors, pour être acceptés, ces congés ne doivent pas prendre la forme d'un droit officiel mais d'une demande officieuse susceptible d'être refusée :

Je prends des congés-enfant malade. On ne me les a jamais reprochés, j'appelle simplement le cabinet du chef de corps. (homme, 35-40 ans)

De plus, les anciens, y compris les femmes, ne perçoivent pas d'un très bon œil le recul qu'ont apparemment les plus jeunes vis à vis de leur métier :

Quand je suis arrivée, il y avait beaucoup de contraintes, notamment lors des incorporations, beaucoup de gardes, de manœuvres, ça demandait beaucoup de disponibilité. Je donnais et ça me paraissait normal et évident. Alors que mes adjoints, c'est « moins j'en fais, mieux je me porte » ! Ils partent à l'heure, sauf ceux qui sont vraiment « carriéristes » et qui se donnent parce que ça leur plait. (femme, 35-40 ans)

Ainsi, même si un nouvel idéal d'investissement professionnel et familial des médecins militaires est présent, et l'était probablement de façon latente depuis plusieurs années, il n'est pas encore vraiment réalisé car il reste illégitime au sein de l'institution. Tout se passe comme si les pères n'étaient pas différents de ceux d'hier qui manifestaient un fort engagement professionnel.⁸² Le modèle du nouveau père, nouveau mari, demeure au niveau des représentations. Parce qu'il est irrecevable, il ne se concrétise pas. L'écart est grand entre l'adhésion au schéma du nouveau père et mari et la mise en

⁸² Voir à ce sujet, François de Singly, « Le congé pour enfant malade. Premier bilan sociologique », Rapport de recherche pour le Secrétariat d'Etat chargé des Droits des Femmes, 1991, p 152.

application de cette représentation. Ce décalage entre des aspirations et la réalité, génère des insatisfactions.

S'il y a un changement de mentalités, il ne trouve pas d'écho favorable, il reste déconnecté des pratiques concrètes et il n'est pas moteur d'évolutions.

⇒ Le modèle traditionnel militaire et médical repose sur une division sexuelle du travail et une séparation des sphères professionnelle et privée, sur un système idéal où les épouses de militaires déchargent leurs conjoints des contraintes domestiques. Du fait du don de soi, de la disponibilité totale, demandés tant au militaire qu'au médecin, la conception d'une conciliation entre travail et vie privée est d'office condamnée. Les idéaux de base excluent toute légitimité d'une volonté d'arbitrage entre les différents temps et de prise en compte de ces derniers par la collectivité. Ainsi, les épouses des officiers du service de santé renoncent souvent à une carrière professionnelle. Pour faciliter celle de leurs maris, elles se rendent disponibles pour les rendre disponibles. Leur soutien est souvent aussi bien matériel que moral. Dans ce cadre, tout est mis en œuvre au niveau familial pour donner les meilleures conditions de réussite professionnelle à l'homme officier du service de santé, réussite qui concerne alors aussi son épouse. Néanmoins, le renoncement professionnel des épouses est de plus en plus vécu péniblement. Car les mouvements perceptibles dans la société civile traversent et transforment aussi les familles militaires. L'autonomie individuelle est davantage recherchée et l'indépendance valorisée.⁸³ La principale conséquence, voire cause, de ce phénomène, c'est le travail salarié des femmes, et ici des épouses de militaires qui ne sont plus prêtes à se rendre aussi disponibles pour leur mari. De plus, les médecins militaires souhaitent de plus en plus être présents au quotidien auprès de leurs enfants. Par conséquent, pour les nouvelles générations, faire carrière n'est plus dans le contrat, s'engager n'implique plus s'engager à faire un beau parcours professionnel, mais dépend d'une volonté et d'une stratégie individuelles.

Ainsi, sous la pression des épouses et à cause des nouveaux modèles qui traversent la société tout entière, la division sexuelle est remise en cause. Par contre-coup, la séparation entre vie professionnelle et vie familiale, permise par la division sexuelle des rôles, est de moins en moins admise par les hommes officiers du service de santé et leurs familles. Si les mentalités changent, si un nouveau schéma est présent chez les plus

⁸³ François DE SINGLY, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Editions Nathan, 1993.

jeunes qui souhaiteraient mieux articuler leur vie professionnelle et familiale, la concrétisation de ces nouveaux modèles ne s'opère pas car ils trouvent peu d'échos et aucune légitimité dans l'institution. Le changement est juste parfois perceptible au niveau de quelques stratégies professionnelles individuelles.

Le parcours professionnel des femmes est lui piégé par la prégnance des modèles familiaux d'une part et professionnels d'autre part.

2- Du renoncement professionnel au sacrifice familial : un parcours professionnel féminin piégé.

Faire carrière paraît dans l'ensemble plus important pour les hommes rencontrés que pour les femmes. Elles semblent moins carriéristes que les hommes. Elles rencontrent aussi plus d'obstacles que leurs confrères. Leurs conjoints ne jouent pas toujours le rôle de Pygmalion et ne les encouragent pas à persévérer. Elles se heurtent à leur propre intériorisation de la « division du travail » entre les sexes. Ensuite, elles doivent affronter un milieu hostile à leur féminité, notamment à propos de la maternité. Enfin, le modèle de la mère idéale les empêche de s'investir dans leur métier de manière à correspondre au modèle masculin d'une carrière militaire réussie.

1- Le couple, du principe égalitaire à la priorité donnée à une carrière.

Des premiers choix conditionnés.

Comme le souligne, François de Singly tout ne se joue pas forcément dès l'entrée en couple. *Le mariage constitue une phase décisive de la socialisation individuelle, produisant une transformation importante des identités des conjoints, notamment par la conversation et les échanges qu'ils ont entre eux.*⁸⁴ Les couples sont partagés entre deux références,⁸⁵ les rôles anciens où la femme était assignée à la figure de la mère et de la ménagère et la référence égalitaire déterminant le modèle légitime. Les couples formés par les médecins militaires de sexe féminin ne font pas exception à la règle. Même si l'idéal égalitaire demeure, la plupart de ces femmes sont rapidement coincées dans un modèle classique de ménage où la carrière du mari est privilégiée. Dans la majorité des cas, l'activité masculine reste avantagée par le couple.

⁸⁴ François de SINGLY, *Le soi, le couple et la famille*, Paris : Editions Nathan, 1996, p. 64.

⁸⁵ Jean-Claude KAUFMANN, *Sociologie du couple*, Paris : P.U.F., 1993, p. 93.

Le « piège » commence avant la sortie d'école. A l'issue de leur deuxième cycle des études, les médecins aspirants doivent choisir l'armée dans laquelle ils serviront pendant toute leur carrière. Ce choix se fait en fonction de leurs classements dans les études. Une majorité de femmes optent pour telle ou telle armée en fonction de leurs conjoints. Tandis que leurs confrères, en choisissant l'armée dans laquelle ils serviraient, ont fait des choix de carrière, nombre de femmes étudiantes du S.S.A., ont fait un choix familial, géographique. Quelques-unes, bien placées dans le classement, auraient pu opter pour la Marine ou l'Armée de l'air, mieux cotées que l'Armée de terre par les étudiants. Elles y ont renoncé pour avoir une mutation proche de leurs maris. En outre, les conjoints médecins militaires sont souvent d'une promotion plus ancienne que la leur et choisissent les premiers. Elles, elles s'adaptent. D'ailleurs, même quand elles sont de la même promotion que leurs conjoints, c'est souvent la préférence de l'homme qui prime.

Quant aux célibataires, même si elles choisissent des postes opérationnels, la conciliation vie professionnelle et vie de famille est aussi présente. Elles envisagent une carrière en deux temps, un temps où elles seront entièrement disponibles et prêtes à partir plusieurs mois et un temps où elles pourront obtenir des postes plus sédentaires. Celles qui optent pour la Marine pensent qu'elles pourront cesser d'embarquer le moment venu.

A la sortie de l'école d'application, elles sélectionnent leurs postes, là encore, en fonction, du classement bien sûr, mais aussi de leurs familles. La plupart des femmes se sont mariées pendant leurs études et ont eu au moins un enfant avant d'aller en corps de troupe. Leur situation de mère les fait renoncer parfois à une carrière opérationnelle dont elles rêvaient.

Puis vient le moment où il faut opter pour un assistantat ou pour une carrière de généraliste. Les stratégies diffèrent selon la représentation que chacune a des différents postes. Certaines voient dans la spécialisation un moyen de préserver leur vie de famille, notamment par rapport aux mutations et aux absences de longue durée. Le choix de la spécialité est alors important :

Je prépare l'assistantat. J'aimerais faire de la dermatologie qui permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. (femme, 30-35 ans)

D'autres renoncent à l'assistantat. Soit leurs conjoints sont déjà engagés dans un assistantat et faire aussi cette démarche leur paraît une trop grosse contrainte pour la famille. Soit elles préfèrent rester généralistes parce qu'elles pensent mieux arriver à concilier vie professionnelle et vie de famille au regard de la disponibilité et des mutations :

J'hésite à passer l'assistantat car sinon je risque d'être célibataire géographique. Sinon, je l'aurais passé. En choisissant la filière de l'assistantat, on n'est pas sûr d'être ensemble. (femme, moins de 30 ans)

Certaines sont perplexes et ne savent pas quel est le meilleur choix à faire :

Je veux peut-être préparer une spécialité, mais je ne sais pas si je veux vraiment faire des études de spécialiste. Je ne sais pas comment je serai quand je serai mariée et que j'aurai des enfants. C'est un choix difficile à faire. J'ai peur de passer une spécialité par rapport aux enfants. Je ne sais pas trop car les arguments sont contradictoires. (femme, moins de 30 ans)

Dans le cas de cette jeune femme, même si elle est encore célibataire, la question familiale est présente lors des interrogations sur les orientations professionnelles. Préserver le couple, préserver la famille seront des objectifs durant toute la carrière féminine.

Des choix personnels aux choix du couple.

En fait, les orientations professionnelles des officières du service de santé sont rarement des choix personnels et plus souvent des choix de couple. L'entrée dans la vie conjugale a plus de conséquences pour les officières du service de santé que pour leurs confrères. Dans la plupart des cas, la stratégie de la femme sera de trouver une orientation professionnelle la mieux adaptée, d'une part, sur le plan géographique, à celle de son conjoint, et d'autre part, sur le plan des contraintes, à la vie privée.

Dès la mise en couple, il semble que les femmes soient beaucoup plus prêtes à renoncer « pour l'amour d'un homme » à leur métier. L'une d'entre elles raconte avoir envisagé de démissionner pour pouvoir vivre avec un homme dont elle était amoureuse. Si elle ne l'a pas fait, c'est parce qu'elle n'a *pas eu de réponses claires de la part de l'autre pour le faire.*

Jacques Commaille remarque que la réalisation professionnelle de l'homme est considérée le plus souvent comme prioritaire au sein des ménages.⁸⁶ Les couples formés par les officières du service de santé ne font pas exception à la règle.

Dans le cas de couples de médecins militaires, le plus souvent l'époux s'orientera vers une carrière opérationnelle, demandant une grande disponibilité, mais permettant une carrière gratifiante. L'épouse essaiera d'adapter alors son parcours à celui de son mari et ce n'est pas chose facile.

D'autres essaient de ménager les deux carrières. Ainsi, une femme relate qu'elle et son mari ont choisi un poste en fonction de l'intérêt professionnel, au détriment de leur vie de couple. Ils voulaient l'un et l'autre un poste qui les intéressait. S'ils réussissent l'assistantat, elle pense qu'ils seront à égalité. Pourtant, un peu plus loin dans l'entretien, elle prévoit à la naissance d'un enfant de prendre un congé si elle n'est pas rapprochée de son mari. Elle n'envisage pas que son mari puisse le faire... L'égalité est toute relative.

⁸⁶ Jacques COMMAILLE, *Les stratégies des femmes, travail, famille et politique, op. cit.*, p. 51.

Les maris, surtout les plus jeunes, sont parfois très fiers de leurs femmes et ne voudraient pas qu'elles restent à la maison. Ils les encouragent à persévérer dans la carrière, à passer une spécialité par exemple :

Mon mari m'encourage à bosser pour que j'aie un bon poste car je suis bien classée. (femme, moins de 30 ans)

Il m'encourage à préparer une spécialité, mais je ne sais pas s'il se rend compte de ce que cela impliquera. (femme, moins de 30 ans)

Néanmoins, les hommes ne jouent pas toujours les Pygmalion :

Mes parents m'ont encouragée à continuer, mais mon mari, non. Il ne me poussera pas à être plus absente de la maison. Il ne m'empêche pas de le faire. (femme, 40-45 ans)

Ils ne s'opposent pas directement à l'ambition professionnelle de leurs conjointes mais ils ne les stimulent pas. Ils ne sont probablement pas prêts à subir les conséquences d'un double investissement professionnel dans le couple et peut-être à partager les tâches ménagères et de parentage. Certains énoncent clairement leur opposition à l'investissement professionnel de leurs épouses dans un poste qui demande beaucoup de disponibilité :

Mon mari ne voulait pas que j'aille dans un poste opérationnel. (femme, 35-40 ans)

Dans l'ensemble, les femmes médecins militaires prodiguent davantage d'encouragements à leurs maris que l'inverse.

En réalité, les jeunes femmes sont plus conscientes des charges domestiques liées à une future vie de famille que leurs conjoints. Elles anticipent le fait qu'une grande partie de ces tâches leur reviendra quand elles effectuent leurs premiers choix professionnels. Le partage des tâches domestiques est encore loin d'être égalitaire dans la société militaire comme dans la société civile. Très peu de femmes rencontrées ont un mari qui partage les contraintes domestiques et éducatives. Ils sont souvent excusés par leurs épouses ; elles insistent sur leur manque de temps dû à leurs astreintes professionnelles. Même quand ils participent, le partage est loin d'être égalitaire.

Beaucoup de femmes se mettent d'office en retrait et le travail du mari sera la priorité du couple. Il est clair dès le début que la carrière du conjoint sera privilégiée car elle est plus importante pour lui. C'est un consensus au départ :

Je privilégie sa carrière à lui. Je ne veux pas faire un choix qui le pénaliserait dans sa carrière. (femme, moins de 30 ans)

Je pense que la carrière, c'est plus important pour un homme que pour une femme. Je pense que les occupations familiales pour une femme sont aussi importantes que sa carrière. (femme, 35-40 ans)

Dans d'autres couples, l'idéal égalitaire persiste. Ce n'est que petit à petit que la carrière du mari prendra le pas. Il existe souvent un décalage *entre l'objectif*

*d'égalité et l'inégalité sexuelle des manières de faire.*⁸⁷ Cela se construit peu à peu avec des détails de la vie quotidienne qui deviennent rapidement une façon globale de faire. L'arrivée des enfants sera le moment décisif. Le même processus que celui décrit par Jean-Claude Kaufmann dans *La trame conjugale*⁸⁸ se met en place. Un « piège » se referme sur la femme médecin militaire, pas seulement parce qu'elle se met professionnellement en retrait, mais parce qu'elle renforce elle-même un système de pratiques qu'elle critique par ailleurs.⁸⁹ Munies de l'idée de l'égalité, des femmes officiers du service de santé sont prises au piège par leurs manières de faire au quotidien :

Au début, nous étions un couple égalitaire mais ensuite c'est moi qui tenais la boutique. Ça me paraissait normal. (femme, 40-45 ans)

Les tâches parentales, c'est plutôt moi. Je ne lui reproche pas, c'est moi qui veux le faire, qui organise les choses. Lui, il aide, il supplée quand je suis en manœuvres. (femme, 35-40 ans)

Le parcours féminin suivant est révélateur, l'arrivée du premier, du deuxième puis du troisième enfant change la répartition des tâches et la place de la femme au sein du couple :

Quand j'étais en école, j'ai fait mon stage de septième année à Paris, et je suis restée un moment seule avec ma fille. Puis, mon mari nous a rejointes. A l'école d'application, je faisais beaucoup de petits voyages, donc mon mari m'a beaucoup aidée.(...) Mon mari était proche de ma fille. Le reste de la semaine, c'était moi qui m'en occupais. Avec le deuxième, j'ai repris mes prérogatives de mère, mon mari étant trop occupé par son emploi. Pour le troisième, c'est moi qui m'en occupe complètement, lui, un peu le week-end. C'est un papa moderne. (femme, 40-45 ans)

L'assignation à un rôle d'épouse et de mère les rattrape, elles n'ont d'autres choix que de présenter, et de se représenter, leur abnégation comme un choix librement consenti et favorable à la famille :

Je me suis toujours mise en retrait. Je ne me suis pas sacrifiée, je ne voulais pas faire l'assistantat. (femme, 40-45 ans)

Nous avons peut-être davantage favorisé la carrière de mon mari, mais pas tant que ça. Mon mari m'a encouragée à continuer, je ne me suis pas sacrifiée, même si les hommes sont toujours un peu favorisés. Les femmes, quand elles ont des enfants, elles en font toujours plus que les hommes. Pendant que je passais le concours, je devais être à l'heure mais je devais

⁸⁷ Monique HAICAULT, La gestion ordinaire de la vie en deux, *Sociologie du travail*, n°3, 1984, citée par Martine CHAUDRON, Vie de famille, vie de travail, dans *La famille, l'état des savoirs*, sous la direction de François DE SINGLY, Paris : Editions la Découverte, 1991, p. 137.

⁸⁸ Jean-Claude KAUFMANN, *La trame conjugale, analyse du couple par son linge*, Paris : Editions Nathan, 1992, pp. 167-181.

⁸⁹ *ibid.*, p. 167.

aussi amener mon fils à la crèche. Alors que quand c'est lui qui passe des épreuves, c'est moi qui m'occupe des enfants. (femme, 35-40 ans)

La carrière de mon mari a été clairement privilégiée. Il a plus de facilités à faire son travail car il était dégagé de l'aspect familial. Mais, ce choix s'est fait sans conflit. J'ai choisi d'autres priorités, c'est sans regret. (femme, 40-45 ans)

Mon mari était intéressé par la carrière hospitalière, moi, non. Je ne faisais pas de concession en ne passant pas le concours, hormis le fait de m'occuper de la vie de famille. Moi, ça me paraissait incompatible avec une vie de famille. Je ne voulais pas perdre un niveau de qualité familiale en préparant le concours. Si ça n'avait pas eu de retentissement sur ma vie familiale, je l'aurais préparé. (femme, 40-45 ans)

Pour le soutenir dans sa carrière, les femmes déchargent leurs conjoints des contraintes matérielles :

C'est normal de prendre tout à ma charge pour qu'il réussisse. (femme, 40-45 ans)

Les hommes mettront facilement en avant le temps passé au travail pour se désinvestir des tâches familiales quotidiennes, les femmes ne le feront pas. Elles acceptent cette justification des hommes, elles trouvent normal qu'ils s'accomplissent professionnellement :

Il essaie de participer, mais il publie, il a sa spécialité... (femme, 30-35 ans)

Il ne partageait pas les tâches car il n'avait pas le temps. Il le faisait le week-end. Il était à fond dans son job, il fallait qu'il fasse l'affaire. (femme, 35-40 ans)

Il commençait plus tôt le matin et quand il a été à l'hôpital, il n'était plus du tout disponible. (femme, 40-45 ans)

Ceci est encore plus vrai pour les femmes mariées à un militaire. Elles acceptent que leurs conjoints remplissent leurs contrats et soient donc entièrement disponibles pour leurs emplois. Quitte à en pâtir elles-mêmes dans leur travail, elles se chargent des contraintes familiales et domestiques pour les en libérer et leur permettre cette disponibilité professionnelle.

L'attente du monde du travail vis à vis des hommes, en particulier dans le monde militaire, crée et renforce le retrait des hommes de la sphère familiale. Les femmes prennent congé-enfant malade, congés parentaux, disponibilités, sortent à l'heure pour aller chercher les enfants chez l'assistante maternelle, etc. Il est encore très mal vu pour un père de faire pareil.

A l'arrivée des enfants, une symétrie préservée entre les deux carrières est plus rare :

Les deux sont considérés sur un pied d'égalité, chacun a son rôle à la maison. Il y a une bonne répartition des rôles et pas un qui domine l'autre. (femme, plus de 45 ans)

Cet équilibre peut être motivé par la précarité relative de l'emploi du mari :

Mon mari est intelligent, nous nous sommes épaulés, il a mis du lest quand j'avais des coups de bourre et inversement. (...) J'aurais pu prendre ma retraite à quinze ans, mais mon mari

m'a poussée à rester pour la sécurité de l'emploi. C'est difficile de tout jouer sur sa carrière à lui. (femme, 40-45 ans)

Beaucoup plus rarement (2 cas sur 37), c'est la carrière de la femme médecin militaire qui sera très tôt privilégiée. Quand les maris ont un avenir professionnel moins enviable ou un emploi moins rémunéré que celui de leurs femmes, les couples privilégient ces dernières. Et ces hommes assument alors une part des charges ménagères et familiales plus importante que les autres :

Si mon mari n'avait pas assumé les enfants, je n'en aurais pas eu. Je ne voulais pas être une victime mais une partenaire dans la vie. (...) Mon mari m'a soutenue. Il a assumé les gosses pendant le concours. Je ne rentrais pas avant minuit, une heure du matin, une fois que j'avais fini. (femme, 40-45 ans)

Cela ne s'avère pas toujours vrai. Des femmes, ayant des profils de carrière plus avantageux que ceux de leurs conjoints, se sont mises en retrait :

Mon mari travaille dans le privé, il gagne moins que moi. Mais, s'il avait fallu, je me serais arrêtée de travailler plutôt que lui. Lui, il n'aurait pas pu s'arrêter car c'est trop mal vu dans le privé de prendre un congé ou de se mettre à 80%. (femme, 35-40 ans)

Contrairement aux hommes qui disent ne pas mener une carrière mais être dirigés par elle, les femmes ont le sentiment de faire des choix professionnels. Chaque décision professionnelle est prise en fonction du couple, et surtout des enfants car là, comme ailleurs, *le lien à l'enfant reste un pôle d'ancrage essentiel de l'identité féminine.*⁹⁰

2- Le double travail des femmes.

Un habitus féminin et maternel.

Beaucoup de femmes reconnaissent que l'arrivée des enfants a modifié leur projet professionnel, même quand elles ne l'avaient pas imaginé. *On ne sait pas la mère que l'on sera tant qu'on n'a pas accouché du premier*, dit l'une d'entre elles. Comme partout ailleurs dans la société, les différences entre les sexes se cristallisent dans leur famille à l'arrivée de l'enfant. Les femmes médecins militaires doivent se construire une nouvelle identité, celle de mère qui travaille. Etre mère et active semble possible mais pour une des femmes interrogées, être mère et militaire est irréalisable :

Il faut être disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Pour une femme qui pense que sa vie de famille passe avant, c'est difficile. Si on veut être militaire, il ne faut pas penser ça. Pour une femme, c'est impossible. Ou alors c'est une femme qui n'aime pas ses enfants. (femme, 35-40 ans)

⁹⁰ Jean-Claude KAUFMANN, *Sociologie du couple*, Paris : P.U.F., 1993, p. 98.

*Malgré une tendance vers la reconnaissance de la femme comme individu, malgré ce qui paraît pouvoir être établi comme une forte aspiration de la femme à vouloir se réaliser aussi en dehors de la famille et de ses engagements domestiques, le privé continue pour elle de prévaloir fortement par rapport au professionnel.*⁹¹ Cette tendance féminine est aussi avérée pour les officières du service de santé. Quasiment toutes les femmes consultées placent leur vie familiale au premier plan. L'« habitus »⁹² maternel qui veut que la mère soit toujours disponible à son enfant⁹³, est bien présent chez ces officières du service de santé comme chez toutes les mères. La différence est que cet habitus maternel entre en complète contradiction avec celui du militaire toujours prêt. L'exigence du don total ne peut se faire dans les deux sphères. Or, la majorité refusent de désertir leur vie de famille :

Je ne sacrifierai pas ma famille pour les beaux yeux du service. Je ferai mon métier comme il faut avec ses contraintes quand elles sont raisonnables. (femme, 30-35 ans)

L'idée de don de soi permanent, inhérent à cette posture féminine, rend difficile la séparation entre la sphère professionnelle et la sphère familiale. Les femmes jonglent sans arrêt entre les deux. Tout est programmé, le temps est minutieusement organisé et utilisé complètement. Les congés-maternité sont, par exemple, employés professionnellement. Plusieurs femmes ont préparé assistanat ou autres concours pendant ces périodes.

Le partage des tâches ménagères et parentales.

Dans l'ensemble, les conjoints des médecins militaires de sexe féminin participent assez peu aux tâches domestiques et éducatives. Les femmes doivent concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle au quotidien, sans qu'il n'y ait aucun retentissement sur leur travail. Peu de choses sont mises en œuvre pour les aider :

⁹¹ Jacques COMMAILLE, *les stratégies des femmes*, op. cit., p. 32

⁹² Nous pouvons définir « l'habitus » comme un système de dispositions acquises par l'expérience, une sorte de grammaire intégrée, un schéma de règles du jeu du social. Voici comment Pierre Bourdieu définit ce concept : *Produit de l'histoire, l'habitus produit des pratiques individuelles et collectives, donc de l'histoire, conformément aux schèmes engendrés par l'histoire : il assure la présence active des expériences passées qui déposées dans chaque organisme sous la forme de schèmes de perception, de pensées et d'actions, tendent, plus sûrement que toutes les règles formelles et toutes les normes explicites, à garantir la conformité des pratiques et leur constance dans le temps* : Pierre BOURDIEU, *Le sens pratique*, Paris : Les Editions de Minuit, 1980, p. 91.

⁹³ Nous avons déjà traité cette question dans un mémoire de D.E.A., Isabelle BUROT BESSON, *Vers une indifférenciation ou une complémentarité des rôles parentaux dans l'élevage du jeune enfant ? Le rôle de la mère en questions.*, Mémoire de D.E.A. de sociologie, sous la direction de Nadia CHELLIG, Université de Haute-Bretagne, Rennes II, 1996.

Le problème, c'est d'intégrer qu'une femme avec des enfants n'a pas la même disponibilité. Tout le monde s'en fiche qu'elle soit crevée à cause de sa double journée. (femme, 35-40 ans)

Même si je le savais, rien n'est fait pour nous faciliter la tâche. (femme, moins de 30 ans)

Le double travail qu'elles accomplissent doit rester une affaire personnelle qui ne doit pas être mise en avant :

Je n'ai jamais enquis personne avec des histoires de gosses. J'ai fait en sorte qu'on ne me reproche pas d'être une femme. (femme, 40-45 ans)

Je ne parle jamais de mes problèmes d'enfants car je sais que je suis attendue sur ce sujet. (femme, 40-45 ans)

Les questions familiales doivent être mises de côté pour les planifications :

Pour les gardes, j'ai fait Noël alors que j'étais la seule mère de famille du service. Je n'ai pas demandé à changer. Je ne les (ses collègues) ai pas arrangés non plus après. (femme, 40-45 ans)

La plupart externalisent les tâches ménagères et éducatives. Les « nounous » deviennent de précieuses alliées. En perdre une, lors d'une mutation, est pénible car toute l'organisation est à reprendre. Les grands-parents jouent un rôle parfois important et peuvent même se substituer aux parents, pour un temps plus ou moins long. Ils gardent leurs petits-enfants pendant les missions ou assument au quotidien une présence auprès d'eux. L'assistance des grands-parents s'avère très précieuse notamment en cas de divorce. Une femme médecin militaire seule avec des enfants doit clairement tout assumer. Sans aide extérieure, c'est impossible. Certains grands-parents élèvent leurs petits-enfants afin de leur donner une structure stable quand ni le père ni la mère ne peuvent le faire, à cause de leurs métiers et de ses contraintes.

Cette externalisation est limitée par l'identité maternelle et la conception qu'ont ces femmes, comme toutes les femmes, du rôle de mère :

Je suis une mère poule, la petite enfance est sacrée. (femme, plus de 45 ans)

J'étais surtout culpabilisée quand ils étaient petits. C'était de plus en plus dur de les laisser à la nourrice, même si j'avais toute confiance en elle. C'est plus difficile quand on n'a pas confiance. (...) Et au début, je n'avais pas les moyens d'avoir quelqu'un de qualité et de ce côté là, j'ai eu des remords. (femme, 40-45 ans)

Pour quelques-unes, personne d'autre que la mère ne pourrait s'occuper d'un enfant malade. Pourtant, compte tenu de la forte pression qu'elles peuvent subir sur leur lieu de travail, certaines ne demandent pas à bénéficier de leurs droits :

Mon médecin chef aurait été contrarié que je prenne des congés-enfant malade. J'ai même laissé des congés annuels, je n'ai pas osé les poser car j'avais été en maternité. Je savais que

c'était une peur du médecin chef, donc je ne l'ai pas fait. Si j'évoquais le fait que mon gamin ait quarante de fièvre, il écoutait mais il ne proposait rien. Alors que quand son adjoint masculin avait la migraine, il lui disait d'aller se reposer. (femme, 40-45 ans)

Malgré toutes les charges auxquelles elles doivent faire face, les officières du service de santé font leur travail consciencieusement. Conscientes des critiques formulées à leur égard en matière de disponibilité, elles font souvent preuve de beaucoup d'abnégation. Elles renoncent à beaucoup de choses de leur vie privée pour correspondre à l'image qu'elles ont du militaire ou simplement pour que l'on ait une bonne image d'elles.

Elles doivent, en outre, affronter un certain rejet de leur féminité en matière de grossesse et de maternité.

3- Des grossesses et des maternités difficiles à assumer professionnellement.

Le souci des grossesses.

L'accueil réservé aux grossesses est révélateur du déni de la féminité qui peut demeurer au sein des armées. Les officières du service de santé enceintes ne sont pas regardées d'un œil affable, loin s'en faut :

Quand je suis arrivée, j'étais enceinte et je me suis fait jeter par mon médecin-chef. C'était trop pour cet homme qui attendait un homme. (femme, 40-45 ans)

J'étais considérée comme une pondeuse. Le S.S.A. m'a téléphoné pour me demander de prendre un congé sans solde. (femme, plus de 45 ans)

On nous reproche d'être enceinte que ce soit vis à vis du médecin chef ou du chef de corps. On est les vilains canards. (femme, 35-40 ans)

Même si certains considèrent les grossesses comme un moment normal d'une vie professionnelle, beaucoup d'hommes vivent les grossesses de leurs collègues comme la cause probable d'un surplus de travail. En effet, alors que le médecin est considéré comme un élément primordial dans une formation, aucun texte ne prévoit qu'une femme médecin militaire enceinte soit remplacée. Les différents services doivent se débrouiller sans ressources supplémentaires. Cette politique génère des dissensions entre les femmes et les hommes officiers du service de santé et alimente l'idée d'une incompatibilité évidente entre la condition de femme et la condition militaire. Cet accueil réservé aux grossesses n'est pas propre au Service de santé des armées et concerne toute l'institution militaire. Le problème est accentué par le nombre plus important de femmes et par les compétences spécifiques du médecin, irremplaçable par une autre catégorie de personnel.

Les femmes acceptent difficilement que les congés-maternité soient moins bien admis que les arrêts-maladie, sous prétexte qu'ils relèvent d'un choix personnel :

Quand on est enceinte, c'est mal vu. Pourtant, on ne reproche pas à un homme d'avoir la jambe dans le plâtre. (femme, 35-40 ans)

Très sensibles aux réflexions qui peuvent leur être faites quand elles sont enceintes, beaucoup de femmes rencontrées font passer leur profession avant leur désir d'enfant. Elles reculent leur grossesse quand ce n'est pas le moment favorable pour le service, notamment quand une mission de plusieurs mois est prévue. Elles calculent leurs maternités pour les adapter aux contraintes des formations et à leurs parcours professionnels :

Je voulais un enfant mais j'ai reculé car je voulais faire mon trou dans le régiment et je ne voulais pas qu'on dise : « encore une femme enceinte ! »

Parfois, le recul des grossesses à un âge plus tardif diminue les chances de fécondité :

J'ai eu mon premier enfant tard et c'est difficile d'en avoir d'autres. Mais il ne faut pas avoir de regrets. (femme, 40-45 ans)

Certaines renoncent même à une grossesse en cours pour ne pas gêner leurs unités :

J'ai avorté pour pouvoir partir avec mon unité. Je ne voulais pas lâcher ma formation.

La grande majorité n'a pas eu recours aux congés-maladie ou congés pathologiques avant leurs accouchements, voire certaines n'ont pas pris entièrement leurs congés-maternité et ont réduit leurs congés prénataux :

J'ai pris le minimum de congés-maternité. J'ai été jusqu'au bout. Je travaillais enceinte jusqu'au cou. (femme, 40-45 ans)

J'ai repris plus tôt que prévu. Le médecin m'avait donné un congé pathologique après mon congé normal mais je ne l'ai pas pris. (femme, 40-45 ans)

Ça s'est mal passé, mon chef était misogyne. J'ai dû écourter mon congé-maternité de plus de trois semaines. (...) La pression était trop forte et l'effet des grades jouait. Maintenant, je ne le ferais plus. (femme, 40-45 ans)

L'officier du service de santé, comme tous les médecins, ne doit pas être malade ; un arrêt-maladie ne se justifierait que si l'intéressé ne tenait plus debout. S'arrêter pour une grippe n'est pas concevable. Les arrêts obligés en cas de grossesse singulariseraient donc les femmes car :

Les hommes n'ont pas de problème de santé. (homme, 35-40 ans)

Les aménagements légaux des conditions de travail ne sont pas toujours bien acceptés, ils remettent en cause l'idée de disponibilité totale :

Un médecin a demandé un aménagement d'horaire pour sa grossesse, mais un cadre n'a pas d'horaire, un militaire n'a pas d'horaire. On ne peut pas l'accorder dans la mesure où il n'y

a pas d'horaire. Ça surprend et ça permet de se plaindre en cas de fausse couche. (homme, 45-50 ans)

Quand une femme est enceinte, deux logiques s'affrontent, celle du don de soi en tant que médecin qui doit aller jusqu'au bout de ses possibilités et celle de la femme future mère qui fait tout pour son bébé :

Quand j'étais enceinte, j'essayais d'être là, même si j'étais patraque. Quand cela concerne l'enfant, c'est différent, il ne s'agit plus de moi mais d'un enfant. (femme, 35-40 ans)

Les femmes enceintes qui repoussent les limites de leurs propres corps sont encensées :

J'ai connu une femme exceptionnelle qui est partie enceinte en manœuvre et qu'il a fallu hospitaliser pour qu'elle accouche. (homme, 40-45 ans)

La fatigue de la femme enceinte doit être mise de côté et peut être ignorée. Seul l'état de santé du fœtus, à la limite, compte. Certaines femmes ont dû se battre pour qu'on prenne en compte leur état de femmes enceintes, notamment pour les gardes de nuit⁹⁴ :

Je faisais des gardes de nuit quand j'étais enceinte du premier alors que c'est illégal. Comme je risquais d'accoucher prématurément, j'ai demandé qu'on ressorte les textes. (...) Il a fallu des menaces d'accouchement pour que j'arrête de faire des gardes de nuit. (femme, 40-45 ans)

De plus, beaucoup ont eu le sentiment d'avoir été pénalisées dans la notation les années où elles étaient enceintes :

Quand j'étais enceinte, je n'ai pas eu de « barreaux ». En plus, j'étais en conflit avec mon chef de service car après mon accouchement, j'ai pris des congés. (femme, 40-45 ans)

Les grossesses et les maternités ne m'ont pas ralenti pour l'avancement. Par contre, ça peut se ressentir dans la notation. (femme, 35-40 ans)

Les grossesses empêcheraient le supérieur hiérarchique de noter la personne qui ne pourrait pas obtenir de niveaux⁹⁵ ces années-là et prendrait donc du retard :

J'ai eu des enfants et je n'ai pas pris de congés parentaux. J'ai stagné dans ma progression en grade. (...) Les grossesses sont un frein pour l'avancement par rapport aux hommes. Quand on ne nous voit pas pendant six mois, on ne voit pas pourquoi on monterait notre note. Même si dans les textes, on ne doit pas être pénalisé... (...) Il ne faudrait pas qu'il y ait cette stagnation pendant la grossesse. Au début de sa carrière, on se laisse faire, alors que ça pourrait être un sujet de recours. On n'a pas démérité, on a fait des enfants. On a rempli nos deux devoirs, celui de mère et celui de militaire. (femme, 40-45ans)

⁹⁴ L'article R.234-4-2^{ème} alinéa du Code du travail précise que l'emploi des femmes qui se sont déclarées enceintes est interdit après 22 heures.

⁹⁵ Tous les ans, les militaires sont notés par leurs supérieurs hiérarchiques. Un barreau correspond à un point supplémentaire dans cette notation.

Si les congés-maternité sont malgré tout admis de bonne ou de mauvaise grâce, pour des raisons médicales évidentes, les congés pour adoption, eux, apparaissent, pour quelques-uns, illégitimes. Ils trouvent illogiques que la mère en prene puisque son corps n'a pas été atteint. Là, c'est la relation parent/enfant qui est déniée :

J'ai eu des difficultés pour obtenir mon congé d'adoption, j'ai dû aller à la direction du S.S.A. (...) Et au bout du compte, je n'ai pas pris tous mes congés d'adoption, vu la réaction de mon chef.

J'ai connu une femme qui était vraiment bien, elle n'a pas pris de congés d'adoption.
(homme, 35-40 ans)

Néanmoins, certains ne jettent pas la pierre aux femmes mais à l'institution qui ne prévoit pas les remplacements, créant ainsi des situations de crises, notamment dans un contexte de sous-effectif. Est mise en cause l'inadaptation de la gestion et non plus l'incompatibilité de l'état de la femme enceinte avec la fonction d'officier du service de santé.

Des congés perçus comme illégitimes.

De même, les congés parentaux, dont les femmes peuvent bénéficier quand elles ont un enfant de moins de trois ans, sont perçus comme illégitimes. Alors que l'institution militaire relève du service public, alors que les militaires sont aussi des agents de la fonction publique, l'idée qu'un militaire de sexe féminin puisse aussi être une femme fonctionnaire, bénéficiant des mêmes droits, paraît contraire à l'engagement des militaires :

Pouvoir bénéficier de congés comme les fonctionnaires, on sent que ça énerve, que ça tique.
(femme, 35-40 ans)

Ces congés apparaissent comme des ruptures de contrat inacceptables. Les femmes sont alors accusées de trahir leur corporation puisqu'elles font passer leurs familles au premier plan. Elles remettent en cause l'image de l'officier qui se doit d'abord à la nation. Elles apparaissent encore plus comme des individualistes, sans esprit de corps :

Si j'avais des enfants, j'envisagerais de prendre un congé parental car actuellement avec les horaires que j'ai, je ne verrais pas mes enfants. Pourtant, j'étais la première à râler quand les filles se mettaient en disponibilité. (...) Je me sentrais fautive de prendre un congé parental. J'aurai l'impression de trahir mon engagement. (femme, 30-35 ans)

Prendre un congé parental, je ne suis pas sûre de le faire. Je suis assez dans la ligne du parti pour ne pas le faire vis à vis des collègues et vis à vis de la formation. (femme, 30-35 ans)

Cette dernière femme projette pourtant d'arrêter momentanément après une naissance. Son métier, tel qu'elle l'exerce aujourd'hui, lui paraît incompatible avec une vie de mère. Elle veut jouer pleinement son rôle de maman, mais, par

conscience professionnelle, elle n'envisage pas de réduire sa disponibilité au travail. Comme pour la plupart des femmes rencontrées, sa marge de manœuvre pour être considérée, et se considérer, comme une bonne mère et un bon militaire, est étroite. S'arrêter de travailler signifie trahir. Continuer, avec des enfants, est dévalorisé, les mères étant perçues comme indisponibles.

De plus, outre les absences liées à la grossesse, la perspective d'une maternité signifie pour beaucoup une disponibilité future moindre de la femme concernée.

4- Les sacrifices personnels.

Pour certaines, l'engagement militaire impose une disponibilité permanente qui ne souffre pas d'exceptions :

Je n'ai jamais pris de congés-enfant malade alors que j'ai des enfants qui ont été malades. (...) Ça me paraît légitime, on a un engagement professionnel. (...) Le contrat moral, c'est qu'il n'y ait pas d'absence. (femme, 40-45 ans)

Le sacrifice peut aller jusqu'à confier son enfant à une grand-mère et à consentir à ne le voir que pendant les week-ends libres et les vacances. Cette solution apparaît comme la seule possible pour le bon épanouissement de l'enfant dont la mère comme le père occupent un poste opérationnel. Ces renoncements consentis ne se font pas sans affliction et culpabilité.

La considération que les femmes veulent obtenir dans le cadre militaire entre parfois en contradiction avec leur volonté d'investissement familial :

J'ai culpabilisé par rapport à ma famille. (...) Il y a eu grignotement de ma vie personnelle par ma vie professionnelle. (femme, 40-45 ans)

Il est difficile d'être reconnue et de se reconnaître comme une bonne mère et un bon militaire :

On ne les voit pas grandir. Quand on rentre, on est fatigué et pas disponible pour eux. (...) Il n'était pas question que je m'arrête, je ne voulais pas de congés, je ne sais pas pourquoi. Maintenant, je brasse des regrets. Mais, ça ne m'a pas traversé l'esprit. Peut-être parce que ça me gênait vis à vis de mes collègues. Cela aurait été malhonnête de m'arrêter. On réalise maintenant ce qu'on a raté avec ses enfants. Les week-ends passent vite. (femme, 40-45 ans)

Elles ont l'impression de ne pas être à la hauteur de la représentation qu'elles ont de la relation mère/enfant. Quand un enfant a une difficulté scolaire, les mères pensent parfois que c'est de leur faute :

Mon enfant a eu des difficultés scolaires. Est-ce que c'est tout le stress du travail que j'ai reporté sur lui ? (femme, 40-45 ans)

Avoir l'impression de pénaliser son enfant est parfois très dur à vivre :

J'ai un sentiment de culpabilité vis à vis de mon enfant car je lui impose des contraintes qu'il n'a pas choisies. (...) Mon mari partage le même sentiment de culpabilité. Même s'il y a des familles qui ne s'occupent pas forcément de leurs enfants, même si la qualité prime sur la quantité, je pense que ça ne va pas car je vois qu'il souffre. S'il ne souffrait pas, nous ferions abstraction de ça. (femme, moins de 30 ans)

Quelques-unes ont l'impression d'avoir payé physiquement ce désir de bien faire partout :

Je pense m'être investie aussi bien sur le plan familial que sur le plan professionnel. C'est difficile sur le plan de la santé. Ce n'est pas sans le payer de sa personne. (femme, 40-45 ans)

Pour être intégrées dans le corps professionnel, les officières en payent parfois le prix physiquement et psychologiquement.

Le plus dur pour ces femmes, ce n'est pas seulement d'assumer une double vie, mais d'être désavouées par quelques confrères :

La plus grande contrainte, c'est de supporter son chef et le regard des autres. Mais, ça pourrait être pire... (femme, 35-40 ans)

Leurs efforts ne sont pas toujours couronnés de succès car, quoi qu'elles fassent, elles ont toujours le sentiment qu'elles seront cataloguées comme non-disponibles :

Le problème c'est qu'on est toujours vu comme une femme ayant x enfants. (femme, 35-40 ans)

Les femmes peuvent être motivées et réussir aussi bien que les hommes. Une femme aura une pression maximum. Il faut prouver qu'on travaille autant, même avec des enfants. (femme, 30-35 ans)

Aussi pour ne pas être désapprouvée, se contenter de bien faire son travail ne suffit pas, il faut toujours faire mieux, plus :

On doit faire aussi bien si ce n'est mieux. (femme, moins de 30 ans)

Ces questions de la prise en charge du jeune enfant et d'une valeur de la maternité mésestimée ne sont pas propres à la société militaire. Elles concernent la société dans son ensemble. Ne pas prendre en compte sur le plan budgétaire, en amont, et sur le plan de la gestion, en aval, ces absences liées à la maternité, renforce dans l'armée l'idée que les femmes militaires ne

sont pas à leur place, et, dans le Service de santé des armées, la réalité d'une suppression des quotas ingérable.

5- Tout concilier mais renoncer à faire une belle carrière.

Malgré leur double travail, les officières du service de santé, comme la plupart des femmes, ne veulent pas, pour autant, renoncer à travailler. C'est d'autant plus vrai pour les femmes interviewées dont la profession leur a demandé un investissement de plusieurs années de travail :

Oui, dans ma personnalité, c'est important de faire carrière. Même si je me dis que ce n'est pas important pour ma famille, j'ai envie d'être reconnue comme bonne dans ma carrière et pas comme la femme de... (femme, moins de 30 ans)

Les femmes ne veulent pas arrêter de travailler, elles ne l'envisagent que contraintes. Elles aiment leur métier et veulent être indépendantes financièrement. Une des raisons qui ferait démissionner quelques-unes est l'éloignement géographique. Si leurs maris devaient travailler loin de leurs propres lieux d'exercice professionnel, elles envisagent de cesser leurs activités, soit en démissionnant, soit en prenant un congé légal :

Si j'ai des enfants, je pense m'arrêter, surtout si ma situation géographique n'est pas résolue. (femme, 30-35 ans)

Les femmes médecins militaires ont la volonté de tout concilier, elles veulent être fidèles à leur métier et à leurs familles. Pour y parvenir, la plupart abandonnent toute ambition professionnelle et acceptent des postes moins « porteurs » sur le plan d'une carrière. Elles veulent faire leur métier mais elles ne peuvent pas investir dans un parcours professionnel valorisant, elles n'ont pas le choix. Il ne s'agit pas de moins bien travailler, d'être moins efficaces, elles veulent faire et font leur travail consciencieusement. Leur manque de disponibilité est tout relatif. Elles s'investissent dans leur travail quotidien, mais elles renoncent à certains postes valorisés par l'institution mais prenants. Plusieurs demandent des postes moins opérationnels à la naissance des enfants et acceptent alors de mettre leurs ambitions professionnelles en retrait :

J'ai passé ma vie à sacrifier ma carrière pour ma famille. (femme, plus de 45 ans)

Je souhaite privilégier ma vie de famille. Quand j'ai rencontré mon mari, j'ai annulé ma volonté de partir outre-mer. (femme, 35-40 ans)

Concilier vie familiale et vie professionnelle n'est alors possible que si elles consentent à renoncer à une carrière ambitieuse :

J'ai obtenu un poste de fin de carrière. J'étais prête à me fermer toutes les possibilités de progression. (femme, 35-40 ans)

Etre spécialiste n'est pas forcément convoité dans la perspective d'une belle carrière mais dans l'idée d'accorder travail et famille. Pourtant, le choix de préparer l'assistantat n'est pas facile. Ainsi, quelques-unes, plus brillantes que leurs maris dans leurs études, ont renoncé à se spécialiser. Car ce temps de carrière correspond à un temps social, à un moment où souvent les femmes sont enceintes et/ou doivent s'occuper d'enfants en bas âge. Certaines y renoncent :

J'avais commencé à préparer l'assistantat mais quand j'ai vu le rythme de travail, j'ai arrêté. Je me suis dit que deux préparant l'assistantat, ce n'était pas possible. J'avais déjà deux enfants. J'ai renoncé à l'assistantat et j'ai fait un troisième enfant. (femme, 30-35 ans)

Ce renoncement ne se fait pas sans douleur :

Je voulais faire une spécialité mais j'ai eu mon premier enfant quand je suis arrivée en unité. J'ai donc abandonné, je l'ai mal vécu. Je me sentais culpabilisée car le système vous pousse. Je ne l'ai pas fait (l'assistantat) à cause des contraintes familiales et mon mari ne m'a pas poussée à continuer. (femme, 35-40 ans)

Renoncer à l'assistantat, c'est renoncer à faire un beau parcours, et d'une certaine façon, avoir le sentiment de trahir son engagement.

Le même processus est à l'œuvre concernant les postes à responsabilités. La plupart des femmes rencontrées se mettent en retrait par rapport à ces postes. Elles déclarent qu'elles ne les recherchent pas, être chef ne les enthousiasme pas. Ou bien elles pensent ne pas avoir le caractère requis pour l'être. Quant au pouvoir conféré à la fonction, il n'intéresse que peu d'entre elles. Mais elles sont surtout portées vers des emplois moins chronophages :

Ça me plairait d'être chef de service mais je ne veux pas me mettre dans une escalade de concours, sinon on ne fait plus que ça. Je prévois d'avoir des enfants. On peut concilier beaucoup de choses, mais on ne peut pas réussir tout. (...) Il faut savoir s'arrêter. Ce n'est pas l'ambition d'être chef de service qui me manquerait mais je ne veux pas sacrifier ma vie familiale ni ma vie professionnelle. Passer le concours signifie pas de vacances, pas de week-end... C'est un choix qu'il faut faire à deux. (femme, moins de 30 ans)

Moi, les grades et la reconnaissance de mes chefs ne m'intéressent pas. Je suis prête à faire tous les sacrifices qu'il faudra pour ma famille. (femme, moins de 30 ans)

Je n'espère pas devenir générale, car sinon ça voudrait dire que je n'ai pas eu d'enfant. (femme, 30-35 ans)

De ce fait, ces femmes, moins à la recherche d'une promotion ou d'une récompense professionnelles, paraissent incontrôlables :

Les femmes ne sont pas prêtes à tout accepter quel que soit leur statut, les hommes, oui. Un homme est manipulable, pas une femme. Les femmes sont plus attentives à leurs vies privées,

mais elles sont surtout moins engagées dans la lutte du pouvoir. Donc elles peuvent dire non.
(femme, 35-40 ans)

Certaines sont très conscientes de l'autonomie relative qu'elles peuvent avoir dans leur travail :

Les médecins chefs ont peur de nous, ils ont peur qu'on prenne trop d'indépendance. Moi, j'obéis aux ordres qui m'arrangent. (femme, plus de 45 ans)

J'ai l'impression d'être en retrait par rapport aux hommes. Mais, ça me donne une certaine indépendance car on ne peut pas me faire miroiter une décoration par exemple. (femme, 40-45 ans)

Celles qui ont poursuivi une ambition professionnelle et qui ont mené une bonne carrière ont le sentiment de se heurter à un certain phallocentrisme quand elles commencent à atteindre les grades supérieurs :

Je n'ai connu qu'un seul général féminin qui est l'alibi pour pouvoir dire qu'on n'est pas sectaire. Je pense que dans les bas niveaux, il n'y a pas de sectarisme. Je pense qu'il y en a aux échelons supérieurs. (femme, 40-45 ans)

Tout se passe comme si les femmes devaient payer d'une façon ou d'une autre leur engagement, soit sur le plan professionnel en ayant une carrière limitée, soit sur le plan familial. Qu'une femme puisse réussir sur tous les plans n'est pas admis et paraît suspect. La femme mère de famille qui a réussi sa carrière est soupçonnée soit d'avoir profité du système, soit d'avoir su jouer de sa séduction :

Ça se passe bien avec mes camarades car j'ai eu des déboires dans ma carrière. Une femme avec un parcours sans faute et avec des enfants, ça passe moins bien avec les collègues.
(femme, 40-45 ans)

Des confrères faisaient courir le bruit que j'étais la maîtresse du chef et que c'est pour ça que je réussissais dans mes débuts. (femme, 40-45 ans)

⇒ **La prégnance des modèles familiaux et professionnels piège le parcours professionnel des officières du service de santé. Des obstacles de la sphère privée ou de la sphère professionnelle jalonnent la carrière des femmes.**

En effet, les femmes médecins militaires se heurtent à leur propre intériorisation de la « division du travail » entre les sexes. Même celles aux références égalitaires fortes sont guidées par des manières habituelles de faire qui les poussent à privilégier les carrières de leurs

conjoints. Les officières de santé sont piégées par leur « habitus féminin maternel » qui veut que, dans le modèle social dominant, la mère soit toujours disponible à son enfant. Or, cet habitus entre en complète contradiction avec le schéma du militaire ou du médecin toujours prêt. L'exigence du don total ne peut se faire dans les deux sphères. Ainsi, dans la plupart des cas, la stratégie de l'officière mariée et ayant des enfants ne consistera pas à se placer dans les meilleures conditions pour faire une belle carrière. Elle s'orientera vers des choix professionnels les mieux adaptés au conjoint et permettant de jongler avec les contraintes domestiques et parentales. Le modèle de la mère idéale empêche souvent les femmes médecins militaires de s'investir dans leur métier de manière à correspondre au modèle masculin, gage d'une carrière militaire réussie.

En outre, l'hostilité du milieu devant les maternités ne les aide pas. Le non-remplacement des femmes en congés-maternité provoque des dissensions et alimente l'idée d'une incompatibilité, qui deviendrait évidente, entre la condition de femme et la condition militaire. Les grossesses, mal perçues, pénalisent parfois les femmes, semble-t-il, dans leurs notations. Pourtant, pour éviter la désapprobation, des femmes font des efforts considérables. De même, la maternité sous l'angle de la relation mère/enfant est déniée et les congés parentaux ou d'adoption perçus comme illégitimes.

Pour correspondre au modèle idéal du médecin militaire, des femmes ayant des enfants sont contraintes de sacrifier l'idée qu'elles ont de la mère idéale, ce qui ne se fait pas sans douleur. Parallèlement, même si elles ne veulent pas abandonner leur profession, quand elles ont une famille, elles ne peuvent pas poursuivre un parcours professionnel valorisant. Elles s'investissent dans leur travail quotidien mais elles renoncent à certains postes opérationnels, gratifiants, car prenants. Elles n'obéissent pas alors à la règle militaire qui demande à l'officier de jouer le jeu de la réussite professionnelle. La conciliation entre vie familiale et vie professionnelle n'est possible que si elles consentent à renoncer à une carrière ambitieuse, par exemple à être spécialistes ou chefs de service.

Les sacrifices féminins personnels ou de carrière deviennent des évidences, sont légitimés. Tout se passe comme si les femmes devaient payer d'une façon ou d'une autre leur engagement, soit sur le plan professionnel en ayant une carrière limitée soit sur le plan familial. Une femme réussissant sur tous les plans est suspectée.

3- Hommes et femmes face aux contraintes: le poids du modèle masculin dominant l'organisation du travail.

Les médecins militaires partagent les mêmes contraintes que leurs homologues des armes, notamment la disponibilité et la mobilité.

La mobilité.

La mobilité demeure un principe structurel fondamental du fonctionnement de l'institution militaire. Les médecins militaires sont soumis au même système de mutations que les officiers des armes. La plupart sont mutés en moyenne tous les quatre ans, hormis les médecins hospitaliers qui, une fois l'assistantat réussi, peuvent plus facilement faire une carrière dans un même hôpital.

La mobilité géographique était rendue possible par les capacités d'adaptation dont faisaient preuve les militaires. Or, les femmes des militaires, dans leur ensemble, travaillent de plus en plus. La mutation est fréquemment ressentie comme une épée de Damoclès, voire comme un élément de récompense ou de sanction.⁹⁶

La flexibilité de la gestion repose sur la souplesse des militaires dans leur vie privée. La constitution de couples de militaires devient alors une difficulté de gestion pour l'institution et rend plus visible l'étroite imbrication entre vie professionnelle et vie familiale et privée, imbrication évidente et nécessaire pour l'armée. Compte tenu du nombre de couples de médecins militaires, cette notion est d'autant plus présente au S.S.A.

La disponibilité.

Le médecin militaire est soumis aux contraintes de disponibilité demandée en même temps aux médecins et aux militaires.

Le code de déontologie médicale précise ainsi, que le médecin doit *apporter son concours en toute circonstance* (article 7), qu'il doit participer aux gardes de jour et de

⁹⁶ Alain GODFROY, mémoire de D.E.A., *Armée de terre, entre tradition et rationalisation. Evolution et adaptation d'une institution vues à travers les préoccupations des cadres.*, sous la direction de D. MARTIN, Université de Haute-Bretagne, Rennes II, 1995.

nuit (article 77) et prendre toutes ses dispositions pour être joint au plus vite quand il participe à un service de garde (article 78).⁹⁷

Si cette disponibilité demandée aux médecins civils est partielle et temporaire, celle exigée des médecins militaires est absolue. *Les militaires de carrière peuvent être appelés à servir en tout temps et en tout lieu. Cette disponibilité totale est une servitude dont la portée ne peut être méconnue, notamment au plan familial*, précise la notice d'information sur le Service de santé des armées.⁹⁸ Les logiques, à l'œuvre au sein du S.S.A., reposent sur une séparation officiellement stricte de la vie privée et de la vie professionnelle et du sacrifice de l'un pour l'autre.

La condition du médecin militaire suppose des contraintes, auxquelles s'ajoutent les contraintes médicales, les gardes par exemple. L'officier de santé est confronté à deux types de disponibilités, une disponibilité quotidienne et une disponibilité exceptionnelle. Dans le premier cas, il s'agit d'horaires élastiques qui peuvent varier selon les astreintes militaires et médicales demandées. Le deuxième cas concerne les missions de plus d'un mois, c'est-à-dire l'embarquement, les opérations extérieures, les missions humanitaires.

Nombre de femmes, avant leur entrée à l'école du S.S.A., ignoraient les conséquences au quotidien de leur engagement sur leur vie privée :

A dix-huit ans, on n'a pas conscience des contraintes du métier. Il faudrait le dire, même si ça n'est pas entendu. (femme, moins de 30 ans)

Il en est de même pour beaucoup d'hommes qui méconnaissaient les contraintes ; sauf que leur investissement familial étant moins important, cette ignorance est ensuite mieux acceptée. De plus, les femmes, notamment parce que des postes leur étaient fermés, pensaient qu'il était admis par l'institution que les astreintes diffèrent selon les sexes.

1- Les contraintes de mobilité.

Les récriminations contre l'institution concernent, pour une large part, la gestion des mutations. Les hommes envisagent un peu mieux les contraintes de mobilité que les femmes. Ils en soulignent un peu plus les avantages :

C'est pesant de rester au même endroit, j'étais content de changer. (homme, 40-45 ans)

⁹⁷ Ainsi, par exemple, compte tenu des mauvaises conditions dans lesquelles sont réalisées les tours de garde dans le département des Bouches du Rhône, le Conseil de l'Ordre des Médecins de ce département envisage d'appliquer l'article L.367 du code de Santé Publique donnant pouvoir à l'administration de réquisitionner des médecins et de sanctionner les médecins n'assurant pas les gardes. (voir *Médical 13*, revue du conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches du Rhône, juillet 2000, P 3)

⁹⁸ *Notice d'information sur le Service de santé des armées et sur les carrières de : médecin, pharmacien chimiste, vétérinaire biologiste des armées, op. cit.*

C'est une contrainte, la famille suit car je ne veux pas de célibat géographique. Je ne voudrais pas être sédentaire à vie, ce n'est pas ce que je voulais au départ. (homme, 35-40 ans)

Ils savent aussi qu'ils seront jugés sur la capacité à être mobile. Malgré les désagréments familiaux éventuels, le principe de base est qu'*il vaut mieux préférer sa carrière à sa vie de famille* (homme, 30-35 ans). Y adhérer est préférable si l'on veut avoir un parcours de carrière intéressant.

Leur attitude devant la mobilité dépend beaucoup de la position professionnelle de leur conjoint. La situation, souvent inactive des femmes des officiers du service de santé les plus âgés, rendait leur mutation plus facile. Les femmes de médecins militaires acceptaient d'abandonner études, travail, pour suivre leur mari outre-mer, par exemple. Ce n'était pas perçu, à l'époque, comme une abnégation trop douloureuse. Comme nous l'avons vu, « cela faisait partie du contrat de mariage. » L'augmentation du nombre de femmes de médecins militaires qui travaillent ne facilite pas aujourd'hui les mutations. Au fur et à mesure, le renoncement professionnel partiel ou total des épouses est devenu pénible pour elles, et donc pour les couples. Par conséquent, les choix de carrière deviennent plus stratégiques et plus individuels. Il s'agit moins de jouer le jeu carriériste que de trouver la meilleure position pour soi et pour sa famille. Certains jeunes voient ainsi dans l'assistantat un moyen de faire une carrière stable, ménageant leur femme et leurs enfants :

Je veux être spécialiste car c'est un métier où on peut être stable. C'est mieux pour la famille. (homme, 30-35 ans)

Je veux faire une spécialité pour être maintenu sur place. Mais, ça peut changer. (homme, moins de 30 ans)

De plus, les plus âgés envisagent à l'heure actuelle leur mutation plus difficilement. Ils ont moins envie de bouger et sont inquiets des postes qui leur seront proposés. La réduction du format de l'armée a diminué le nombre de possibilités d'affectations pour les médecins chefs, notamment ceux qui sont sortis du cadre médical pour faire de la gestion du personnel. Ces derniers envisagent leurs mutations par rapport à un plan de carrière qui paraît de plus en plus flou.

Cependant, la mobilité est dans l'ensemble plus difficile à gérer pour les femmes médecins militaires, leurs conjoints n'acceptant pas de mettre leur carrière en veille. En outre, l'organisation au quotidien de la famille revient à la charge des femmes, et tout doit être repensé à chaque nouvelle affectation. Il faut retrouver une assistante maternelle, une femme de ménage, une bonne école, un club de football, etc. Des mutations, à proximité de la famille de l'un ou l'autre membre du couple, procurent quelques facilités, notamment en matière de garde d'enfants. C'est souvent très important pour les femmes divorcées ayant des enfants à charge. La présence d'une famille sur leur lieu

d'affectation leur permet de mener plus facilement leur vie professionnelle et leur vie familiale.

Surtout, un grand nombre d'officières du service de santé sont mariées avec des médecins militaires. Ceci ne facilite pas la gestion des mutations par le Service de santé des armées. La carrière des maris étant privilégiée dans la plupart des couples, ce sont les femmes qui font les frais de la mobilité. Quand les deux membres du ménage ne peuvent pas être mutés sur des postes peu distants l'un de l'autre, les femmes doivent s'arrêter ou accepter un célibat géographique. 8 femmes (sur 35 mariées, divorcées ou séparées) et 7 hommes (sur 37 mariés, séparés, divorcés ou veufs) ont subi un célibat géographique de plusieurs mois. Alors que le célibat géographique du côté des femmes a toujours pour origine première, et quasiment exclusive, la distance entre les lieux d'exercice professionnel des conjoints, du côté des hommes, les causes sont multiples. L'accession à la propriété est, par exemple, une cause non-négligeable du célibat géographique des hommes médecins militaires.

Pour les femmes, la vie de couple et de famille reste une priorité ; elles sont parfois prêtes à le payer professionnellement :

Nous avons réussi à rester ensemble et à préserver notre vie de couple. C'est une priorité absolue. La carrière n'était pas importante, nous voulions être ensemble à tout prix et quelque en soit le prix. Ça, ça dérange l'armée. C'est un reproche qu'on vous jette à la tête, on a l'impression que l'on fait du chantage au couple. (femme, 40-45 ans)

2- L'exemple des missions de plusieurs mois.

La disponibilité totale demandée est plus ou moins bien acceptée selon le contexte et les générations. Les missions extérieures en sont l'exemple. Ce sont des situations difficiles à vivre pour tout le monde, y compris pour un célibataire qui n'a pas forcément le temps de prendre les dispositions nécessaires comme vider le réfrigérateur, mettre à jour les papiers et factures, etc. Si l'essentiel des missions est programmé, les médecins peuvent être amenés à partir du jour au lendemain :

Le plus difficile, c'est de ne pas savoir ce qui va se passer le lendemain. Le programme change tout le temps. (...) On doit parfois partir au pied levé. Ces changements de dernière minute sont insupportables pour les couples. (femme, moins de 30 ans)

Les opérations extérieures apparaissent pour quelques-uns comme un moyen d'obtenir ce que l'on veut du S.S.A. :

C'est un moyen de pression qu'utilise le S.S.A. Si on demande quelque chose, on peut l'obtenir si on part en « opex ».⁹⁹ Il ne faut donc rien demander. (femme, 40-45 ans)

Au retour de mission, j'ai eu un poste de choix. (homme, 45-50 ans)

⁹⁹ opex=opérations extérieures

Beaucoup de médecins militaires des deux sexes pensent que les compensations financières octroyées pour les missions ne sont pas suffisantes, surtout quand le départ remet en cause l'organisation familiale.

Une grande différence existe entre le volontariat féminin et le volontariat masculin :

12 femmes, sur 42 ont déclaré être volontaires pour des missions de plusieurs mois, embarquement, opérations extérieures, missions humanitaires, etc. Sur ces 12 femmes, seulement 2 ont des enfants. 22 déclarent qu'elles ne sont pas parties en missions de moyenne durée et qu'elles ne sont pas volontaires pour le faire. 8 ont déjà fait au moins une mission de plusieurs mois mais ne souhaitent plus en faire. Quelques-unes sont parties alors qu'elles avaient des enfants.

Quasiment tous les hommes se déclarent volontaires pour partir en « opex », et 32 sur 42, au moins, ont participé à des opérations de plus d'un mois.

Alors que la plupart des femmes soulignent le principe du volontariat, les hommes définissent les missions comme incontournables, faisant partie du contrat.

Le volontariat des femmes.

Plusieurs femmes signalent qu'elles n'avaient pas conscience des contraintes, notamment en matière de disponibilité et d'opérations extérieures, liées à leur engagement. Pour elles, le choix entre un poste opérationnel ou non était possible.

Ainsi, des femmes recrutées dans les premières insistent sur le fait que les missions de plusieurs mois, notamment les « opex », n'existaient pas de la même façon quand elles se sont engagées :

Quand je me suis engagée, les « opex » n'existaient pas. (femme, plus de 45 ans)

A l'époque, il n'y avait pas d' « opex », et il n'y avait pas la pression de se dire, si je vais en unité, j'irai en « opex ». (femme, 40-45 ans)

Les plus jeunes avaient davantage conscience des astreintes liées aux missions, mais pas toutes :

J'avais conscience du métier au niveau de la disponibilité, pas au niveau des « opex ». On nous disait que les femmes ne partaient que sur volontariat. Cette contrainte-là, je ne l'envisageais pas, ça m'aurait terrorisée si j'avais su ça avant d'entrer. (femme, moins de 30 ans)

Parmi celles qui n'ont pas encore d'enfant, les avis sont partagés entre celles qui pensent partir malgré la famille et celles qui envisagent une carrière moins opérationnelle à l'arrivée des enfants :

Même si j'ai des enfants, j'irai en mission, parce que mon mari assumera et acceptera, parce qu'il a choisi la même carrière. Il savait aussi en se mariant ce que cela impliquerait. Quand je suis partie en mission, il a assumé, je ne suis pas sûre que tous les maris soient comme ça. (jeune femme mariée, sans enfant)

Je veux partir maintenant en «opex». Je me dis que le jour où j'aurai des enfants, je ne partirai pas ou alors quand ils seront grands. (femme, 30-35 ans)

Partir avant sa vie de mère de famille permettrait de ne plus le faire après, le contrat serait rempli :

J'ai envie d'en faire pour voir ce que c'est. Au moins, ensuite, on ne m'embêtera plus. (femme, moins de 30 ans)

Celles qui ne sont pas volontaires.

Même si partir en mission leur plairait sur le plan professionnel, beaucoup d'officières du service de santé ne l'envisagent pas, compte tenu de leur situation familiale :

J'aurais aimé en faire, ce doit être extraordinaire d'en vivre. (femme, 40-45 ans)

Même si elles se sont engagées dans le but essentiel de faire des missions, leur investissement familial finit par primer :

Mon but, au départ, c'était de partir. Ensuite, j'ai eu mon mari et mes enfants, et, là, ça change. (femme, 35-40 ans)

Si j'étais célibataire, je repartirais sans problème. Avec trois enfants, c'est plus difficile à gérer. (femme, moins de 30 ans)

Pour certaines, les missions remettent même en cause leur engagement, voire la place des femmes mères de famille dans les armées :

C'est une énorme contrainte par rapport à la famille et cela remettrait immédiatement en cause mon travail. (femme, 40-45 ans)

Il est hors de question pour moi de partir trois mois en mission. C'est la limite de la femme dans les armées. (femme, 35-40 ans)

Quelques mères seraient incapables ou trop culpabilisées à l'idée de laisser leurs enfants :

Je ne partirais pas quatre mois, j'aurais le sentiment d'abandonner mes enfants. Je ne supporterais pas d'être séparée d'eux plus d'un mois. (femme, 35-40 ans)

Je ne me sens pas assez solide pour partir, à cause de ma famille.(...) Je leur dirai qu'ils prennent le risque d'être obligés de me rapatrier. (femme, 35-40 ans)

Elles ne souffriraient pas de faire, par leur départ, de la peine à leurs enfants :

Les enfants ne supportent pas de me voir partir plus d'une journée, alors ce n'est pas simple. (femme, plus de 45 ans)

Si pour la plupart, partir est possible quand les enfants sont autonomes, élevés, savoir à partir de quel âge les missions des mamans ne perturbent pas les enfants est très délicat. Chacun a son idée sur la question¹⁰⁰ :

Il y a des cycles, au moment où les enfants sont petits, on n'est pas disponible. Et à l'adolescence non plus. Après, il n'y a pas de problème. Les hommes, qui ont des enfants petits, raisonnent pareil. Pour les hommes qui ont des femmes qui travaillent, les « opex », ça peut être une catastrophe. Ça dépend des périodes de la vie. Ce n'est pas un problème homme/femme. (femme, 40-45 ans)

Quand ils seront grands, ça ira mieux. (femme, 35-40 ans)

Dans les années à venir, ce sera plus facile. (femme, plus de 45 ans)

C'est dur de laisser son enfant quand on est maman et qu'on a un enfant petit. En même temps, c'est l'âge idéal car il ne se souvient pas. Il était assez autonome et c'était facile pour mon mari. (femme, 35-40 ans)

Au-delà des sentiments maternels, partir plus d'un mois semble impossible pour les mères de famille qui gèrent la totalité ou presque de la prise en charge des enfants dans leur ménage, notamment quand le mari est militaire :

Je voudrais un poste à terre car j'ai une fille de trois ans et demi et c'est difficilement gérable quand les deux conjoints sont projetables. (moins de 30 ans)

Le départ de la mère a des conséquences sur les enfants car elle est plus impliquée auprès d'eux. (femme, 35-40 ans)

Beaucoup mettent en avant les problèmes de garde d'enfants. Trouver quelqu'un au pied levé n'est pas facile surtout en région parisienne. Les nourrices qu'emploient certaines mères la journée ne seraient pas forcément d'accord pour effectuer une prestation plus importante. Qui plus est, elles ne sont pas agréées la nuit. Quant aux pères, soit ils ne sont pas disponibles, soit ils sont considérés comme incompetents, surtout en matière de câlineries :

Les pères, ils ne peuvent pas remplacer la mère au quotidien. (femme, 35-40 ans)

Ils ont certainement moins eu de câlins pendant mon absence. (femme, 30-35 ans)

Faire garder un ou plusieurs enfants coûte cher et certaines voudraient que l'institution militaire en tienne compte en octroyant un soutien financier aux mères de famille en mission.¹⁰¹

¹⁰⁰ Les auteurs de l'enquête sur le Soutien des personnels militaires féminins engagés sur les théâtres d'opérations extérieures et de leurs familles préconisent l'inaptitude absolue à aller en mission, pour les mères ayant des enfants de moins de deux ans. Rapport interne n°2/CRSSA/DFH/PS du 11 février 2000, p. 15.

En outre, au niveau de la collectivité, le départ de ces mères n'est pas valorisé, elles sont plus regardées comme des mères qui abandonnent leurs enfants que comme des femmes courageuses, d'autant que l'on sait qu'elles sont « volontaires ». Le vrai mérite, de l'ordre de l'exploit, est considéré comme accompli par les maris qui auraient réussi à se débrouiller seuls et à gérer l'absence de la mère :

Avant que je parte, on me disait, « vous allez abandonner vos enfants ! » Et quand je suis revenue, les femmes disaient à mon mari, « comment avez-vous fait pendant quatre mois ? » (femme, moins de 30 ans)

Certaines femmes interviewées partagent d'ailleurs ce regard sur ces mères qui partent :

Une femme qui le fait n'aime pas ses enfants qui après auront besoin d'un « psy ». (femme, 35-40 ans)

Les opérations extérieures actuelles ne motivent pas suffisamment certaines qui accepteraient d'effectuer des missions ayant pour base une cause humanitaire forte :

Je partirais pour une cause humanitaire forte qui me motiverait. (femme, 35-40 ans)

Les « opex » sont-elles justifiées ? Avant de mettre ma famille en jeu, le jeu en vaut-il la chandelle ? (...) Je ne réagis pas de la même façon en cas de tremblement de terre. Je ne veux pas aller en « opex » pour avoir les mains dans les poches. En cas de séisme par exemple, ce serait une motivation. (femme, plus de 45 ans)

S'agissant des couples de médecins militaires, le contrat de disponibilité concernerait le couple dans son ensemble et il serait rempli à partir du moment où un des deux, en général l'homme, participerait à des opérations extérieures. Qu'un des deux membres consente suffirait.

Des femmes ne voient pas la nécessité de se porter volontaires dans la mesure où il y en a déjà assez :

De toutes les façons, il y a suffisamment de volontaires. (femme, plus de 45 ans)

Beaucoup de femmes pensent que rester en base arrière signifie aussi faire le travail de ceux qui sont projetés. Or, ce surcroît de travail n'est pas valorisé.

Pour la majorité des femmes, le volontariat pour les missions est acquis. Quelques-unes s'inquiètent cependant pour l'avenir :

¹⁰¹ Pour réduire les difficultés des femmes engagées sur les théâtres d'opérations, des propositions ont été faites par les auteurs d'un rapport sur Les mesures nécessaires aux personnels militaires féminins engagés sur les théâtres d'opérations extérieures et leurs familles, rapport confié au Médecin général des armées R. LAROCHE, Inspection Générale du Service de Santé des Armées, 1999. De plus, l'Action Sociale des Armées, pour faciliter la garde des enfants des femmes militaires, mène une politique de recrutement d'assistantes maternelles agréées pour le Ministère de la Défense.

Si on dit qu'on n'est pas volontaire, ça se passe bien mais dans dix ans pourra-t-on encore le dire ? (femme, 30-35 ans)

Les volontaires.

Participer à des missions fait partie pour quelques-unes du contrat initial. Déroger à la règle serait, en ce qui les concerne, intolérable. Cette idée est particulièrement forte chez celles qui veulent être traitées de manière équivalente aux hommes. Mais si elles prônent l'indifférenciation pour elles-mêmes, elles ne souhaitent pas à tout prix l'imposer aux autres.

Dans la Marine, le volontariat est de mise car celles qui y sont ont généralement choisi d'y être. L'embarquement paraît donc incontournable, vouloir débarquer pour des raisons familiales ne peut être dit ni entendu. Ces femmes font alors des efforts considérables pour être reconnues comme de bons militaires et des marins à la hauteur.

D'autres ont la même attitude dans l'Armée de terre ou l'Armée de l'air. Elles acceptent de partir et elles apprécient alors tous les moyens de communication avec leurs familles dont elles peuvent bénéficier. L'une d'entre elles a, par exemple, envoyé des photographies, des films à ses enfants, leur a téléphoné, quand la seule ligne pour 140 personnes était disponible, et a même tenu à signer le cahier scolaire de son fils.

La volonté des officières du service de santé de participer aux théâtres d'opérations extérieures n'est pas toujours entendue. Quand elles veulent partir, les femmes ont beaucoup plus de difficultés à le faire car la hiérarchie n'est pas toujours d'accord :

J'aspirais aux mêmes responsabilités et je ne voulais pas me retrancher derrière le fait d'être mère de famille. Je me suis tout de suite portée volontaire, sans en parler à mes enfants et à mon mari. (...) Ensuite, j'ai été convoquée par le général qui m'a dit que la hiérarchie militaire ne voulait pas envoyer de femmes dans un pays islamiste. Il a ajouté : « vous pouvez rester à vos casseroles ! » (femme, 40-45 ans)

Celles qui ont insisté et réussi à aller dans les pays où l'environnement culturel ne leur était pas favorable ont effectué leur mission sans problèmes liés à leur féminité. Elles ont simplement pris quelques précautions simples, comme ne pas porter le short en pays musulman ou laver leurs sous-vêtements elles-mêmes.

Rares sont celles qui ne demandent pas l'avis de leur mari. Partir en mission est le plus souvent à négocier avec les conjoints qui doivent être partie prenante. Quand le conjoint est militaire l'accord paraît plus facile :

Même si j'avais des enfants, j'irais en mission parce que mon mari assumerait et accepterait parce qu'il a choisi la même carrière. Il savait aussi en se mariant ce que cela impliquerait. (femme mariée à un officier du service de santé)

Mais, cet accord n'existe pas toujours :

Mon mari devra se débrouiller seul comme je l'ai fait. Il ne voit pas ça d'un très bon oeil... (femme, 30-35 ans)

Avant des absences longues mais programmées, les femmes font tout ce qu'elles peuvent pour soulager le père de leurs enfants : remplir le réfrigérateur, inscrire les enfants à des activités de loisirs, acheter des vêtements... Il leur faut même parfois trouver une « mère remplaçante » en la personne de la grand-mère ou d'une nourrice suffisamment compréhensive et disponible pour passer un peu plus d'heures auprès des enfants. Il n'est souvent pas question que le mari reprenne à sa charge la totalité des tâches effectuées jusqu'alors par son épouse.

Le « volontariat » masculin : une obligation et un choix stratégique de carrière.

La plupart des hommes se déclarent volontaires pour les opérations extérieures ou pour des missions les éloignant de chez eux et de leur famille pendant plusieurs mois. 32 sur 42, au moins, l'ont fait.

Bien que les responsables interrogés affirment que, pour l'instant, le volontariat soit suffisant, compte-tenu notamment du nombre d'hommes volontaires, l'idée même de volontariat est à nuancer. Car en réalité, la plupart des hommes rencontrés ont le sentiment de ne pas avoir le choix. Pour beaucoup la question du volontariat ne se pose pas, les missions feraient partie du contrat initial :

J'étais volontaire désigné, je ne me posais pas la question du volontariat. Pour l'instant, je n'ai pas dit non. Ça fait partie du travail, j'ai été désigné à chaque fois. (homme, 45-50 ans)

C'est normal, ça fait partie des engagements de départ. Ça fait partie de la mission, du contrat, c'est normal. (homme, 30-35 ans)

Compte tenu des postes opérationnels occupés par quelques-uns, les missions font partie du travail à accomplir :

Quand on est dans ce régiment, on est volontaire pour toutes les missions. (homme, plus de 50 ans)

L'idée de volontariat cacherait en fait une désignation officielle qu'il serait malaisé de refuser :

Ce n'est pas vraiment du volontariat. Je préférerais qu'on me donne l'ordre plutôt qu'on demande des volontaires. Je sais que si je refuse de partir, je ne pourrais plus être dans cette formation. (homme, 40-45 ans)

C'est difficile de refuser car on vous le re-propose après de toute façon. (homme, 35-40 ans)

Refuser remettrait d'ailleurs en cause un sentiment de camaraderie et de solidarité :

Je ne me voyais pas dire non alors que tous mes collègues partaient. (homme, 35-40 ans)

Certains devançant une proposition de départ afin de choisir le meilleur moment pour la famille :

On ne m'a pas imposé de partir, c'était un choix tactique de ma part, c'est difficile de refuser un départ. Je pensais qu'il valait mieux que je parte avant l'accouchement de ma femme qu'après. J'ai fait acte de candidature pour partir avant la naissance et être là après. Je savais que de toute façon, je serais obligé de partir. (homme, 35-40 ans)

Il leur serait impossible de décliner une mission sans que leurs carrières n'en subissent les conséquences. D'ailleurs, l'attitude de leurs supérieurs hiérarchiques ne laisserait pas de doute sur le sujet :

On ne peut pas dire « non », on sait que derrière la notation va baisser. (homme, 30-35 ans)

Il n'a pas le choix, il est obligé de partir en opérations extérieures compte tenu de son poste. S'il avait le choix, il ne partirait pas, mais il ne veut pas avoir d'incidents sur sa carrière. (femme, 35-40 ans)

Ceux qui ne partent pas seraient moins bien notés et ils ne l'acceptent pas forcément volontiers :

Je n'ai pas eu l'occasion de partir en « opex ». J'ai demandé à ne pas partir l'année dernière car je voulais un enfant. Pour le S.S.A., je ne suis pas parti, ça veut dire que je n'ai pas donné. C'est faux car il y a toutes les astreintes sur ma vie quotidienne. (homme, moins de 30 ans)

Les hommes officiers du service de santé partent cependant de moins en moins volontiers. Même si participer à des missions leur procure des satisfactions professionnelles, l'imposer à leur femme et à leurs enfants leur semble plus difficile, surtout quand les départs se succèdent rapidement :

Je connais aussi un gars très gentil qui en a marre de partir, qui est avec une femme qui ne veut pas qu'il parte. (femme, 35-40 ans)

Plusieurs ne souhaitent pas dire qu'ils sont volontaires car ils auraient l'impression d'un peu trahir leur famille :

Je suis contre le terme de « volontaire », car quand on est marié, ce n'est pas responsable et c'est égoïste de partir. Je ne suis pas volontaire, mais je suis prêt à le faire. Je ne refuserais pas de partir sauf si ça nuisait vraiment à ma famille. (homme, 30-35 ans)

J'ai été rappelé en permission. J'étais ravi mais je ne pouvais pas le dire à ma famille. (homme, plus de 50 ans)

Pour que les familles, et en particulier les épouses, admettent le départ, les missions doivent revêtir un caractère obligatoire. Si la plupart des hommes

médecins militaires vivent assez bien leur éloignement, leurs épouses et leurs enfants le vivent plus mal :

C'est surtout dur pour mon épouse. Sur le plan du travail, les «opex» sont intéressantes. Ce n'est pas un cadeau pour la famille. (...) Je ne souffrais pas d'être en «opex» mais je souffrais de ne pas avoir de bonnes nouvelles, surtout quand les enfants pleuraient au téléphone. (homme, 40-45 ans)

Les conditions de départ sont parfois pénibles pour l'entourage proche car les médecins doivent partir au pied levé et ne savent pas toujours leur date de retour :

Je souhaite partir en mission car ça fait partie de la fonction mais de manière planifiée. Ça pèse car on ne peut pas faire de projet. (...) Je voulais partir en mission, on m'a dit non et maintenant j'ai la pression car je ne sais pas si je partirai et quand. (homme, 40-45 ans)

Les projets de vacances, sorties ou autres doivent être annulés. Le contrat doit être honoré même si s'éloigner de la famille reste difficile :

La séparation n'a pas été évidente, mais j'ai un caractère de battant. Je vivais ma vie de militaire. (homme, 35-40 ans)

Pour les plus jeunes, qui participent un peu plus que leurs aînés aux tâches ménagères et éducatives, les départs sont pénibles pour les épouses, particulièrement quand elles travaillent :

Ma femme était d'accord pour que je m'engage, même si ça signifiait des départs. Elle a mal vécu mon départ de quatre mois en «opex» alors que notre enfant était tout petit. Elle travaillait et elle était seule pour s'occuper de notre enfant, faire les courses, la maison, etc. (...) Du coup, aujourd'hui, j'ai une autre vision des «opex». (homme, 30-35 ans)

Pour elle, ça a été très dur, elle a dû gérer le travail et les enfants. (homme, 35-40 ans)

Quand les plus jeunes parlent de missions, l'aspect familial est beaucoup plus présent que chez leurs aînés, ils sont moins prêts à accepter une disponibilité totale. L'abnégation familiale est de moins en moins légitimée :

Ça me plaît mais je ne ferais pas ça toute ma vie. J'envisage les choses autrement depuis que je suis fiancé. Je veux bien partir la première partie de ma carrière mais après je veux un autre poste, même si partir fait partie du contrat. (homme, 35-40 ans)

Ma femme a autant besoin de moi quand elle accouche que le S.S.A. et mon enfant quand il est né avait autant besoin de moi que le S.S.A. Pourquoi privilégier le service plutôt que ma famille ? (homme, moins de 30 ans)

Un jeune homme, absent du domicile plusieurs mois pour une mission, se considère même égoïste vis à vis de sa famille :

J'ai eu de la chance de faire ce que je voulais faire, d'être acteur de l'histoire contemporaine. Mais, c'est un sentiment égoïste car ma femme a assuré le quotidien ; elle a été spectatrice de mon épanouissement. C'est égoïste, même si ça faisait partie des projets. (homme, 30-35 ans)

Les jeunes pères se culpabilisent davantage que les plus anciens de leurs absences auprès de leurs enfants.

D'ailleurs, les plus jeunes sont beaucoup plus sensibles que leurs aînés à tous les moyens de communication mis à leur disposition quand ils sont sur les théâtres d'opérations. Garder le lien avec la famille est de plus en plus essentiel. Il faut dire aussi que ces moyens n'existaient pas il y a quelques années.

Ainsi, la façon d'envisager la contrainte des missions extérieures est très différente selon les genres. Pour les femmes, le volontariat est acquis et dépend de leur investissement familial ; pour les hommes, le volontariat cache une désignation que l'on ne peut refuser dans un plan de carrière. Mais, une différence entre les générations est aussi à relever, les plus jeunes semblent moins prêts, notamment vis à vis de leurs épouses, à partir plusieurs mois, surtout de façon hâtive et répétée.

3- Une vision différente de la disponibilité au quotidien.

Pour la plupart des officiers du service de santé, les femmes seraient moins disponibles que les hommes en ce qui concerne les missions, ce qui s'avère vrai dans la mesure où la plupart ne sont pas « projetables ». ¹⁰² Par contre, au niveau du nombre d'heures travaillées, nous ne pouvons donner de comparaison. Nous savons que dans l'exercice civil de la profession, les femmes médecins travaillent en moyenne 6 heures de moins par semaine qu'un homme, toutes choses égales par ailleurs, sachant que le temps de travail des femmes généralistes à temps complet atteint, tout de même, 50 à 51 heures par semaine. ¹⁰³ Il n'est pas sûr qu'une différence similaire existe au niveau militaire compte tenu de la charge importante de travail et de la forte pression exercée sur les personnels en matière de disponibilité.

En revanche, il nous paraît important de remarquer la différence sexuée dans la représentation du temps passé au travail et l'organisation du travail. En effet, si les hommes ont une vision des femmes non disponibles au quotidien, c'est peut-être parce que leur définition de la disponibilité est différente. Etre

¹⁰² « Projetable » est un terme employé dans l'armée et signifiant : pouvant être envoyé sur les théâtres d'opération.

¹⁰³ Xavier NIEL et Annick VILAIN, Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions démographiques, *Etudes et résultats*, Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la solidarité), n°114, mai 2001.

De même, la notion de temps complet ne recouvre pas une durée de travail équivalente pour les hommes et les femmes qui travaillent en moyenne 2 heures de moins par semaine : *Hommes et femmes face à l'emploi*, Les dossiers thématiques, Paris : I.N.S.E.E., Liaisons sociales, DARES, n°17/2000.

disponible journallement signifie pour les hommes effectuer un nombre d'heures de travail qui dépasse la durée de travail hebdomadaire moyenne ou ne prendre qu'une partie des permissions légales. Très conscients de l'étroite corrélation entre une bonne notation et une disponibilité manifeste, ils attendent en retour une reconnaissance concrète de la part du service :

Si je n'obtiens pas de barreaux, je serai dégoûté car cela fait deux ans que j'annule des vacances. Il faut être récompensé du bon travail. Moi je joue profil bas, j'annule mes permissions, mais derrière, il faut une récompense. (homme, 35-40 ans)

Pour eux, être disponible est incompatible avec un quelconque aménagement des horaires :

J'ai eu une femme qui demandait à partir plus tôt pour s'occuper de son fils. Il n'avait pas de problème particulier et j'étais contre. Elle l'a présenté par le biais de la séduction. J'étais d'accord pour une journée mais pas les autres jours. Pourtant elle le fait quand même et s'arrange avec son collègue. (homme, 40-45 ans)

Quelques-uns soulignent davantage la charge administrative croissante ou l'insuffisance d'effectif qui les obligent à passer plus de temps au travail et moins avec leur famille. En outre, ces contraintes les pénaliseraient aussi dans leur vie professionnelle qui ne correspondrait plus à celle à laquelle ils aspireraient :

La présence, les horaires sont une contrainte, il y a un manque de liberté à ce niveau-là. Si on n'est que deux et que l'un part en vacances, il y a un manque de liberté par rapport à sa vie privée, mais aussi par rapport à sa vie professionnelle car on ne peut pas aller à des réunions, des formations... (homme, 40-45 ans)

Les femmes ont de la disponibilité une vision différente de celle des hommes dans leur ensemble. Elles distinguent la disponibilité ponctuelle nécessaire du temps quotidien passé au travail. Pour elles, être disponible, c'est être efficace quand il le faut, il ne s'agit pas d'une disponibilité inconditionnelle. Elles remettent ainsi en cause les évaluations basées sur le temps passé travail :

On est toujours jugé sur les horaires que l'on fait. (femme, 35-40 ans)

Ici, il y a une culture qui veut que plus vous travaillez tard, plus vous êtes considéré. Partir tôt équivaut à être un glandeur. (femme, 35-40 ans)

D'ailleurs, on n'est pas jugé sur son travail mais sur le fait d'aller à des réunions de travail le soir. (femme, 40-45 ans)

Pour elles, il s'agirait d'être jugé sur le travail effectué et non sur les horaires. L'efficacité n'est pas toujours corrélée à la disponibilité. Beaucoup insistent sur l'idée qu'elles peuvent accomplir le même travail qu'un homme dans un temps horaire plus court car elles sont mieux organisées et surtout, elles rentabiliseraient mieux le temps passé au travail :

Les hommes, ils restent le soir, même s'ils n'ont rien à faire. Ils font de la présence. (femme, plus de 45 ans)

Les hommes, ils restent plus tard le soir, mais le travail de fond est fait par les femmes. Les hommes font beaucoup de présence, c'est comme ça qu'ils justifient qu'ils travaillent dur. Les femmes n'ont pas besoin de prouver qu'elles bossent. Les hommes se rassurent et se valorisent au détriment des femmes. Les hommes, ils peuvent aller au « restau » de midi à seize heures et travailler après. (femme, 35-40 ans)

Plusieurs hommes reconnaissent d'ailleurs la faculté importante de travail des femmes et leur aptitude à s'organiser :

Il y a une rumeur au niveau militaire que les femmes médecins, c'est une mauvaise chose pour le service à cause des clichés comme la maternité, les grossesses multiples, etc. Mais, c'est faire le procès des femmes. Les femmes sont d'excellents médecins militaires. (...) Même si elles sont absentes parfois, elles ont une grande capacité de travail. (homme, 35-40 ans)

Les femmes travaillent mieux que nous, elles s'organisent mieux. (homme, 40-45 ans)

Les horaires mal placés des réunions, les horaires tardifs exigés sont des difficultés supplémentaires pour tous ceux, hommes et femmes, qui doivent assumer un travail domestique ou éducatif après leur activité professionnelle :

J'avais un chef qui débarquait le soir pour discuter, alors qu'entre temps, il n'avait rien fait. Je ne pouvais pas partir. Maintenant, je n'accepterais plus, je partirais. Je ne fais pas la même chose avec mes subordonnés. (femme, 40-45 ans)

Ceci n'est pas propre au S.S.A. ni à l'institution militaire, comme le fait apparaître le rapport d'Anne-Marie Colmou.¹⁰⁴ Cette chercheuse souligne les horaires excessivement étendus et couramment pratiqués dans l'encadrement supérieur de la fonction publique et leurs conséquences sur la promotion des femmes.

Quelques femmes commandées par des médecins chefs de sexe féminin remarquent qu'elles sont plus conciliantes dans la manière d'organiser le travail :

J'ai pu m'arrêter cinq mois à la naissance d'un de mes enfants. Ma chef a pris le relais. Ça a été possible grâce à cette conciliation. Ma chef disait, « un enfant, il faut en profiter. » Les conditions étaient favorables, il n'y avait pas trop de travail. Le fait que le chef soit une femme, ça aide, cela permet des arrangements à l'amiable. J'ai le sentiment d'être privilégiée. (femme, 35-40 ans)

Entre femmes, des arrangements seraient possibles et équitables au quotidien :

C'est idéal d'avoir un médecin chef féminin, on a les mêmes préoccupations et les mêmes difficultés donc ça se passe bien. Sinon, je n'ai pas eu de problèmes avec les médecins chefs hommes. Je n'avais pas de problèmes mais je n'aurais pas demandé une disponibilité à un chef homme. Je ne veux rien avoir à demander à un homme. Alors qu'avec une femme, ça se fait naturellement, sans jugement, et il y a un retour. On ne se doit rien. Alors qu'avec un

¹⁰⁴ Anne-Marie COLMOU, L'encadrement supérieur dans la fonction publique : vers l'égalité entre les hommes et les femmes, Rapport au Premier ministre, février 1999.

homme, il y a toujours des réflexions derrière. Là, j'oserais poser un congé enfant malade, je sais que derrière, je pourrais renvoyer l'ascenseur. C'est donnant, donnant. (femme, 40-45 ans)

L'entraide féminine se limite à une réciprocité :

La solidarité entre femmes est aléatoire et dépend de la charge de travail, c'est une solidarité qui a ses limites, il y a une solidarité pour un certain nombre d'activités. Il ne faut pas que les intérêts divergent. Quand on a un enfant malade, on reçoit plus d'empathie du côté des femmes si ça n'empiète pas sur leur vie à elles. (femme, 40-45 ans)

Avec les hommes médecins chefs, si les aménagements sont parfois possibles, les femmes jugent qu'elles en payent ensuite le prix :

Mon chef me dit que je peux partir plus tôt, je ne le fais pas car je sais que c'est mal ressenti. (femme, 40-45 ans)

On vous demande de faire les mêmes choses et des fois plus. Et on vous attend au tournant. Une femme ne peut pas demander d'aménagements qui en fait seront plus facilement accordés à un homme. (femme, 35-40 ans)

Des femmes rencontrées soulignent la nécessité de revoir la conception de disponibilité totale et mettent en avant les différences à faire entre la disponibilité incontournable en temps de guerre et celle demandée en temps de paix :

Ça paraît incompatible avec le métier de militaire, ça ne l'est pas. C'est tout à fait possible dans la pratique en temps de paix. Il en dépend de la survie de la société car les femmes ne retourneront pas à la maison. (femme, 40-45 ans)

L'organisation du travail pourrait être pensée et planifiée de manière plus judicieuse :

Je pense que les réunions du soir devraient être planifiées à l'avance pour permettre aux personnes de s'organiser. (femme, 35-40 ans)

Les hommes jeunes partagent, semble-t-il, de plus en plus cette manière de voir¹⁰⁵ :

L'idée d'être disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre est-elle nécessaire ? Pour quoi faire ? A moins qu'on soit envahi ou qu'il y ait une guerre... C'était différent pendant l'opération Daguet. Là, tout le monde était prêt. Ça s'est bien passé. La disponibilité actuelle demandée est disproportionnée. (homme, 35-40 ans)

Il faut optimiser le temps de travail. (homme, 35-40 ans)

¹⁰⁵Une enquête, réalisée auprès de 200 étudiants futurs cadres, pour le colloque, Temps de travail, temps de vie des cadres et dirigeants hommes et femmes : apprivoiser le temps pour un meilleur équilibre, montre que les jeunes hommes comme les jeunes femmes attendent que les entreprises aménagent leur temps de travail pour une meilleure adéquation entre vie privée et vie professionnelle (citée par Dominique MEDA, *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*, Paris : Editions Flammarion, p. 108.).

Certains responsables de service sont très conscients de cette demande, encore très féminine, d'articulation entre le temps professionnel et le temps privé. Ils ne considèrent pas toujours ce souhait de manière négative :

Les femmes ont une autre manière de voir et de dire les choses. Elles ont la volonté d'équilibrer leur vie, elles ne veulent pas se laisser manger par leur vie professionnelle, elles demandent des aménagements. Elles sont toutes investies dans leur travail mais elles marquent des limites, notamment au niveau des gardes. Elles répondent aussi aux missions. Il faut prendre en compte ces désirs. Il faut résoudre les problèmes en amont. (cadre)

Dans l'institution militaire, le temps passé au travail est souvent une preuve de dévouement, de fidélité à son engagement, de crédibilité. Cette conception n'est pas propre à l'armée.¹⁰⁶ Elle est simplement accentuée par la disponibilité totale demandée. Les officiers du service de santé de sexe féminin doivent se conformer à ce modèle masculin et culpabilisent quand elles ne le font pas. Pourtant, dans l'armée, comme dans d'autres entreprises privées ou publiques, « l'indicateur de dévouement » ne devrait-il pas être la qualité de la mission remplie et non le temps passé à la remplir ?¹⁰⁷

4- Les femmes pénalisées dans leur carrière : l'incompréhension face aux sanctions infligées.

Compte tenu des préjugés et du faible nombre d'officières du service de santé, ces dernières doivent avoir un comportement exemplaire pour être estimées :

Il faut être meilleur que les hommes car on est regardé avec plus d'attention. (femme, 35-40 ans)

Nombre de femmes questionnées considèrent être pénalisées dans leur carrière à cause de leur parcours jugé atypique et divergent des attentes institutionnelles. Si elles affichent une volonté d'arbitrage entre le pôle professionnel et le pôle familial, elles sont d'entrée considérées comme suspectes et doivent alors donner des preuves de leur dévouement professionnel :

¹⁰⁶ Différentes études montrent que cette différence entre les sexes dans la façon d'envisager le temps existe chez les cadres dans les entreprises. Notons par exemple celles de Annie JUNTER-LOISEAU, *Etre femme et cadre à la ville de Rennes ?*, *Les cahiers du Mage*, Paris, n°2, 1996. Pour les femmes cadres, dépasser les horaires attendus signifie une mauvaise organisation de travail, pour les hommes, c'est un indicateur de loyauté envers l'entreprise.

¹⁰⁷ Martine BULARD, A Rennes, remodeler le temps, *Le Monde diplomatique*, mai 1999, p. 24, à propos de l'expérience menée par la ville de Rennes, Pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes dans l'administration municipale.

Il faut prouver qu'on est capable, qu'on peut compter sur vous. Il faut toujours faire ses preuves à la différence des hommes. On vous attend au tournant. Vous avez intérêt à être au top. (femme, 35-40 ans)

Malgré cette volonté des femmes de bien faire, voire de faire mieux, leur avancement n'est pas toujours à la hauteur de ce qu'elles attendent. Il est vrai que les congés parentaux et les congés sans solde pour convenances personnelles, que certaines ont posés, se répercutent de fait sur leur progression de carrière. Elles prennent du retard par simple décalage dans le temps. Mais, l'importance du critère de disponibilité, telle que les hommes la conçoivent, condamne des femmes à faire une carrière médiocre.

Ainsi, avoir été dans des postes considérés comme « non opérationnels » et/ou ne pas être volontaire pour les opérations extérieures, cela expliquerait le passage tardif au grade supérieur pour certaines femmes :

Je n'ai pas eu de barreau car mon poste est considéré comme « planqué ». (femme, 30-35 ans)

J'ai dit clairement que je n'étais pas volontaire pour les « opex » et je sais que je suis bloquée pour l'avancement. (femme, 35-40 ans)

De même, les congés de maternité, comme nous l'avons vu précédemment, pénaliseraient parfois les femmes. L'une d'entre elles ne l'a pas accepté et, soutenue par un responsable hiérarchique, a même posé une demande de recours :

Je pense qu'à cause de mes maternités, j'ai été lésée dans mes notations. Au retour de mon congé-maternité, ma notation avait régressé. J'ai donc fait un recours en notation et j'ai été soutenue par un supérieur hiérarchique. De moi-même, je n'aurais pas fait la démarche car c'était se confronter à quelqu'un de poids. C'est le médecin chef qui m'a tendu la perche. Mon chef direct a été obligé de changer de notation mais il m'a mené une vie infernale. Il me lançait des remarques acerbes ou alors, il organisait des réunions après 18 heures. (femme, 40-45 ans)

Ne pas jouer le jeu carriériste, notamment à l'hôpital est aussi pénalisant car mal vu par les chefs de service :

Je ne joue pas le jeu d'une carrière longue et optimale, ce qui a un retentissement sur l'avancement. (femme, 40-45 ans)

Quoi qu'il en soit des pénalités infligées à certaines femmes, beaucoup d'officières du service de santé ne saisissent pas pourquoi leur progression de carrière est si lente :

J'ai pris beaucoup de retard et c'est incompréhensible. (femme, 40-45 ans)

Ma carrière a avancé lentement. Je n'ai pris qu'un barreau en plusieurs années. Ce n'est pas le fait d'avoir des enfants, car je ne me suis pas absentée. Je ne sais pas pourquoi. (femme, 40-45 ans)

Celles qui n'ont pris aucun congé parental ou de disponibilité ne connaissent pas ou ne comprennent pas les origines de ces sanctions :

Je n'ai pas pris de congé parental ni de disponibilité. J'ai beaucoup travaillé, on ne peut rien me reprocher. Et pourtant je suis très pénalisée. (femme, 40-45 ans)

J'ai été la dernière de promotion à passer alors que je n'ai pas fait de fautes professionnelles. (...) Je n'ai pas pris de congés parentaux, ni de disponibilité ; j'ai beaucoup travaillé. On ne peut rien me reprocher. (...) Je n'ai pas compris pourquoi je n'ai pas eu de barreaux. Il y a des subtilités qui m'échappent. (...) Je ne suis pas carriériste, j'ai l'impression d'avoir fait mon travail. Ce n'est pas vrai que j'ai été planquée. Je suis fière d'avoir fait ce que j'ai fait. (femme, 40-45 ans)

D'autres acceptent difficilement d'être cataloguées comme privilégiant leur vie de famille alors qu'elles ont accepté les contraintes de mobilité :

On ne peut pas dire que j'ai privilégié ma vie de famille car j'ai été cinq ans en célibat géographique. (femme, 40-45 ans)

Assumer des postes opérationnels ne garantit pas non plus une bonne progression de carrière. C'est le cas de cette jeune femme qui ne comprend pas le retard qu'elle prend dans l'avancement :

J'étais major de promotion et certains me passent devant, je ne comprends pas pourquoi.

Plusieurs femmes pensent avoir joué le jeu, avoir été disponibles, mobiles, n'avoir bénéficié d'aucun congé légal hormis peut-être des congés-maternité, avoir beaucoup travaillé, et être mal notées et mal jugées. Elles ont la sensation que toutes les marques d'abnégation, dont beaucoup ont fait preuve, n'ont servi à rien, sont mésestimées. Comme si, quoi qu'elles fassent, elles pâtiraient toujours d'un préjugé défavorable. Comme nous l'avons vu, elles font parfois de gros sacrifices pour être reconnues, sacrifices qui n'ont pas toujours de contre-parties :

J'ai le sentiment d'avoir fait de gros sacrifices qui n'ont jamais été reconnus pour l'avancement. (femme, 40-45 ans)

Du fait de la volonté affichée de séparer vie professionnelle et vie familiale, ces signes, ces preuves de dévouement, d'investissement professionnel restent, la plupart du temps, invisibles pour l'institution.

Les femmes divorcées, qui ont mis leur carrière entre parenthèses pour favoriser le parcours de leur ex-mari, ressentent plus durement le fait d'être pénalisées. Elles ont vraiment le sentiment d'avoir tout perdu :

Nous avons privilégié la carrière de mon mari, maintenant, j'ai l'impression de gâchis. (femme divorcée ou séparée)

J'ai l'impression que mon mari a tout réussi. Il a tout gardé. Il s'est complètement reconstruit. Il a réussi professionnellement. Il a une aisance financière phénoménale alors que j'ai tout perdu. (femme divorcée ou séparée)

Même les femmes, qui n'ont pas toujours tenu des emplois opérationnels, ont le sentiment de bien faire leur travail. Elles estiment que le travail « en base arrière » mérite une considération qu'il n'a pas.

Du reste, une mauvaise notation ne signifie pas seulement une mauvaise progression dans l'avancement mais un défaut de reconnaissance du travail effectué. Celles qui sont dans des postes moins opérationnels n'acceptent pas la dévaluation de leur travail :

C'est un peu frustrant car on est moins reconnu, on fait un travail journalier qui n'est pas gratifiant. (femme, 40-45 ans)

Nombre de femmes ont le sentiment que leur travail n'est pas apprécié à sa juste valeur et cela atteint leur amour propre. Elles trouvent alors une gratification auprès de leurs malades, dans l'exercice quotidien de la médecine. La reconnaissance professionnelle ne vient plus alors de l'institution mais des patients :

Je ne travaille pas pour être jugée mais simplement pour être un bon médecin. C'est ce qui est important. (femme, plus de 45 ans)

Il est difficile à avaler que la progression professionnelle ne soit pas à la hauteur de l'investissement. J'ai donc réorienté ma vie professionnelle vers mes patients. Je travaille pour les individus. (...) J'aime mon métier mais j'ai fait le deuil de ce qu'il y a autour. (femme, 40-45 ans)

D'autres acceptent ces pénalités et considèrent que c'est le prix à payer d'un investissement modéré dans une carrière ou d'une priorité faite à la position géographique lors des mutations :

J'ai passé ma vie à sacrifier ma carrière pour ma famille. Dans la vie, on ne peut pas tout avoir. (femme, plus de 45 ans)

J'arrivais à culpabiliser et à me dire, « ne te plains pas, tu es ici avec ton mari. » En même temps, je me disais, qu'est-ce que j'ai été bête d'avoir peur de m'arrêter pour en arriver là. Au moins je saurais pourquoi je n'avance pas. (femme, 40-45 ans)

Quant aux couples d'officiers du service de santé, il semble qu'il faille que l'un des deux membres paye l'avancement de l'autre. Il paraît normal que ce soit l'épouse :

A l'entretien des vingt-quatre ans, on m'a dit qu'il était normal que dans un couple, l'autre paye obligatoirement. Ça n'a rien à voir avec le fait d'être une femme, l'un doit payer. (femme, 40-45 ans)

On m'a dit de manière officieuse que dans la carrière, il faut qu'un des deux se sacrifie. (femme, 40-45 ans)

Compte tenu des contraintes du métier et du difficile arbitrage entre vie professionnelle et vie familiale non prises en compte par l'institution, que

chacun des membres d'un couple fasse une bonne carrière paraît inconcevable :

On m'a même dit, « je suppose que la carrière majeure est celle de votre mari ? » Ce n'est pas à dire dans une gestion du personnel. (femme, 30-35 ans)

Les femmes ont le sentiment de payer sur le plan de leur carrière leur désir d'arbitrer leur investissement professionnel et leur investissement familial. La conciliation entre les deux sphères semble peu réalisable sans que la famille ou l'évolution professionnelle n'en pâtisse.

⇒ Hommes et femmes, officiers du service de santé, sont confrontés aux mêmes contraintes légales de disponibilité totale et de mobilité que les militaires des armes. Mais, alors que les hommes sont plus souvent dans de meilleures conditions que les femmes pour avoir un parcours de carrière intéressant, les officières du service de santé, contraintes de s'arrêter si elles n'ont pas de postes près du lieu de travail de leur mari, font plus souvent les frais des mutations.

Concernant les missions de plusieurs mois, les femmes ayant des enfants se déclarent en majorité moins volontaires que les hommes. Ces activités leur paraissent inexécutable sur un plan familial, tant matériellement que psychologiquement. Celles qui acceptent de partir ont dû quelquefois, selon les missions, insister pour obtenir l'aval de leur hiérarchie, et les mères de famille résoudre des problèmes de gestion familiale, voire affronter le regard pas toujours bienveillant du milieu. Celles qui restent doivent aussi se confronter au regard négatif de l'institution, même si par ailleurs, elles travaillent davantage pour pallier l'absence de ceux projetés. Quoi qu'il en soit, si pour quelques-unes participer à des missions fait partie des règles du contrat initial auxquelles on ne peut déroger, l'idée du volontariat semble acquise, du moins pour l'instant, pour la majorité des femmes.

Le volontariat ne signifie pas la même chose pour les hommes. Ils estiment qu'il fait partie de leur engagement et surtout refuser de partir compromettrait leur avancement. En fait, le volontariat cache parfois une désignation qu'il est malaisé de refuser. Néanmoins, les hommes officiers du service de santé, en particulier les plus jeunes, acceptent de moins en moins facilement ces départs parfois du jour au lendemain. En effet, l'aspect familial est chez eux beaucoup plus présent. En réalité, les épouses acceptent les absences de plus en plus difficilement, de ce fait l'abnégation familiale est de moins en moins légitimée et la disponibilité totale moins acceptée. Au-delà d'une différenciation entre les genres, une divergence entre les générations se manifeste.

Si les femmes s'avèrent moins volontaires pour les missions, il n'est pas sûr que leur disponibilité quotidienne soit moindre que celle des hommes. Par contre, hommes et femmes ont des représentations différentes de cette contrainte. Globalement, les hommes insistent sur le temps passé au travail, les femmes distinguent la disponibilité ponctuelle nécessaire du temps quotidien passé à exercer. Elles n'envisagent pas une disponibilité inconditionnelle mais une disponibilité relative à l'efficacité. Comme dans l'institution militaire, un nombre important d'heures effectuées est souvent une preuve de dévouement, de fidélité à son engagement, voire de crédibilité. Les officières du service de santé, si elles veulent être appréciées et bien notées, doivent se conformer à ce modèle masculin et culpabilisent quand elles ne le font pas.

Les femmes payent cher leur non-volontariat pour les opérations extérieures et leur vision différente de la disponibilité. Nombre de femmes interviewées considèrent être pénalisées dans leur carrière du fait de leur parcours considéré comme atypique. Si elles affichent une volonté d'arbitrage entre le pôle professionnel et le pôle familial, elles sont considérées comme suspectes et doivent donner des preuves de leur dévouement professionnel. Surtout, l'importance du critère de disponibilité, telle que les hommes la conçoivent, condamne des femmes à faire une carrière médiocre. Même celles qui pensent avoir joué le jeu, avoir été disponibles, mobiles, celles qui n'ont pas bénéficié de congé légal hormis peut-être des congés-maternité, qui ont le sentiment d'avoir beaucoup travaillé, ont l'impression d'être mal notées et dépréciées. Elles ont la sensation que toutes les marques d'abnégation, dont beaucoup ont fait preuve, n'ont servi à rien, sont mésestimées. Du fait de la volonté affichée de séparer vie professionnelle et vie familiale, ces signes, ces preuves de dévouement, d'investissement professionnel restent, la plupart du temps, imperceptibles à l'institution. Les femmes qui ont le sentiment que leur travail n'est pas apprécié à sa juste valeur trouvent alors une gratification auprès de leurs patients, dans l'exercice quotidien de la médecine.

5- La gestion du Service de santé des armées.

1- La perception de la gestion.

Si quelques-uns perçoivent les gestionnaires comme compréhensifs, la plupart n'émettent pas que des propos positifs. Ils pensent que le principe d'égalité ne serait pas respecté dans la gestion du personnel.

Les généralistes estiment les spécialistes mieux traités :

J'aime mon métier mais j'ai fait le deuil de ce qu'il y a autour. Il n'y a pas de reconnaissance du travail fourni mais je ne pense pas que ce soit parce que je suis une femme. Simplement, je ne suis pas cooptée comme peuvent l'être les spécialistes. Le système manque d'équité. Je me suis engagée pour la rigueur et l'équité de l'armée, et je me suis trompée. (femme, 40-45 ans)

Les spécialistes sont les enfants chéris du service. (femme, 40-45 ans)

On sait que les spécialistes sont mieux traités que les autres. (homme, 45-50 ans)

Quant aux célibataires, ils estiment qu'on tient compte de la vie privée que s'il y a vie maritale :

Je ne souhaite plus être muté mais c'est un discours qui n'est entendu par personne à cause de mon statut social. A partir du moment où on n'est pas marié et où on n'a pas d'enfant, quand on est célibataire, on n'a pas de vie privée. Ce n'est pas lié au sexe mais au statut social. La vie personnelle n'existe pas. On ne conçoit la vie familiale militaire qu'avec beaucoup d'enfants. (célibataire, 35-40 ans)

Les couples de médecins militaires seraient privilégiés :

Les couples de médecins militaires sont privilégiés au niveau des gardes et des mutations. (homme, 35-40 ans)

Surtout, beaucoup d'hommes, mais aussi de femmes, imaginent les officiers de sexe féminin avantagés dans la gestion et revendiquent une gestion plus égalitaire :

Il y a celles qui d'emblée râlent et celles qui ne disent rien malgré les contraintes. (...) Le S.S.A. a deux poids, deux mesures. Il privilégie les femmes notamment qui font pression par rapport à leur situation de famille. Il n'y a pas de gestion égalitaire car certaines prennent en otage le S.S.A.. Il ne devrait pas y avoir de menaces pour les choix. Les arrangements devraient profiter à tout le monde. Pour que ce soit juste, les femmes ne devraient pas être privilégiées de façon flagrante et pour des raisons personnelles. Pourquoi celle qui est en fin de classement obtient-elle ce qu'elle veut ? Tout le monde doit être mis sur un pied d'égalité. Si on prend en compte la vie familiale, il faut la prendre en compte pour tout le monde. (femme, 30-35 ans)

Les filles peuvent faire du chantage car quand c'est une fille, on lui déroule le tapis rouge. Certaines filles ont les postes de leurs choix, par exemple dans la Marine, elles obtiennent des postes à terre et les hommes se payent tous les postes embarqués. (homme, plus de 50 ans)

Pour essayer de comprendre les représentations de la présence des femmes et les discours sur la gestion de la féminisation du service, nous avons défini trois idéaux-type de discours tenus.

2- Trois idéaux-types de discours sur les femmes médecins militaires.

Trois types de discours concernant les femmes médecins militaires sont présents chez les médecins militaires :

→ celui des « purs et durs » pour qui une égalité stricte est de mise, sans différence aucune entre les sexes.

→ celui des « abdicataires » qui considèrent, compte tenu de la partition des rôles sociaux entre les genres, que des exceptions doivent être accordées aux femmes, qui en contre-partie, renoncent à faire carrière.

→ celui des « subversifs » qui aspirent à une égalité professionnelle permise par une prise en compte des contraintes familiales.

Ces idéaux-types correspondent à trois types d'attitude chez les femmes officiers du S.S.A. La première consiste à jouer jusqu'au bout le jeu de l'égalité dans l'indifférenciation totale des sexes et dans une séparation stricte de la vie privée et de la vie familiale, la deuxième consiste à jouer l'exception revendiquée du fait de la différence des sexes liée au partage des rôles sociaux, la troisième, plus récente et rare, consiste à ambitionner une égalité totale des sexes accompagnée d'une prise en compte des interactions entre vie professionnelle et vie familiale.

Bien sûr, ces discours vont être ici présentés de façon un peu caricaturale afin de mieux mettre en lumière des comportements types et des schèmes d'action. Dans la réalité, tous les individus sont plus ou moins traversés par ces différentes logiques.

1- Égalité dans l'indifférence, « les purs et durs ».

Pour les « purs et durs », aucune différence ne doit être faite entre les hommes et les femmes. Elles doivent bénéficier des mêmes droits et avoir les mêmes devoirs. Elles doivent pouvoir mener la même carrière que les hommes, avec

les mêmes inconvénients et les mêmes gratifications. Le référentiel égalitaire est dominant et employé dans un sens où il exclut toute idée d'identité.¹⁰⁸ L'égalité est ici posée comme contraire à la différence. Il n'est donc pas question de tenir compte de spécificités féminines :

Il ne faut rien changer, il ne faut pas prendre de mesures particulières, sinon les femmes seront encore plus ciblées. On a les mêmes salaires que les hommes, on se débrouille et ça se gère très bien. Le traitement des hommes et des femmes doit être égalitaire. (...) Il faut aussi inverser les choses et faire comprendre aux hommes que les femmes sont exactement pareilles. (femme, plus de 45 ans)

Dans ce cadre, la question de la famille et des enfants reste une question privée qui ne doit pas entrer en ligne de compte.¹⁰⁹

Les pionnières du service représentent ces idéaux-types. Elles se sont battues toute leur vie professionnelle pour être acceptées comme les hommes et dans les mêmes conditions, pour montrer qu'elles pouvaient remplir la mission du médecin militaire de la même façon qu'un homme sans aucune restriction. Elles se sont appliquées à ne jamais mettre en avant leur vie familiale, à ne même jamais en parler. Elles ne comprennent donc pas que l'on puisse aujourd'hui se poser la question de la féminisation du service qui pour elles doit être acquise :

J'ai plus de vingt-cinq ans de services et ça fait bientôt trente ans qu'il y a des femmes. Il y a un décalage avec le discours sur la féminisation et les faits. Ça fait longtemps que ça existe. C'est pareil dans le civil. Il y a beaucoup de médecins civils féminins qui font des gardes, etc. Elles y arrivent et elles ont aussi des enfants. On polarise sur les femmes, mais les hommes posent aussi des problèmes de rentabilité et de disponibilité. (femme, plus de 45 ans)

Remettre en cause cette féminisation serait nier toute l'énergie qu'elles ont développée pour se faire accepter, tous les sacrifices auxquels elles ont consentis pour qu'aucune différence ne soit faite entre elles et leurs confrères. Comme le signale Dominique Méda, *lorsqu'une femme réussit, c'est-à-dire quand elle parvient à la fois à mener une belle vie professionnelle et à avoir des enfants, elle s'en voudrait d'alimenter la litanie et de rappeler qu'elle aussi à cet enracinement vivant qu'elle tente de*

¹⁰⁸ Pourtant le principe d'égalité n'exclut pas l'idée de différence. Comme le rappelle Sylviane AGACINSKI, *la différence n'est donc pas le contraire de l'égalité mais de l'identité : deux choses sont soit identiques, soit différentes, même si un objet peut être identique à un autre d'un certain point de vue, et différent d'un autre point de vue, ou sous un autre aspect. Ainsi l'homme et la femme sont différents par certains caractères, et semblables par d'autres. Quant à l'égalité, elle s'oppose à l'inégalité, et non pas à la différence.*, dans *La politique des sexes*, Paris : Editions du Seuil, 1998, pp. 173-174.

¹⁰⁹ Une des difficultés de l'étude a d'ailleurs consisté, comme nous l'avons dit précédemment, à recueillir des éléments sur les interactions entre la vie professionnelle et la vie privée des médecins. Parler de sa vie familiale, dans le cadre professionnel d'une enquête sur la féminisation du service, n'avait aucun sens pour ceux qui adhèrent à l'idée de stricte égalité et au concept d'opacité entre les sphères du travail et du foyer.

*maîtriser en parallèle. Comme ses collègues hommes, et pour en finir avec cette difficulté, elle efface cette partie de sa vie et la relègue dans les coulisses.*¹¹⁰

Beaucoup de jeunes femmes partagent les idées de l'égalité dans l'indifférenciation et le comportement des anciennes sert de référence aux plus jeunes :

J'ai eu une femme médecin chef qui avait des soucis, qui tirait sur la corde. Elle ne le montrait pas, elle ne se mettait pas en avant. J'essaie de faire pareil. (femme, 35-40 ans)

Comme le font beaucoup d'hommes, ces femmes « pures et dures » quel que soit leur âge, vilipendent celles qui « profitent du système ». Exploiter le système consiste à bénéficier des avantages officiels de la fonction publique, en prenant par exemple un congé parental, ou à solliciter des arrangements officiels auprès du chef, comme des horaires aménagés :

Il y a des filles qui profitent du système, qui prennent des congés pathologiques, des congés annuels à la suite de congé-maternité, etc. Si elles ont plusieurs enfants, elles ne sont plus efficaces. (femme, 35-40 ans)

L'idéal type « pur et dur » est le plus fréquent chez les hommes, mais existe aussi chez les femmes.¹¹¹ C'est le modèle dominant et légitime de l'institution. Les étudiants et les étudiantes rencontrés à l'école de Lyon-Bron paraissent les plus ardents défenseurs de ce modèle. S'intégrer au service nécessite une adhésion à ces valeurs égalitaires.

2- Différence dans l'exception, « les abdicataires ».

L'exception doit être pour certains la règle. Pour les « abdicataires », l'identité féminine et l'implication dans la sphère privée des femmes ne leur permettent pas de tenir les mêmes rôles que les hommes militaires. Ils mettent l'accent sur la différence fondamentale entre les hommes et les femmes, résultat d'une « nature féminine » spécifique, et sur la séparation des rôles sociaux :

Il faut des femmes, mais pas trop. Il n'y pas égalité biologique donc les hommes et les femmes ne peuvent pas faire la même chose. Il faut des femmes pour améliorer le côté humain. Il faut aussi de vrais guerriers. Les femmes ne sont pas des guerrières et elles ne peuvent pas l'être

¹¹⁰ Dominique MEDA, *Le temps des femmes, pour un nouveau partage des rôles*, Paris : Editions Flammarion, 2001, p. 54.

¹¹¹ Néanmoins, les propos des femmes « purs et durs » constituent souvent un discours de principe plus rigide que celui tenu sur des individus particuliers. Les « pures et dures » sont plus compréhensives que ce que leurs paroles laissent supposer.

par rapport aux enfants. Etre mère et guerrier est incompatible, il faut être inconscient pour le penser. (femme, 40-45 ans)

La suppression des quotas, cela manque de bon sens. On n'est pas l'égal des hommes. On est différente. On se complète. Le S.S.A. va être dans une situation délicate, il faut qu'ils prennent en compte les différences. C'est la même chose pour les femmes pilotes, ça fait bien d'en former, mais si elles tombent amoureuses, la formation aura coûté cher, peut-être pour rien. Ce n'est pas raisonnable à moins de nous ligaturer les trompes. (femme, 40-45 ans)

Dans ce cadre, l'exception est légitimée puisque la partition des rôles entre les sexes est justifiée. Doivent être pris en compte la différence et la complétude des hommes et des femmes :

On n'a pas à être l'égal des hommes, on est différent. On se complète. Il faut prendre en compte les différences. (femme, 40-45 ans)

Pour tenir compte de ces dissemblances, les femmes doivent pouvoir bénéficier de postes adaptés :

Il faudrait mettre des mères de famille dans des postes particuliers adaptés et elles feront bien leur travail. Alors qu'il y a des postes qui seraient bien pour les femmes et qui sont bloqués par des hommes. C'est dommage. Il faut qu'il y ait une justice. Ce n'est pas parce qu'on est femme qu'on n'a pas le droit à des postes planqués. Il y a aussi des hommes planqués et on ne les bloque pas parce qu'ils suivent leur conjoint. (femme, 35-40 ans)

Pour les « abdicataires », les femmes, parce qu'elles ne sont pas prêtes à sacrifier leur vie de famille, doivent abdiquer, renoncer à une carrière à l'égal des hommes et bénéficier donc de mesures particulières devant rester exceptionnelles. Si quelques-uns pensent que les femmes doivent être traitées différemment, voire bénéficier d'un statut distinct, la plupart ne veulent pas bénéficier de prérogatives spécifiques officielles. Les situations doivent être traitées individuellement :

En théorie dans la gestion, il y a égalité dans les contraintes. Dans la pratique, c'est inapplicable, on ne peut pas obliger une femme avec un enfant à partir. Il faut voir au cas par cas sans faire de l'assistanat à outrance et le faire pour les hommes comme pour les femmes. (femme, 30-35 ans)

L'écueil de cette politique, c'est qu'elle paraît parfois injuste car contingente et subjective :

Je pense qu'il y a des gens qui ont de la chance qui sont plus écoutés et d'autres non. Les problèmes sont pris en compte de façon aléatoire. (femme, 35-40 ans)

L'idéal type des « abdicataires » ne s'érige pas en modèle car il n'est pas conforme au modèle égalitariste dominant. Cet idéal-type correspond à une tolérance des gestionnaires en matière de prise en compte des situations familiales par exemple. Il n'est pas question de différenciation de statuts qui remettrait en cause la rigueur du modèle dominant de l'égalitarisme.

Le discours des « abdicataires » paraît contraire, par certains côtés, au discours des purs et durs. En réalité, il n'est que le pendant du modèle dominant. L'un n'existe pas sans l'autre ; le modèle « abdicataire » n'est que l'autre face du modèle « pur et dur ». Il correspond, comme nous allons le voir, à une politique double du S.S.A. qui tout en exigeant une gestion égalitaire entre les hommes et les femmes, pratiquait un certain paternalisme sous la pression des réalités.

3- La remise en cause d'un modèle, « les subversifs ».

Les « subversifs » sont ceux qui refusent de séparer leur vie professionnelle de leur vie familiale. Ils ne souhaitent pas seulement essayer de concilier les deux, ils désirent que l'institution tienne compte des deux. Ils voudraient que ce problème ne soit plus une préoccupation seulement individuelle mais celle de la collectivité. Nous les nommons « subversifs » car ils remettent en question l'idée d'une occultation de la vie privée dans la vie professionnelle.

Dans ce cadre « subversif », les maternités doivent être prises en compte par l'institution et les femmes enceintes remplacées pendant leurs congés-maternité :

Il y aurait des solutions en remplaçant les femmes en congés-maternité par du personnel vacataire. Il faudra prendre ces mesures sinon, la féminisation sera mal vécue et c'est normal.
(femme, 35-40 ans)

Des mesures permettant une meilleure prise en compte de la vie privée sont désirées. Les demandes « subversives » ne concernent pas seulement les femmes. De plus en plus d'hommes jeunes aspirent à une prise en compte de leur vie privée et familiale.

Très peu revendiquent en même temps une égalité complète des hommes et des femmes à l'entrée aux écoles et la remise en cause de la séparation vie professionnelle et vie familiale par la prise en compte des contraintes liées à la vie privée. Cela paraît vouloir « demander le beurre et l'argent du beurre ». Si les subversifs sont rares, des bribes de discours subversifs sont présentes dans nombre d'entretiens.

4- L'« androcentrisme » des femmes ou l'intériorisation d'un système.

Les opinions sur les femmes médecins militaires et sur la féminisation du service ne sont guère différentes entre les hommes et les femmes. Les modèles de références sont les mêmes. Il faut dire que pour s'intégrer les femmes n'ont

d'autre choix que de s'adapter aux critères masculins. Cette relative unité des déclarations des deux sexes est un gage de la volonté affichée des femmes de se fondre dans le milieu professionnel qui les accueille.

L'adhésion affectée à l'alternative qui leur est proposée révèle aussi une adhésion aux valeurs militaires portées sur la discipline et l'obéissance.

En fait, elles n'ont pas d'autre choix pour être acceptées que d'accomplir ce que l'institution attend d'elles, c'est-à-dire -et pour schématiser- soit travailler « comme un homme » et ne jamais revendiquer un quelconque aménagement des conditions de travail, soit travailler « comme une femme » c'est-à-dire bénéficier de manière officieuse d'éventuels arrangements qui pourront toujours être remis en cause et dont il faudra payer le prix.

Il leur faut céder au système, qu'elles y consentent ou non n'est pas la question...¹¹²

3- La perception de la féminisation du service chez les médecins militaires des deux sexes.

La plupart des médecins militaires des deux sexes revendiquent l'application d'une stricte égalité entre les hommes et les femmes. Cette égalité semble acquise dès lors que s'applique l'égalité des statuts notamment en matière de rémunération. L'adage « même droits, même devoirs » revient dans la plupart des bouches. Pourtant, le S.S.A. assignait les femmes à des exceptions et les gérait comme des exceptions. Cette gestion paternaliste a ainsi pu faire penser que si les femmes avaient les mêmes droits, elles n'avaient pas les mêmes devoirs.

1- Des femmes comme exceptions.

Les premières femmes médecins ont essuyé les plâtres. Quand on était une femme, certains postes vous étaient interdits. On est catalogué, on est pénalisé. (femme, plus de 45 ans)

¹¹² Il ne s'agit pas de ce que certains pourraient appeler un « consentement à la domination » qui est ici masculine, dans une organisation qui « appartient » traditionnellement aux hommes, mais d'une assimilation de normes et valeurs, notamment par la violence symbolique, qui déterminent un certain type de conscience dominée. Voir à ce sujet : Nicole-Claude MATHIEU, Quand céder n'est pas consentir, des déterminants psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie, dans *L'anatomie politique, catégorisations et idéologies du sexe*, Paris : Côté-femmes, pp 131-225.

Les premières femmes, qui ont été accueillies dans les écoles du Service de santé des armées, l'ont été avec réserve et dans des conditions particulières. Même si elles bénéficiaient du même statut que les hommes, en l'occurrence celui de 1974, les conditions de leurs exercices étaient différentes. Beaucoup de portes leur étaient fermées. Les compétences techniques des femmes n'étaient pas en cause, mais, à l'époque, et dans un contexte de conscription obligatoire strictement masculine, les officiers de sexe féminin du S.S.A. étaient vues comme prenant la place des hommes dans une institution traditionnellement masculine. Ce d'autant plus qu'elles étaient particulièrement brillantes :

Les femmes étaient vues comme piquant la place des hommes. (cadre)

Les hommes étaient jaloux, ils avaient l'impression qu'on allait leur bouffer leur place. (femme, 40-45 ans)

Elles n'étaient pas perçues comme capables d'assurer les mêmes missions que les hommes, elles n'étaient donc pas gérées comme les hommes. L'accent était alors mis sur la nécessité de les protéger d'un milieu hostile en adoptant une attitude paternaliste. Ainsi, par exemple, le choix des postes à la sortie de l'école d'application se faisait sur des listes différentes pour les hommes et les femmes. De même, dans la Marine, les femmes ne pouvaient pas embarquer. Ces modalités ont engendré une ambiguïté quant au regard porté sur la gestion des personnels de sexe féminin officiers du S.S.A. Ce paternalisme envers les femmes était, et est toujours, assimilé à du favoritisme et il pouvait laisser penser que le service prenait en compte la place des femmes dans la gestion de la famille et du ménage sans contre-parties. Parce qu'il n'était pas concevable qu'une femme puisse être, et vouloir être, aussi disponible qu'un homme, surtout si elle était mariée et mère, certains postes opérationnels lui étaient fermés.

Et cette différenciation justifiait donc un système de quotas qui lui-même justifiait une gestion officieuse ou officielle un peu différente.

2- Des femmes exceptionnelles.

Peu à peu, les femmes se sont imposées et les pionnières ont enfoncé les portes qui leur étaient fermées. Beaucoup de femmes, très motivées, n'ont pas voulu rester dans l'exception, et, au contraire aller vers l'exceptionnel. Elles étaient alors reconnues par les hommes :

Dans l'ancien régime, c'était différent, il y avait des femmes exceptionnelles. (homme, 40-45 ans)

Aujourd'hui, quand on pose la question de la féminisation du corps des officiers du S.S.A., en dehors de l'idée de suppression des quotas, la majorité

des médecins militaires s'accordent pour dire que c'est une bonne chose. Hormis les plus anciens, la plupart ont connu la mixité à l'école, au lycée et à la faculté et considèrent qu'hommes et femmes doivent être considérés similairement.

Les quotas, j'ai toujours trouvé ça un peu choquant. (homme, 30-35 ans)

Un médecin voit même dans la suppression des quotas le signe d'une égalité avérée entre les sexes, indice du développement d'une société :

Il faut que les femmes aient accès à l'ensemble des professions. Les pays où la condition des femmes n'est pas développée ne donnent pas des signes d'évolution. (homme, moins de 30 ans)

Cependant, la méfiance envers les femmes persiste, elles sont toujours regardées comme des exceptions qui bénéficient d'un statut particulier et officieux :

Quand on arrive, on entend : « encore une bonne femme ! » (femme, plus de 45 ans)

Le problème c'est de risquer de se faire rejeter par les camarades masculins. C'est bien qu'il y en ait plus, ça évite de penser qu'il y a des passes-droits. (femme, 40-45 ans)

L'image de la femme qui est privilégiée, car cataloguée comme exception, coexiste avec celle de la femme exceptionnelle qui refuse toute dérogation et mène sa vie de médecin militaire comme un homme, sans qu'aucune distinction ne puisse être faite. Dans ce cadre, la féminisation paraît gérable. Parce qu'il s'agit d'un petit nombre de femmes, des exceptions peuvent être faites et les missions aménagées ; et/ou parce que ce sont des femmes exceptionnelles, elles peuvent remplir leurs missions. Nous verrons toute l'ambiguïté de cette gestion féminine qui est justement loin d'être du favoritisme.

3- La suppression des quotas comme catastrophe annoncée.

S'agissant de la suppression de quotas à l'entrée des écoles du Service de santé des armées, sur les 42 femmes rencontrées et les 42 hommes interviewés, seulement 3 femmes et 6 hommes se déclarent clairement favorables à cette mesure. 17 hommes et 16 femmes, s'ils trouvent cette mesure juste, la désapprouvent. Enfin, 19 hommes et 23 femmes la déplorent.

La plupart en parlent comme d'un désastre :

On va à la catastrophe. (homme 30-35 ans)

C'est un manque de courage politique, c'est une ânerie. Il faudra gérer ça. (homme, 45-50 ans)

Ce n'est pas le fait qu'il y ait des femmes, c'est le fait qu'elles ne soient pas remplacées. (homme, 30-35 ans)

C'est une hérésie, c'est une horreur ! (femme, moins de 30 ans)

C'est une idiotie, c'est ingérable. (femme, moins de 30 ans)

Hérésie, catastrophe, idiotie, horreur, etc., les mots ne manquent pas pour qualifier cette décision...

Beaucoup se posent même la question du devenir du service, un peu comme si l'élargissement de la féminisation était le révélateur d'un naufrage présagé du service :

Que va-t-il rester du S.S.A. dans dix ans ? (homme, 30-35 ans)

Est-ce qu'on veut supprimer les écoles du service ? (femme, 40-45 ans)

Pour la plupart l'impact d'une telle mesure n'aurait pas été étudié. Certains, oubliant que cette décision était avant tout politique, accusent même les responsables de leur direction de ne pas se sentir concernés par la question :

La féminisation fait peur et les chefs nous disent : « heureusement qu'on ne sera plus là ! » (homme, 30-35 ans)

Ceux qui ont décidé cette suppression ne vont pas en subir les conséquences. (homme, 40-45 ans)

C'est les vieux qui ont pris cette décision, ce sont les jeunes qui géreront le problème. (femme, moins de 30 ans)

Très peu voient dans la suppression des quotas un signe d'une adéquation du service à l'évolution de la société civile et au principe égalitariste dominant :

Les quotas ne devraient pas exister, 50% devrait être une évidence. Etre obligé de poser des quotas à l'inverse est ridicule. Il faut juger les gens par rapport à leur performance et leur valeur. C'est une évidence de supprimer les quotas, c'est la valeur des gens qui doit compter. Les armées doivent suivre l'évolution de la société. Les schémas tombent. (femme, 40-45 ans)

Même si ce n'est pas conforme à l'idée qu'ils se font de l'égalité entre les sexes, la grande majorité trouvent que l'augmentation du nombre de femmes va poser des problèmes, notamment en matière de gestion du personnel :

Ce n'est pas politiquement correct de les maintenir, mais les femmes réalisent peut-être moins ce à quoi elles s'engagent. (homme, 30-35 ans)

C'est bien l'égalité, mais ça va poser des problèmes de gestion. (femme, 30-35 ans)

Le système des quotas est un système ségrégatif, mais la fonction peut justifier les quotas. (homme, 40-45 ans)

C'est normal car ce n'est pas juste qu'ils existent, mais ça va être complexe. (femme, 35-40 ans)

Une augmentation sensible du nombre de femmes, qui sont perçues, comme nous l'avons vu, comme, plus absentes, moins disponibles et moins opérationnelles, engendrerait, d'une part, une baisse des effectifs, et d'autre part, un accroissement du travail pour les hommes, ainsi que pour les femmes.

La réaction face à la suppression des quotas est révélatrice de l'ambiguïté qui persiste entre un égalitarisme affiché et les dérogations officieuses à ce principe. Alors que le système de quota était contraire au principe dominant de l'égalité entre les sexes, il apparaissait malgré tout comme un système égalitaire parce qu'il permettait d'accepter les femmes, en leur proposant un statut identique à celui des hommes, avec, notamment, des possibilités d'exceptions officieuses génératrices de retards dans la carrière.

Avec la perspective d'une augmentation considérable de la ressource féminine, le système semble être arrivé à un point de rupture. Si quelques-uns voient dans cette nouvelle politique de recrutement une obligation d'évolution du service par la prise en compte de la sphère privée, d'autres, au contraire, insistent sur la nécessité de réaffirmer l'équivalence des droits et surtout des devoirs entre les individus qu'ils soient hommes ou femmes. Cela paraît être une nécessité compte tenu des difficultés de gestion et dans un contexte de déficit de médecins militaires et de missions de plus en plus opérationnelles. L'exception ne peut pas devenir la règle :

La suppression des quotas obligera à prendre en compte les besoins spécifiques des femmes ainsi que les problèmes de couple. (femme, 40-45 ans)

Tant que nous n'étions pas nombreuses, nous pouvions avoir des postes adaptés. Maintenant que les postes « Légion » sont ouverts aux femmes, c'est ingérable. (femme, moins de 30 ans)

Si l'éclatement du système est inévitable avec cette nouvelle politique de recrutement, pour certains, c'est le service qui en fera les frais parce qu'il ne pourra plus correctement remplir ses missions. Mais la plupart pensent que ce sont les femmes qui en pâtiront.

4- La mission complexe du service gestionnaire.

1- Des contraintes incompressibles.

Le Service de santé des armées doit faire face à des contraintes incompressibles. Il doit fournir suffisamment de médecins aux unités et, en même temps, répondre à toutes les demandes de soutien des forces en

missions extérieures. En ce qui concerne les hôpitaux, il doit adapter ses structures pour répondre aux nouvelles normes nées de la réforme de la santé publique.

Ce n'est pas chose simple quand on sait que l'effectif autorisé des médecins n'est jamais atteint. Ainsi, au 1er juin 1999, l'effectif budgétaire était de 3450 officiers du service de santé, l'effectif réalisé de 3233, soit 217 en moins que prévu, dont 118 médecins. Les effectifs deviennent problématiques à cause du nombre de départs d'officiers du service de santé. Car la baisse du *numerus clausus*, depuis la fin des années soixante-dix, s'est fait ressentir et a mis fin à une surpopulation des médecins.¹¹³ Malgré les disparités régionales, le secteur civil offre donc de plus en plus de possibilités de reconversion.

De plus, si les écoles de santé forment un peu plus d'élèves (88 places en 1993 pour 130 places en 1999), il semble qu'elles ne puissent pas recruter davantage. Quant au recrutement parallèle, il n'a que peu de succès, les conditions d'engagement paraissent peu attractives (en 1998, sur 40 postes offerts, seuls 6 ont été pourvus).

Enfin, 38% des effectifs des officiers du service de santé étaient constitués par le personnel du contingent. La professionnalisation des armées entraîne donc aussi une baisse d'effectif supplémentaire.¹¹⁴

Dans le même temps, les missions à assumer sont de plus en plus nombreuses. L'armée française s'est engagée, à de multiples reprises, sur les théâtres d'opérations extérieures. Or, le soutien sanitaire des forces projetées est une priorité. La politique n'est plus le rapatriement rapide des blessés, mais au contraire, le soutien médical au plus près du combattant. Le Service de santé des armées a participé à de très nombreuses opérations à caractère militaire ces dernières années. Il doit actuellement soutenir la brigade française de la KFOR toujours présente au Kosovo. S'ajoutent à ces missions les opérations humanitaires menées principalement en Afrique.

¹¹³ Voir à ce propos les Blocs Notes statistiques de la CNAM et les études de l'Ordre National des Médecins. Le nombre de médecins augmente mais le taux de croissance se ralentit. En 1997, le nombre de médecins actifs en métropole s'élevait à 185 579, en 1998 à 188 524. L'accroissement des médecins actifs est passé de 3% en 1997 à 1,7% en 1998. Le temps partiel augmente, il est passé de 10% à 11,5% entre 1992 et 1999. et l'on peut constater un début de vieillissement du corps médical. Voir : *La situation médicale française, situation au 31 décembre 1998*, octobre 1999, étude n°32. De plus, le temps de travail des médecins civils ne cesse d'augmenter du fait de l'évolution démographique, voir : Xavier NIEL et Annick VILAIN, Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions démographiques, dans *Etudes et résultats*, Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la solidarité), n°114, mai 2001.

¹¹⁴ Voir à ce sujet le Rapport d'information du sénateur Jean FAURE fait au nom des Affaires étrangères de la Défense et des forces armées sur *la réorganisation et la professionnalisation du Service de santé des armées*, Sénat, session ordinaire de 1998-1999, n°458.

Pour remplir ces devoirs, les gestionnaires du Service de santé des armées doivent ponctionner une partie des effectifs travaillant pour les forces en France. Les missions dans les forces non projetées des personnels, et en l'occurrence ici des officiers du service de santé, restent les mêmes. Il s'agit de faire le même travail avec un effectif moindre.

La loi de programmation 1997-2002 devait permettre de dimensionner les effectifs du S.S.A. afin de répondre aux exigences de soutien des forces. Malgré la fermeture de quelques-uns des hôpitaux militaires, le nombre d'officiers du service de santé ne devait quasiment pas baisser et une centaine de postes de médecins devaient être créés. L'embauche de vacataires, dont les contrats ont été approuvés par l'ordre des médecins, est aussi prévue dans certains services des hôpitaux militaires. Le recours à la réserve militaire n'est pas exclu, d'ailleurs lors de la première réunion du conseil supérieur de la réserve militaire, deux représentants du conseil de l'ordre des médecins étaient présents.¹¹⁵

Mais les politiques de recrutement s'avèrent insuffisantes. En 1999, si l'on en croit le rapport du sénateur François Trucy,¹¹⁶ 73 postes de médecins des forces étaient vacants. L'inquiétude, quant à la réorganisation du Service de santé des armées et sa capacité à remplir les missions qui lui sont attribuées, règne dans les rangs et fait l'objet de débats politiques. Ainsi, le sénateur Jean Faure affirmait dans un rapport pour la session ordinaire 1998-1999 que *si les résultats insuffisants du recrutement complémentaire se confirmaient, le déficit s'accroîtrait rapidement au cours des prochaines années, conduisant à des tensions de plus en plus fortes sur la gestion des médecins des armées, l'impact sur le fonctionnement du service des prélèvements opérés pour la participation aux opérations extérieures étant appelé à devenir de plus en plus forte.*¹¹⁷

Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte global de l'armée dont la professionnalisation ne se fait pas sans mal. L'article, « Les armées françaises sur la corde raide » de Jacques Isnard, dans *le Monde* du 14 juillet de cette année,¹¹⁸ fait le point sur cette morosité ambiante. Il conclut en disant que les armées françaises, comme d'autres, *doivent maîtriser le même phénomène, à savoir, comment attirer, instruire, puis conserver au moindre coût un soldat compétent et dévoué dans un cadre budgétaire contraint qui incite, de surcroît, les gouvernements à économiser sur le matériel.*

¹¹⁵ *Bulletin de l'ordre des médecins*, avril 2001.

¹¹⁶ François TRUCY, *La professionnalisation des armées*, Rapport d'information 025 (1999-2000), Sénat, commission des finances.

¹¹⁷ Jean FAURE, Rapport d'information, *op. cit.*.

¹¹⁸ *Le Monde* du 14/07/2001, p. 1 et p. 13.

2- Une féminisation mal acceptée dans un contexte de mécontentement.

Dans ce cadre, une féminisation plus notable du Service de santé des armées est mal acceptée par le personnel soignant officier. Elle apparaît comme inconcevable car elle signifie une baisse supplémentaire des effectifs globaux et une baisse des effectifs projetables. Le principe égalitariste, à la base de la suppression des quotas à l'entrée des écoles de santé, est remis en cause. Les principaux arguments contre une augmentation des effectifs féminins, comme nous l'avons vu, sont l'absentéisme et le manque de disponibilité présumés des femmes.

Pourtant, l'absentéisme est à relativiser, notamment en matière de congés parentaux des femmes médecins militaires. Actuellement seulement 7 femmes sur 247 sont en congé parental soit 2,8%.

Néanmoins, 9 femmes sur les 42 consultées ont interrompu leur carrière à un moment donné de leur vie et pris une disponibilité ou un congé parental, soit 21,4%. Cette proportion est supérieure à celle de l'armée, où près de 14% de femmes militaires interrogées par l'Observatoire Social de la Défense ont eu une interruption de carrière. Elles n'avaient pas toutes envie de s'occuper de leurs enfants. Quelques-unes se sont arrêtées parce qu'elles ne pouvaient pas être mutées à proximité de leurs conjoints :

Je n'ai pas eu de poste proche donc j'ai pris un congé parental de six mois que je n'ai pas bien vécu. J'en ai profité pour passer des certificats à la faculté et faire du sport. (femme, moins de 30 ans)

Ce n'était pas un choix mais une obligation. La mise en retrait du secteur professionnel des officiers du service de santé de sexe féminin est souvent contrainte. D'ailleurs les femmes ne sont pas les seules à interrompre momentanément leurs activités pour des motifs personnels. Ainsi, 6 hommes sont manquants car ils occupent des fonctions électives, et 1 est en disponibilité.

Quant aux départs, ils sont plus élevés en pourcentage chez les femmes que chez les hommes, si l'on compare ceux ayant réussi le concours d'entrée aux écoles de santé depuis 1975 avec ceux actuellement répertoriés dans le service par sexe et par année d'entrée dans le service. Pour ceux recrutés depuis 1986, la tendance s'inverse mais cette inversion est probablement due à des démissions ou des échecs en école, les hommes quittant plus le service pendant les études et les femmes bien après. Mais les femmes ayant démissionné ou pris leur retraite ne l'auraient peut-être pas fait dans d'autres conditions, notamment celles concernant l'organisation quotidienne du travail et les mutations.

En matière de volontariat pour les missions extérieures, il ressort de notre enquête, et il ne s'agit pas de le nier, que les femmes se déclarent moins volontaires que les hommes. Si le non-volontariat est plus important chez les femmes, c'est aussi parce que l'idée de volontariat chez les hommes est faussée. De plus, quand les femmes ne partent pas, elles en payent le prix sur le plan de la carrière, même si elles font parfois un travail supplémentaire pour combler le déficit de médecins en base arrière. Du fait d'une politique officiellement égalitariste et indifférente aux genres, peu de mesures sont prises pour rendre les conditions de départ plus faciles à celles et ceux chargés de famille.

Enfin, comme nous l'avons vu, le manque de disponibilité au quotidien reproché aux femmes est souvent dû -leur efficacité n'étant pas contestée- à une façon masculine d'envisager la profession et à l'organisation du travail qui en découle.

La plupart des officiers du service de santé cristallisent les difficultés du service sur la féminisation plus importante du fait de la suppression des quotas. Il est à craindre que les femmes fassent les frais de problèmes de gestion qui dépassent largement le cadre de la féminisation.

5- Logique d'égalité et logique paternaliste : un modèle de gestion inégalitaire.

Les gestionnaires du Service de santé des armées poursuivaient deux objectifs : l'égalité dans l'administration des officiers du service de santé et, corrélativement, de façon officieuse et un peu paternaliste, la prise en compte des difficultés personnelles et familiales, politique dont les femmes, mais aussi les hommes, bénéficiaient.

*1- Un système égalitariste paradoxalement créateur d'injustice : du côté de « l'égalité ».*¹¹⁹

Le principe égalitariste traverse toute notre société et s'impose à elle, y compris à la société militaire. La suppression des quotas en est l'exemple même. Dans la gestion du service de santé, le principe égalitaire est revendiqué. Sous couvert de justice, les femmes doivent être considérées comme des individus à part entière, autonomes, indépendamment de leur inscription dans un couple ou une famille. De ce point de vue, une gestion égalitariste et indifférente au genre

¹¹⁹ Voir à ce sujet, le chapitre Egalité, équivalence et équité du livre de Christine DELPPHY, *L'ennemi principal 2, penser le genre*, Paris : Editions Syllepse, 2001, pp. 261-291.

était fidèle aux principes de bases. C'est oublier que cette égalité, telle qu'elle est conçue, reste de pure forme, car elle n'empêche pas les inégalités dans le vécu quotidien des personnels. *L'égalité est un principe, mais elle est conçue comme égalité formelle.*¹²⁰ Les femmes officiers du service de santé doivent faire leur travail comme les hommes, conformément à leurs principes masculins d'identité professionnelle et à leur modèle masculin d'organisation du travail. Comme nous avons essayé de le démontrer, elles payent les toutes relatives adaptations administratives qu'elles peuvent obtenir. Cette indifférenciation des genres, dans un contexte de représentations et d'organisations profondément masculines du métier de médecin militaire, n'est pas sans conséquence sur leur vie professionnelle et familiale. Comme partout ailleurs dans la société, la dissociation des temps de travail et des temps familiaux permet de rejeter les causes des inégalités subies par les femmes dans la sphère privée. La différence des rôles sociaux, quand elle est dénoncée, est pensée comme résultant d'une nature masculine ou féminine. La boucle est bouclée, le système est justifié et supposé immuable.

2- Un système paternaliste : du côté de l'« équité ».

A côté de cet objectif égalitariste, le souci d'une gestion tenant compte du contexte dans lequel évolue le personnel est présent, d'autant plus que la famille a une fonction sociale importante pour l'institution militaire. Cette prise en compte des desiderata des individus est probablement accentuée par une évolution du commandement vers des techniques de management ouvertes à la négociation.¹²¹ Surtout, dans un contexte de déficit de médecins et pour éviter des départs importants vers la vie civile, considérer les souhaits des officiers du service de santé est nécessaire. Ainsi, les gestionnaires ne sont pas indifférents aux caractéristiques familiales et conjugales des administrés. Le caractère non officiel de cette politique, s'il permet une certaine souplesse dans l'administration du personnel, génère aussi une opacité de la gestion. Ce manque de transparence engendre une gestion considérée comme inégalitaire. Ceci est mal vécu par le personnel de santé qui perçoit les mutations comme des objets de récompense ou de sanction.

Du côté des femmes, quand elles ont été admises dans les écoles de santé, l'égalité était réalisée, en grande partie dans les textes et le statut, si on fait abstraction du système de quotas. Sur le terrain, ce n'était pas le cas. Il n'était pas concevable qu'elles accèdent aux mêmes postes que les hommes, qu'elles

¹²⁰ *ibid*, p. 274.

¹²¹ Pascal VENNESSON, *La nouvelle armée : la société militaire en tendance, 1962-2000*, Paris : Centre d'études en sciences sociales de la Défense, décembre 2000, p.54.

puissent faire comme eux. La différenciation entre les genres était officieusement de mise. Les femmes n'étaient pas perçues comme pouvant faire comme les hommes. Il s'agissait donc d'améliorer la condition des femmes, de tenir compte de leurs spécificités féminines, notamment touchant leurs possibles maternités. Par souci d'une certaine équité, une politique paternaliste fut adoptée. Les femmes perçues comme dissemblables, comme « autres », comme « des hommes déficients », la logique voulait que l'organisation militaire tienne compte des différences féminines, particulièrement en matière de rôle maternel. Certaines femmes se sont d'ailleurs engagées parce qu'elles savaient qu'elles auraient la possibilité d'être gérées différemment.

Cette attitude « différencialiste » n'a pas été adoptée seulement dans un but de justice. Les femmes étaient regardées comme naturellement, essentiellement du fait de leur capacité à être mère, incapables d'exercer certaines fonctions. Leur « originalité féminine » les mettait à l'écart de certains postes. D'ailleurs, certains textes continuent à faire une différence entre les hommes et les femmes officiers du service de santé. Le traitement accordé aux veuves de militaires considérées d'une certaine façon dépendantes financièrement de leur mari diffère de celui des veufs considérés comme indépendants. Les droits à pension de réversion de la pension de retraite ou d'invalidité sont bien inférieurs voire inexistants pour les veufs de femmes militaires.¹²²

Deux systèmes paraissent coexister officieusement, l'un composé de postes opérationnels, où l'avancement est rapide, et l'autre de postes plus sédentaires, où la progression de carrière est aléatoire. Les femmes ont eu beaucoup de difficultés à être admises dans le système opérationnel. On ne voulait pas d'officières du service de santé sur ces postes. Elles ont donc été affectées à des postes plus sédentaires. De plus, le modèle dominant dans l'organisation du travail et la gestion de carrière, leur propre intériorisation de la division sexuelle du travail, la forte homogamie du milieu, conduisaient automatiquement un certain nombre de femmes à accepter ce système plus « sédentaire ». Tout se passait comme si le service tenait compte des difficultés rencontrées par les femmes, en occultant le prix payé par ces femmes en termes de considération et de promotion. Il est admis par la majorité qu'une attention particulière de la part du service gestionnaire doit, soit être une récompense, par exemple d'une mission accomplie en opérations extérieures, soit être l'objet d'une sanction sur la carrière de l'intéressé. Elle est inconcevable sans contre-partie. Le système égalitariste est présenté sous l'angle de l'égalité, les femmes sont gérées comme les hommes et doivent faire

¹²² Pour la réversion de la pension de retraite, le veuf doit remplir, en plus des conditions requises pour une veuve, des conditions d'âge ou d'infirmité. Quant à la réversion de la pension d'invalidité, ils n'y ont pas droit.

comme les hommes. Le système paternaliste est présenté sous le signe de l'équité, de la justice : les femmes sont différentes des hommes, elles ne peuvent pas, du fait de leurs charges de famille, faire comme les hommes. Il faut tenir compte de leurs particularités au nom de la justice sociale, il faut les traiter différemment, il faut améliorer leurs conditions, sans changer de système basé sur un modèle masculin. Cette dernière logique prend l'apparence d'un système équitable alors qu'il ne l'est pas.

Les femmes sont les premières pénalisées par ce système. En matière d'affectation, celles qui bénéficient, à un moment donné, officieusement, d'une certaine sollicitude, compte tenu de leur implication dans la sphère privée, sont sanctionnées dans leur progression de carrière. Celles qui n'en bénéficient pas sont soupçonnées d'être protégées. En ce qui concerne les opérations extérieures comme elles sont officiellement moins volontaires que les hommes, elles sont sujettes à opprobre. Une bienveillance en matière de mutation accordée à un homme, parti en opérations extérieures par exemple, est perçue comme une récompense, donc valorisante pour lui. La même mansuétude accordée envers les femmes pour des raisons familiales, notamment pour un rapprochement de conjoint, est perçue comme illégitime donc méritant une sanction.

De plus, alors que les femmes doivent se plier au modèle d'organisation masculin et que le moindre écart est sanctionné, l'idée demeure qu'elles sont privilégiées, qu'elles bénéficient des mêmes avantages mais pas des mêmes contraintes. Cela s'avère souvent faux puisqu'une intrusion des contingences familiales dans la carrière est considérée comme déloyale envers l'institution et est durement sanctionnée. Les quelques attitudes conciliantes adoptées pour les affectations de certaines, notamment quand l'homogamie réduit leur mobilité géographique, fait oublier celles adoptées aussi envers les hommes.¹²³ Les quelques « préséances » acceptées en matière d'affectation sont plus souvent liées à des caractéristiques familiales ou conjugales que sexuées. L'assentiment unanime face à la nécessité d'un volontariat féminin pour les missions cache les pénalités promises à celles qui ne sont pas volontaires, les hommes étant souvent considérés comme volontaires d'office. Comme ils sont officieux, ces traitements différents sont très aléatoires et surtout toujours susceptibles de remise en cause. Ils s'avèrent en réalité rares, hormis le consensus sur le volontariat obligé des femmes pour les missions extérieures. Les attitudes particulières, tenant compte des « spécificités féminines » et présentées sous le signe de l'équité, permettent de donner l'illusion d'une volonté de justice : *il s'agit d'égaliser les chances des individus, étant compris que leur inégalité naturelle donnera des résultats inégaux, mais justes puisque non dus à une action*

¹²³ On oublie souvent que, quand les deux membres d'un couple de militaires obtiennent des affectations proches, ce n'est pas seulement l'épouse qui en bénéficie.

*explicitement discriminatoire du droit*¹²⁴. Dans ce cadre, si les femmes pâtiennent sur le plan de la carrière de leur implication dans la sphère privée, ce n'est pas dû à la politique du service, de l'armée, et plus globalement de la société française, mais à leurs rôles sociaux assumés et pensés comme procédant d'une nature.

3- L'incidence du contexte sur la politique de gestion officielle et officieuse.

Aujourd'hui, compte tenu des effectifs, la marge de manœuvre des gestionnaires est très réduite et ils peuvent de moins en moins tenir compte des souhaits des personnels. En conséquence, l'attitude paternaliste envers les femmes est déconsidérée et le principe d'égalité dans l'indifférenciation des genres semble primer,¹²⁵ ce qui n'empêche pas une suspicion de favoritisme de persister. Les femmes doivent être traitées à l'identique et quasiment tous les postes leur sont ouverts. Aucune mesure officielle d'accompagnement n'est prévue. Le modèle masculin d'organisation du travail demeure et implique des prouesses de la part de ceux, ou plutôt de celles, qui assument une double journée. Le système de promotion, reposant davantage sur les signes d'une totale abnégation plutôt que sur les marques d'efficacité, persiste et pénalise les femmes. Le « bon » médecin militaire est toujours celui qui est disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l'articulation des temps professionnels et familiaux est hors de propos puisque l'interpénétration des sphères professionnelles et privées n'est pas de mise. Le travail étant tout le temps assimilé à une mission de guerre ou d'urgence, cette disponibilité totale ne peut être remise en cause. Les timides demandes en matière d'aménagement des conditions de travail, notamment celles des plus jeunes médecins, sont déconsidérées car perçues comme illégitimes.

La gestion menée entre l'égalitarisme et paternalisme est aujourd'hui impossible du fait des contraintes d'effectifs et des missions du S.S.A. Or, si les gestionnaires, sous la pression des exigences des pouvoirs publics et face aux urgences opérationnelles, se tournent vers une gestion égalitaire stricte et indifférenciée dans la sphère professionnelle, sans se préoccuper de la sphère familiale, le personnel, et les femmes en particulier, en paieront le prix personnellement. La morosité qui en résultera ne sera pas alors propice au recrutement...

¹²⁴ Christine DELPPHY, *Egalité, équivalence et équité, L'ennemi principal 2, penser le genre, op. cit.*, p. 275.

¹²⁵ Cette idée n'est pas, bien entendu, nouvelle. Raymond Caire écrivait déjà en 1981 : *Il faut désormais considérer les deux époux comme égaux devant les charges familiales et ne pas réserver aux femmes certains « avantages » sociaux qui peuvent se transformer en « pièges statutaires. »*. Raymond CAIRE, *La femme militaire des origines à nos jours*, Paris/Limoges : Lavauzelle, 1981, p. 343.

4- Vers une égalité formelle et réelle¹²⁶ : un changement de cap nécessaire.

Pour que la politique de féminisation du service de santé soit réussie, elle doit s'accompagner d'une politique de gestion égalitaire dans les principes et dans la réalité. Des mesures d'accompagnements ne suffisent pas. Elles peuvent conduire à un double système, un modèle masculin du travail, valorisé et référentiel, et un modèle féminin du travail, adapté aux besoins des femmes, mais dévalorisé par l'institution. Une même conception du métier de médecin militaire fonde un double schéma. D'une part, l'officier du service de santé doit être totalement disponible, parce qu'il est présumé libéré des contraintes familiales. D'autre part, les préoccupations familiales ou personnelles ne doivent pas s'immiscer dans le travail. Les temps professionnels et familiaux sont donc cloisonnés.

Il est peut-être temps de s'interroger sur le modèle militaire de l'officier du service de santé, de voir si la disponibilité absolue ne serait pas à nuancer en accordant plus de place au rapport efficacité et temps investi, de réfléchir sur les notions d'urgence et de permanence, de prendre en compte l'émergence de certains modèles masculins, notamment paternels, et peut-être de repenser l'organisation du travail. L'heure n'est peut-être plus aux aménagements, mais au changement.

Certes, cette vision des choses peut paraître subversive. Elle remet en cause les fondements d'un modèle militaire traditionnel, et plus largement, l'organisation de notre société basée sur la division sexuelle du travail. Si on veut réaliser une égalité formelle et réelle entre les hommes et les femmes, les femmes officiers du service de santé, comme les autres, ne doivent plus payer leur investissement familial. Il ne s'agit pas de rendre le cumul, la double journée plus facile, et de leur faire payer cet aménagement. Restructurer une manière de penser, penser l'idéal de l'officier du service de santé par exemple, et le faire, dans l'organisation quotidienne en temps de paix, notamment, est indispensable. L'ambition est grande et dépend beaucoup du contexte politique de sa réalisation. Elle demande, une prise de conscience de la part des personnels, une volonté institutionnelle et surtout politique. Des moyens indispensables à la hauteur des ambitions sont essentiels. Les difficultés actuelles rencontrées par le Service de santé des armées devront être résolues grâce à des moyens adaptés aux missions exigées, si on ne veut pas que les femmes en fassent les frais. Tant que ce ne sera pas le cas, le recrutement des officiers du service de santé risque de s'avérer encore difficile.

¹²⁶ Christine DELPPHY, Egalité, équivalence et équité, *L'ennemi principal 2, penser le genre, op. cit.*, p 275.

Une « révolution » dans la manière d'envisager les rôles sociaux des hommes et des femmes est peut-être déjà en marche dans la société civile, et il s'agit alors de ne pas rater le train. Pour reprendre l'expression utilisée par Dominique Méda, *il est maintenant grand temps...*¹²⁷

6- Les possibilités d'aménagement du travail.

Nous allons dans ce dernier volet, recenser les différentes propositions faites par les officiers du service de santé eux-mêmes. Il faut considérer que les demandes explicites de prise en compte des contraintes familiales ne concernent pas seulement les femmes. Comme le soulignaient les rapporteurs d'une enquête diligentée par l'Inspection du Service de santé des armées, *les mesures de soutien des personnels militaires ne doivent pas être considérées comme relevant spécifiquement de la féminisation des armées, mais plutôt de l'évolution psychosociale de la société mixte.*¹²⁸

Certaines requêtes concernent de simples aménagements de travail, d'autres amènent des changements de conception dans le cadre d'une politique égalitariste en permettant d'intégrer de manière collective le concept d'articulation des temps professionnels et familiaux. Cette liste n'est pas exhaustive :

◆ Le temps partiel :

Beaucoup de femmes mais aussi quelques hommes, souhaiteraient pouvoir bénéficier de temps partiel à l'instar des autres fonctionnaires.

L'effet pervers de cette mesure est qu'elle conduit souvent les femmes qui en bénéficient à s'investir un peu plus dans la sphère privée et familiale. Comme l'a analysé Danièle Kergoat,¹²⁹ les impératifs de conciliation entre travail et tâches ménagère et éducatives, poussent les femmes à opter pour le temps partiel. En retour, ce « choix » *enclenche une dynamique tendant vers le retour au partage des rôles le plus traditionnel.*¹³⁰

De plus, le travail à temps partiel est souvent synonyme de perspectives de carrière amoindries.

¹²⁷ Dominique MÉDA, *Le temps des femmes, pour un nouveau partage des rôles*, op. cit., p. 169.

¹²⁸ Soutien des personnels militaires féminins engagés sur les théâtres d'opérations extérieures et de leurs familles., Rapport interne n°2/CRSSA/DFH/PS du 11 février 2000.

¹²⁹ Danièle KERGOAT, *Les femmes et le travail à temps partiel*, document Travail et Emploi, Paris : Ministère du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, 1984.

¹³⁰ Danièle KERGOAT, citée par Margaret MARUANI, *Travail et emploi des femmes*, Paris : Les Éditions La Découverte et Syros, 2000, p. 92.

◆ Remplacement des femmes enceintes par la création d'un groupe de vacataires :

Le remplacement des femmes en congés-maternité par des vacataires a été évoqué dans beaucoup d'entretiens, y compris par les responsables hiérarchiques. Il permettrait d'éviter en partie la défiance vis à vis des femmes susceptibles d'être mères en prenant les réelles contraintes des personnels quand l'un des leurs est manquant pour une durée supérieure à un mois.

◆ Prise en compte financière des gardes d'enfants :

Beaucoup de femmes ont évoqué le surcoût en matière de gardes d'enfants quand elles doivent s'absenter la nuit, plusieurs jours, voire plusieurs mois. Comme elles considèrent que c'est de leur ressort, elles imputent le coût directement sur leurs salaires et sur les éventuels frais de missions. Dans ce cadre, chaque départ leur coûte cher. Mais, prendre en compte les frais de garde pour des missions effectuées par des femmes reviendrait à entériner l'idée que la garde des enfants revient aux femmes, ce qui n'est pas forcément souhaitable.

◆ La création de crèches supplémentaires :

Quelques crèches appartenant au Ministère de la Défense existent et sont gérées par l'Action sociale des Armées et l'I.G.E.S.A. L'avantage de ces structures, c'est qu'elles prennent en compte les horaires particuliers des militaires. La crèche basée à Toulon permet aux parents qui sont de garde d'y laisser leurs enfants la nuit. Malheureusement, le nombre de places dans ces organisations est limité.

◆ Réduire la durée des missions, mieux les programmer et mieux les organiser:

Beaucoup de femmes, n'étant pas volontaires pour des missions extérieures, hésiteraient moins à partir si les missions étaient plus courtes et n'excédaient pas deux mois. Beaucoup d'hommes souhaitent aussi la réduction de la durée des missions.

Les femmes comme les hommes souhaiteraient être avertis plus tôt des missions éventuelles, quand c'est possible bien sûr, quand elles sont programmées à l'avance, notamment en ce qui concerne le renouvellement des médecins basés au Kosovo.

Enfin, beaucoup soulignent l'importance des télécommunications pendant les missions : pouvoir donner et recevoir des nouvelles à leurs familles pendant leur séjour est primordial.

◆ Réduire le nombre de mutations :

La réduction du nombre de mutations est une demande de plusieurs médecins militaires hommes ou femmes. Beaucoup ne comprennent pas l'utilité de la mobilité qui est parfois pénalisante sur le plan familial et conjugal.

◆ Revoir l'organisation du travail :

Plusieurs femmes, mais aussi quelques hommes, ont suggéré la possibilité d'une réorganisation du travail prenant davantage en compte le rapport entre efficacité et disponibilité.

Certains remettent en cause, par exemple, la nécessité opérationnelle de certaines gardes qui sont coûteuses en termes de contraintes individuelles et peu rentables en terme d'efficacité collective.

◆ Gérer de façon plus globale :

Quelques-uns ont évoqué l'idée d'une gestion du service plus globale par laquelle les médecins ne seraient plus attirés à un régiment ou un bâtiment mais à un poste géographique, l'idée étant de permettre une souplesse dans la gestion du personnel.

Les officiers du service de santé, très attachés à l'armée dans laquelle ils servent, n'ont pas émis l'hypothèse d'un service totalement inter-armes où les médecins pourraient servir de manière équivalente et au gré des mutations, dans l'Armée de terre, la Marine, l'Armée de l'air ou la Gendarmerie. Pourtant, un système réellement inter-armes faciliterait peut-être la gestion de la mobilité.

◆ Transparence dans le système de promotions :

Plusieurs médecins militaires rencontrés ont évoqué un manque de transparence du système de notations et de promotions. Certains ne comprennent pas toujours leur place dans le classement et le retard qu'ils ont pu prendre dans l'avancement au grade supérieur.

La répartition, entre des postes opérationnels, où l'avancement est rapide et des postes plus sédentaires, où les carrières sont moins enviables, est officieuse donc sujette à interprétation.

Conclusion

La séparation travail – famille comme pierre d'achoppement entre sexes et entre générations

Ainsi, nous avons pu voir que les officières du service de santé étaient confrontées à des identités professionnelles du médecin et du militaire encore très masculines. Cela les conduit à se bricoler une identité professionnelle qui leur permette de forger un nouveau rapport entre des rôles sociaux définis traditionnellement et leur propre projet personnel. De plus, la prégnance des modèles familiaux et professionnels, qui sont très imbriqués, est toujours forte et joue en défaveur des carrières féminines. Comme dans la société civile, la plupart des médecins militaires de sexe féminin n'abandonnent pas leur volonté de concilier vie professionnelle et vie privée. Cette exigence, si elle paraît illégitime aux pionnières, le devient de plus en plus chez les jeunes. Même si ces dernières acceptent de nombreux sacrifices dans leur vie familiale, elles entendent conserver le même investissement personnel et familial, l'externalisation des tâches de parentage étant limitée par l'image de la mère idéale. Mais, les contraintes spécifiques du métier d'une part, notamment la projection, et le modèle masculin dominant l'organisation du travail, d'autre part, ne permettent pas cette articulation des temps familiaux et privés et des temps de travail. Beaucoup d'entre elles sont donc amenées à élaborer des stratégies professionnelles leur permettant, quitte à le payer en terme de promotion. Le coût professionnel et/ou familial de ce double investissement, admis par les plus anciennes, est de moins en moins légitimé et a de plus en plus un goût amer.

Outre la différence entre les hommes et les femmes concernant les questions d'identité et de trajectoires professionnelles, nous avons partiellement pu confirmer notre hypothèse de base relative à l'écart entre les générations dans la manière d'appréhender le métier de médecin militaire. Il semble bien en effet, que sous l'impulsion des femmes militaires, et des femmes de militaires, probablement sous l'influence de la progression de la civilisation des loisirs

dans la société civile, la disponibilité totale demandée aux militaires est de moins en moins légitimée dans la sphère familiale et privée. En conséquence, elle est de moins en moins admise par les nouvelles générations d'officiers du service de santé. L'ancien modèle du médecin militaire se brouille et tend à s'estomper sous la pression des transformations de la société civile. La remise en cause de la disponibilité et du manque d'articulations entre temps professionnel et temps privé demeure au niveau des représentations du côté masculin car elles restent illégitimes dans le milieu militaire. Elles trouvent peu de matière à concrétisation.

La crispation sur le sujet de la suppression des quotas est la conséquence de logiques à l'œuvre dans le service et plus largement dans notre société. Car, bien que le nombre de femmes au travail n'ait cessé de croître, notre société ne s'est pas adaptée.¹³¹ La dissymétrie entre les genres dans le désir de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale est le résultat de modèles parentaux, mais pas seulement. La résistance de la société face à des nouveaux modèles en est l'exemple. Le désir des hommes qui veulent prendre les différents congés légaux pour s'occuper de leurs enfants n'est pas encore bien admis. La sphère publique est autant concernée que la sphère privée. Il ne s'agit pas de réduire la société à une seule sphère comme ont su le faire certains dictateurs du XXème siècle, mais *d'imaginer de nouveaux modes de vie et d'organisation sociale qui permettent à toutes et à tous de participer pleinement tant à la sphère publique qu'à la sphère privée.*¹³²

L'institution militaire et le Service de santé des armées ne sont que les illustrations d'une société française qui fonctionne toujours sur un modèle ancien du partage des rôles sociaux et de l'absence d'articulation des temps familiaux et professionnels. Ce phénomène est d'autant plus fort dans le milieu militaire et médical que la disponibilité demandée est totale et ne tolère pas de faille. L'intrusion de la vie familiale dans la gestion du personnel remet en cause l'organisation même des missions des médecins militaires et l'identité du militaire et du médecin qui a pour base l'idée du don de soi. Dans l'institution militaire, comme partout ailleurs dans la société, on peut se demander si la manière dont les hommes travaillent est le modèle à suivre.¹³³ Mais il semble que la spécificité des missions militaires interdise qu'on se pose même la question.

¹³¹ Dominique MEDA, *Le temps des femmes, pour un nouveau partage des rôles*, op. cit.

¹³² Diane LAMOUREUX, *Public, privé, Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : Presse Universitaire de France, 2000, pp.172-176, p. 176.

¹³³ Martine LUROL, par exemple, pose cette question sur la société française en général en conclusion de son article *Quand les institutions se chargent de la question du travail des femmes*, 1970-1995, dans *Travail, genre et société*, n°1/1999, Paris : L'Harmattan, pp. 179-199.

L'impossibilité actuelle pour le Service de santé des armées de faire face aux problèmes de gestion liés à la féminisation n'est que le révélateur d'une politique générale et des limites atteintes par nos structures sociales. Sans une prise de position par les pouvoirs politiques et militaires quant à la nécessité de prendre des mesures urgentes permettant une prise en compte des temps professionnels et des temps familiaux, soit le S.S.A. ne pourra plus remplir correctement ses missions, soit des femmes, mais aussi des hommes, en paieront le prix. Dans les deux cas, la féminisation sera interprétée comme un échec et les recrutements de médecins militaires s'en ressentiront à la baisse.

Le Service de santé des armées, comme semble-t-il toute entreprise de notre société, pourra difficilement faire l'économie d'une réflexion sur l'articulation des deux sphères professionnelle et privée à laquelle aspirent les femmes mais aussi les hommes les plus jeunes. Tout le problème est de savoir comment ce modèle peut évoluer sans que les missions de l'armée et du S.S.A. soient compromises.

Bibliographie

Elisabeth ADDIS, Valeria E. RUSSO, Lorenza SEBESTA, *Women soldiers : Images and realities*, New-York: Saint Martin's Press, 1994.

Sylviane AGACINSKI, *Politiques des sexes*, Paris : Editions du Seuil, 1998.

Elisabeth BADINTER, *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVII^e-XX^e siècle)*, Paris : Flammarion, 1980.

Elisabeth BADINTER, *L'un est l'autre. Des relations entre hommes et femmes*, Paris : Editions Odile Jacob, 1986.

Marie-Agnès BARRERRE-MAURISSON, *La division familiale du travail. La vie en double*, Paris : Presses Universitaires de France, 1992.

Marie-Agnès BARRERRE-MAURISSON (sous la direction de), M. BUFFIER-MOREL, S. RIVIER, Groupe Division Familiale du Travail de Matisse (Unité Mixte de Recherche du C.N.R.S. et de l'Université Paris I), *L'influence des politiques sur la division du travail*, Paris : La Documentation Française, collection Cahier Travail et Emploi de la DARES, 2001.

Alain BLANCHET et AL., *L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens*, Paris : Editions Bordas-Dunod, 1985.

Alain BLANCHET et Anne GOTMAN, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Editions Nathan, collection 128, 1992.

Thierry BLÖSS, Alain FRICKEY, *La femme dans la société française*, Paris : Presses Universitaires de France, 1994.

Pierre BOURDIEU, *La domination masculine*, Paris : Editions du Seuil, 1998.

Pierre BOURDIEU, *Le sens pratique*, Paris : Les Editions de Minuit, 1980.

Raymond CAIRE, *Les femmes militaires des origines à nos jours*, Paris : Les Editions Lavauzelle, 1981.

Theodor CAPLOW et Pascal VENESSON, *Sociologie militaire*, Paris : Editions HER/Armand Colin, 2000.

Jacques COMMAILLE, *Les stratégies des femmes. Travail, famille et politique*, Paris : Editions La Découverte, 1992.

- Joël CONSTANCE, *Les filles d'Esculape. Les femmes à la conquête du pouvoir médical*, Paris : Editions Robert Laffont, 1988.
- Josette DALL'AVA SANTUCCI, *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, Paris : Calmann-Lévy, 1989.
- Christine DELPHY, *L'ennemi principal, 1-Economie politique du patriarcat*, Paris : Editions Syllepse, 1998.
- Christine DELPHY, *L'ennemi principal, 2-Penser le genre*, Paris : Editions Syllepse, 2001.
- François DE SINGLY, *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris : P.U.F., 1987.
- François DE SINGLY, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Edition Nathan, 1993.
- François DE SINGLY, *Parents salariés et petites maladies de l'enfant. Le congé pour enfant malade*, Paris : La Documentation Française, 1993.
- François DE SINGLY, *Le soi, le couple et la famille*, Paris : Edition Nathan, 1996.
- François DE SINGLY (sous la direction de), *La famille, l'état des savoirs*, Paris : Editions La Découverte, 1991.
- François DE SINGLY (sous la direction de), Isabelle BERTAUX-WIAME, Jacques COMMAILLE, Claude MARTIN, Margaret MARUANI, Anne MUXEL, *La famille en question, état de la recherche*, Paris : Syros, 1996.
- EPHESIA, *La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*, Paris : Editions La Découverte, 1995.
- Jean-Noël FERRET, *Se battre pour la vie. Le service de santé au service des hommes*, Paris : ADDIM, 1994.
- Anthony GIDDENS, *The transformation of intimacy. Sexuality, love and eroticism in modern societies*, Cambridge: Polity Press, 1992.
- Colette GUILLAUMIN, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris : Côté Femmes Editions, 1992.
- Françoise HERITIER, *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Paris : Editions Odile Jacob, 1996.
- Jean-Claude KAUFMANN, *L'entretien compréhensif*, Paris : Editions Nathan, collection 128, 1996.
- Jean-Claude KAUFMANN, *Sociologie du couple*, Paris : Presses Universitaires de France, collection Que sais-je ?, 1993.
- Jean-Claude KAUFMANN, *La trame conjugale, analyse du couple par son linge*, Paris : Editions Nathan, 1992.
- Yvonne KNIBIEHLER et Catherine FOUQUET, *Histoire des mères du Moyen-Age à nos jours*, Paris : Editions Montalba, 1980.

Yvonne KNIBIEHLER (sous la direction de), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières de la société française (1880-1980)*, Paris : Editions Hachette, 1984.

Gilles LIPOVETSKY, *La troisième femme. Permanence et révolution du féminin*, Paris : Editions Gallimard, 1997.

Margaret MARUANI, *Travail et emploi des femmes*, Paris : Editions La Découverte et Syros, 2000.

Nicole-Claude MATHIEU, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris : Côté-Femmes Editions, 1991.

Margaret MEAD, *L'un et l'autre sexe*, (1948), (traduit par C. ANCELOT et H. ETIENNE), Paris : Editions Denoël/Gonthier, 1968.

Dominique MEDA, *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*, Paris : Editions Flammarion, 2001.

Véronique NAHOUM-GRAPPE, *Le féminin*, Paris : Hachette Livre, 1996.

Michelle PERROT, *Les Femmes ou les silences de l'Histoire*, Paris : Editions Flammarion, 1998.

Thérèse PLANIOL, *Herbes folles hier, femmes médecins aujourd'hui*, Paris : Editions Cheminements, 2000.

André RAUCH, *Le premier sexe. Mutations et crise de l'identité masculine*, Paris : Editions Hachette Littératures, 2000.

Emmanuel REYNAUD, *Les femmes, la violence et l'armée. Essai sur la féminisation des armées*, Paris : Fondation pour les Etudes de Défense Nationale, 1988.

Aline ROUX, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale*, Paris : Editions Masson et Cie, Collection de médecine légale et de toxicologie médicale, n°88, 1975.

Jane SWIGART, *Le mythe de la mauvaise mère. Les réalités affectives de la maternité*, Paris : Editions Robert Laffont, 1992.

Pascale TROMPETTE, Jean SAGLIO, Serge DUFOULON, *La différence perdue. La féminisation de l'équipage Montcalm*, Paris : Centre d'études en sciences sociales de la Défense, 1998.

Pascal VENNESSON, *La nouvelle armée : la société militaire en tendance, 1962-2000*, Paris : Centre d'études en sciences sociales de la Défense, 2000.

Mémoires, thèses :

Marie-Agnès BARRERE-MAURISSON, *La division familiale du travail*, thèse de sociologie, sous la direction de Jacques LAUTMAN, Université Paris V René Descartes, 1991.

Isabelle BUROT-BESSON, *Vers une indifférenciation ou une complémentarité des rôles parentaux dans l'élevage du jeune enfant ? Le rôle de la mère en question*, sous la direction de Nadia CHELLIG, Université de Haute-Bretagne, Rennes II, 1996.

Alain GODFROY, *Armée de terre, entre tradition et rationalisation. Evolution et adaptation d'une institution vues à travers les préoccupations des cadres.*, sous la direction de D. MARTIN, Université de Haute-Bretagne, Rennes II, 1995.

Geneviève PICOT, *Une approche du processus de féminisation chez les médecins à l'hôpital public*, mémoire de D.E.A. « Sexes et Sociétés », sous la direction de Danièle KERGOAT, Université Paris VII Denis Diderot, 1995.

Emmanuel REYNAUD, *La féminisation des armées en France et aux Etats-Unis. Dynamique et pratique de l'égalité*, mémoire de synthèse, thèse de doctorat, dirigée par Pierre ROSANVALLON, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1989.

Articles :

Simone CLAPIER-VALLADON, Les modes médicales, *Histoire des mœurs*, sous la direction de Jean POIRIER, Paris : Editions Gallimard, Encyclopédie La Pléiade, 1990, pp.775-830.

E. DARRE et A. LE ROUX, Historique de la féminisation médicale des armées françaises de 1945 à 1995, *Médecine et Armées*, 1996, 24/5, pp.411-422.

Arnaud HAQUET, L'accès des femmes aux corps de l'armée, *Revue française de droit administratif*, n° 16, mars-avril 2000, pp.342-351.

Annie JUNTER-LOISEAU, Etre femme et cadre à la ville de Rennes, *Les cahiers du Mage*, n°2, 1996.

Annie JUNTER-LOISEAU, La notion de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Révolution temporelle ou métaphore des discriminations ?, *Les cahiers du genre*, n°24, Paris : Editions L'Harmattan, 1999, pp. 73-98.

Sandrine LE GALL-SAMPAIO, L'accès des femmes à la fonction publique militaire, *Revue Droit et Défense*, 98/2, pp.21-26.

Xavier NIEL et Annick Vilain, Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions démographiques, *Etudes et résultats*, Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la solidarité), n°114, mai 2001.

Laurent SEBILLOTTE (propos recueillis par), *Lunes*, n°3, avril 1998, pp.50-55.

Pierre-Jean SIMON, Le secret de Polichinelle de la sociologie, *L'homme et la société*, 1991/4, pp. 65-73.

Alain TESTART, La femme et la chasse, *La Recherche*, n°181, octobre 1986, volume 17, pp. 1194-1201.

Pascale TROMPETTE, Jean SAGLIO, Serge DUFOULON, La féminisation de la frégate Montcalm, *Les champs de Mars*, premier semestre 1999.

Reuves :

Les cahiers du genre :

Un continent noir, le travail féminin, Paris : Les cahiers du genre n°26, Editions L'Harmattan, 1999.

Temporalité du social et sexuation, Paris : Les cahiers du genre n°24, Editions L'Harmattan, 1999.

Les cahiers du GEDISST (Groupe d'études sur la division sociale et sexuelle du travail), Institut de Recherche sur les sociétés contemporaines, Centre National de la Recherche Scientifique.

Travail, genre et société. La revue du Mage, sous la direction de Margaret MARUANI, Paris : Editions L'Harmattan.

Lunes, Réalités, Parcours, Représentations des femmes.

Rapports officiels :

Isabelle BERTAUX-WIAME, Aurélie JEANTET et Danièle LINHART, *Vie privée, travail public et réforme managériale*, Boulogne Billancourt : Collection de la mission de recherche de La Poste, n°5, DSePDI, 1999.

Anne-Marie COLMOU, *L'encadrement supérieur de la fonction publique : vers l'égalité entre les hommes et les femmes. Quels obstacles ? Quelles solutions ?*, Rapport de recherche pour le Premier ministre, Ministère de la fonction Publique de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, 1999.

François DE SINGLY, *Le congé pour enfant malade. Premier bilan sociologique*, Rapport de recherche pour le Secrétaire d'Etat chargé des Droits des femmes, 1991.

Olivier DUBOIS, Résultats d'une étude sociologique des médecins femmes, Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 1994.

Jean FAURE sénateur, Rapport d'information sur la réorganisation et la professionnalisation du Service de santé des armées, Sénat, session ordinaire de 1998-1999, n°458.

Danièle KERGOAT, Les femmes et le travail à temps partiel, document Travail et Emploi, Paris : Ministère du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, 1984.

Jean-François LEGER (sous la direction de), Clotilde CARAIRE, *Les femmes militaires ; aspects sociologiques*, Paris : Observatoire Social de la Défense, 2000.

Jean-François LEGER (sous la direction de), Zakia BELMOKHTAR, *Les femmes militaires repères socio-démographiques*, Paris : Observatoire Social de la Défense, 2000.

Alain NOUALHAT, René ROSTAN, *Enquête sur l'environnement familial et social des militaires en 1994*, Rapport d'enquête, Paris : Observatoire de la défense, 1996.

François TRUCY, *La professionnalisation des armées*, Sénat, Rapport d'information 025 (1999-2000), commission des finances.

Les mesures de soutien nécessaires aux personnels militaires féminins engagés sur les théâtres d'opérations extérieures et à leurs familles, Rapport sur la mission confiée au médecin général des armées R. LAROCHE, Inspecteur général du Service de santé des armées, Ref/Lettre du ministre de la Défense n°20174/DEF/CAB/CM 23 du 8 juin 1999.

Soutien des personnels militaires féminins engagés sur les théâtres d'opérations extérieures et de leurs familles, Rapport interne n°2/CRSSA/DFH/PS du 11 février 2000.

Les médecins femmes. Etude des profils sociologiques et professionnels, Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 1994.

La démographie médicale française, situation au 31 décembre 1998, Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 1999.

Circulaire du 6 mars 1998 (Premier ministre) relative à la féminisation des noms de métier, fonction, grade ou titre, qui annonçait la saisine de la commission de terminologie (*Journal officiel de la République française n°57 du 8.03.1998*).

Rapport sur la féminisation des titres de la commission officielle (française) de terminologie et néologie est disponible sur l'Internet (on peut le télécharger au format RTF, soit environ 55pages).

France, portrait social, Paris : INSEE, 2000.

Tableau de l'économie française, Paris : INSEE, 2000.

Hommes et femmes face à l'emploi, Les dossiers thématiques, Paris : INSEE, Liaisons sociales, DARES, n°17/2000.

Dictionnaires :

Annie BECQUER, Bernard CERQUIGLINI, Nicole CHOLEWSKA, Martine COUTIER, Josette FRECHER et Marie-Josèphe MATHIEU (élaboré par), *Guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions*, Centre nationale de recherche scientifique (C.N.R.S.), Institut national de la langue française (INaLF) Paris : Documentation Française, 2^{ème} trimestre 1999. Consultation en ligne du guide sur Internet : www.culture.gouv.fr

Helena HIRATA, Françoise LABORIE, Hélène le DOARE, Danièle SENOTIER (sous la coordination de) *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : Presse Universitaire de France, 2000.

Thérèse MOREAU, *Le nouveau dictionnaire féminin-masculin des professions, des titres et des fonctions*, Genève : Editions Métropolis, 1999.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Statistiques

Guide d'entretien.

Pourquoi vous êtes-vous engagé dans l'armée comme officier du service de santé ?

Quelles étaient vos motivations ?

Comment se sont déroulées vos années d'étude ?

Pouvez-vous raconter votre itinéraire professionnel parallèlement à votre vie privée et/ou votre vie de famille ?

Quel a été votre parcours ?

Comment avez-vous géré votre carrière et votre vie privée et/ou familiale ?

Diriez-vous que votre vie familiale a prévalu sur vos choix professionnels ou le contraire ?

Comment avez-vous négocié votre carrière et celle de votre conjoint dans votre couple ?

Comment arrivez-vous à concilier votre vie privée et/ou familiale et votre vie professionnelle ?

Qu'en est-il de votre rôle de père ou de mère ?

Qu'en est-il des tâches ménagères ou parentales ?

Comment vous répartissez-vous les tâches au sein de votre famille ?

Pour les célibataires : Envisagez-vous une vie de couple et /ou de famille ?

Comment la voyez-vous ?

Est-ce que l'idée de faire carrière est importante pour vous ?

Comment envisagez-vous votre carrière ?

Que pensez-vous de votre progression de carrière ?

Est-ce que vous souhaitez occuper des postes à responsabilités et/ou des postes de commandement ?

Avez-vous rencontré des obstacles, lesquels ?

Qu'est-ce qui vous a encouragé ou découragé ? Qui vous a encouragé ?

Pour les femmes : les grossesses et les maternités sont-elles des obstacles à la carrière d'une femme officier du service de santé ?

Qu'en est-il pour vous ?

Comment vivez-vous votre travail au quotidien ?

Quels aspects du travail vous apparaissent les plus contraignants ?

Comment envisagez-vous les missions extérieures ? Êtes-vous volontaire ?

Comment envisagez-vous les mutations ? Quelles sont pour vous les priorités lors d'une mutation ?

Pensez-vous que l'on doit tenir compte de la situation personnelle et/ou familiale des personnels dans l'armée en général et dans le service de santé en particulier ? De quelle manière ?

Vous sentez-vous bien intégré(e) au sein de l'unité pour laquelle vous travaillez et au sein du S.S.A. ?

Votre rôle de médecin est-il bien reconnu ?

Avez-vous le sentiment d'appartenir à un corps ?

Quelles relations avez-vous avec les militaires des armes ?

Quelles relations avez-vous avec vos collègues ?

Quelles relations avez-vous avec les hommes et les femmes officiers du service de santé ?

Quelles relations avez-vous avec vos supérieurs hiérarchiques ?

Quelles relations avez-vous avec vos patients ?

Que pensez-vous de la suppression des quotas féminins à l'entrée des écoles du service de santé ?

Les Documents et les Rapports du C2SD

A PARAITRE

- Pascale Combelles-Siegel, « **Etat des lieux de la sociologie militaire, 30 ans après la mise en œuvre de l'All Volunteer Force aux Etats-Unis** », *Les documents du C2SD*.
- Emmanuelle Prévot-Forni, « **L'identité militaire à l'épreuve des opérations extérieures à finalité pacificatrice** », *Les documents du C2SD*.
- William Genieys, Jean Joana, Christelle Koudjil, Andy Smith, « **Armées professionnelles et politiques de reconversion : une comparaison européenne (Espagne, France, Grande-Bretagne)** », *Les documents du C2SD*.
- Nicole Fouilleul, « **Entre professionnalité traditionnelle et professionnalisation en cours : la cohésion dans les Troupes de Marine** », *Les documents du C2SD*.
- Fabrice Hamelin, « **Les potentialités de développement des activités de l'Institut des hautes études de défense nationale : enquête auprès des acteurs locaux** », *Les documents du C2SD*.
- André Sauvage, Stéphane Chevrier et Thierry Nogues, « **Armées et sécurité intérieure : perception des acteurs institutionnels civils et militaires** », *Les documents du C2SD*.
- Daniel Loriot, Guy Friedmann, Leïla Benkara, « **Métiers de la défense : les choix des femmes** », *Les documents du C2SD*.
- André Thieblemont, « **Expériences opérationnelles dans l'armée de Terre : unités de combat en Bosnie (1992-1995)** », *Les documents du C2SD*.

1996

1. Serge Gadbois, « **Recrutement, mobilité et reconversion des militaires : un état des recherches menées au Centre de Sociologie de la Défense Nationale (1969-1994)** », mars 1996, *Les documents du C2SD*, 51 pages plus index bibliographique.

2. Marie-Amélie Bouchard, « **La féminisation des écoles d'officiers, école de l'air, école spéciale militaire et école navale** », novembre 1996, *Les rapports du C2SD*, 39 pages (épuisé).

1997

3. Serge Dufoulon, Jean Saglio, Pascale Trompette, « **La mémoire de la mer : mobilités des hommes et capitalisation des savoir sur un bâtiment de combat** », janvier 1997, *Les rapports du C2SD*, 85 pages (épuisé).
4. Barbara Jankowski, Philippe Rivaud et Hugues Simonin, « **L'esprit de défense : définition, évolution et mesure** », mars 1997, *Les rapports du C2SD*, 58 pages (épuisé).
5. André Thieblemont, « **Les Français et le service national : ses fonctions et ses représentations dans la société contemporaine (1970-1996)** », 1997, *Les documents du C2SD*, 131 pages (épuisé).
6. Bernard Paquetteau, « **Analyse des termes du débat sur la réforme du service national (1996-1997). Jeux rhétoriques et enjeux idéologiques** », septembre 1997, *Les documents du C2SD*, 141 pages (épuisé).
7. Pascal Maury, « **La mesure du moral dans les armées** », Actes de la journée d'étude du 23 septembre 1997, *Les rapports du C2SD*, 73 pages (épuisé).

1998

8. Pierre Azoulay, « **Un nouveau profil pour l'armée** », compte rendu du séminaire entre le CEMISS et le CESSD à Rome les 25 et 26 Juin 1997, mars 1998, *Les documents du C2SD*, 44 pages.
9. Barbara Jankowski, « **L'armée professionnelle : quels changements pour l'institution militaire ?** » Enquête auprès des officiers stagiaires de la cinquième promotion du Collège interarmées de défense, mars 1998, *Les rapports du C2SD*, 38 pages (épuisé).
10. Sylvain Broyer, « **La reconversion des engagés volontaires de l'armée de Terre : le cas du premier régiment d'infanterie** », mars 1998, *Les documents du C2SD*, 187 pages.
11. Odile Benoît-Guilbot et Jean-Vincent Pfirsch, « **La décision d'engagement volontaire des militaires du rang : l'armée de Terre** », mai 1998, *Les documents du C2SD*, 140 pages.
12. Pascale Combelles-Siegel, « **La communication des armées : bibliographie commentée** », juin 1998, *Les documents du C2SD*, 83 pages.

1999

13. Emmanuelle Lada et Chantal Nicole-Drancourt, « **Images de l'armée et insertion des jeunes** », janvier 1999, *Les documents du C2SD*, 128 pages (épuisé).
14. Françoise Kogut-Kubiak, Emmanuel Sulzer, Bernard Tabuteau et Marie Vogel, « **La reconversion des EVAT : les savoir-faire acquis dans les spécialités de combat** », janvier 1999, *Les rapports du C2SD*, 90 pages.
15. Serge Dufoulon, Jean Saglio et Pascale Trompette, « **L'influence des métiers et des cultures professionnelles militaires sur les stratégies de reconversion : deux études de cas** », janvier 1999, *Les documents du C2SD*, 110 pages.
16. Serge Dufoulon, Jean Saglio et Pascale Trompette, « **La différence perdue : la féminisation de l'équipage du Montcalm** », février 1999, *Les documents du C2SD*, 182 pages (épuisé).
17. Olivier Galland et J.V Pfirsch, « **Les jeunes, l'armée et la nation** », novembre 1998, *Les rapports du C2SD*, 58 pages.
18. Pascal Boniface, « **La jeunesse et la défense, génération tonton David** », janvier 1999, *Les documents du C2SD*, 56 pages (épuisé).
19. Pierre Azoulay, « **Minorités et forces armées** », compte-rendu d'un séminaire organisé dans le cadre de l'Académie de défense nationale des forces armées autrichiennes à Vienne, mai 1999, *Les documents du C2SD*, 43 pages.
20. « **La notation des officiers** », Actes du séminaire du 8 Avril 1999, *Les rapports du C2SD*, 132 pages (épuisé).
21. Jésus M. Paricio, « **Le monde méconnu de nos militaires** », traduction du livre espagnol « Para conocer a nuestros militares », paru en 1983 aux éditions Tecnos, mai 1999, *Les documents du C2SD*, 154 pages.
22. Pierre Azoulay, « **Les enjeux de la réforme du service national : transition, reconversion, motivation** », septembre 1999, *Les rapports du C2SD*, 43 pages.
23. Antoine Vauchez, « **Recrutement et Reconversion** », Actes du séminaire du 9 avril 1999, *Les rapports du C2SD*, 81 pages.
24. Dominique Efros et Nicole Fouilleul, « **Les unités de combat en intervention humanitaire : une activité de travail particulière** », décembre 1999, *Les documents du C2SD*, 291 pages.

2000

25. Sylvie Clément, « **Femmes et forces armées** », janvier 2000, *Les documents du C2SD*, 41 pages.

26. Nathalie Woock, « **La réforme du service national : la mise en place des journées d'appel de préparation à la défense** », janvier 2000, *Les documents du C2SD*, 44 pages.
27. Alain Gras et Caroline Moricot, « **Expérience simulée et savoir-faire réel : le travail en équipage dans l'entraînement par simulation de la patrouille maritime** », janvier 2000, *Les documents du C2SD*, 38 pages.
28. Olivier Galland et Jean-Vincent Pfirsch, « **Analyse comparée du rapport des jeunes à la nation et à l'armée : le cas de l'Italie, de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne** », janvier 2000, *Les rapports du C2SD*, 84 pages.
29. William Genieys, Jean Joana et Andy Smith, « **Professionnalisation et condition militaire : une comparaison France/Grande-Bretagne** », septembre 2000, *Les documents du C2SD*, 212 pages.
30. Actes du colloque « **Métamorphose des missions ? Le soldat et les armées dans les nouveaux contextes d'intervention** », décembre 2000, *Les documents du C2SD*, 234 pages.
31. Jacques Capdevielle, Luc Chelly et Marc Leuret, « **La civilianisation des régiments de l'armée de terre, une coexistence pacifique plus qu'une intégration aboutie** », décembre 2000, *Les documents du C2SD*, 85 pages.
32. Pascal Vennesson, « **La nouvelle armée : la société militaire en tendances, 1962-2000** », décembre 2000, *Les rapports du C2SD*, 132 pages.

2001

33. Jean-Yves Haine, « **L'Eurocorps, Processus de socialisation et construction d'une identité transnationale** », *Les documents du C2SD*.

« **Catalogue des publications du C2SD** », septembre 2000, *Les rapports du C2SD*, 36 pages.

N.B : les ouvrages épuisés sont consultables à la bibliothèque du C2SD sur rendez-vous et sur le site Internet du C2SD : www.c2sd.sga.defense.gouv.fr

Vous pouvez vous procurer gratuitement ces publications en contactant la Division Recherche du C2SD.

Division Recherche :

Barbara Jankowski - Tél. : 01 53 69 69 94

Guillaume Pichard - Tél. : 01 53 69 69 95

Télécopie : 01.53.69.69.73

E-mail : c2sd@sga.defense.gouv.fr

Centre d'études en sciences sociales de la défense

24 rue de Presles - 75015 PARIS

14 rue Saint-Dominique - 00450 ARMEES

Les Champs de Mars

Le C2SD publie également à la Documentation Française une revue semestrielle, *les Champs de Mars* (110 Fr le n°).

1. *Les Champs de Mars, n° 1*, « La réforme de la défense : enjeux et société », automne-hiver 1996.
2. *Les Champs de Mars, n° 2*, « Les jeunes et la défense » ; « Opinion publique et service militaire », printemps-été 1997.
3. *Les Champs de Mars, n° 3*, « Le langage des militaires » ; « Les opérations de maintien de la paix », premier semestre 1998.
4. *Les Champs de Mars, n° 4*, « Civilisation, complexité et stratégie » ; « L'armée professionnelle : rôle d'insertion et modes de socialisation », second semestre 1998
5. *Les Champs de Mars, n° 5*, « Métier militaire et identité féminine », « Puissance nucléaire et pouvoir politique en Russie », premier semestre 1999.
6. *Les Champs de Mars, n° 6*, « La sociologie militaire en France » ; « Les jeunes, l'armée, la nation », deuxième semestre 1999.
7. *Les Champs de Mars, n° 7 numéro spécial*, « Actes des premières rencontres Sciences Sociales et Défense des 15 et 16 mars 2000 », premier semestre 2000.

8. *Les Champs de Mars*, n° 8, « Armées et sociétés, Espagne, Italie, Etats-Unis et Amérique Latine » ; « Les schèmes de perception de la puissance », second semestre 2000.
9. *Les Champs de Mars*, n° 9, « Les opinions politiques des militaires de la Bundeswehr » ; « Cohésion et désagrégation de la Wehrmacht pendant la Deuxième Guerre mondiale », premier semestre 2001.

Vous pouvez adresser vos propositions d'articles au responsable de la Division Publication-Edition du C2SD et directeur de la rédaction des Champs de Mars :

*Division Publication-Edition : Philippe Forget - Tél. : 01 53 69 69 83
Télécopie : 01.53.69.69.73
E-mail : c2sd@sga.defense.gouv.fr*

Les Champs de Mars sont diffusés par la Documentation Française
29 quai Voltaire - 75344 PARIS Cedex 07
Tél : 01 40 15 70 00

Le C2SD a publié les actes de colloques qu'il a organisé.

- *L'esprit de défense à l'épreuve des ruptures*, 1998, Addim, 280 pages.
- *Les influences psychologiques*, 1999, Addim, 214 pages.
- *Bilan et perspectives de la coopération militaire franco-allemande de 1963 à nos jours*, 1999, Addim, 305 pages.

Vous pouvez commander ces trois ouvrages en contactant le C2SD.

- *La liberté d'expression des fonctionnaires en uniforme*, 2000, Economica, 173 pages.

Le C2SD collabore aussi au soutien et à la publication d'ouvrages traitant de ses thèmes de recherche.

- *Politiques de défense : institutions, innovations, européanisation*, sous la direction de Pascal Vennesson, 2000, L'Harmattan, Logiques Politiques, 347 pages.