

L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées?

Nicky Le Feuvre

Laboratoire de sociologie (Labso),
Institut des sciences sociales, Université de Lausanne
nicky.lefeuvre@unil.ch

Nathalie Lapeyre

CERTOP-CNRS (UMR 5044)
Université de Toulouse 2 – Le Mirail
nlapeyre@univ-tlse2.fr

Résumé

Cet article vise à identifier quelques-uns des écueils analytiques qui surgissent lors de recherches sur les pratiques et aspirations en matière d'articulation des temps de vie au sein d'un groupe professionnel particulier, celui des médecins. Caractérisée par de très longues durées du travail, la profession médicale offre également une grande « souveraineté temporelle ». Si l'éthos de la profession médicale a longtemps été fondé sur un principe de « disponibilité permanente », plusieurs facteurs participent à une remise en question de ce socle historique des identités professionnelles, surtout chez les jeunes générations de médecins des deux sexes. Toutefois, ce changement ne s'exprime pas toujours dans les mêmes registres : en situation d'entretien, les femmes évoquent plus spontanément des aspirations « d'équilibre » des temps professionnels et familiaux, alors que les hommes revendiquent la recherche d'un « équilibre » individuel, par le truchement de loisirs personnels. Reste à savoir dans quelle mesure ces différences discursives renvoient effectivement à des pratiques sexuées spécifiques ou traduisent plutôt un mécanisme d'ajustement des récits aux injonctions normatives qui continuent de peser sur l'acceptabilité sociale des pratiques (et aspirations) masculines et féminines en matière d'articulation des temps de vie.

Mots clés : France, genre, profession médicale, temps sociaux, travail

Abstract

This article explores some of the analytical issues that arise when researching the use of time with respect to the work-life balance sought by a specific occupational group:

French doctors. Characterized by extremely long hours, the French medical profession also offers a high level of “temporal sovereignty”. Although the professional ethos of doctors has been historically based on a principal of “total availability” for work, several factors have led to the partial erosion of this cornerstone of the doctor’s professional identity, particularly amongst the younger generations of both male and female physicians. However, from a gender perspective, this shift is not necessarily expressed in the same way: the female doctors interviewed tended to spontaneously evoke their desire to enjoy a better “balance” between work and family life, whereas the male doctors were more likely to stress their quest for personal well-being, through individual leisure time. It remains to be seen whether such a discursive gap does indeed bear witness to the existence of distinct gender-influenced practices or whether they simply translate an adjustment of the way doctors adapt their accounts of time use to the normative pressures that continue to define the social acceptability of male and female practices (and aspirations) with regard to a balance between work and life.

Keywords: France, gender, medical profession, time management, work

Introduction¹

Au sein de l’Union européenne et au-delà, les mesures en faveur d’un meilleur « équilibre » entre la vie professionnelle et la vie personnelle (*work-life balance*) s’inscrivent explicitement dans une visée de promotion de l’égalité des sexes, dans un contexte d’accroissement des taux d’activité féminine, de précarisation de l’emploi masculin et de fragilisation des liens conjugaux (Castel, 2003; De Singly, 2000; Nicole-Drancourt, 2009). La mise au programme politique de la « conciliation » des temps de vie est, en soi, révélatrice des changements majeurs à l’œuvre du côté des « régimes de genre » (Le Feuvre, 1999; Letablier, 2009; Walby, 2004). Comme l’affirment Crompton et Lyonette :

Jusqu’aux dernières décennies du 20^e siècle, la question de « l’équilibre » travail-famille paraissait peu problématique en raison de deux croyances communes très répandues : (a) le travailleur « type » était employé à temps plein – et était généralement de sexe masculin – et (b) les femmes étaient normativement assignées au travail domestique et de *care* non rémunéré. Ainsi, un « équilibre » entre le marché (emploi) et le travail de *care* était atteint par la domestication des femmes, combinée, à des degrés variables, avec leur exclusion formelle et informelle du travail salarié (2006 : 379, notre traduction).

Ainsi, bien que la rhétorique de « l’articulation travail/famille » s’énonce de plus en plus fréquemment de manière sexuellement neutre, en réalité, « l’injonction à la conciliation » (Lapeyre et Le Feuvre, 2004) continue de se décliner prioritairement au féminin, au point d’être « maudite » par certaines chercheuses féministes (Périer et Silvera, 2010; Pailhé et Solaz, 2010.). Dans l’imaginaire collectif, l’articulation travail/famille apparaît clairement comme une préoccupation, voire une prérogative « typiquement féminine », alors que l’articulation d’autres temps sociaux (travail/loisirs, travail/engagement militant) continue d’être pensée plutôt chez les hommes.

¹ Les auteures remercient les expertes et experts anonymes de la revue *EFG* pour leurs commentaires éclairants sur une version précédente de cet article.

Dans le présent article, nous proposons d'analyser la manifestation de ces biais sexués dans la manière d'appréhender l'articulation des temps de vie au sein d'un groupe professionnel particulier, celui des médecins. Nous partons du principe que la légitimité plus ou moins grande accordée à l'objectif même d'équilibrage des temps continue de se décliner de manière spécifique selon les appartenances sexuées (Crompton *et al.*, 2007). De ce fait, l'analyse de l'agencement des temporalités à l'échelle d'un groupe professionnel (Fusulier, 2011) comporte un certain nombre d'écueils pour penser la dimension sexuée des temps sociaux en général (Lapeyre, 2006a; Le Feuvre, 2006; Tremblay, 2006) et l'articulation travail/famille en particulier. En partant d'une relecture des données issues de plusieurs de nos enquêtes antérieures de terrain (voir encadré), nous proposons de centrer le présent article sur une illustration de ces écueils dans le cas de la profession médicale. Notre objectif consiste à montrer que malgré une féminisation galopante de la profession médicale au cours des 30 dernières années (Fauvet, 2012), et malgré un rapprochement significatif des pratiques des médecins des deux sexes en matière de régulation du temps de travail (Lapeyre et Robelet, 2007b), les médecins tiennent des discours radicalement différenciés quant à leurs objectifs d'équilibrage des temps sociaux, en fonction des appartenances sexuées. Chez les femmes, la notion même « d'équilibre » renvoie spontanément à l'interface travail/famille, laissant dans l'ombre tout un pan de leurs expériences temporelles personnelles, notamment en matière de « temps pour soi » (Le Feuvre, 1992). Chez les hommes, « l'équilibre » est principalement appréhendé en termes de « bien-être » personnel, occultant très largement des préoccupations (certainement nouvelles) de disponibilité à l'égard des enfants et/ou de la conjointe². Nous pensons que ces constructions discursives et sexuellement différenciées de « l'articulation des temps de vie » reflètent le poids de l'héritage symbolique du modèle normatif du « *male breadwinner / female carer* » (Crompton, 1999; Letablier, 2009), qui continue de fonctionner comme référentiel commun aux médecins des deux sexes. Ainsi, bien que les discours sexués à propos de l'articulation des temps puissent être révélateurs de différences sexuées en matière de rapport aux temps, nous pensons qu'ils sont potentiellement en décalage partiel avec les pratiques réelles des médecins. Le fait de prendre de telles constructions discursives « au pied de la lettre » risque de tendre un miroir grossissant aux spécificités sexuées au sein de ce groupe professionnel.

L'article est structuré en trois temps. Dans une première partie, nous proposons une mise en perspective plutôt descriptive des conditions temporelles de l'exercice de la médecine en France, en insistant sur les fortes disparités qui existent au sein même de la profession (Micheau et Molière, 2010), mais également sur la difficulté à saisir précisément la réalité temporelle de l'exercice médical. Deux caractéristiques majeures de l'expérience temporelle des médecins méritent une attention particulière, tant leur impact sur l'articulation des temps de vie est potentiellement fort : les durées de travail en moyenne très longues et la « souveraineté temporelle » (Crompton et Le Feuvre, 2003) relativement élevée dont les médecins bénéficient, surtout en exercice libéral³.

Dans une deuxième partie, nous montrons que le temps de travail constitue un enjeu identitaire majeur au sein de ce groupe professionnel et qu'il est au cœur de ses évolutions récentes. En raison des difficultés de mesure objective du temps de travail des médecins, la notion de « temps vécu » (Bouffartigue et Bouteiller, 2006) paraît

² Aucun des médecins que nous avons interviewés n'était engagé dans une relation homosexuelle.

³ Ce qui est le cas pour 46,0 % des médecins français en exercice en 2011, alors que 46,5 % d'entre eux sont salariés et 11,5 % exercent en pratique mixte (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2011).

particulièrement utile pour saisir les enjeux identitaires qui s'expriment à travers les pratiques temporelles des médecins français. Les récits des médecins à propos de leurs pratiques d'articulation travail/famille témoignent de l'existence d'une norme historique de « disponibilité permanente » au sein de ce groupe professionnel. Mais nos enquêtes révèlent également une remise en question de ce principe et l'émergence d'un nouvel « éthos temporel », surtout parmi les jeunes générations de médecins (Lapeyre et Robelet, 2007a). Cette modification – progressive et encore partielle – des normes professionnelles en matière d'agencement des temps sociaux est indéniablement en lien avec le processus de féminisation du corps médical, mais elle est loin d'être exclusivement déterminée par celui-ci (Lapeyre, 2008; Lapeyre et Le Feuvre, 2004, 2005).

Dans une troisième partie, nous analysons la manière dont la « souveraineté temporelle » potentielle de la profession médicale est utilisée concrètement par les médecins des deux sexes, en fonction de leur double positionnement professionnel et familial. Il s'agit d'insister non seulement sur la variabilité des modalités concrètes de l'articulation travail/famille adoptées par les médecins, mais également sur la variabilité des « manières de dire » ces agencements temporels, notamment en fonction du sexe.

Enfin, nous consacrons les conclusions de l'article à une analyse synthétique des écueils qui guettent les recherches sur l'articulation des temps de vie à l'échelle des groupes professionnels. Nous insistons plus particulièrement sur les risques inhérents à l'analyse sexuée de l'articulation des temps de vie, notamment celui de produire un effet de « miroir grossissant » des spécificités sexuées en matière d'agencement des temporalités au sein de ce groupe professionnel spécifique.

Encadré méthodologique

Les réflexions développées dans le présent article s'appuient sur une série d'enquêtes qualitatives menées sur la profession médicale en France, depuis le début des années 1990.

Nos recherches se basent sur un corpus de plus de 200 entretiens biographiques accumulés au fil de trois vagues d'enquêtes réalisées en 1992-1995, 2001-2003 et 2007-2010. Dans le présent article, nous nous appuyons sur les données extraites des deux dernières vagues. Dans chacune de nos enquêtes, l'objectif était moins de réaliser un « échantillonnage » représentatif des médecins français que de saisir la diversité des modes d'exercice et des rapports subjectifs à la profession, notamment dans leur dimension temporelle. De ce fait, nous avons sélectionné des enquêtés des deux sexes, aux caractéristiques sociodémographiques variables (en termes d'âge, d'ancienneté, de spécialité, de modes d'exercice, de lieu géographique d'implantation, etc.), de manière à mieux appréhender les effets potentiellement différenciés de l'appartenance sexuée sur leurs pratiques et représentations sociales.

Nos travaux ont presque toujours adopté une perspective comparative, soit à l'échelle internationale (comparaison des taux et modalités de féminisation de la profession médicale dans différents contextes sociétaux), soit à l'échelle nationale (comparaison des médecins avec d'autres groupes professionnels, dont les avocats, les cadres bancaires, les architectes, les universitaires), soit à l'échelle intergénérationnelle (analyse de la génération des « jeunes » en médecine comparativement à leurs aînés); de plus, ils ont toujours comporté une comparaison hommes-femmes.

Par ailleurs, nos analyses reposent sur de multiples occasions d'observation participante ou non participante, notamment lors de journées de formation continue des médecins, de conférences ou de séances de restitution de nos résultats de

recherche devant un public composé de représentantes et représentants des organisations professionnelles (instances ordinales, syndicats), de médecins, généralistes ou spécialistes ainsi que de périodes d'observation participante aux mobilisations collectives des médecins (grèves, manifestations, etc.).

Enfin, nous menons depuis plusieurs années une activité de veille sur les publications professionnelles (presse spécialisée, revues professionnelles, listes de discussion électroniques, clavardages et blogues) et de recensement des recherches sociologiques menées sur ce groupe professionnel, en France ou dans d'autres contextes nationaux.

1. Les configurations temporelles de l'exercice de la médecine en France

En France, la profession médicale, tout comme la plupart des autres professions libérales, est caractérisée par une durée de travail qui dépasse de très loin la moyenne nationale : 53 heures par semaine, en moyenne, chez les médecins généralistes et un peu moins de 50 heures chez les spécialistes libéraux (Breuil-Genier et Sicart, 2005). De plus, ces durées de travail témoignent d'une grande stabilité dans le temps : « cette profession n'a ainsi pas participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés » (Micheau et Molière, 2010: 11). Comme chez les cadres, le fait de « travailler sans compter son temps » (Bouffartigue et Bocchino, 1998) a été historiquement constitutif de l'identité professionnelle des médecins français. La profession médicale a pourtant connu un processus spectaculaire de féminisation au cours des trente dernières années (Niel et Perret, 2002) et est aujourd'hui composée de 41 % de femmes (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2011). Si la durée moyenne du travail des femmes médecins généralistes est inférieure à celle de leurs confrères (53 heures par semaine pour les femmes, 59 heures pour les hommes, voir Jakoubovitch *et al.*, 2012), elles consacrent néanmoins nettement plus de temps à leur activité professionnelle que la plupart des autres femmes françaises actives (et des hommes actifs également). Elles sont également moins nombreuses à travailler à temps partiel même si elles adoptent cette pratique plus souvent que leurs confrères (Niel et Vilain, 2001)⁴.

A priori, nous avons donc affaire à une situation « classique », où, même avec des durées de travail très longues, l'investissement professionnel des femmes paraît immédiatement inférieur à celui de leurs homologues masculins, et il devient aisé d'imaginer que l'inégalité des charges domestiques qui pèsent sur les uns et les autres pourrait expliquer de telles différences sexuées. Et pourtant, c'est d'abord sur la mesure objective du temps de travail que les recherches sur l'articulation travail/famille chez les médecins achoppent.

Même si les données issues des enquêtes quantitatives paraissent claires et indiscutables, leur fiabilité est loin d'être évidente. L'une des principales difficultés auxquelles nous sommes confrontées lors de l'analyse des temporalités médicales est l'origine déclarative de la plupart des données disponibles⁵. Or tout laisse à penser qu'il est extrêmement difficile pour les médecins de « mesurer » objectivement leur

⁴ Environ 12 % des femmes médecins déclarent travailler à temps partiel, mais cette notion s'avère extrêmement relative au sein de ce groupe professionnel : un « temps partiel » de médecin peut largement dépasser les 35 heures réglementaires d'un temps plein dans d'autres secteurs d'activité, en France.

⁵ Les enquêtes ayant recours à des techniques plus précises de recueil de données sur l'usage des temps, telles les enquêtes budgets temps ou les enquêtes cahiers temps (Rouch, 2006), ne recouvrent jamais un échantillon suffisamment large pour permettre l'isolement d'un groupe professionnel en particulier.

temps de travail, notamment du fait de sa variabilité, à la fois au cours des périodes habituelles de référence (la semaine/le mois/l'année) et au cours du parcours biographique. Prenons le cas d'une jeune femme chef de clinique en anesthésie-réanimation, qui nous offre le récit suivant de l'organisation de son temps de travail :

Donc, en fait, je vous disais qu'on a des périodes d'astreinte, des périodes de garde et des périodes d'activités dans notre service proprement dit. Donc, ça signifie pour les astreintes qu'on est référent en cas d'urgence dans notre service pendant une semaine. Donc, les urgences dans notre service (de 18 h à 8 h le lendemain matin), c'est le médecin d'astreinte, qui en fait est chez lui, c'est une astreinte opérationnelle, on doit être à moins d'une demi-heure de l'hôpital et on est susceptible de devoir remonter à l'hôpital pour ces urgences-là. Donc, une semaine, toutes les six semaines, on a une astreinte et on arrive en décalé le matin et on court par contre jusqu'à 18 h parce qu'il y a du travail et ensuite on rentre chez soi, mais on est susceptible d'être appelé toutes les nuits et le samedi et dimanche pendant une semaine. Donc, ça, c'est l'activité des astreintes où on arrive en décalé, ce qui est différent de l'activité d'anesthésiste où on arrive plus tôt. Ensuite, l'autre semaine, on se partage entre une activité de bloc opératoire où on commence à 7 h le matin et une activité de consultation. Donc, on arrive à 7 h, on prépare notre matériel, on prépare nos anesthésies, on appelle les malades vers 7 h 15, 7 h 20 et on les endort en général très rapidement, sans délai, et cette activité de bloc opératoire peut durer toute la journée s'il y a beaucoup d'activité, par exemple aujourd'hui il n'y avait pas beaucoup d'activité et le bloc s'est vidé à 14 h, donc là, j'ai un peu plus de temps aujourd'hui. Et en plus se greffe une activité de garde dans des services d'urgence du CHU. Moi, par exemple, je suis de garde à [nom de l'hôpital] au service des accueils d'urgence chirurgicale, donc, c'est de 18 h à 8 h le lendemain matin. Donc, on dort la nuit sur place, on ne quitte pas le lieu, contrairement à l'astreinte où on est quand même chez soi, et là, c'est vraiment l'urgence chirurgicale au tout venant, ça peut être l'urgence ophtalmo pour une plaie de l'œil, ça peut être une fracture du poignet, ça peut être une fracture de jambe, l'été les gens qui passent sous les tracteurs, enfin ça peut être de tout. Le minimum, c'est trois à quatre gardes. Après, il y a des gens qui en prennent plus, moi j'ai fait le choix par rapport à ma vie personnelle de ne prendre que ce qui était dû à l'hôpital » (Femme, anesthésiste-réanimatrice, cheffe de clinique hospitalière, 31 ans, en couple avec un infirmier, enceinte au moment de l'entretien réalisé en 2010).

À la lecture de ce long récit (qui fait pourtant l'impasse sur les activités d'enseignement et de recherche réalisées également dans le cadre de son poste hospitalier), il paraît légitime de s'interroger sur la manière dont cette femme médecin peut raisonnablement calculer (et déclarer à l'enquêteur) son temps « moyen » de travail hebdomadaire, qui échappe de toute évidence à une quantification simple. Et pourtant, les données issues de plusieurs enquêtes quantitatives proposent de mesurer le temps de travail des médecins français quasiment à la minute près... Basées généralement sur des déclarations des médecins eux-mêmes, il nous semble tout à fait probable que ceux-ci répondent « à la louche » aux enquêteurs tant leur temps de travail est susceptible de varier de manière significative au cours des périodes de référence et

tant les « contours » de l'activité professionnelle restent flous⁶. Même des enquêtes basées sur le nombre d'actes remboursés effectués par tel ou tel médecin (Fivaz et Le Laidier, 2001) laissent dans l'ombre une part importante de l'activité médicale (déplacements, formation, tâches administratives), dont le poids temporel reste délicat à estimer (Le Fur *et al.*, 2009).

Il nous semble que les déclarations des médecins quant à leur temps de travail révèlent quelque chose du « temps vécu » et traduisent avant tout le rapport subjectif que les individus entretiennent à l'égard de leur activité professionnelle (Bouffartigue et Bouteiller, 2006). Nous pensons donc que ces déclarations ne sont certainement pas neutres au regard du genre. Dire (ou pas) la lourdeur temporelle de l'activité médicale traduit le positionnement subjectif de l'individu, au sein de son groupe professionnel et au sein de son environnement social plus large, plus qu'il ne nous renseigne sur la durée objective de son temps de travail. Comme le précisent les auteurs d'une enquête récente sur l'emploi du temps des médecins libéraux : « En définitive, la tonalité du discours sur l'activité et le temps de travail n'est pas directement liée à une quantité de temps passé au travail. Elle est au contraire fortement liée au sentiment de réussir ou pas ce qu'on veut faire en médecine et à la manière dont ce projet s'articule avec la vie personnelle » (Micheau et Molière, 2010 : 15). Autrement dit, la manière de « mesurer » son temps de travail constitue un indicateur relativement fiable du type d'engagement subjectif que les médecins entretiennent avec leur profession et avec d'autres sphères de la vie sociale. Par contre, elle nous apprend relativement peu de choses quant aux conditions temporelles objectives de travail des médecins. Il devient donc nécessaire, pour les sociologues que nous sommes, de « décoder » les récits des médecins à propos de la lourdeur (ou pas) de leurs charges temporelles, et cela vaut sans doute tout autant pour celles qui leur incombent dans la sphère familiale que celles liées à l'activité professionnelle. De ce point de vue, les écarts sexués de temps de travail déclaré sont sans doute intéressants à analyser, mais il paraît périlleux de les prendre comme des révélateurs fiables de spécificités sexuées réelles et pérennes.

Outre des durées globalement très longues de travail, les médecins français, en exercice salarié ou libéral, bénéficient d'une « souveraineté temporelle » (Crompton et Le Feuvre, 2003; Lapeyre, 2006b) qui les différencie de la plupart des autres groupes professionnels, y compris de statut social équivalent. Au prix d'un arbitrage entre le temps de travail et les revenus d'activité, les médecins conservent la possibilité « d'aménager » leur temps de travail en fonction de divers critères, et cela est particulièrement le cas en exercice libéral (Micheau et Molière, 2010)⁷. Cette flexibilité ne dépend pas seulement des critères propres à l'exercice médical (épidémies saisonnières, par exemple), mais également des événements liés à la vie personnelle, conjugale ou familiale. Contrairement à beaucoup d'autres groupes professionnels, les

⁶ Dans ce sens, le temps de travail des médecins ressemble à celui d'autres groupes professionnels, dont les universitaires, où le temps réellement travaillé et, de surcroît, le temps moyen consacré aux différentes composantes de l'activité professionnelle (enseignement, recherche, administration, etc.), est quasiment impossible à calculer avec précision tant il est susceptible de varier de jour en jour, de semaine en semaine, et tant l'évaluation subjective de certaines activités (ex. lire des articles scientifiques, voyager pour assister à un colloque) comme du temps de travail est variable d'un individu à un autre. Dans la mesure où les auteures de cet article s'avouent totalement incapables de calculer la durée moyenne de leur propre temps de travail, elles proposent de traiter les déclarations des médecins avec une certaine dose de scepticisme.

⁷ Une récente enquête du Conseil national de l'Ordre des Médecins indique que parmi les principales motivations ayant incité les jeunes médecins à s'installer en libéral, l'indépendance professionnelle, le contact privilégié avec la patientèle et la gestion du temps occupent les trois premières places du classement (CNOM, 2011).

médecins parviennent assez facilement à ajuster leur temps de travail et/ou le rythme de leur activité professionnelle (ce qui n'est pas la même chose) en fonction de divers autres engagements. De nombreux récits recueillis au cours de nos enquêtes de terrain témoignent d'une importante « flexibilité choisie » du temps de travail au cours des parcours biographiques des médecins des deux sexes. Ainsi, la perspective de l'arrivée d'un enfant, un déménagement, un changement d'engagement professionnel de la conjointe ou du conjoint, une rupture conjugale ou biographique, une promotion, un passage de l'exercice libéral à l'exercice salarié sont autant d'évènements qui donnent lieu à une nouvelle « planification des temps » chez les médecins, dont la mise en œuvre ne semble poser aucune difficulté particulière :

[Au moment de l'arrivée imminente d'un deuxième enfant] Je vais essayer de rentrer peut-être un peu plus tôt, de me prendre moins de gardes, réduire mes weekends, et voilà. Ma femme va passer à quatre jours par semaine de travail, ça va laisser un peu de temps (Homme, médecine généraliste en cabinet groupé de centre-ville, 32 ans, marié à une journaliste, 1 fille et 1 enfant à naître, entretien réalisé en 2008).

Pour l'instant, je ne l'envisage pas [augmenter son temps de travail]. Pour l'instant, ça me plaît d'être 3 jours [au travail] et 4 jours à la maison. C'est un bon compromis, d'ailleurs s'ils n'avaient pas accepté le 80 % ici, j'aurais changé; je démissionnais et je partais ailleurs. Mais on m'a dit : « Pas de souci. » Pour trouver en biologie, j'étais mobile, je leur ai dit : « C'est ça ou je m'en vais » (Femme, médecine biologiste salariée à temps partiel [28 h/semaine sur 3 jours], 32 ans, mariée à un pharmacien en reprise d'études de médecine, 2 enfants en bas âge, entretien réalisé en 2009).

Comme nous l'avons montré par ailleurs (Lapeyre et Le Feuvre, 2005), cette « flexibilité choisie » ne se manifeste pas nécessairement dans les durées de travail des médecins. À temps de travail équivalent, les médecins peuvent adopter diverses stratégies de densification ou d'intensification de leurs horaires quotidiens (Lapeyre, 2006a), qui ne sont pas sans effet sur la manière dont le travail s'articule aux autres temps de vie. De telles pratiques se déclinent de manière complexe en fonction du sexe des médecins, de leur inscription dans d'autres catégories d'appartenances (type de spécialité, par exemple) et dans d'autres configurations sociales (étape dans le cycle de vie, modèle conjugal et parental, formes de sociabilité, etc.).

Pour conclure cette première partie, nous pouvons donc dire que l'appréhension objective du temps de travail des médecins s'avère beaucoup plus compliquée que l'on ne pourrait le penser *a priori*. De toute évidence, l'agencement des temps sociaux des médecins constitue un pilier central de leurs identités professionnelles, tant « pour soi » que « pour autrui » (Dubar, 2000). Ainsi, ce que les médecins disent de leur temps de travail, et de la manière dont il s'articule avec d'autres temps sociaux, n'est jamais neutre. En parlant de leurs expériences temporelles, les médecins parlent d'elles et d'eux-mêmes, ils fabriquent une image « présentable » de leur métier, mais ils donnent aussi à voir les normes sociales qui régissent son exercice et se positionnent subjectivement à l'égard de celles-ci. Or comme nous allons le montrer dans la partie suivante, les discours des médecins à propos de leur temps de travail s'inscrivent dans un contexte particulier, où le débordement temporel constitue un pilier central de l'éthos professionnel historique, mais où la limitation du temps de travail émerge comme objet nouveau des revendications corporatistes, visant à faire de l'exercice de la médecine « un travail comme les autres ». Ainsi, pour mieux « décoder » ce que les

femmes et hommes médecins nous disent quand ils parlent de leurs pratiques d'articulation travail/famille, il est nécessaire d'opérer un détour par une mise en perspective de la manière dont les arrangements temporels se muent en enjeux identitaires et statutaires au sein de ce groupe professionnel.

2. Les arrangements temporels : un enjeu identitaire et statutaire au sein de la profession médicale française

À l'échelle macrosociale, les configurations temporelles du travail des médecins s'inscrivent dans un contexte très particulier, caractérisé à la fois par une limitation formelle du nombre de praticiens en exercice (grâce à un *numerus clausus* d'entrée en 2^e année des études de médecine) et par un « marché médical » relativement peu concurrentiel, du fait d'une solvabilité élevée de la patientèle, assurée par le système de sécurité sociale (Hassenteufel, 1997). Malgré diverses tentatives (infructueuses à ce jour) de limitation des dépenses de santé et en dépit de la modification récente des conditions d'accès aux spécialistes⁸, les médecins français exercent dans un contexte économique globalement favorable. Avec quelques variations régionales, ils sont actuellement assurés de revenus stables, du fait d'une patientèle aux besoins de santé apparemment illimités et, surtout, solvable. Les médecins ont beau exprimer de manière récurrente un sentiment de déclassement social (Le Feuvre et Lapeyre, 2011), leurs revenus combinés (exercice libéral + salarié) sont globalement deux fois supérieurs à ceux des cadres (Bellamy, 2011), avec lesquels ils partagent un même niveau de vie, et sont comparables à ceux de la plupart des autres professions libérales⁹ (Attal-Toubert et Legendre, 2007) même si la dispersion des revenus entre spécialités médicales reste forte¹⁰ (Bellamy, 2011).

Du fait des différences sexuées en matière de spécialisation médicale et de temps de travail, les hommes médecins engrangent 1,7 fois plus de revenus que leurs homologues féminines. Toutefois, il n'y a quasiment pas d'effet de sexe sur les niveaux de vie des médecins, puisque celui des hommes ne dépasse celui des femmes que de 2 % (Attal-Toubert et Legendre, 2007). Cela s'explique essentiellement par des différences de situation conjugale. Alors que 90 % des hommes médecins vivent en couple, cela n'est le cas que de 70 % de leurs consœurs. En outre, lorsqu'ils vivent en couple : « les hommes médecins libéraux ont, dans 36 % des cas, une conjointe qui n'a pas d'activité professionnelle déclarée, tandis que seulement 6 % des femmes médecins ont un conjoint qui ne travaille pas » (Attal-Toubert et Legendre, 2007; Breuil-Genier et Sicart, 2005)¹¹. Enfin, 70 % des femmes médecins vivant en couple ont un conjoint appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions

⁸ Désormais régulées par l'obligation de passer par un médecin généraliste « référent », sous peine de pénalités de remboursement pour les consultations dites « hors parcours coordonné », sauf dans certaines situations dérogatoires.

⁹ Seuls les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes libéraux enregistrent des revenus supérieurs, d'environ 10 %, à ceux des médecins (cf. Attal-Toubert et Legendre, 2007).

¹⁰ Les omnipraticiens se situent en bas de l'échelle des revenus d'activité, dans un rapport d'environ 1 à 4 avec les radiologues, de 1 à 3 avec les anesthésistes, de 1 à 2 avec les chirurgiens, de 1 à 1,4 avec les gynécologues (calculs effectués par nos soins, d'après les données du fichier SNIR (CNAMTS), exploitation DREES 2010, voir Bellamy, 2011). Si les dernières données disponibles ne sont pas ventilées par sexe, nous pouvons toutefois constater que le taux de féminisation des différentes spécialités est d'autant plus faible qu'elles sont rémunératrices, les échelles de revenus et les échelles de féminisation présentant une « courbe en ciseaux » quasi parfaite.

¹¹ D'après Breuil-Genier et Sicart (2005) : « Sur la période 1990-2004, 8 % des médecins généralistes libéraux avaient un conjoint actif occupé se déclarant aide familial. »

intellectuelles supérieures, alors que cela est le cas pour seulement 36 % des conjointes de médecins hommes.

Le sentiment d'être soumis à un temps de travail important et largement au-dessus de la moyenne est ainsi au cœur de l'éthos de la profession médicale en France. Cette situation se transforme d'autant plus âprement en sentiment d'injustice (Dubet, 2006) que les médecins comparent systématiquement leurs heures de travail à celles d'autres groupes professionnels avec lesquels ils partagent globalement le même niveau de vie. L'adoption de la loi Aubry de 2001 (généralisation des 35 heures de travail par semaine à l'ensemble des salariés) a indéniablement renforcé un sentiment « d'injustice temporelle » chez les médecins. Ces derniers sont convaincus de travailler plus que le reste de la population et se plaignent même d'être soumis à une forme de « servitude temporelle »¹² alors que leurs revenus stagnent et que les tentatives de régulation étatique de leur activité ne cessent d'accroître. En parallèle de la féminisation de la profession médicale (et sans qu'il ne soit possible d'établir un lien causal simple entre ces deux phénomènes), il devient de plus en plus légitime pour les médecins (libéraux ou salariés hospitaliers) de contester ouvertement la norme de la « disponibilité permanente », qui était imposée et largement acceptée par les générations antérieures de praticiens et praticiennes (même si elle faisait, en réalité, l'objet de multiples aménagements). Ainsi, les tensions autour du temps de travail des médecins infusent les débats politiques et les prises de position syndicales, notamment en ce qui concerne la régulation éventuelle de la liberté d'installation des médecins sur le territoire national. C'est dans ce contexte politiquement chargé qu'il convient d'inscrire les récits des médecins à propos de leur temps de travail en général et de l'articulation travail/famille en particulier. Comme le disent Micheau et Molière :

La plainte assez généralement exprimée du *trop de travail* recouvre tout ou partie de plusieurs catégories de *trop*. Travailler trop, c'est être conscient de travailler plus que la moyenne des actifs, c'est éprouver un certain manque de temps de pause, de respiration ou de temps non professionnel, c'est assez souvent être fatigué. Mais au-delà de cette charge objective, ce qui fait la charge de travail, c'est un certain nombre de situations ou de perceptions. Se distinguent assez clairement quatre registres d'expression d'un *trop-plein* qui sont de nature très différente : trop de confrontations aux difficultés du corps social, trop de paperasse, trop de stress dans le déroulement des journées et semaines et plus globalement trop peu de vie familiale. Tous les praticiens ne sont pas exposés à ces difficultés et quand ils le sont, tous ne les ressentent pas comme une charge insupportable, loin s'en faut (2010 : 12).

Or et c'est là une deuxième difficulté à laquelle toute analyse des arrangements temporels au sein de ce groupe professionnel se trouve confrontée, la notion même « d'articulation des temps de vie » s'inscrit d'emblée en opposition à un héritage culturel qui pèse encore sur les identités professionnelles des médecins, mais qui, comme nous venons de l'évoquer, est de plus en plus souvent contesté, ouvertement ou à demi-mot. Historiquement, l'articulation travail/famille au sein de la profession médicale s'est opérée selon le modèle décrit par Crompton et Lyonette, que nous avons cité en introduction. Les hommes médecins des générations précédentes ont pu faire preuve d'une « disponibilité permanente » grâce à une décharge totale des contraintes

¹² Quand, par exemple, les patients ne respectent pas leurs rendez-vous, ou exigent d'être reçus exclusivement pendant leurs jours de RTT (réduction du temps de travail).

de gestion de la vie quotidienne sur d'autres personnes, notamment leurs conjointes. Nous avons trouvé quelques réminiscences de ce mode d'organisation lors de nos enquêtes de terrain, comme dans le récit que nous a livré, en 2002, un homme médecin spécialiste en ophtalmologie à propos du rythme de vie du « patron » qui l'avait formé dans les années 1970 et du rôle de l'épouse de ce dernier à cette même époque :

Je me souviens très bien que quand il [patron] arrivait de l'hôpital chez lui, pendant qu'il se lavait les mains, sa femme lui coupait la salade. Il mangeait la salade, elle lui coupait la viande, pendant qu'il mangeait la viande à toute allure, elle lui épluchait l'orange. Pendant qu'il buvait le café, elle allait lui sortir la voiture, lui la mettre devant la porte. Il montait dans sa voiture, il partait comme un fou au cabinet, où il y avait déjà trente personnes devant la porte, qui attendaient. Donc, c'était un peu de la folie. Bon, moi, je me suis toujours demandé comment il avait fait pour faire ça, pendant la plupart du temps de sa carrière. J'ai vécu ça un petit peu, à une échelle un peu moindre. Nerveusement, c'est très fatigant, donc si vous voulez, c'est sûr que chez moi, je n'étais pas disponible [...] Donc, j'ai peut-être été de ce point-là un père pas très attentif (Homme, ophtalmologue libéral, 62 ans, marié, 2 enfants, entretien réalisé en 2002).

Évoquer aujourd'hui les pratiques d'articulation travail/famille avec des médecins revient non seulement à leur demander de se situer par rapport à ce modèle « historique » de la division sexuelle du travail, cela les oblige également à se positionner à l'égard de l'éthos professionnel de la « disponibilité permanente », historiquement décliné au masculin.

Ce que les médecins disent de leurs pratiques d'articulation travail/famille doit nécessairement tenir compte de ce contexte sociohistorique et économique très particulier, même si cet héritage apparaît aujourd'hui en flux. À de rares exceptions près¹³, les médecins français ne risquent jamais de manquer de travail. De plus, comme nous venons de le voir, le « marché médical » subventionné leur offre l'occasion d'aménager la durée et des horaires de travail. Cela ouvre de multiples possibilités de gestion des temps de vie et donne à voir une large palette de configurations de l'articulation travail/famille, qui dépendent non seulement des conditions objectives de la vie professionnelle (lieu et mode d'exercice, spécialité, etc.), mais également du positionnement des individus à l'égard des normes de la division sexuelle du travail et à l'égard des normes temporelles de la profession. En guise de conclusion à cette deuxième partie, on peut donc dire que les récits des médecins à propos de leur temps de travail s'inscrivent dans un contexte où l'interprétation des usages du temps, voire leur légitimité, est colorée par un éthos professionnel marqué par le « *trop de travail* » (Micheau et Molière, 2010 : 12). Nos recherches sur les jeunes générations de médecins (Lapeyre et Robelet, 2007a) laissent présager une érosion lente et partielle de ce socle identitaire. Il reste néanmoins à établir dans quelle mesure ces évolutions annoncent une indifférenciation progressive des manières de penser l'articulation travail/famille en fonction des appartenances sexuelles.

¹³ Cela peut arriver momentanément : par exemple lors de l'installation dans un centre urbain à forte densité médicale, où la concurrence entre médecins est plus élevée qu'ailleurs.

3. Appréhender les usages sexués du temps au sein de la profession médicale

Alors que les politiques publiques laissent souvent entendre que la « flexibilité choisie » des horaires de travail constitue un avantage pour les femmes en matière d'articulation travail/famille, quelques recherches sociologiques montrent qu'une grande autonomie dans la régulation des temporalités professionnelles ne débouche pas forcément ni sur des arrangements domestiques les plus égalitaires ni sur les carrières féminines les plus ascendantes (Jarty, 2009; Moreau, 2011). Comme dans le cas des enseignantes du secondaire (cf. l'article de Julie Jarty dans le présent numéro), le fait que les médecins des deux sexes disposent d'une grande latitude dans l'organisation de leur temps de travail ne signifie nullement qu'ils adoptent les mêmes pratiques en matière d'articulation travail/famille ni même qu'ils évoquent ou justifient leurs pratiques (parfois similaires) dans les mêmes termes.

En effet, les récits des médecins sont colorés par des normes de genre. Ainsi, une pratique identique d'aménagement du temps de travail ne sera pas racontée ou interprétée de la même manière en fonction du sexe du médecin. La profession médicale n'échappe pas à la règle du double standard asymétrique, qui accorde une légitimité (ou une stigmatisation) différenciée aux hommes et aux femmes qui organisent leur activité professionnelle afin de garder du temps pour la famille ou pour des loisirs personnels. La manière dont les uns et les autres parlent de ces arrangements temporels en situation d'entretien reflète la conscience qu'ils peuvent avoir de « l'acceptabilité sociale » de leurs propos (et de leurs pratiques). Quand les médecins évoquent leurs « arrangements temporels » et donnent à voir des formes spécifiques « d'articulation » des temps de vie, ils se réfèrent à des normes de genre, ce qui n'est pas sans soulever d'importants enjeux interprétatifs lors de l'exploitation des données recueillies.

Au sein d'une profession fortement marquée par un éthos de la « disponibilité permanente », il paraît nettement plus légitime pour les femmes, surtout si elles ont des enfants, de prendre leurs distances à l'égard de cette norme dominante et de raconter leurs stratégies diverses de limitation de leur temps de travail, ou au moins d'aménagement de leurs charges temporelles (Lapeyre, 2006b) en fonction de leurs « contraintes domestiques ». Chez les hommes, les récits spontanés d'aménagement, voire d'allègement du temps de travail en raison d'impératifs familiaux sont plutôt rares, sauf parmi les jeunes générations (Lapeyre et Robelet, 2007a), où les hommes revendiquent parfois le droit à une « paternité active » (Méda, 2009). Et pourtant, en creusant cette question lors des entretiens, certaines stratégies masculines d'aménagement du temps de travail en fonction de leurs aspirations en matière de vie familiale apparaissent, mais rarement de manière explicite. De toute évidence, les hommes médecins disent utiliser les marges de manœuvre offertes par leur profession différemment des femmes. Autrement dit, les uns et les autres adoptent des registres spécifiques de légitimation de leurs usages temporels.

3.1. Des registres spécifiques de légitimation des usages temporels

Ainsi, il existe une tendance générale chez les femmes médecins à minorer leur temps de travail et leur degré d'implication professionnelle, et ceci, quelles que soient les durées réelles (déclarées) de leur activité professionnelle. Les femmes médecins sont prises entre une double injonction de « disponibilité », à la fois à l'égard de la famille et à l'égard de la profession. En situation d'entretien, elles sont généralement soucieuses de montrer qu'elles sont « suffisamment » disponibles pour la vie familiale et que malgré la longueur de leurs horaires de travail elles ne « négligent » pas pour autant leurs proches. Les récits des femmes médecins sont donc régulièrement ponctués de références à un point « d'équilibre » – atteint ou recherché – même si ce qualificatif est

utilisé pour décrire des arrangements temporels extrêmement hétérogènes. Dans les rares cas où les femmes reconnaissent un « déséquilibre » des temps, celui-ci est presque toujours formulé à propos d'une organisation du travail qui interviendrait au détriment de la vie familiale et du temps disponible pour les enfants (plus rarement du conjoint ou des amis). Dans ce cas, les propos sont extrêmement émotifs, traduisant une souffrance profonde, voire un véritable « mal-être » au travail.

Ainsi, une jeune cardiologue (35 ans, mariée à un ingénieur, 2 enfants en bas âge, entretien réalisé en 2002), associée dans un cabinet libéral en ville, juge très négativement le contrat d'association qui l'engage formellement à calquer son temps de travail (environ 55 heures/semaine) sur celui de son collègue masculin, plus âgé. D'après elle, ce contrat constitue une véritable entrave à la « conciliation » travail/famille, puisqu'elle ne bénéficie d'aucune marge de manœuvre pour gérer les aléas de la vie domestique et familiale, dont elle s'estime prioritairement responsable (« l'indisponibilité » de son conjoint étant acceptée comme une caractéristique inhérente à son statut professionnel). En réalité, cette contrainte contractuelle lui permet de partager équitablement (50/50) les bénéfices du cabinet et amène même son conjoint à aménager ponctuellement ses horaires de travail afin d'assurer une présence parentale auprès des enfants. Il est clairement impossible de comprendre la manière dont cette femme vit (négativement) la rigidité temporelle afférente à la situation professionnelle sans tenir compte du fait que son « indisponibilité » à l'égard de la famille heurte de plein fouet son idéal personnel en matière de division sexuelle du travail. Là où elle se plaint des « difficultés d'articulation travail/famille », d'autres femmes pourraient trouver une parade stratégique au désinvestissement domestique de leur conjoint et se déclarer, de ce fait, tout à fait satisfaites de leurs horaires de travail. Le fait de se déclarer satisfaites ou insatisfaites de leurs arrangements temporels renvoie donc clairement au positionnement des individus à l'égard des normes de genre et ne nous apprend pas grand-chose de leurs conditions temporelles objectives d'exercice.

Chez les hommes, un phénomène quasiment inversé existe : les (éventuels) aménagements du temps de travail sont rarement expliqués (justifiés) en référence à la sphère familiale même quand ils débouchent sur une disponibilité objectivement accrue à l'égard des enfants, par exemple. Ces différences de mise en récit des aménagements temporels en fonction du sexe sont particulièrement visibles quand les pratiques concrètes d'aménagement du temps sont similaires chez les hommes et les femmes, comme lors de l'aménagement volontaire de « trous » dans l'emploi du temps de la semaine.

Chez les hommes, une telle pratique est surtout justifiée par le caractère exigeant de l'activité professionnelle et par la nécessité d'arracher du « temps pour soi », notamment sous la forme de loisirs personnels. Habituellement, ces activités extraprofessionnelles sont présentées comme des exutoires indispensables au maintien du « rythme infernal » du métier. Les loisirs masculins sont ainsi présentés comme des activités permettant aux hommes d'améliorer leurs performances professionnelles, de les rendre plus « efficaces » à l'égard des patients ou employeurs, renvoyant à un « équilibre » beaucoup plus individuel que celui évoqué par la plupart de leurs consœurs.

Je peux développer autre chose à côté qui pour moi est aussi important que la médecine. J'ai une passion, c'est la musique, il faut que je la développe et que je joue, voilà. Ma vie, je ne la conçois pas que sur la médecine. Quand j'y suis, j'y suis. Mais quand je n'y suis plus, je n'y suis plus [...] J'ai des trucs pour moi, et pour mon

équilibre, c'est important que je puisse me ressourcer dans un truc. C'est pour se ressourcer et être équilibré » (Homme, médecine généraliste en cabinet groupé de centre-ville, 32 ans, marié à une journaliste, 1 fille et 1 enfant à naître, entretien réalisé en 2007).

Toujours chez les hommes, l'absence de loisirs personnels, ou la réduction du temps qui leur est consacré, paraît comme le signe majeur d'un « déséquilibre » et s'exprime dans des termes similaires aux propos des femmes qui ont le sentiment de « négliger » leur vie familiale. Généralement, une telle situation est justifiée par les contraintes financières auxquelles ces hommes sont confrontés, dans leur rôle (foncièrement légitime) de « pourvoyeur principal » :

On va dire que les loisirs, ça a été un petit peu... les loisirs ont beaucoup baissé dans la mesure où je me suis remarié, j'ai épousé une femme qui, enfin, bon, qui gagne... alors que ma [précédente] femme étant pharmacienne, nous avons une certaine aisance financière ce qui nous a permis de faire beaucoup de voyages. Chaque année, j'ai fait un voyage, un grand voyage, je n'ai pas parcouru le monde, mais, enfin bon, j'ai fait quand même de beaux voyages, c'était vachement sympa et tout, voilà. Et puis, bon, il a fallu quand même travailler (...). Donc, là, changement : cette espèce de mutation maritale et conjugale a fait que, bon, j'ai quand même plongé pas mal, il a fallu redoubler de présence... euh... redoubler de présence. Actuellement, je travaille entre 8 heures et 10 heures par jour, 5 jours par semaine (Homme, gynécologue-obstétricien libéral, 63 ans, divorcé et remarié, 2 grands enfants, dont 1 fils médecin, entretien réalisé en 2008).

Chez les femmes, les stratégies d'aménagement du temps de travail, qui peuvent tout à fait prendre les mêmes formes objectives de journées ou de demi-journées « chômées », sont presque systématiquement évoquées en référence à la vie familiale et, notamment, à la prise en charge des enfants ou, plus rarement, de l'intendance domestique.

3.2. Une indifférenciation croissante des usages temporels

Et pourtant, une telle sexuation des temps sociaux (ou plutôt des propos tenus au sujet de l'articulation des temps) semble connaître une lente évolution (Lapeyre et Robelet, 2007a, 2007b). La mise au programme politique du « *trop* de travail » des médecins, les conditions économiquement favorables de l'exercice médical en France, le fait que de plus en plus d'hommes médecins vivent avec des femmes actives (et qui tiennent à le rester), la valorisation (discursive) de l'égalité des sexes et de la « paternité active » sont autant de phénomènes qui commencent à ouvrir une brèche dans le schéma antérieur d'une articulation travail/famille (ou plutôt travail/famille/loisirs) pensé (et raconté) de manière contrastée par les médecins des deux sexes.

Ainsi, le désinvestissement familial des hommes médecins perd progressivement son caractère d'évidence. Contrairement à l'idée largement répandue (y compris dans les instances ordinales), les femmes ne sont pas seules à choisir leur spécialité et leur mode d'exercice en fonction des critères d'articulation des temps de vie. Comme en témoignent les récits ci-dessous, cela peut aussi être le cas de certains hommes (et cela est loin d'être le cas de toutes les femmes).

Moi, je n'étais pas fixé, je voulais être médecin généraliste. J'ai eu des rencontres, des entretiens avec des collègues médecins généralistes. Je me suis aperçu que ça devenait... que la réalité n'était pas du tout

celle qu'on pouvait imaginer. La société a beaucoup changé aussi, pendant mes remplacements de médecine générale, ce que j'ai vu c'est que c'était très, très dur... Je commençais à voir que la médecine générale, ce n'était peut-être pas pour moi, qui voulais avoir du temps libre aussi, par ailleurs » (Homme, médecin du travail, salarié, 35 ans, vivant avec une femme médecin dermatologue libérale, 1 fille et 1 enfant à naître, entretien réalisé en 2007).

Même si lui (son père, médecin généraliste), il a 53 ans et il exerce à la campagne, je l'ai vu très peu. Il bossait 12 à 14 heures par jour, il prenait très, très peu de vacances. Au niveau vie de famille, c'est assez limité.

Q : Ce n'était pas du tout ce à quoi vous aspiriez?

C'est clair. Et là, j'ai été fixé assez rapidement. La médecine, c'est clair, mais j'ai une vie à côté. Je veux profiter de ma famille, puisque j'en ai une. Ma femme, ma fille et moi (Homme, médecine généraliste libéral, exerçant en cabinet groupé de centre-ville, 32 ans, marié à une journaliste, 1 fille et 1 enfant à naître, entretien réalisé en 2007).

Bon, oui, je n'étais pas spécialement attirée par la biologie, mais bon, ça ne me déplaisait pas, et puis là aussi c'est les conditions de vie, comment vous dire... euh... pour la famille, c'est des horaires plus « cool » entre guillemets, c'est plus carré, c'est pas de gardes... ou enfin c'est des gardes avec des horaires, donc, voilà quoi (Femme, médecin biologiste, salariée, 32 ans, mariée à un pharmacien en reprise d'études de médecine, 2 enfants en bas âge, entretien réalisé en 2008).

Et pourtant, on voit bien que les termes dans lesquels cette distanciation à l'égard de l'éthos de la « disponibilité permanente » s'exprime ne sont pas forcément identiques selon le sexe : les hommes parlent plutôt de leurs aspirations personnelles (« avoir du temps libre »), y compris en matière de temps familial (« profiter de ma famille »), alors que les femmes formulent davantage leurs choix d'orientation en référence à un intérêt collectif (« pour la famille »). Cette différence apparaît encore plus clairement dans la suite des propos du jeune médecin généraliste, passionné de musique, quand il est invité à expliquer les raisons qui l'ont amené à concentrer son activité professionnelle sur une semaine de quatre jours :

Mes limites, je suis en train de les fixer. Ce n'est pas évident. Mais bon, je veux continuer sur cette lignée-là. Les limites, il faut arriver à les fixer. Je sais pas comment, ce n'est pas évident, mais je vais y arriver [...] Alors, oui, je travaille quatre jours par semaine, justement pour limiter les objectifs, on a pris tous les trois un jour de libre par semaine. Pour moi, c'est le jeudi.

Q : Vous avez choisi ce jour pour vous?

Pour moi et pour ma famille. Mais étant donné que ma femme travaille et que ma fille est chez la nounou, c'est vraiment pour moi. Je fais ce que j'aime en dehors.

Q : Et est-ce qu'à l'avenir vous prendriez éventuellement le mercredi pour vous occuper de votre fille?

Euh, alors, non, parce que le mercredi, c'est mon associé qui l'a et le vendredi, c'est mon autre associé. Si je prendrais un jour intégralement pour m'occuper de ma fille? Le jeudi, si elle est en vacances, ce sera avec plaisir, mais pas tout le temps » (Homme, médecine généraliste libéral, exerçant en cabinet groupé de centre-ville, 32 ans, marié à une journaliste, 1 fille et 1 enfant à naître, entretien réalisé en 2007).

Cette pratique qui consiste à aménager son temps de travail « pour la famille » tout en consacrant ce temps libéré à des loisirs personnels (en confiant l'enfant à une assistante maternelle rémunérée) n'apparaît dans aucun des entretiens que nous avons effectués auprès de femmes médecins.

Toutefois, au fil de nos enquêtes de terrain et de nos observations, nous avons pu nous rendre compte, souvent au détour d'une conversation informelle, une fois l'enregistreur éteint, qu'un certain nombre de femmes médecins développent également d'autres centres d'intérêt et dégagent aussi du temps pour des activités de loisirs strictement personnels. Citons, à titre d'exemple, le suivi de cours intensifs d'anglais par une jeune médecin généraliste, l'obtention du brevet de pilotage d'avion par une jeune pédiatre, la participation régulière à des concours de toilettage de chiens par une médecin généraliste, l'organisation de fréquents voyages de découverte à l'étranger pour une dermatologue, l'exercice d'un mandat d'élue locale ou d'élue ordinale pour plusieurs femmes médecins généralistes, etc. Contrairement à leurs homologues masculins, les femmes justifient rarement de telles pratiques personnelles en référence au besoin de créer des sas de décompression à l'égard d'une activité professionnelle stressante et chronophage. Chez elles, les récits témoignent plutôt d'une tentative de « remettre le travail à sa place » (Méda, 2010), de le considérer comme l'une des composantes (et pas forcément la plus importante) des temporalités multiples dans lesquelles elles sont insérées. Il reste à comprendre pourquoi de tels récits de pratiques de loisirs émergent plus difficilement dans les entretiens menés avec les femmes médecins, en comparaison à ceux réalisés auprès de leurs homologues masculins. À ce stade de nos recherches, nous ne pouvons qu'avancer quelques hypothèses. D'une part, en tant que « nouvelles venues », les femmes sont manifestement soucieuses de témoigner de leur adhésion pleine et entière à l'éthos dominant de la profession médicale, celui de la « disponibilité permanente ». Ce souci est d'autant plus aigu que nombre de discours courants (y compris de la part des décideurs politiques et des instances ordinales) ne cessent d'établir un lien causal entre les diverses manifestations de la « pénurie médicale »¹⁴ et le processus de féminisation de la profession (Le Feuvre, 2008). D'autre part, les activités personnelles que les femmes médecins insèrent dans les interstices de leur semaine de travail apparaissent manifestement, pour beaucoup d'entre elles, comme moins « légitimes » que celles auxquelles leurs confrères s'adonnent, sans qu'il ne soit facile de savoir si c'est la nature de ces activités qui pose problème ou leur existence même. C'est seulement hors enregistrement que les femmes évoquent le fait d'aménager leurs *plannings* de consultation, non pas « pour les enfants », mais plutôt pour faire du *shopping*, aller chez le coiffeur ou l'esthéticienne, retrouver des amies en ville, etc., autant d'activités « typiquement féminines », plutôt fréquentes, et qui sont largement passées sous silence dans le cœur des entretiens. C'est seulement dans de très rares cas

¹⁴ Une « pénurie » qui se manifeste tout autant par une concentration de l'offre médicale dans les zones urbaines, créant des « déserts médicaux » en milieu rural, que par une surcharge des services hospitaliers d'urgence en dehors des horaires standards de travail, faute de disponibilité des médecins traitants en soirée ou le weekend.

que certaines femmes médecins (plutôt célibataires ou sans enfants) témoignent spontanément de la planification de tels « temps pour soi ». Mais dès lors, elles justifient ces pratiques dans des termes proches de ceux développés par leurs homologues masculins, en fonction des besoins de « ressourcement » qu'elles éprouvent à l'égard des exigences de la profession :

Et puis, moi, je prends toutes mes vacances, toutes mes RTT, je suis pas du genre à prendre seulement 4 semaines par an, je me ménage énormément. Si je dois partir, si j'ai fini mon activité, je ne vais pas traîner une heure de plus à l'hôpital à ne rien faire quoi. Si j'ai fini, je m'en vais [...] Avec le métier qu'on a, si on ne préserve pas de notre activité, on devient fou, on devient acariâtre, on devient désagréable. Ce n'est pas possible, on a trop de stress professionnel [...] Moi, j'estime que quand on part, il y a toujours quand même une à deux personnes qui sont là, on n'est pas indispensable. Donc, bon moi, j'ai fait mon travail, je n'ai volé personne, je rentre et je m'occupe de moi (Femme, anesthésiste-réanimatrice, cheffe de clinique hospitalière, 31 ans, en couple avec un infirmier, enceinte au moment de l'entretien, réalisé en 2010).

Conclusion

Le présent article a cherché à explorer quelques-uns des écueils interprétatifs qui jalonnent l'analyse sociologique de l'articulation des temps de vie à l'échelle d'un groupe professionnel particulier, dans un contexte sociétal précis. Nous avons montré que la plupart des recherches sur les pratiques temporelles des médecins – femmes et hommes – se focalisent soit sur des données quantitatives déclaratives, soit sur les récits qualitatifs des professionnels concernés. Or nos enquêtes laissent penser que ces deux types de données sont potentiellement pétris de biais sexués. En effet, même à temps de travail identique, les hommes et les femmes médecins ne décrivent pas leur implication dans le travail professionnel dans les mêmes termes et n'expriment pas leurs pratiques (ou aspirations) en matière d'articulation travail/famille de la même manière. Nous défendons donc l'idée selon laquelle les récits (quantifiés ou discursifs) des médecins à propos de leur temps de travail nous apprennent relativement peu de choses de la réalité de leurs expériences temporelles, et ceci pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, comme dans un certain nombre d'autres groupes professionnels, le « *trop* de travail » constitue un socle historique des identités professionnelles des médecins français, un socle qui commence progressivement à se fissurer, mais nullement de manière univoque ou uniforme. Les récits autour de ce « *trop* de travail », qu'ils expriment une adhésion active, un fatalisme ou une critique à l'égard de la lourdeur des contraintes temporelles professionnelles, nous permettent surtout de saisir le positionnement subjectif des médecins à l'égard de l'éthos professionnel historique de la profession, mais ne nous apprennent pas grand-chose de leurs conditions temporelles objectives et actuelles de travail ni des éventuelles spécificités de sexe en la matière.

Ensuite, le degré d'adhésion ou de distanciation des individus à l'égard de cet éthos professionnel, historiquement décliné au masculin, reste profondément coloré par des normes de genre. La tolérance sociale à l'égard des (éventuelles) transgressions de la « disponibilité permanente » des médecins paraît extrêmement variable selon les appartenances sexuées, tout en étant potentiellement modulable en fonction des configurations familiales, des valeurs individuelles et des « niches » d'exercice. Quelles que soient leurs pratiques réelles en la matière, les femmes médecins, surtout quand

elles ont des enfants à charge, bénéficient d'une légitimité immédiate en matière d'aménagement du travail pour « raisons familiales »; elles se voient relativement facilement accorder le droit de modifier leurs horaires de travail en fonction de leurs calendriers domestiques (même si cela peut avoir des effets délétères sur leur progression de carrière et/ou sur leurs revenus). Dans un contexte professionnel caractérisé par une grande « souveraineté temporelle », elles n'éprouvent aucune difficulté particulière quant à la mise en œuvre des aménagements souhaités. Il paraît alors assez logique qu'en situation d'entretien elles convoquent spontanément des choix opérés « pour préserver l'équilibre de la vie familiale » dès qu'il s'agit de justifier leurs choix en matière de temporalités professionnelles, et cela même quand de tels choix leur offrent également des possibilités de récupérer du « temps pour soi », sous forme d'activités de détente ou de loisirs.

Chez les hommes, le souci de rechercher ou d'atteindre un certain « équilibre travail/famille » paraît nettement moins légitime aux yeux des enquêtés eux-mêmes, et les éventuels aménagements du temps de travail qu'ils opèrent sont le plus souvent justifiés par une rhétorique de la « performance professionnelle ». Le plus souvent, les hommes disent aménager leurs horaires de travail principalement dans le but de dégager du « temps de récupération » permettant de faire face au « rythme infernal » de l'activité professionnelle, alors même que de telles pratiques peuvent également déboucher sur une augmentation objective du temps disponible pour la vie familiale (et peuvent même être motivées par un tel objectif). Pourtant, à l'inverse des femmes, rares sont les hommes médecins à évoquer spontanément des objectifs d'articulation travail/famille en situation d'entretien. Nous pensons que de telles ellipses (qui seraient le pendant masculin de l'évacuation des « temps pour soi » dans les récits spontanés de la plupart des femmes médecins) témoignent surtout et avant tout de la construction sociale de l'articulation travail/famille en tant que prérogative féminine. Cette injonction à la « conciliation » au féminin paraît être largement intériorisée par les femmes médecins elles-mêmes et semble être très largement partagée par leurs confrères. En tout cas, l'aménagement de l'investissement professionnel des femmes « pour raisons familiales » (voire l'évocation des circonstances exceptionnelles qui empêcheraient un tel aménagement) émerge très facilement dans les récits des femmes médecins, en l'absence de toute sollicitation particulière de notre part.

En parallèle, la déclinaison au masculin de l'éthos professionnel de la « disponibilité permanente » semble être largement admise et acceptée par l'ensemble du corps médical. De ce fait, il s'avère assez difficile pour les hommes qui manifestent une posture critique à l'égard de cet éthos d'exprimer ouvertement leurs pratiques (ou aspirations) en matière d'aménagement du temps de travail, sauf à justifier ces dernières en référence à l'amélioration de leurs performances proprement professionnelles. Et pourtant, sous l'effet de relances répétées, la grande majorité des hommes médecins que nous avons interviewés au fil du temps évoquent bien, même si c'est seulement « en creux » (en référence à une « paternité absente » et souvent regrettée), les enjeux de l'articulation travail/famille au masculin.

Ce retour sur les données issues de plusieurs vagues d'enquêtes de terrain nous permet donc de conclure avec un mot de caution à propos des recherches sociologiques sur les arrangements temporels au sein des groupes professionnels. Il nous semble qu'en l'absence d'une prise en compte des enjeux temporels qui traversent l'éthos de tel ou tel groupe professionnel et en l'absence d'une reconnaissance des normes sexuées qui infusent les récits de ses membres, il existe un risque réel de « sursexuation » des pratiques en matière d'articulation travail/famille. Au sein de la profession médicale française, des spécificités sexuées existent, indéniablement. Il demeure néanmoins extrêmement difficile de les chiffrer avec

précision, notamment parce que ce que les hommes et les femmes médecins disent de leurs pratiques temporelles (tout autant que ce qu'ils et elles font de leur temps) est déjà largement fonction de leurs positionnements subjectifs, et à l'égard de l'éthos de la « disponibilité permanente », et à l'égard des normes en matière de division sexuelle du travail ou de « régimes de genre » (Le Feuvre, 1999). Ainsi, le souci d'acceptabilité sociale qui se manifeste dans la manière dont les hommes et les femmes médecins mettent leurs pratiques temporelles en chiffres ou en récit doit nous alerter du risque réel qu'encourent les sociologues à produire un effet de « miroir grossissant » à propos des spécificités sexuées en matière d'articulation travail/famille, et ceci au sein de n'importe quel groupe professionnel.

Bibliographie

- Attal-Toubert, K. et N. Legendre. 2007. "Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres", *Etudes & Résultats*, Vol. 578, p. 1-8.
- Bellamy, V. 2011. "Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010", *Etudes et Résultats*, Vol. 786, p. 1-8.
- Bouffartigue, P. et M. Bocchino. 1998. "Travailler sans compter son temps? Les cadres et le temps de travail", *Travail et emploi*, Vol. 74, p. 51-64.
- Bouffartigue, P. et J. Bouteiller. 2006. "Jongleuses en blouse blanche : la construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières", *Temporalités: Revue de sciences sociales et humaines*, Vol. 4, p. 25-41.
- Breuil-Genier, P. et D. Sicart. 2005. "La situation professionnelle des conjoints de médecins", *Etudes & Résultats*, Vol. 430, p. 1-8.
- Castel, R. 2003. *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Paris, Seuil.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2011. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011*, Paris, CNOM.
- Crompton, R. (dir.). 1999. *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford, Oxford University Press.
- Crompton, R. et N. Le Feuvre. 2003. « Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France », *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 23, n° 4-5, p. 36-58.
- Crompton, R., S. Lewis et C. Lyonette. (dir.). 2007. *Women, Men, Work and Family in Europe*, London, Palgrave.
- Crompton, R. et C. Lyonette. 2006. "Work-Life 'Balance' in Europe", *Acta sociologica*, Vol. 49, n° 4, p. 379-393.
- Dubar, C. 2000. *La crise des identités: L'interprétation d'une mutation*, Paris, Presses universitaires de France.
- Dubet, F. 2006. *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil.
- Fauvet, L. 2012, "Les médecins au 1^{er} janvier 2012", *Études et résultats*, n° 796, mars.
- Fivaz, C. et S. Le Laidier. 2001. "Une semaine d'activité des généralistes libéraux", *CNAMTS, Point Stat*, vol. 33.
- Fusulier, B. 2011. *Articuler vie professionnelle et vie familiale. Etude de trois groupes professionnels: les infirmières, les policiers et les assistants sociaux*, Louvain-la-Neuve, PUL.
- Hassenteufel, P. 1997. *Les médecins face à l'Etat : Une comparaison européenne*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Jakoubovitch, S. Bournot, M-C, Cercier, E., Tuffreau, F., 2012. "Les emplois du temps des médecins généralistes", *Etudes et résultats*, n° 797, mars.
- Jarty, J. 2009. "Les usages de la flexibilité temporelle chez les enseignantes du secondaire", *Temporalités: Revue de sciences sociales et humaines*, vol. 9, p. 1-15.

Lapeyre, N. 2008. "De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de l'éthos professionnel", dans *Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe*, sous la dir. de B. Le Bihan-Youinou et C. Martin, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 215-230.

Lapeyre, N. 2006a. "Comprendre les temporalités de la féminisation des groupes professionnels", dans *Les temporalités sociales: Repères méthodologiques*, sous la dir. de G. De Terssac et J. Thoemmes, Toulouse, Octarès, p. 133-147.

Lapeyre, N. 2006b. *Les professions face aux enjeux de la féminisation*, Toulouse, Octarès.

Lapeyre, N. et N. Le Feuvre. 2005. "Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé", *Revue française des affaires sociales*, Vol. 1, p. 59-81.

Lapeyre, N. et N. Le Feuvre. 2004. "Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de 'conciliation travail-famille' dans les professions libérales en France", *Nouvelles questions féministes*, Vol. 23, n° 3, p. 42-58.

Lapeyre, N. et M. Robelet. 2007a. "Du temps professionnel total à la régulation des temps sociaux: Les jeunes générations de médecins devant l'émergence d'un nouvel éthos temporel", *Loisir & Société / Society & Leisure*, vol. 29, no 1, p. 57-78.

Lapeyre, N. et M. Robelet. 2007b. "Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes", *Sociologies pratiques*, vol. 14, p. 19-30.

Le Feuvre, N. 2008. "La féminisation des professions 'masculines': Enjeux sociaux et approches sociologiques", dans *Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, sous la dir. de Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat et A. Vilbrod, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 307-324.

Le Feuvre, N. 2006. "Le genre des temporalités sociales", dans *Les temporalités sociales: Repères méthodologiques*, sous la dir. de G. De Terssac et J. Thoemmes, Toulouse, Octarès, p. 29-44.

Le Feuvre, N. 1999. "Gender, Occupational Feminisation and Reflexivity", dans *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, sous la dir. de R. Crompton, Oxford, Oxford University Press, p. 150-178.

Le Feuvre, N. 1992. "Les temps sociaux du travail et du loisir: Le cas des mères de famille en France", *Loisir et société / Society and Leisure*, Vol. 15, n°1, p. 95-114.

Le Feuvre, N. et N. Lapeyre. 2011. "Féminisation et aspiration à une meilleure 'qualité de vie': Dynamique majeure des classes moyennes supérieures", dans *Cadres, classes moyennes: Vers l'éclatement?*, sous la dir. de P. Bouffartigue, C. Gadéa et S. Pochic, Paris, Armand Colin, p. 224-233.

Le Fur, P., Y. Bourgueil et C. Cases. 2009. "Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles", *Questions d'économie de la santé*, vol. 144.

Letablier, M.-T. 2009. "Travail et parentalité: Des régimes de conciliation variables en Europe", dans *Conciliation travail-famille: Attention travaux*, sous la dir. de C. Nicole-Drancourt, Paris, l'Harmattan, p. 77-88.

Méda, D. 2010. *Travail: La révolution nécessaire*, Paris, Editions de l'Aube.

Méda, D. 2009. "Les conditions d'une paternité active", dans *Conciliation travail-famille: Attention travaux*, sous la dir. de C. Nicole-Drancourt, Paris, l'Harmattan, p. 181-188.

Micheau, J. et E. Molière. 2010. "L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail ", *Dossiers solidarité et santé*, vol. 15, p. 1-15.

Moreau, M.-P. 2011. *Les enseignants et le genre: Les inégalités hommes-femmes dans l'enseignement du second degré en France et en Angleterre*, Paris, Presses universitaires de France.

Nicole-Drancourt, C. (dir.). 2009. *Conciliation travail-famille: Attention travaux*, Paris, l'Harmattan.

Niel, X. et J.-P. Perret. 2002. "Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix", dans *Données sociales 2002-2003*, sous la dir. de Insee, Paris, La Documentation française, p. 385-391.

Niel, X. et A. Vilain. 2001. "Le temps de travail des médecins: l'impact des évolutions socio-démographiques", *Etudes & Résultats*, vol. 114, mai, p. 1-6.

Pailhé, A. et A. Solaz. 2010. "Concilier, organiser, renoncer : Quel genre d'arrangements", *Travail, genre & sociétés*, vol. 24, p. 29-46.

Pérvier, H. et R. Silvera. 2010. "Maudite conciliation", *Travail, genre & sociétés*, vol. 24, p. 25-27.

Rouch, J.-P. 2006. "Une approche compréhensive des emplois du temps: Cahiers-temps et chronostyles", dans *Les temporalités sociales: Repères méthodologiques*, sous la dir. de G. de Terssac et J. Thoemmes, Toulouse, Octarès, p. 105-120.

de Singly, F. 2000. "Le changement de la famille", dans *La sociologie française contemporaine*, sous la dir. de J.-M. Berthelot, Paris, Presses universitaires de France, p. 185-198.

Tremblay, D.-G. 2006. "Articulation emploi-famille et temps sociaux: arrangements sexués et usages différenciés du temps chez les pères et mères", dans *Les temporalités sociales: Repères méthodologiques*, sous la dir. de G. De Terssac et J. Thoemmes, Toulouse, Octarès, p. 91-103.

Walby, S. 2004. "The European Union and Gender Equity: Emergent Varieties of Gender Regime", *Social Politics*, vol. 11, n°1, p. 4-29.