

**LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE EN
ALGERIE :**

ESSAI D'ANALYSE SOCIOLOGIQUE*

Merzouk Mohamed

*Tirés d'une pré-enquête menée en deux mois (juin-juillet 2002), les résultats que présente ce texte doivent être tenues pour provisoires. A ce titre, leur validité demande à être vérifiée sur un plus grand échantillon que celui utilisé ici.

Selon les dernières statistiques disponibles, la médecine était en 1999 la profession la plus féminisée en Algérie. Son taux de féminisation atteignait à cette date 50,93% devançant celui d'une profession comme l'enseignement (44%) considéré pourtant comme un débouché traditionnellement féminin(1).

Contrairement à ce que pourrait suggérer l'intégration massive des femmes à la médecine dont témoigne ce chiffre, la féminisation médicale est un processus récent en Algérie, car voici à peine trois décennies, le monopole exercé par les hommes sur la profession était quasi total. Quelle signification faut-il donc attribuer à l'arrivée récente et assez massive des femmes dans cet ancien bastion masculin qu'est la médecine ? Indique-t-elle une transformation ou une simple recomposition des rapports sociaux de sexe en Algérie ?

Proposer une réponse est précisément l'objet de cette pré-enquête menée auprès d'un échantillon de 42 femmes-médecins exerçant à Oran. Le questionnaire auquel elles ont accepté de répondre a porté sur leur origine sociale, leur parcours scolaire et professionnel ainsi que sur les conditions d'exercice de leur profession. Faute de données chiffrées détaillées sur la population médicale féminine, les règles statistiques de l'échantillonnage n'ont pu être respecté ici. Comme pour toutes les autres professions, les enquêtes statistiques sur le corps professionnel médical ne fournissent pas d'autres chiffres que globaux, autrement dit, ne quantifient pas séparément démographie médicale masculine et démographie médicale féminine. Le désintérêt dont sont ainsi l'objet les femmes-médecins, est révélateur du postulat androcentrique sur lequel repose le système statistique algérien tout entier : il pré-suppose que la réalité ne peut être qu'identique pour les deux sexes, autrement dit, que les hommes et les femmes qui travaillent, participent à des ensembles homogènes, alors même que leurs comportements procèdent de logiques sociales différentes ainsi que tend à l'indiquer cette pré-enquête.

Les motivations du choix médical

Les réponses recueillies, quant aux raisons qui ont motivé l'engagement des femmes médecins enquêtées dans la carrière médicale, incitent à interpréter cet engagement comme un choix dont elles ont décidé, pour échapper à un double déterminisme : le premier, qui voue les femmes à la sphère privée de la maison en les destinant aux fonctions domestiques ; le deuxième, qui condamne parents et enfants au même sort social, en leur interdisant des destinées différentes. Autrement dit, à travers cet engagement, elles ont voulu, non seulement, éviter le statut social traditionnellement réservé aux femmes, mais également, accéder à une position sociale autrement plus avantageuse que celle de leurs parents.

Pour expliquer leur choix professionnel, toutes les femmes médecins enquêtées ont commencé par présenter la médecine comme la discipline qui convenait le mieux à leur goût et donc la seule qui pouvait aider à leur accomplissement individuel. Revendiqué comme personnel et donc non subi, ce choix est aussi vécu par elles comme la consécration d'une réussite scolaire. Aspirant très jeunes à une carrière professionnelle ambitieuse, elles se sont toutes faites comme une obligation d'exceller à l'école et au lycée, persuadées qu'elles étaient déjà, qu'obtenir les meilleures mentions étaient l'unique façon de légitimer, aux yeux de l'entourage familial, le droit de fonder leur identité en dehors des rôles familiaux traditionnels. Mais les réponses fournies suggèrent aussi, que si les enquêtées ont choisi la médecine, c'est également pour bénéficier du prestige social et intellectuel que confère son exercice. C'est dire autrement, qu'en se destinant à la profession médicale, elles ne se sont pas laissées guider seulement par leur désir de réalisation personnelle mais aussi par leur besoin de reconnaissance sociale. Comme tend à le montrer le comportement de cette neuro- chirurgienne rencontrée dans le couloir d'un hôpital, ce besoin d'affirmation sociale par l'identification au métier exercé prend parfois une forme exacerbée. Alors qu'on s'évertuait à la convaincre de participer à la présente enquête, une de ses patientes vint à lui adresser la parole en l'appelant « *madame* ». Sa réaction fut aussi prompte qu'abrupte. Refusant son identification par son seul statut sexuel, elle répondit à sa malade sur un ton très rude : « *s'il-vous plait, appelez moi docteur et non pas madame !* »

Les indications fournies par l'enquête attestent d'une autre motivation dans la détermination individuelle des femmes médecins interrogées à opter pour la carrière

médicale. Pour la quasi-totalité d'entre-elles, ce choix vient concrétiser une ambition sociale en s'inscrivant dans une trajectoire de mobilité individuelle ascendante, puisqu'il consacre leur passage à une condition sociale supérieure à celle des parents. Alors que ces derniers appartiennent dans leur majorité à la classe moyenne (ils sont fonctionnaires et enseignants pour l'essentiel), elles mêmes, occupent désormais une fonction qui, par le niveau d'étude qu'elle requiert, la situation professionnelle qu'elle confère et le niveau de revenu qu'elle garantit, les place en haut de la hiérarchie des positions socio-professionnelles et socio-économiques. Comme l'a relevé une étude sociologique, le statut social attaché à la profession médicale est si élevé aujourd'hui en Algérie que le jeune médecin est devenu pour toutes les familles, « *le beau parti* » qu'il convient de gagner »(2).

Le choix médical comme aspiration personnelle à réaliser sa propre promotion sociale se marque aussi par la forte endogamie qui caractérise le comportement matrimonial des enquêtées : 36 parmi ces dernières sur 42 ont des conjoints médecins. L'union avec un pair participe, d'une décision destinée, selon toute vraisemblance, à conforter l'ascension sociale accomplie par rapport aux parents. Une étude sur le mariage en Algérie menée en 1990 a conclu que la maîtrise du projet matrimonial est un privilège que seules s'accordent les diplômées supérieures(3). Comme tel paraît être le cas de nos enquêtées, il n'est donc pas interdit de considérer que la possibilité qu'elles ont eu de faire un choix personnel de leur futur époux traduit fort probablement leur souci de consacrer définitivement leur passage de la position sociale héritée des parents à celle acquise par le diplôme.

Les indications recueillies indiquent cependant, que la détermination individuelle des enquêtées, n'a pas décidé seule de leur parcours scolaire et professionnel. Le soutien matériel important dont la majorité d'entre elles, avouent avoir bénéficié, a aussi contribué à la construction de leur parcours. Et si on considère qu'une aide matérielle se dissocie rarement d'un appui moral et en même l'expression la plus directe, la question qui se pose dès lors reste la suivante : quel sens attribuer à cette double forme d'encouragement apporté par les parents à leurs filles, pour qu'elles poursuivent des études aussi longues que celles qui mènent à une profession aussi peu réputée féminine que la médecine?

Tenter une réponse impose de prendre en compte le contexte général qui a prévalu à partir des années soixante-dix et qui coïncide avec une période d'extraordinaire mobilité sociale de toutes les couches sociales. A l'époque pour beaucoup de familles qui nourrissaient un projet d'ascension sociale, c'est l'avenir des enfants qui mobilise les espoirs de mobilité sociale. En confondant leur avenir social avec celui de leur progéniture, elles pensaient certainement pouvoir rejouer ainsi leur destin. Le cas de nos enquêtées tend à montrer que pour les familles qui ont misé sur l'instruction de leurs enfants pour combler leur désir de promotion sociale, c'est la réussite scolaire exemplaire de leurs filles et l'avenir social favorable que leur promettait cette réussite, qui a fini par rendre socialement légitimes, à leurs yeux, les études et l'activité professionnelle qu'elles ont choisi de mener. Le parcours scolaire emprunté par leurs filles, les destinant à une profession aussi élitiste que la médecine, ne pouvait que charger positivement la représentation de leur propre statut social.

Le choix des spécialités

La revendication du choix médical par les enquêtées comme expression d'une vocation, se confirme lorsque l'on constate que la majorité d'entre elles (26 sur 42), loin de se contenter d'une formation de généraliste ont passé des diplômes de spécialité. Mais l'examen des spécialités pour lesquelles elles ont opté majoritairement, montre cependant, que leur volonté d'exister à l'égal des hommes, n'a pas été suffisamment puissante pour les pousser à enfreindre « l'ordre des sexes » qui cantonne les femmes dans les spécialités considérées comme liées à une « essence féminine ». On observe, en effet, que globalement, les deux spécialités les plus prisées par les femmes du groupe enquêté sont celles qui apparaissent très connotées sexuellement (pédiatrie et gynécologie). Ainsi cette enquêtée confie avoir choisi la pédiatrie parce qu'elle l'a jugée « *plus en rapport avec la personnalité et l'instinct féminin* », une autre argue de « *son instinct maternel* » comme raison explicative du choix de sa spécialité, enfin une troisième, avoue que c'est en vertu du principe « *que les femmes connaissent mieux le corps de la femme et les maladies des femmes* » qu'elle a décidé de se spécialiser en gynécologie.

Pour celles dont le choix s'est porté sur d'autres spécialités que celles considérées comme « naturellement » dévolues aux femmes, la démarche a été plutôt d'anticiper sur leur destin le plus probable, celui d'épouse et de mère forcée de mener de front vie familiale et vie professionnelle. C'est le cas, par exemple, de cette médecin biologiste qui juge que son activité de laborantine lui permet « *une organisation et une planification plus facile en rapport avec la vie familiale et le souci des enfants* » ou de cette radiologue de 28 ans qui, se sachant « *appelées à jongler entre les tâches domestiques et son travail* », a intégré les contraintes à venir dans le choix de la spécialité qu'elle pratique aujourd'hui. Elle considère, en effet, que « *les tâches de travail y sont moindres* » et aussi qu'« *elle n'y est pas tenue par les tours de garde* ».

Le cadre d'exercice

Leur appartenance à des familles à revenu moyen, les ayant empêchées d'ouvrir un cabinet médical privé à leur sortie de faculté, toutes les enquêtées ont débuté leur carrière dans un service sanitaire publique (hôpital, dispensaire, ou médecine scolaire). Pour toutes, cependant, l'exercice salarié, reste une solution d'attente. On note ainsi, qu'après une moyenne de 10 ans d'activité salariée, 11 enquêtées sur 13 ont fini par opter pour une carrière libérale, les deux restantes s'appêtant à le faire. Le temps assez long que les premières ont mis pour se convertir à la médecine libérale, tient selon les explications fournies, à cette raison qu'elles n'ont pu disposer rapidement des fonds indispensables à leur installation en cabinet privé. Tant que les ressources nécessaires à cette entreprise ont fait défaut, elles n'ont eu d'autres choix que d'accepter un statut de salariées. Pour réussir leur passage à la médecine libérale, certaines enquêtées ont eu recours à la formule de l'emprunt. Mais, selon le témoignage de l'une d'elles, quand on est femme, même médecin, trouver prêteur n'est pas une entreprise de tout repos. Les démarches qu'elle affirme avoir mené dans le cercle de ses connaissances pour obtenir un prêt, lui ont révélé, après coup, qu'elle a été très mal préparé par son éducation de jeune fille aux règles sociales de la négociation. Les prêteurs s'avérant être tous des hommes, elle a fini par comprendre qu'établies par des hommes au profit des hommes, ces règles jouent en

défaveur des femmes. Car, à celles-ci, plus qu'à ceux-là, on demande d'apporter des preuves solides de solvabilité.

La question qui reste cependant posée, est de savoir pourquoi, les enquêtées se montrent toutes attirées par la médecine privée? Certaines raisons qui les incitent à concevoir leur passage à une carrière libérale, ne sont pas spécifiques à leur condition de femme, puisqu'elles concernent l'ensemble du corps médical algérien. Depuis la conversion de l'Algérie à l'économie libérale, la santé publique est soumise à des restrictions budgétaires draconiennes qui ont entraîné une grave détérioration des conditions de travail et une baisse importante du pouvoir d'achat des salaires qui y sont alloués. Dans ces conditions, l'attrait généralisé pour l'exercice libéral de la médecine s'explique : celui-ci offre l'assurance d'honoraires confortables sans commune mesure avec les revenus salariés. Mais il semble que d'autres raisons, plus spécifiques, peuvent expliquer la préférence, que les femmes-médecins enquêtées, affirment accorder à la médecine libérale. Maîtriser son emploi du temps pour concilier vie familiale et vie professionnelle est la préoccupation fondamentale dont celles-ci, font unanimement état. Or, selon le témoignage de nombre d'entre elles, déjà passées à la médecine libérale, l'exercice médical en cabinet privé autorise justement une plus grande souplesse dans l'organisation des horaires de travail. A leur dire, il permet d'aménager le temps de travail en fonction des contraintes imposées quotidiennement par la vie domestique. Celui, à qui l'occasion s'est présentée de se rendre, pour une consultation, dans un cabinet privé tenu par une femme peut témoigner que l'avantage que les enquêtées affirment trouver ainsi à l'exercice libéral de la médecine est bien réel : travaillant pour leur propre compte, elles commencent rarement leurs consultations aux heures annoncées sur leur carte de visite et parfois même, elles s'autorisent des absences qui peuvent durer jusqu'à une journée entière. Qu'est ce à dire sinon qu'elles doivent, fort probablement, considérer que leur vie familiale passe avant leur vie professionnelle et, de ce fait, ne se sentent pas tenues par les règles qui commandent à la bonne gestion de tout établissement, fût-il médical.

Le déroulement de la carrière

Les lois en Algérie interdisent les discriminations salariales entre hommes et femmes(4). Mais comme l'atteste cette enquête, l'égalité des salaires entre les deux sexes masque en fait une inégalité de carrière.

L'exemple des femmes médecins interrogées montre que, tiraillées entre leurs responsabilités de mère et les contraintes liées à l'exercice de leur profession, elles auto-limitent leur projet de carrière. Ainsi, aucune d'elles n'avoue être prête à sacrifier sa vie familiale au profit de la réussite professionnelle, à l'image de cette anesthésiste-réanimatrice, qui juge que « *les femmes ont deux vies, l'une professionnelle, l'autre familiale et les deux sont importantes* ». S'il y a bien une attitude commune aux femmes médecins enquêtées, c'est leur attachement à l'ordre familial traditionnel. Car, bien qu'ayant choisi de fonder leur identité sur leur activité professionnelle, elles revendiquent tout autant les rôles familiaux comme constituant de cette identité. On constate ainsi que 98% d'entre elles, sont mariées et que leur âge moyen au mariage est quasiment le même que celui de la population féminine générale qui est de 26 ans(5). Tout se passe donc comme si le mariage était vécu par elles, comme une obligation sociale. Dans une société où le seul statut reconnu à une femme est celui d'épouse et de mère, le célibat équivaut à la transgression d'un interdit social. Elles ont donc beau être médecins, elles sont avant tout, femmes.

La seule fois, où les enquêtées dérogent à la tradition, c'est quand elles abandonnent le modèle de la famille nombreuse pour adopter celui de la famille à deux enfants. Ainsi, si on compare le taux de fécondité de celles qui ont dépassé la quarantaine (23 sur 42), âge censé mettre fin à la procréation, à celui de leur mère, la différence est nette : il est de 2 contre 5,4. Selon toute vraisemblance, l'aspiration à l'amélioration de leur situation sociale a joué sur la limitation des naissances. Une plus nombreuse famille aurait contraint à l'interruption de l'activité professionnelle et compromis par- là, leur carrière.

D'autant que dans leur vie de couple, en plus de l'exécution des tâches domestiques, c'est à elles qu'incombe aussi la responsabilité principale des enfants : « *les femmes sont appelées d'abord à être mère et à ce titre, sont plus retenues au foyer que l'époux dans la même situation* ». Le témoignage de cette cardiologue mariée à un médecin comme elle,

atteste, que pour elle, comme pour ses consœurs, il n'y a pas de «contrat entre les sexes ». C'est dire autrement, que si les enquêtées ont réussi à négocier leur capital scolaire sur le marché du travail, en revanche, dans leur vie de couple, elles n'ont pu établir avec le même succès, un nouveau partage des pouvoirs, entre elles et le conjoint. L'enquête révèle, en effet, que l'exécution des tâches domestiques quotidiennes et l'organisation des activités des enfants restent soumises pour l'essentiel à la logique traditionnelle de la division sexuelle des rôles familiaux, le mari n'y prenant qu'une part infime. Dès lors, la vie au jour le jour s'apparente pour elles, comme rapporté par une cardiologue, mère de deux enfants, à un « *marathon* » et à jeux « *d'acrobatie* ».

Empêchées ainsi de s'investir pleinement dans leur activité médicale, elles limitent forcément leurs ambitions professionnelles.

Il convient aussi de noter l'effet handicapant des maternités sur la carrière des enquêtées. Il est connu que la progression des carrières est organisée de façon telle que c'est entre 30 et 40 ans que les choses se jouent. Or il se trouve, justement, que l'âge moyen où elles accouchent de leur premier bébé est de 31 ans. Obligées de se consacrer à leur nouveau-né, au cours de cette période cruciale de leur vie professionnelle, leur plan de carrière s'en trouve inévitablement pénalisé.

Handicapées dans leur progression professionnelle par leur identité de genre, les femmes enquêtées affirment aussi subir dans l'exercice quotidien de leur fonction la ségrégation de sexe. L'existence de comportements sexistes discriminatoires est d'abord attestée par l'absence, parmi nos enquêtées, de femmes-médecins, chefs de service, alors même, que nombre d'entre elles, répondent parfaitement aux critères qui autorisent l'accès à ce poste. Le témoignage de cette cardiologue est à cet égard significatif. Elle rapporte qu'à Oran, il y a trois professeurs de cardiologie, deux femmes dont elle et un homme. Ayant elle-même postulé pour la direction du service de cardiologie de l'hôpital, c'est ce dernier qui lui a été finalement préféré. L'existence d'un « plafond de verre » qui entrave l'ascension hiérarchique des femmes se trouve ainsi, bel et bien confirmée.

Selon d'autres aveux recueillis auprès des enquêtées exerçant à l'hôpital, la ségrégation de sexe prend aussi la forme d'une division du travail professionnel fondée sur une hiérarchie des rôles qui confinent les femmes-médecins dans un statut de professionnel dominées.

Les préoccupations familiales inhérentes aux responsabilités domestiques dont celles-ci ont la charge, constituent des conditions restrictives à leur travail ce qui se traduit pour elles, par un plus grand absentéisme que pour leurs collègues masculins. Dès lors, comme elles l'ont fortement souligné, ces derniers ne se privent pas de donner libre cours à leur sexisme ordinaire, en faisant montre d'acharnement dépréciatif contre l'activité qu'elles fournissent. En l'occurrence, le reproche essentiel, qu'adressent les femmes-médecins enquêtées à leurs confrères de l'autre sexe, est d'utiliser leur moindre disponibilité, comme argument justificatif de leur marginalisation professionnelle. C'est cette pratique discriminatoire que cherche, sans doute, à dénoncer, cette neuro-chirurgienne qui regrette de n'avoir à traiter que « *certaines pathologies tranquilles* », c'est à dire, « *les maladies faciles à soigner* », ses homologues masculins préférant, selon elle, se réserver, les cas difficiles.

L'autre handicap de genre auquel n'ont pas manqué de faire référence les enquêtées, est le conflit permanent dans lequel elles se trouvent prises, entre leur identité de genre et l'attitude professionnellement convenue qu'elles se doivent d'adopter au travail. Ainsi pour lutter contre la discrimination professionnelle qu'elle subit, cette même neuro-chirurgienne confesse éviter scrupuleusement l'évocation de ses « *ses tracas familiaux* » et prendre soin de ne jamais trahir sa fatigue et, lorsqu'elle se trouve exposée, en bloc opératoire, aux « *situations difficiles* » (décès d'un patient, accident vasculaire soudains), elle s'applique à ne jamais se départir d'une attitude qui rend ostensible la « *solidité de ses nerfs* ». C'est dire que sa relation professionnelle avec ses confrères masculins passe par une charge mentale et une tension psychologique de tout instant.

Au terme de cette pré-enquête un double commentaire s'impose.

1° Certes, la féminisation médicale marque une avancée vers moins de discrimination pour les femmes sur le marché de l'emploi : longtemps exclues de la médecine, aujourd'hui, elles y sont présentes en masse. Cette percée professionnelle ne doit, cependant pas, occulter la persistance de pratiques discriminatoires à l'égard de ces dernières en tant que groupe social. Elle confirme, à sa manière, que l'entrée en force des femmes dans la vie professionnelle n'est encore possible que pour les métiers qui requièrent un niveau de formation assez poussé et, dès lors, ne concernent qu'une fraction très restreinte de la

population féminine. Les statistiques officielles indiquent ainsi, qu'en l'an 2000 la majorité des Algériennes, soit 96% d'entre elles, n'occupaient aucun emploi(6).

D'autre part, il s'avère que même lorsqu'elles ont accès à une profession aussi qualifiée que la médecine, les femmes n'échappent pas à la norme générale qui veut que lorsque discrimination professionnelle, il y a, cette discrimination se pratique spécialement à leur rencontre : comme le confirme cette pré-enquête, non seulement, elles se trouvent dans leur majorité, cantonnées dans les spécialités peu cotées dans le milieu médical (pédiatrie, gynécologie), mais leur carrière professionnelle, subit, comparativement à celle de leurs homologues masculins, un traitement inégal.

2°Si elle ne procède pas d'une remise en cause des rapports sociaux de sexe traditionnellement établis en Algérie, la féminisation médicale, a cependant introduit un changement qui, à l'échelle de la société entière, mérite d'être noté. Compte tenu, de l'idéologie patriarcale qui commande au comportement d'un nombre important d'Algériennes, l'interdit du corps n'a pas encore été partout levé. En milieu populaire, tout particulièrement, les femmes ne consentent à des consultations médicales, que si le praticien est du même sexe. Sous ce rapport, la féminisation médicale s'éclaire d'un jour nouveau : c'est, peut être qu'elles sont assurées, par avance, de bénéficier d'une clientèle féminine qui préfèrent consulter une femme plutôt qu'un homme, que les jeunes filles scolarisées, sont nombreuses à opter pour la médecine. Ce faisant, elles participent à élargir le marché des soins à leurs congénères lesquelles, faut-il le rappeler, forment plus de « la moitié du ciel » qui couvre et couve ce pays, appelé Algérie.

NOTES

(1) Ces chiffres sont cités par Belkhodja J.M. qui elle-même, les emprunte aux statistiques du Ministère de la Santé et de la population. Cf. Revue Médic Pharmaceutique, n° 11, novembre- décembre 1999, pp. 46-47.

(2) Guérid D., *L'exception médicale*, Santé publique et Sciences sociales, décembre 1999, n° 4, p. 36.

(3) Adel F., *Femmes et mariage*, actes de l'atelier Femmes et Développement, Alger 18-21 octobre 1994, pp. 65-74.

(4) Des textes juridiques garantissent cette égalité de salaire entre les sexes et prévoient même des sanctions pénales contre les employeurs qui les enfreignent.

(5) Adel F., op. cit. P; 70

(6) Source : Office National des Statistiques, Alger, 2000.