

Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé

Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre*

■ Introduction

La féminisation du corps médical constitue un phénomène présent dans quasiment tous les pays occidentaux, même si elle prend des dimensions spécifiques dans chaque contexte sociétal. Dans les années quatre-vingt-dix, les femmes représentaient environ 70 % des médecins en exercice en Russie, 50 % en Finlande, 40 % en Suède, 35 % au Danemark (Riska, 2001), mais seulement 30 % en Grande-Bretagne, France, Suisse et aux USA (Rosende, 2004, p. 25). L'arrivée des femmes dans ce groupe professionnel s'est opérée selon un calendrier et des modalités chaque fois différentes, même si quelques caractéristiques communes des modes d'exercice des femmes peuvent être identifiées (Crompton *et al.*, 1999).

En France, malgré la présence de quelques rares femmes médecins dès la fin du XIX^e siècle, le processus de féminisation s'est véritablement amorcé à partir des années soixante-dix, sous l'influence directe de l'accès croissant des femmes aux études supérieures (Crompton et Sanderson, 1986) et de l'expansion générale de la démographie médicale (Paicheler, 2001). À l'heure actuelle, les femmes représentent plus de 40 % des médecins en exercice et la parité devrait être atteinte à l'horizon de 2020 (Niel, 2002, p. 3).

Ayant désormais pris des proportions massives en France, le processus de féminisation suscite pourtant relativement peu de commentaires, que ce soit au sein même des instances de décision et de régulation de la profession médicale, au niveau ministériel ou dans des travaux de recherche en sciences sociales¹. De plus, les rares analyses systématiques de ce phénomène proposées à ce jour aboutissent à des conclusions quelque peu contradictoires quant aux effets potentiels de la féminisation sur les dynamiques professionnelles à l'œuvre et sur l'avenir de la profession dans son ensemble.

D'une part, les instances de décision et de régulation de la profession médicale en France (ministère de la Santé, Conseil national de l'ordre des médecins), ainsi que les organismes syndicaux, n'accordent qu'une attention indirecte aux effets de la féminisation. Les données statistiques sur les

* Nathalie Lapeyre : docteure en sociologie, chargée de mission, université Toulouse – Le Mirail.
Nicky Le Feuvre : maître de conférences, université Toulouse – Le Mirail.

¹ En France, les travaux sociologiques portant spécifiquement sur ce phénomène sont nettement moins nombreux que dans la plupart des autres pays occidentaux.

modes d'exercice et les pratiques professionnelles des médecins (lieux et temps de travail, durée des consultations, prise en charge des gardes et des visites à domicile, nature des prescriptions, caractéristiques sociologiques de la patientèle, etc.) sont désormais sexuées, certes, mais jamais de manière à permettre des analyses fines sur les déterminants des éventuelles spécificités d'exercice des femmes (ou des hommes) et de leur évolution dans le temps. En l'absence de données statistiques détaillées et fiables, toutes les interprétations de ce phénomène sont permises. Ainsi, de l'analyse de la littérature disponible sur ce thème, nous avons pu dégager deux grilles concurrentielles de lecture des effets – réels ou potentiels – de la féminisation sur les pratiques professionnelles et sur les conditions d'offre de soins médicaux en France.

D'une part, on peut identifier des travaux, des textes ou des discours qui adoptent ce que l'on peut appeler une grille de lecture « universaliste » de ce phénomène. La féminisation du corps médical est citée occasionnellement comme l'un des facteurs qui va influencer l'avenir de la profession (au moment de la fixation du *numerus clausus* d'accès en deuxième année de médecine ou dans l'orientation des internes vers telle ou telle spécialité, par exemple), mais elle vient loin derrière d'autres facteurs, tels le vieillissement de la population, les innovations techniques, les objectifs de limitation des dépenses publiques de santé ou le maintien du « niveau de vie » de quelques spécialités en perte d'attractivité, dans la liste des déterminants des pratiques professionnelles du corps médical dans un avenir plus ou moins proche. Les auteurs qui adoptent cette perspective supposent donc, de manière plus ou moins implicite, que les femmes « sont des médecins comme les autres » (Mossuz-Lavau et de Kervasdoué, 1997) et qu'elles vont calquer leurs modes d'exercice sur « l'ethos professionnel » (Acker, 1990 ; Aubert, 1986 ; Lapeyre, 2004) défini et mis en œuvre par les générations précédentes de médecins, composées majoritairement d'hommes.

D'autre part, quelques travaux, textes ou discours internes à la profession, y compris les rares études commanditées sur ce thème par les instances de décision de la profession médicale en France insistent, au contraire, sur les « spécificités » des femmes médecins et sur la manière dont leurs pratiques professionnelles se différencient de celles de leurs confrères (Carton *et al.*, 2000 ; Ulmann *et al.*, 2001). S'inscrivant dans une perspective d'inspiration plutôt « essentialiste », ces études laissent entendre que la féminisation du corps médical constitue un enjeu majeur, voire un « risque », pour l'avenir de la profession tout entière. Dans ce cas, les femmes sont pensées principalement en fonction de « leurs » charges domestiques et éducatives et ces dernières sont censées déterminer en grande partie leurs modes d'exercice. De ce fait, on craint que la féminisation n'entraîne une dévalorisation généralisée du statut de médecin (Cacouault, 2001), dans la mesure où elle s'accompagne (apparemment nécessairement) d'une remise en question des principes de la « disponibilité permanente » des médecins à l'égard des malades et d'une réduction des niveaux moyens de rémunération des médecins.

Dans cet article, nous proposons une grille de lecture des enjeux de la féminisation pour l'avenir de la profession médicale qui évite les écueils de ces deux paradigmes dominants (Le Feuvre *et al.*, 2003). Au-delà de l'analyse secondaire des données statistiques disponibles à ce jour sur la profession médicale, la construction de cette grille de lecture repose sur les enseignements tirés d'une centaine d'entretiens biographiques approfondis, effectués en trois vagues successives au cours des années 1992-2002 (Crompton et Le Feuvre, 1997 ; Crompton *et al.*, 1999 ; Lapeyre, 2004 ; Le Feuvre, 2001 ; Le Feuvre *et al.*, 2003), auprès de femmes et d'hommes médecins exerçant dans différents secteurs d'activité et présentant divers parcours professionnels et familiaux.

Tout d'abord, nous montrons que les femmes médecins tendent effectivement à adopter quelques pratiques spécifiques, notamment en matière de gestion temporelle de l'exercice médical. Elles intègrent davantage que les hommes des générations précédentes les contraintes de l'interface travail-famille et délaissent, de ce fait, les modes d'exercice et les spécialités identifiées comme étant les plus « chronophages » ou impliquant une organisation temporelle imprévisible à l'avance (Crompton *et al.*, 1999 ; Lapeyre, 2004). Toutefois, de telles stratégies de limitation des « débordements temporels » de l'exercice médical sur les autres sphères de la vie tendent progressivement à perdre de leur spécificité féminine. En effet, à partir du moment où les hommes médecins se trouvent en couple avec des femmes diplômées qui tiennent à rentabiliser leurs études sur le marché de l'emploi, il leur est de plus en plus difficile de se conformer aux principes de l'ethos, qui a longtemps prévalu dans l'ensemble des professions libérales.

Aujourd'hui, seulement une petite minorité d'hommes médecins continuent de bénéficier de la participation directe de leurs épouses « inactives » à leurs carrières professionnelles. Autrement dit, les épouses d'hommes médecins « épousent » de moins en moins souvent la carrière médicale de leur conjoint (Finch, 1983), que ce soit par la prise en charge du secrétariat et de la gestion comptable d'un cabinet, par une sociabilité tournée essentiellement vers le développement de la patientèle de leurs époux ou par une prise en charge totale du travail domestique et éducatif. Si nos propres enquêtes de terrain confirment la répartition encore très inégalitaire du travail domestique et éducatif entre les hommes médecins et leurs épouses et entre les femmes médecins et leurs époux (Le Feuvre *et al.*, 2003), l'assignation prioritaire des femmes à la sphère domestique ne va manifestement plus de soi. Même si les ménages composés d'au moins un médecin adoptent très souvent des stratégies d'externalisation du travail domestique et de la prise en charge de la petite enfance, les tensions autour de la disponibilité des hommes médecins vis-à-vis de la sphère familiale et la sociabilité conjugale deviennent de plus en plus vives.

Ainsi, si la féminisation du corps médical participe indubitablement aux dynamiques de la profession, son influence va bien au-delà de la seule présence numérique des femmes. Si les hommes continuent de dominer les

échelons supérieurs de la profession, ils n'échappent pas pour autant aux exigences de modification de leurs propres rapports à l'exercice médical et à la sphère domestique et familiale. L'analyse des dynamiques professionnelles exige donc une attention particulière à la dynamique du genre (Le Feuvre, 2003) comme principe d'organisation de l'exercice médical.

■ Panorama de la féminisation de la profession médicale en France

Après la levée des barrières institutionnelles interdisant l'accès des femmes aux professions supérieures, la présence des femmes au sein des professions libérales a connu une croissance régulière, en France, comme ailleurs. Entre 1960 et 2000, le taux de féminisation des professions libérales a doublé, passant de 20 % à presque 40 %. L'histoire de la profession médicale témoigne d'une féminisation ancienne, fruit de l'explosion démographique de la population médicale française depuis la fin des années soixante : les femmes représentaient 13,8 % des médecins libéraux en 1968 et 24,3 % en 1982 (CREDOC, 1983). Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la croissance du nombre de femmes médecins s'est activement poursuivie, puisqu'elles représentaient 29,6 % des médecins en exercice en 1990 (Kaminske, 1995), 36,4 % en 2001 (Niel, 2002) et 37,2 % en 2003 (Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS], 2004, p. 46). Cette féminisation s'inscrit pleinement dans les changements structurels de la profession médicale au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. Elle ne correspond nullement à une substitution des hommes médecins par les femmes, puisque le nombre de médecins des deux sexes connaît une progression constante au cours de cette période. Au contraire : « elle accompagne une expansion globale du nombre de praticiens » (Paicheler, 2001, p. 182). Actuellement, un nouveau diplômé en médecine sur deux est une femme. De même, près de 65 % des étudiants en deuxième année de médecine sont des étudiantes (Labarthe et Hérault, 2003, p. 3 ; Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS], 2004, p. 19).

Les projections statistiques avancent l'hypothèse d'un dépassement de la barre des 40 % d'ici 2010 et des 50 % vers 2020 (Niel, 2002). Certes, les femmes n'ont pas intégré tous les secteurs de la médecine au même rythme. Elles ont longtemps été surreprésentées parmi les médecins spécialistes exerçant en cabinet de ville, surtout dans certaines spécialités médicales (dermatologie, pédiatrie, gynécologie médicale) (Bungener et Paicheler, 1994 ; Herzlich *et al.*, 1993). En 2003, les femmes représentent 36,8 % des omnipraticiens et 37,5 % des spécialistes. Ainsi, à l'heure actuelle, les femmes représentent 56 % des médecins âgés de moins de 35 ans, 41 % de ceux âgés entre 35 et 50 ans et 29 % des plus de 50 ans (voir l'article de Bessière dans ce numéro).

Répartition des femmes par type de spécialités

Un premier niveau d'appréhension des disparités sexuées réside dans la répartition des femmes par type de spécialité : les femmes sont surreprésentées dans les spécialités médicales « relationnelles », en dermatologie (61 %), gynécologie médicale (88 %) et en pédiatrie (56 %), alors qu'elles accèdent moins facilement aux spécialités médicales faisant appel aux appareillages techniques (Chabaud-Rychter et Gardey, 2002) ; en cardiologie, par exemple, elles ne dépassent toujours pas la barre des 15 % (Simon et Niel, 1999). De même, leur place dans les spécialités chirurgicales demeure très symbolique ; moins de 5 %. L'exemple de la chirurgie – spécialité prestigieuse et relativement bien rémunérée – permet de penser que les femmes continuent de faire les frais des stratégies masculines d'exclusion (Allen, 1988 ; Crompton *et al.*, 1999), mais il traduit également des « choix » effectués par les femmes elles-mêmes, notamment en matière de gestion de l'interface travail-famille (Crompton et Le Feuvre, 1997).

Mode et lieu d'exercice professionnel

Un deuxième niveau d'appréhension des disparités sexuées réside dans la différenciation des modes et des lieux d'exercice professionnel. Les femmes médecins sont surreprésentées dans l'exercice salarié ; elles représentent 28 % des médecins exerçant en cabinet libéral, contre 47 % des médecins salariés (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998). Il convient néanmoins d'apporter deux précisions à propos du salariat. Tout d'abord, il existe à l'heure actuelle en France davantage d'hommes médecins salariés que de femmes (Simon et Niel, 1999)¹. Deuxièmement, l'exercice salarié de la médecine recouvre des réalités très différentes : les postes salariés sont occupés à la fois par l'élite hospitalo-universitaire de la profession (PUPH) et par les membres des spécialités non prescripteurs (santé publique, médecine du travail, etc.), situées plutôt en bas de la hiérarchie interne. Même dans les branches les moins prestigieuses de la profession, il y a « salariat et salariat » (Le Feuvre *et al.*, 2003 : 107) et rien ne permet de penser que le salariat implique nécessairement un moindre investissement temporel des praticien(ne)s que l'exercice hospitalier ou en cabinet de ville, surtout quand il s'agit d'emplois d'encadrement.

Toujours est-il que près de la moitié des femmes médecins exercent en cabinet libéral de ville et la féminisation de la profession a largement contribué à renforcer ce mode d'exercice dominant parmi les médecins en France (Gottely et Vilain, 1999, p. 17). Toutefois, au sein de l'exercice libéral, quelques spécificités féminines apparaissent. Les femmes semblent

¹ L'écart est de 4 580 personnes, soit 40 440 hommes et 35 861 femmes en 1999. Il passe à 10 214 dans les modes d'exercice « mixtes » (libéral + salarié), soit 16 929 hommes et 6 715 femmes.

moins investies que les hommes dans les cabinets de groupe, notamment quand elles sont installées en tant que médecin généraliste : chez les omnipraticiens, elles représentent 24,9 % des médecins exerçant en cabinets de groupe ou de société, contre 28,4 % des médecins exerçant en cabinet individuel (Darriné et Niel, 2001). Ce résultat est d'autant plus surprenant qu'il contredit les observations effectuées dans d'autres pays, selon lesquelles les femmes privilégieraient l'exercice de groupe en vue d'obtenir une plus grande « souveraineté temporelle » (Crompton et Le Feuvre, 1997, p. 58).

Par ailleurs, quel que soit leur mode d'exercice, les femmes médecins ne se répartissent pas de la même manière que leurs confrères sur l'ensemble du territoire national. Le taux de féminisation du corps médical est d'autant plus élevé que la taille de la commune est grande (Sicart, 2000). L'Ile-de-France regroupe à elle seule plus de 30 % des femmes médecins en exercice (contre 20 % des hommes).

Durée du travail

Un troisième niveau d'appréhension des disparités sexuées réside dans la durée du travail. Après une relative stabilité de la durée hebdomadaire de travail déclarée par les médecins durant les années quatre-vingt, celle-ci évolue à la hausse depuis 1992. La durée moyenne de travail passe de 49 heures par semaine en 1989 à 51 heures en 2001 (Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS], 2004, p. 46) et ceci malgré les effets de la féminisation croissante du corps médical, du développement du temps partiel (10 % en 1992, 11,5 % en 1999) et d'une tendance générale à la réduction des temps de travail dans les autres secteurs d'activité (Fagnani et Letablier, 2004). Chez les médecins, nous assistons donc à un accroissement annuel de 21 minutes de travail par semaine, apparemment lié aux stratégies de maintien du niveau de vie en l'absence d'une revalorisation monétaire des consultations et des actes (Niel et Vilain, 2001).

Les enquêtes disponibles à ce jour apportent trois enseignements à ce propos. Tout d'abord, la durée moyenne de travail des femmes médecins est inférieure à celle de leurs confrères. Sur la période 1992-2001, les femmes médecins ont travaillé en moyenne 6 heures 11 minutes de moins par semaine que leurs confrères, soit un différentiel annuel d'environ 6 % (Niel et Vilain, 2001). Deuxièmement, les durées de travail des femmes médecins sont largement supérieures aux temps de travail d'autres catégories de femmes sur le marché de l'emploi en France (INSEE, 2004). Elles atteignent en moyenne une durée déclarée de 50 heures par semaine. Même si 25 % des femmes médecins déclarent travailler à temps partiel (Niel et Vilain, 2001), la durée moyenne de ce mode atypique d'exercice de la médecine les rapproche davantage des femmes salariées à temps plein que des autres salariées à temps partiel. À titre de comparaison, la durée hebdomadaire de travail des omnipraticiennes à « temps partiel » était de 33,9 heures en 1999, soit seulement une heure de moins que le temps de

travail légal à temps plein (Simon et Niel, 1999). Enfin, la dernière décennie montre plutôt une tendance au rapprochement des temps de travail des hommes et des femmes médecins. Mesurée à partir des honoraires perçus, l'activité moyenne d'une femme généraliste libérale représente actuellement plus de 70 % de celle d'un homme, contre 60 % il y a dix ans. Or, si l'activité moyenne de chacun des sexes s'était stabilisée par rapport à celle observée en 1989, l'activité moyenne annuelle de l'ensemble des omnipraticiens libéraux aurait dû diminuer de 3,5 %, du simple fait de l'augmentation de la part des femmes dans la population de référence. Dans les faits, cette activité a augmenté de 12 % entre 1989 et 2002, essentiellement sous l'influence d'une modification de la pyramide des âges au sein de la profession (Niel et Perret, 2002, p. 386). Si ce « rattrapage » se poursuit au même rythme dans les années à venir, l'égalisation de l'activité des hommes et des femmes généralistes libéraux devrait être atteinte vers 2025 (Niel, 2002, p. 5).

Revenus

Un quatrième niveau d'appréhension des disparités sexuées réside dans les écarts de revenus. En moyenne, les hommes médecins ont un revenu brut qui est plus de deux fois supérieur à celui de leurs consœurs. La répartition des femmes dans les différents secteurs de la profession explique en grande partie de tels écarts de revenus, mais la sous-rémunération des femmes existe également au sein de chaque spécialité et de chaque mode d'exercice. Elle s'explique par le fait que les femmes médecins ont des temps globaux de consultation plus longs que leurs confrères. De ce fait, elles effectuent moins d'actes que les hommes dans un même laps de temps et elles consacrent également une part plus réduite de leur temps de travail aux activités les plus rémunératrices, telles les visites à domicile. En 1993, les femmes spécialistes avaient réalisé un nombre moyen d'actes inférieur de 31 % à celui réalisé par leurs confrères. Toutefois, sur ce point, l'écart sexué se resserre également peu à peu. L'activité des femmes médecins âgées de 55 ans est en moyenne inférieure de 14 % à celles âgées de moins de 55 ans (Vilain et Niel, 1999).

Enfin, en dépit de tous les indices confirmant l'inexorable avancée des femmes au sein de la profession médicale, force est de constater qu'elles demeurent sous-représentées dans les instances de régulation professionnelle (seulement deux femmes ont siégé à ce jour au Conseil national de l'ordre des médecins), dans les syndicats et autres associations professionnelles (Le Feuvre *et al.*, 2003, p. 250).

Ainsi, malgré le maintien de différences substantielles dans les modes d'exercice, les temps de travail et les revenus des hommes et des femmes médecins au cours des trente dernières années, les lignes de la division sexuelle du travail médical semblent actuellement s'atténuer ou devenir plus floues (Crompton *et al.*, 1999). En dépit du maintien d'une ségrégation

verticale et horizontale au sein même de la profession médicale, un nombre non négligeable de femmes accède désormais à la possibilité d'occuper des emplois relativement prestigieux et bien rémunérés, voire de construire une carrière professionnelle ascendante (Crompton et Le Feuvre, 1997). Il semble légitime de postuler que ce changement aura des conséquences indirectes, à terme, sur les dynamiques à l'œuvre au sein même de la profession médicale et, plus largement, sur les rapports sociaux de sexe.

■ La dynamique du genre dans les configurations actuelles de la profession médicale

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, d'augmentation concomitante de la demande de soins médicaux, de tentatives de réduction des dépenses publiques de santé, de stagnation de la démographie médicale et de baisse relative des revenus dans certaines spécialités médicales, nous avons montré que la féminisation du corps médical a des conséquences majeures directes sur les conditions de l'offre et de l'accès aux soins médicaux à l'heure actuelle en France. Les femmes connaissent une répartition spécifique entre les différents secteurs d'activité médicale (généralistes/spécialistes ; salariés/libéraux), entre les différentes spécialités et les lieux d'exercice. Elles adoptent des pratiques spécifiques en matière de temps de travail, y compris au niveau des visites à domicile et des gardes. Elles effectuent en moyenne moins d'actes que leurs confrères, notamment parce qu'elles consacrent plus de temps à chaque patient, mais elles connaissent, de ce fait, des revenus moins élevés que leurs confrères, à statut, spécialité et ancienneté égaux.

Toutefois, de notre point de vue, les effets de la féminisation de la profession médicale constituent davantage un révélateur des dynamiques du genre à l'œuvre dans les classes moyennes et supérieures de la société française contemporaine que la traduction directe de « spécificités féminines » immuables. Si la féminisation a bel et bien des conséquences sur les dynamiques professionnelles, les changements de comportement qu'elle amène sont susceptibles de concerner l'ensemble des praticien(ne)s d'aujourd'hui et, surtout, de demain. Afin de saisir les enjeux de la féminisation du point de vue des dynamiques professionnelles, il est donc nécessaire de revenir sur une analyse plus qualitative de la gestion de l'interface travail-famille chez les médecins des deux sexes.

La réduction progressive des écarts entre les hommes et les femmes en matière de modes d'exercice et de temps de travail est souvent appréhendée comme le résultat direct d'un alignement progressif des femmes sur le modèle masculin dominant au sein des professions libérales en général et de la profession médicale en particulier. La « progression » des femmes vers plus d'égalité est mesurée à l'aune de leur « ressemblance » ou

« dissemblance » avec les hommes, dont les pratiques sont supposées être immuables au cours du temps. Ce type d'analyse repose sur l'hypothèse (le plus souvent implicite) d'un maintien de l'assignation prioritaire des femmes à la sphère privée et donc de la division sexuelle du travail domestique et éducatif. Dans de telles approches, la question de la « conciliation » de l'exercice professionnel et de la vie familiale est pensée uniquement au féminin (Junter-Loiseau, 1999). Ici, les trajectoires professionnelles des femmes (et seulement des femmes) sont évaluées au regard de leur articulation avec les parcours conjugaux et parentaux, alors que les trajectoires masculines sont saisies en fonction des enjeux proprement professionnels. Les questions de recherche reproduisent le plus souvent ce « biais androcentrique » implicite (Mathieu, 1971), puisqu'elles tendent à traduire la configuration actuelle de la division sexuelle du travail domestique et éducatif en nécessité ontologique (Le Feuvre, 1999). De notre point de vue, il convient de saisir les évolutions en cours en intégrant pleinement le caractère contingent du modèle masculin de référence. À l'instar d'autres sociologues, nous avons donc cherché à circonscrire « l'ethos » dominant dans la profession médicale au moment de l'amorce du processus de féminisation (Acker, 1990 ; Aubert, 1986).

Le modèle de référence : la disponibilité permanente

Au sein de la profession médicale, l'ethos traditionnel est caractérisé par la notion de « disponibilité permanente » des praticiens à l'égard de leurs patients. Les durées de travail sont longues, les horaires atypiques et élastiques, mais les contreparties, en termes de revenus et de statut social, sont élevées. Elles permettent aux hommes médecins de subvenir aux besoins de leurs épouses et enfants, de jouer pleinement le rôle de « pourvoyeur exclusif des ressources du ménage » (Fouquet *et al.*, 1999). Ce modèle repose donc sur une division sexuelle du travail entre conjoints particulièrement rigide. Les hommes sont déchargés de l'ensemble des activités domestiques et éducatives, assumées par les femmes avec, à l'occasion, l'aide d'un personnel de maison rémunéré. En plus de leurs activités de « maîtresse de maison », les épouses de médecins sont susceptibles d'intervenir directement dans les activités professionnelles du conjoint ; elles en viennent à exercer certaines fonctions professionnelles de la médecine « par procuration » (Bourdieu, 1990).

Même si l'économie des conventions insiste désormais sur la pluralité des « styles de pratique » observés chez les médecins libéraux en France (Béjean *et al.*, 2003), l'approche qualitative révèle néanmoins la prégnance d'un seul et unique modèle de référence, du moins sur le plan symbolique. Ce modèle peut être illustré par les expériences d'un certain nombre de nos enquêtés. Dans les récits biographiques de deux médecins – un chirurgien en exercice mixte et un ophtalmologue en exercice libéral, âgés de 62 ans au moment de l'enquête et vivant en couple avec des femmes « inactives » – on retrouve à la fois le caractère totalement chronophage de ses multiples

activités professionnelles et un rapport « en creux » à la vie domestique et familiale. Le modèle de la disponibilité permanente à l'égard de l'activité professionnelle n'a pas seulement des conséquences sur la division sexuelle du travail entre conjoints, il implique également un modèle particulier de paternité, comme en témoignent les extraits d'entretiens ci-dessous :

« C'est une astreinte permanente qui est la mienne depuis 35 ans, j'ai une organisation pour chacun des endroits où je travaille, j'ai un emploi du temps sur toute la semaine et puis sur cet emploi du temps se greffent des choses qui ne sont pas prévues. Je travaille entre 12 et 13 heures par jour au minimum et pendant 6 jours et demi, parfois 7 jours par semaine : l'administration, tous les papiers, c'est une chose énorme, j'en ai à peu près pour 10 heures par semaine au minimum, tout confondu, je ne parle pas de la dictée des comptes rendus opératoires, ni du courrier, mais de tout ce qui est autour : les rapports avec l'institution, les assurances... et tous les jours, c'est la gestion de l'activité libérale et puis l'hospitalier [...] On pourrait quand même travailler un petit peu moins, je pourrais, mais c'est très difficile de travailler moins... j'y ai pensé souvent. C'est très difficile parce que je n'ai pas que ces activités, je suis aussi expert judiciaire, je fais du syndicat des hôpitaux publics, je travaille dans deux cliniques [...] Moi, qui suis un peu peureux, trouillard, angoissé ; la peur de ne pas avoir une clientèle assez suffisante, m'a fait prendre une autre activité ailleurs plus sécurisante et même de conserver l'hôpital aussi en dehors du plaisir que j'ai à aller travailler là-bas, cela me fait quand même un salaire d'assuré même s'il n'est pas très important... alors tout ça se conjugue parce que quand cela ne marche pas d'un côté, ça marche de l'autre, mais il y a des fois où tout marche et c'est effroyable à tenir, ça, tout marche en même temps de partout. [L'exercice libéral] ce n'est pas sécurisant, mais c'est ça qui est bien, c'est l'insécurité permanente et c'est une clientèle qui est à renouveler en permanence [...] Quand la France est en week-end ou en train de se pavaner sur les plages, moi, je suis en train de soigner des gens, alors vous mettez tout cela bout à bout, les heures bout à bout, les contraintes, les astreintes, la formation, les responsabilités et les procès, après vous faites un pack pour tout cela et vous voyez combien on a gagné et à ce moment-là, vous voyez que c'est honteux [...] Pour ce qui concerne la vie familiale, c'est un peu spécial, moi, je travaille d'abord et je fais la vie familiale après. On ne peut pas faire de la chirurgie à moitié, on ne peut pas opérer le malade et le surveiller du lundi au vendredi et le vendredi, vous fermez et vous revenez le lundi, parce qu'il peut y avoir des complications le dimanche matin, il peut s'aggraver la nuit, donc c'est non-stop. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas avoir des week-ends un peu plus calmes mais la disponibilité est non-stop, permanente ; tout s'adapte, tout s'organise autour de cette nécessité, en particulier la vie familiale. » (Homme, chirurgien viscéral, 62 ans, pratique mixte, marié, deux enfants).

« J'avoue que le soir, on n'est pas très disponible, bon [mon ancien patron] avait une cadence... à 8 h 00 il était déjà à l'hôpital, puis, je me souviens

très bien, que quand il arrivait de l'hôpital – à 12 h 30 ou 13 h 30 – 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 salade, il mangeait la viande à toute allure, elle lui épluchait l'orange, pendant qu'il buvait le café, elle allait lui sortir la voiture. 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 petit peu, c'était un peu de la folie. Bon moi, je me suis toujours demandé comment il avait fait pour faire ça, pendant la plupart de sa carrière. J'ai vécu ça, un petit peu, à une échelle un peu moindre, nerveusement très fatigant, donc si vous voulez c'est sûr que, chez moi je n'étais pas disponible et que moi aussi j'avais besoin de détente et pas de m'occuper de trop de problèmes. Donc, j'ai peut-être été de ce point-là, un père pas très attentif [...] Ma fille m'en a voulu, m'a haïe, de 12 à 20 ans et quelques années, parce qu'elle n'avait pas de père. Parce que je n'étais pas disponible pour écouter ce qu'elle avait envie de me raconter le soir, quand elle rentrait. Bon, quand j'arrive à huit heures et demie, neuf heures du soir, après avoir vu 50 personnes dans la journée, je n'ai pas envie, je n'étais pas très disponible [...] Les enfants étaient furieux, parce que les autres allaient au ski, moi je n'y allais pas et ainsi de suite. Mais bon, je n'allais pas au ski aussi parce que je ne voulais pas me casser une jambe. Je ne pouvais pas rester deux mois sans travailler. » (Homme, ophtalmologue libéral, 62 ans, marié, deux enfants).

Au moment où l'accès des femmes à l'enseignement supérieur amorce le processus de féminisation de la profession médicale, le modèle de l'homme pourvoyeur exclusif des revenus du ménage constitue encore un référentiel hégémonique au sein de la profession. Dans ce contexte, les rares femmes – originaires des classes sociales privilégiées – qui s'orientaient vers des études médicales devaient s'imposer dans une profession dont les normes dominantes d'exercice reposaient sur une délégation totale du travail domestique et éducatif aux épouses, y compris quand celles-ci étaient secondées dans ce rôle par du personnel rémunéré. Pour certaines d'entre elles, les études médicales fonctionnaient principalement comme dot scolaire et ne débouchaient pas (directement) sur l'exercice de la médecine. Pour celles qui avaient décidé de mener de front une carrière professionnelle et une vie familiale, il s'agissait d'identifier des niches professionnelles, permettant la conjugaison d'une activité professionnelle avec une prise en charge totale de la vie domestique et familiale. C'est ainsi que les premières générations de femmes médecins se sont plutôt orientées vers la médecine spécialisée de ville (Herzlich *et al.*, 1993). Elles pouvaient ainsi bénéficier du soutien financier du conjoint (ou du père) pendant la préparation des certificats de spécialisation (CES), puisque l'internat n'est devenu obligatoire pour l'exercice des spécialités en cabinet de ville qu'après la réforme des études médicales de 1984 (Gottely et Vilain, 1999 ; Hardy-Dubernet *et al.*, 2003). Par la même occasion, elles pouvaient initier de nouvelles pratiques professionnelles, en instaurant ou développant des consultations uniquement sur rendez-vous dans des secteurs de la médecine

impliquant peu d'urgences ou de visites à domicile, susceptibles d'être organisés autour d'un « calendrier domestique prioritaire » (Le Feuvre, 1999). Enfin, les premières générations de femmes médecins comportaient également une minorité de femmes qui ont cherché coûte que coûte à adopter les normes dominantes de la profession en termes de disponibilité permanente. Celles-ci étaient soit célibataires¹ ou veuves (Herzlich *et al.*, 1993), soit mariées à des hommes – généralement moins bien dotés qu'elles en capital scolaire – qui acceptaient que leurs épouses prennent quelques distances avec le modèle dominant de la « maîtresse de maison/aide familiale » de l'époque.

On peut donc penser que les premières vagues de féminisation de la profession médicale ont été fondées sur la création de modalités spécifiques de l'exercice au féminin, dans un contexte où 63 % des médecins hommes étaient mariés à des femmes qui n'exerçaient aucune activité professionnelle (Herzlich *et al.*, 1993, p. 37). Alors que la quasi-totalité (87 %) des femmes médecins « pionnières » qui étaient mariées vivaient en couple avec un homme diplômé de l'enseignement supérieur, cela n'était le cas que pour 37 % des épouses de médecins en exercice entre 1930 et 1980. Dans ces générations, l'homogamie professionnelle des époux est particulièrement marquée chez les femmes médecins : plus de la moitié d'entre elles (56 %) étaient mariées à des médecins, alors que seulement 18 % de leurs confrères étaient mariés à des femmes médecins (Herzlich *et al.*, 1993, p. 37). De ce fait, les femmes médecins des premières générations étaient globalement soumises à moins d'impératifs économiques que leurs confrères de l'époque. Elles pouvaient impulser une nouvelle organisation de l'exercice médical, moins centrée sur le souci de maximisation des revenus (donc, de la multiplication des consultations et des actes les mieux rémunérés), puisqu'elles vivaient très majoritairement en couple avec des hommes qui gagnaient très bien leur vie.

Le changement de référentiel en matière d'organisation du travail

Même s'il n'a pas totalement disparu, ce modèle n'est plus hégémonique au sein de la profession médicale aujourd'hui². Toutefois, le moteur du changement se situe moins dans l'augmentation progressive du nombre de femmes médecins en exercice (le processus de féminisation en lui-même) que dans la transformation progressive du rapport à l'emploi des épouses des hommes médecins. Rappelons que le taux d'activité des femmes (15-64 ans) en

¹ Dans les générations de médecins qui ont exercé entre 1930 et 1980, 20 % des femmes étaient célibataires.

² Ce modèle semble correspondre au 1^{er} « style de pratique » identifié par Sophie Béjean et ses collègues, qui regroupe des médecins à très faible activité et très petite clientèle, principalement des femmes installées en milieu urbain (Béjean et alii, 2003, p. 3-8).

France est de 62,8 % et que les femmes représentent désormais 45,9 % de la population active (INSEE, 2004, p. 75). Nous disposons de peu de données quantitatives fiables sur l'homogamie chez les générations actuelles de médecins en exercice, mais l'enquête commanditée par la DIPL en 2001 indique que seulement 24 % des hommes médecins libéraux en exercice au début des années 2000 avaient une épouse au foyer (Ulmann *et al.*, 2001).

Ainsi, si la remise en question de l'ethos traditionnel de la profession médicale a été amorcée par l'arrivée des femmes médecins, ce processus a été renforcé par l'inscription de plus en plus continue des conjointes de médecins dans leurs propres carrières professionnelles. Même si l'augmentation des taux d'activité professionnelle des mères de famille au cours des trente dernières années en France ne semble pas avoir modifié en profondeur la division sexuelle du travail domestique et éducatif (Brousse, 2000 ; Chenu, 2002 ; Glaude, 1999), elle a indéniablement porté atteinte à la légitimité sociale et à la rationalité économique du modèle de « l'indisponibilité » totale des hommes médecins à l'égard de la vie familiale et conjugale (Fertrand, 1984). De ce fait, malgré une augmentation des durées objectives de travail des médecins des deux sexes, on observe de nombreux signes discursifs de rejet à l'égard des rigidités temporelles de l'exercice médical, aussi bien du côté de certains hommes, plutôt des jeunes générations, que du côté de certaines de leurs homologues féminins. Nous assistons en quelque sorte à un changement de référentiel en matière d'organisation du travail. Comme l'indiquent plusieurs de nos enquêtés, l'ancien modèle dominant de la disponibilité permanente des hommes vis-à-vis de l'activité professionnelle est en voie de transformation :

« Évidemment, moi, je suis un “has been”, il n'y a plus de gens comme moi, c'est fini ça, des gens qui s'investissent autant, c'est terminé, les rapports avec les gens dans tout, ça change [...] Le statut de médecin n'a rien d'encadré, on est en train de l'encadrer, alors les nouvelles générations sont très contentes de tout ça, que ce soit les hommes ou les femmes, les nouvelles générations sont très contentes, parce que [le repos compensateur] permet de se reposer, d'avoir une vie de famille, d'avoir une vie meilleure, toutes sortes de trucs qu'on entend... » (Homme, chirurgien viscéral, 62 ans, pratique mixte, marié, deux enfants).

« Globalement, les gens ont envie de travailler moins, les gens qui se sont battus pour les 35 heures. Pour les 35 heures et la retraite, j'ai fait grève parce qu'il le fallait, mais franchement cela ne m'intéresse pas du tout, mais je sens que je suis ringarde quand je dis ça... » (Femme, chef de service salariée d'une PMI, célibataire, trois enfants).

Il apparaît ainsi que les hommes sont de plus en plus concernés par la question de l'articulation des temps et des rôles sociaux. En effet, l'analyse des données qualitatives sur les parcours professionnels et familiaux des médecins hospitaliers ou libéraux montre clairement que les femmes ont impulsé une certaine prise de distance envers le modèle de la disponibilité

permanente qui caractérisait jadis la pratique médicale en France. Sans conteste, la grande majorité d'entre elles ont pris des distances vis-à-vis de l'ancien ethos professionnel (Lapeyre, 2004), calqué sur le modèle de l'homme pourvoyeur exclusif des ressources du ménage. Dans ce mouvement perceptible de remise en cause des normes professionnelles en matière de gestion de l'interface vie familiale/exercice médical, une part non négligeable des hommes médecins sont également amenés – de gré ou de force – à adopter des pratiques de réaménagement de leurs temps de travail et de leur investissement familial. Ainsi, des stratégies de densification et d'intensification des temps de travail, qui étaient autrefois l'apanage des femmes médecins, deviennent de plus en plus « a-sexuées » ; certains hommes étant désormais contraints de se livrer à toute une série de « torsions » ou de « compromis » temporels, afin de tenir ensemble les contraintes de la vie familiale et leur exercice professionnel (Lapeyre, 2004). Il est important de noter que de telles transformations sont susceptibles d'intervenir même quand la durée globale du travail reste stable, voire augmente.

« Moi, je sais que quand j'étais plus jeune, mes collègues hommes n'osaient pas dire, n'aimaient pas dire, en fait, qu'ils s'occupaient de leurs enfants ou qu'ils préparaient des repas, alors qu'aujourd'hui, ils le disent clairement, ils le disent sans... je vais utiliser un gros mot... je vais dire, sans honte : ils disent "aujourd'hui, je ne peux pas faire une consultation tard parce que je vais chercher mon gosse ou je fais les courses", ils discutent de ce qui est le moins ou le plus cher, ce n'est plus une discussion de femmes mais d'êtres humains... » (Femme, chef de service, psychiatre hospitalière, 45 ans, mariée, deux enfants).

Citons ici le récit d'un homme médecin scolaire salarié, qui explique les avantages qu'il perçoit de l'adoption d'un mode typiquement « féminin » d'exercice de la médecine :

« Le problème, c'est quand on a commencé à être en santé scolaire, on pèse les avantages et les inconvénients. La rémunération n'est pas trop élevée, le travail est agréable, les horaires, bon, parce que moi, je me suis retrouvé quand même avec 3 enfants à la maison, une femme infirmière qui travaillait à l'hôpital, donc j'avais besoin d'une certaine disponibilité si je voulais jouer un peu un rôle au niveau familial. [Ma femme] travaillait à temps plein. Moi j'ai toujours fait le partage à partir du moment où les horaires de ma femme faisaient qu'elle ne pouvait pas faire telles choses, c'est moi qui les faisais. Donc, je ne sais pas si le partage était finalement équitable, mais ça a toujours été soit l'un, soit l'autre, par exemple, qui accompagnait les enfants, qui assistait aux réunions en tant que parents d'élèves [...] Moi, j'avais les courses, selon nécessité, mais ce n'était pas mon domaine réservé. Seulement, dans les faits, si ma femme rentrait le soir à 19 heures, quand elle arrivait, les courses étaient faites, la table était mise, le travail des enfants était vérifié... c'est un partage des tâches pour tenir aussi les horaires [...] C'est que quand on pèse les avantages et les inconvénients, je dirai que cela s'équilibre. Si vous considérez que la priorité c'est la

rémunération et que vous démarrez à 1 520 euros... Quand je faisais des remplacements, j'en parlais avec les médecins que je remplaçais et cela correspondait au tiers ou au quart de leur revenu, mais il y avait des choses qui s'équilibraient : les vacances scolaires, tu finis à 17 h 30 alors que moi j'ouvrais mon cabinet le soir à 17 h 30 ; quand je parlais avec d'autres médecins hommes, eux, ils privilégiaient la rémunération » (Homme, médecin scolaire, 43 ans, marié, un enfant et beau-père de deux enfants).

Un autre exemple de ces pratiques de « conciliation » de la part des hommes, pères de famille, est fourni par ce médecin généraliste :

« J'ai systématiquement préservé ma vie familiale. Bon, au début je me suis beaucoup investi dans le cabinet et une fois j'ai accompagné ma fille à l'école. Elle commençait à parler, donc ça faisait cinq, six, sept ans d'installation et ma fille me dit : "tu viens me chercher, cette après-midi ?" Alors, j'ai dit "non, je ne peux pas, je travaille". Alors, elle a dit "pourquoi, il y a des enfants qui ont des papas et qui vont aller les chercher à l'école et moi je n'ai pas un papa qui vient me chercher à l'école ?". Alors, donc, à partir de ce moment-là, j'ai décidé de limiter mon activité le jeudi après-midi et le mardi après-midi, puisque c'était les jours où j'étais en visite, d'arrêter mes visites à quatre heures et demie, pour aller la chercher, de rester avec elle et avec mon fils jusqu'à cinq heures et demie et après cinq heures et demie je repartais. Donc, je faisais une pause d'une heure, pour rester avec eux à la maison et puis repartir quand mon épouse rentrait ou même si elle ne rentrait pas, je restais jusqu'à ce que, jusqu'à ce qu'ils aient compris que j'étais venu pour eux, quoi. [C'était important pour moi] dans l'éducation, de les accompagner ; j'accompagnais ma fille à la danse, quelquefois j'accompagnais mon fils au sport ; le samedi après-midi, j'allais au sport avec lui, pour le regarder jouer. Quelquefois, j'accompagnais ma fille qui faisait de la GRS ou de la danse ou l'autre qui faisait de la danse ou du piano, etc. Bon je me suis investi, je ne me suis pas investi autant que mon épouse, mais quand je pouvais le faire, je le faisais. Le matin par exemple, c'est moi qui les accompagnais à l'école, toujours, sauf les jours de la rentrée scolaire » (Homme, médecin généraliste libéral mention « homéopathie/acupuncture », 57 ans, marié, trois enfants).

Un tel investissement, même minimal et symbolique, des hommes médecins dans la vie familiale, a des conséquences directes sur leurs modes d'organisation de l'exercice médical. Poursuivons le récit du médecin généraliste :

« J'ai commencé à pratiquer l'homéopathie au début des années 1980, tout d'abord un petit peu et puis de plus en plus. Aujourd'hui, cela représente environ 30 à 40 % de mon activité. Bon, après, on a modifié les horaires, on a supprimé les horaires du soir, c'est-à-dire après 19 h 30 on a supprimé et après on a adopté du fait de cette pratique, une consultation sur rendez-vous. Ce qui fait que le samedi a été supprimé en consultation. [À l'avenir] j'envisage de réduire encore mon activité et je suis très satisfait lorsqu'une personne déménage ou lorsqu'une personne envisage de contacter un autre

médecin, ça m'arrange beaucoup. Parce que c'est difficile de dire aux gens, je veux plus vous voir, alors quelquefois c'est préférable que ce soient eux qui le disent. Mais, c'est difficile de limiter son activité. Depuis quatre ans, je ne fais plus, ni de nuits, ni de week-ends. C'est-à-dire que je fonctionne avec secrétariat téléphonique, 24h/24h et ce secrétariat téléphonique prend en charge les visites de nuit, les transfère soit aux médecins d'urgence, à SOS médecins et le week-end, c'est la même chose. Donc, ça me limite dans ces activités. C'est d'abord un mode de vie qui a changé, surtout en laissant quand même une certaine liberté le soir et surtout ne pas s'endormir avec l'angoisse d'un risque d'appel dans la nuit [...] Je reste toujours dans un rayon, un rayon d'activité, un rayon de domiciliation quand même relativement court. Et je me suis toujours efforcé de rentrer très tôt chez moi, je ne voulais pas. C'est vrai qu'au début, c'était un petit plus difficile parce que les gens étaient un peu indisciplinés, ils appelaient n'importe quand.» (Homme, médecin généraliste libéral mention « homéopathie/acupuncture », 57 ans, marié, trois enfants).

Il paraît nécessaire d'insister ici sur le fait que les changements de rapport d'une partie des hommes à l'exercice médical ne dépendent nullement de l'instauration d'une répartition parfaitement égalitaire du travail domestique et éducatif entre conjoints, ni d'ailleurs d'une égalisation parfaite des parcours de carrière des hommes et des femmes. Ces changements sont perceptibles même quand la part du travail domestique assurée par les femmes demeure **très** majoritaire et même quand les critères de promotion et d'avancement continuent de favoriser **très** clairement les hommes (Hardy-Dubernet *et al.*, 2003). L'exemple du médecin scolaire cité précédemment permet d'illustrer les deux aspects de ce phénomène :

« Je n'ai pas vraiment de domaine réservé, un peu de bricolage, mais bon c'est très limité et donc je dirais que le domaine réservé c'est ce qui touche à la voiture et le bricolage. Le domaine partagé, c'est tout ce qui concerne le suivi des enfants, la scolarité. Le ménage était partagé encore que je n'assumais qu'une petite partie : faire les lits, l'aspirateur, les carreaux. Je dirais que c'est du 3/4 - 1/4 et 1/4 pour moi. Les courses, c'est plus partagé ; on avait l'habitude de faire des courses hebdomadaires au supermarché et, comme ma femme ne conduit pas, on était forcément tout le temps ensemble. Le repassage, il y avait quelqu'un et ma femme. La lessive, c'est la machine à laver, cela peut être n'importe qui mette en route la machine à laver. La cuisine, là, c'était moi de façon plus exceptionnelle, en fonction des horaires et je m'en occupe dans 10 % des cas et 90 %, c'est elle. Les enfants, bon, au début, les bébés, s'en occuper, changer les couches, les habiller, c'était très partagé et selon les nécessités, selon les horaires, c'est la personne qui est libre, à ce moment-là, qui le fait. Quand ma femme travaillait à 8 heures et que la petite allait à la maternelle, c'est sûr que c'était moi qui la conduisais forcément tous les matins, dans la mesure où la maternelle, c'est à 8 h 30 et le soir, c'était elle ou moi, celui qui était disponible allait la chercher [...] Mais, je n'ai jamais pris une journée pour enfants malades, c'est toujours ma femme qui a pris les congés enfants

malades [Maintenant que ma femme est à la retraite] je ne fais presque plus rien... de fait, ma femme étant à la maison, la part de tâches me revenant a énormément diminué » (Homme, médecin scolaire, 43 ans, marié, un enfant et beau-père de deux enfants).

« [En médecine scolaire], il suffit de regarder le concours de médecin de l'Éducation nationale ; il y a des hommes qui se présentent, mais ils sont très peu nombreux et il y a 10 % de reçus en gros. Alors, il existe une petite prime à l'homme à l'oral. Moi, j'ai ressenti ça quand j'ai passé mon oral. À l'écrit, bon, c'est anonyme, mais à l'oral j'ai eu 19/20. En toute honnêteté, c'est peut-être le fait que je sois un homme dans un milieu très féminin, ils se sont peut-être dit : "il a le profil, il s'intéresse à l'école, ce qu'il dit c'est convenable"... Comme le concours c'est à la fois l'écrit et l'oral, évidemment, le favoritisme, comme un petit coup de pouce pour aider [les hommes], c'est interdit. Cela semblait déjà un choix un peu original assez dévalorisé en raison de la rémunération, beaucoup étaient étonnés que j'accepte de travailler pour une rémunération aussi faible » (Homme, médecin scolaire, 43 ans, marié, un enfant et beau-père de deux enfants).

Ainsi, même si la mixité de la médecine ne rime nullement avec l'égalité entre les hommes et les femmes médecins en matière de carrière professionnelle (Fortino, 2002 ; Le Feuvre *et al.*, 2003), elle semble être à l'origine d'un processus généralisé de modification du rapport des médecins à l'exercice professionnel. Cette modification s'exprime même dans les pratiques des médecins qui ne sont pas directement confrontés aux exigences de la « conciliation », tel cet homme médecin généraliste, célibataire sans enfants, qui explique l'évolution des attentes de la patientèle à l'égard de la disponibilité permanente des « médecins de famille » :

« À une époque, il y avait pas mal d'appels de nuit, mais, maintenant ça commence à se tasser. Peut-être que les gens sont-ils mieux éduqués. Ils n'appellent plus pour n'importe quoi. Et puis bon, à un moment le prix de la visite était bas ; plus il augmente, moins il y a d'appels. Et puis, je crois que la grève en ce moment a "éduqué" les gens, entre guillemets » (Homme, médecin généraliste, 49 ans, célibataire, sans enfant).

Bien évidemment, cette transformation des exigences à l'égard des médecins libéraux s'accompagne d'un recours de plus en plus massif aux services d'urgences des hôpitaux (Baubeau et Carrasco, 2003 ; Baubeau *et al.*, 2000 ; Carrasco et Baubeau, 2003). Par la même occasion, ce récit rend tout à fait explicite les contraintes économiques qui pèsent sur les médecins libéraux et qui expliquent en grande partie le caractère « élastique » et extensible de leurs horaires de travail :

« En même temps, en tant que profession libérale, on est soumis à l'impératif économique et donc on ne peut pas trop travailler moins. Les charges ne vont jamais en descente malheureusement. [À l'avenir] j'espère travailler autant, c'est tout, pas plus, mais autant » (Homme, médecin généraliste, 49 ans, célibataire, sans enfant).

■ Conclusions

Avec la signature, le 15 décembre 2004, d'un protocole d'accord entre l'assurance maladie et trois organisations représentatives de la majorité des médecins généralistes et spécialistes, la France amorce un processus de réorganisation profonde de son système de santé (Hassenteufel, 1997). À partir de janvier 2005, le statut de « médecin traitant », pivot central du futur « parcours coordonné de soins », vise à obtenir des économies de l'ordre d'un milliard d'euros des dépenses de santé et s'inscrit pleinement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 (Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, 2004). En effet, une enquête effectuée en 2002 dans le Pays de Loire montre que les médecins référents prescrivent 15 % de pharmacie de moins que les médecins non référents de cette région, soit une différence de près de 35 000 euros par an et par médecin (Union régionale des caisses d'assurance maladie du Pays de Loire, 2003). D'après cette enquête, les médecins référents sont aussi souvent des hommes que des femmes.

De notre point de vue, la signature de cette convention illustre pleinement les effets – directs ou indirects – de la féminisation du corps médical et, plus globalement, des professions intermédiaires et supérieures, sur les dynamiques internes de la profession médicale. Avec l'arrivée massive des femmes sur le marché de l'emploi, les impératifs liés à la sphère privée tendent à s'immiscer dans les interstices des temporalités professionnelles de l'ensemble des médecins, hommes et femmes. Certes, la majorité des hommes médecins sont encore moins directement concernés que la plupart de leurs consœurs par les injonctions collectives à la « conciliation » de leur exercice professionnel avec une vie conjugale et familiale (Lapeyre et Le Feuvre, 2004). Il nous semble néanmoins évident que les expériences des unes et des autres tendent à devenir de plus en plus indifférenciées en fonction du sexe (Evetts, 1994 ; Le Feuvre, 2003). Les revendications et mobilisations collectives de la profession médicale au cours des cinq ou dix dernières années (grève des internes, grève des médecins urgentistes, menace d'expatriation de certains corps de médecins spécialistes, grève des gardes, négociations autour de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, etc.) traduisent, nous semble-t-il, une distanciation grandissante de la profession à l'égard des rigidités temporelles qui étaient au cœur de l'ancien ethos professionnel. Le travail professionnel ne semble plus occuper une place aussi centrale dans les identités des médecins (Méda, 1995) ; il est en quelque sorte « remis à sa place dans la chaîne des activités humaines » (de Terssac *et al.*, 2000). Cette inflexion des anciens cadres normatifs de l'exercice médical résulte directement des processus de féminisation du marché de l'emploi. Au lieu d'être contraints à une maximisation de leurs revenus en raison de leur statut de « pourvoyeur exclusif des ressources » du ménage tout entier, les hommes médecins sont désormais contraints à une adaptation de leurs pratiques professionnelles aux besoins des ménages

composés de deux conjoints actifs, le plus souvent à temps plein. Alors que les femmes médecins subissent de plein fouet la pression temporelle et la charge mentale (Haicault, 1984) des injonctions collectives à la « conciliation », les hommes, eux, sont désormais en mesure de se libérer, au moins partiellement, des impératifs qui étaient au fondement des modèles antérieurs de l'exercice médical. Sans pour autant travailler moins, ils et elles aspirent à travailler autrement. Dans ce sens, la recherche d'une plus grande « souveraineté temporelle » est parfaitement compatible avec le maintien d'un niveau élevé d'activité et avec la recherche d'une maximisation des revenus. Elle a néanmoins des conséquences palpables sur la structuration de l'offre de soins sur le territoire national. C'est dans ce sens que la féminisation de la profession médicale et des autres échelons supérieurs du marché de l'emploi peut être appréhendée comme un élément déterminant des conditions de mise en application des injonctions politiques à la « responsabilisation » des médecins en matière d'organisation et de gestion d'un système coordonné de soins.

Outre l'augmentation prévisible de la demande de soins dans les années à venir, la féminisation du corps médical et, plus largement des échelons supérieurs du marché de l'emploi, se trouve indéniablement au cœur des dynamiques professionnelles du champ de la santé. Au lieu d'ignorer ou de stigmatiser les prétendues « spécificités féminines » en matière d'exercice médical, les pouvoirs publics et les instances de décision de la profession auraient intérêt à réfléchir davantage sur les effets de la dynamique du genre sur les aspirations de l'ensemble des médecins – hommes et femmes – quant aux conditions d'exercice de leur profession à l'avenir.

Bibliographie

- ACKER J., (1990), « Hierarchies, Jobs, Bodies : A Theory of Gendered Organisations », *Gender and Society*, n° 4 : p. 139-158.
- ALLEN I., (1988), *Any Room at the Top ? A Study of Doctors and Their Careers*, London : PSI.
- AUBERT N., (1986), « Pouvoir et féminité dans l'organisation : réalité et imaginaire », in Aubert N., Enriquez E., de Gaujelac (eds.), *Le sexe du pouvoir. Femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*, Paris : Desclée de Brouwer : p. 301-314.
- BAUBEAU D., CARRASCO V., (2003), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215 : p. 1-12.
- BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., FIVAZ C., GIRARD I., LE LAIDIER S., (2000), « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », *Études et Résultats*, n° 72 : p. 1-6.
- BÉJEAN S., PEYRON C., URBINELLI R., (2003), « Comportements et activité des médecins libéraux : une approche conventionnaliste. Analyse théorique et empirique », *Cahiers de recherches de la MiRe*, n° 15 : p. 3-8.
- BOURDIEU P., (1990), « La domination masculine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 84 : p. 2-32.
- BROUSSE C., (2000), « La répartition du travail domestique entre conjoints reste très largement spécialisé et inégale », in INSEE (ed.), *France, portrait social*, Paris : INSEE : p. 135-151.
- BUNGENER M., PAICHELER G., (1994), « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Dubar C., Lucas Y. (eds.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille : Presses universitaires de Lille : p. 161-170.
- CACOUAULT M., (2001), « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 5 : p. 93-116.
- CARRASCO V., BAUBEAU D., (2003), « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212 : p. 1-8.
- CARTON M., CERRUTI F.-R., LE GUÉRIN H., MERCAT X., MONIER B., et POUILLARD J., (2000), *Féminisation et exercice médical : apports et conséquences*, Paris : rapport à la Commission nationale permanente du Conseil de l'ordre des médecins.
- CHABAUD-RYCHTER D., GARDEY D., (2002), *L'engendrement des choses. Des hommes, des femmes et des techniques*, Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- CHENU A., (2002), « La charge de travail professionnel et domestique des femmes : cinquante années d'évolution », in INSEE (ed.), *Données sociales 2002-2003*, Paris : La Documentation française : p. 467-474.
- CREDOC, (1983), *Femmes médecins : démographie, activité et prescriptions en activité libérale*, Paris : CREDOC.
- CROMPTON R., LE FEUVRE N., (1997), « Choisir une carrière, faire carrière : les femmes médecins en France et en Grande-Bretagne », *Cahiers du GEDISST*, n° 19 : p. 49-75.
- CROMPTON R., LE FEUVRE N., BIRKELUND G., (1999), « The Restructuring of Gender Relations in the Medical Profession », in Crompton R. (ed.), *Restructuring Gender Relations and Employment : The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford : Oxford University Press : p. 179-200.

- CROMPTON R., SANDERSON K., (1986), « Credentials and Careers : Some Implications of the Increase in Professional Qualifications Amongst Women », *Sociology*, n° 20 : p. 25-42.
- DARRINE S., NIEL X., (2001), « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000 », *Études et Résultats*, n° 99 : p. 1-8.
- DE TERSSAC G., FLAUTRE A., LE FEUVRE N., THÉBAULT C., THOEMMES J., (2000), « Discipline temporelle, division sexuelle du travail et genre », in De Terssac G. et Tremblay D.-G. (eds.), *Où va le temps de travail ?*, Toulouse : Octarès : p. 185-202.
- EVETTS J., (1994), « Women in Engineering. The Career Identities of Promotion Successful Women », in Dubar C., Lucas Y. (eds.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille : Presses universitaires de Lille : p. 265-274.
- FAGNANI J., LETABLIER M.-T., (2004), « Work and Family Life Balance : The Impact of the 35-Hour Laws in France », *Work, Employment & Society*, n° 18 : p. 551-572.
- FERRAND M., (1984), « Paternité et vie professionnelle », in Collectif (ed.), *Le sexe du travail : structures familiales et système productif*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble : p. 127-139.
- FINCH J., (1983), *Married to the Job : Wive's Incorporation in Men's Work*, London : Unwin Hyman.
- FORTINO S., (2002), *La mixité au travail*, Paris : La Dispute.
- FOUQUET A., GAUVIN A., LETABLIER M.-T., (1999), « Des contrats sociaux entre les sexes différents selon les pays de l'Union européenne », in Majnoni d'Intignano B. (ed.), *Égalité entre hommes et femmes : aspects économiques*, Paris : La Documentation française : p. 105-146.
- GLAUDE M., (1999), « L'égalité entre femmes et hommes : où en sommes-nous ? », in Majnoni d'Intignano B. (ed.), *Égalité entre femmes et hommes : aspects économiques*, Paris : La Documentation française : p. 71-104.
- GOTTELY J., VILAIN A., (1999), « Les perspectives démographiques dans les professions médicales », *Dossiers solidarité et santé*, « Les médecins : démographie et revenus », n° 1 : p. 7-22.
- HAICAULT M., (1984), « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du travail*, n° 3 : p. 268-277.
- HARDY-DUBERNET A.-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M.-A., (2003), « La réforme de l'internat de médecine en 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherches de la MiRe*, n° 15 : p. 9-15.
- HASSENTEUFEL P., (1997), *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M.-C., (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris : INSERM/Doin.
- INSEE, (2004), *Femmes et hommes : regards sur la parité 2004*, Paris : INSEE.
- JUNTER-LOISEAU., (1999), « La notion de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Révolution temporelle ou métaphore des discriminations ? », *Cahiers du Genre*, n° 24 : p. 73-98.
- KAMINSKE M., (1995), *Les femmes dans les professions libérales*, Paris : rapport à la Délégation interministérielle aux professions libérales (DIPL).

- LABARTHE G., HÉRAULT D., (2003), « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et Résultats*, n° 244 : p. 1-8.
- LAPEYRE N., (2004), « Les femmes dans les professions libérales : modes d'engagement au travail et stratégies de gestion des temporalités sociales. Une analyse en termes de "configurations de genre" », in Lestrade B. (ed.), *Le travail des femmes. Axes d'émancipation*, Paris : L'Harmattan : p. 203-217.
- LAPEYRE N., LE FEUVRE N., (2004), « Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de "conciliation travail-famille" dans les professions libérales en France », *Nouvelles questions féministes*, n° 23 : p. 42-58.
- LE FEUVRE N., (1999), « Gender, Occupational Feminisation and Reflexivity », in Crompton R. (ed.), *Restructuring Gender Relations and Employment : The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford University Press : p. 150-178.
- LE FEUVRE N., (2001), « La féminisation de la profession médicale en France et en Grande-Bretagne : voie de transformation ou de recomposition du "genre" ? », in Aiach P., Cebe D., Cresson G. et Philippe C. (eds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*, Rennes : Éditions de L'ENSP : p. 197-228.
- LE FEUVRE N., (2003), *Penser la dynamique du genre : parcours de recherche*, Dossier d'habilitation à diriger des recherches en sociologie, université de Toulouse – Le Mirail.
- LE FEUVRE N., LAPEYRE N., CACOUAULT M., PICOT G., (2003), *La féminisation des professions libérales : l'exemple des femmes médecins et avocats*, Toulouse : rapport au service des Droits des femmes et de l'Égalité.
- MATHIEU N.-C., (1971), « Notes pour une définition sociologique des catégories de sexe », *Épistémologie sociologique*, n° 11 : p. 19-39.
- MÉDA D., (1995), *Le travail. Une valeur en voie de disparition*, Paris : Aubier.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, (1998), *Données sur la situation sanitaire et sociale en France*, Paris : La Documentation française.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, (2004), *Signature du protocole entre l'Assurance maladie et les médecins*, Paris : communiqué de presse du ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le 15 décembre.
- MOSSUZ-LAVAU J., DE KERVASDOUÉ A., (1997), *Les femmes ne sont pas des hommes comme les autres*, Paris : Odile Jacob.
- NIEL X., (2002), « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161 : p. 1-8.
- NIEL X., PERRET J.-P., (2002), « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix », in INSEE (ed.), *Données sociales 2002-2003*, Paris : La Documentation française : p. 385-391.
- NIEL X., VILAIN A., (2001), « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », *Études et Résultats*, n° 114 : p. 1-6.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ, (2004), *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé. Tome I*, Paris : La Documentation française.
- PAICHELER G., (2001), « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in Aiach P., Cebe D., Cresson G. et Philippe C. (eds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP.
- RISKA E., (2001), *Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians*, New York : Adline De Gruyter.

ROSENDE M., (2004), *Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine*, thèse pour le doctorat de sciences sociales, université de Lausanne.

SICART D., (2000), *Les médecins au 1^{er} janvier 2000*, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

SIMON M., NIEL X., (1999), « Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1^{er} janvier 1999 », *Études et Résultats*, n° 44 : p. 1-8.

ULMANN P., FERRIER O., SAINT-CAST F., (2001), *L'état de féminisation des professions libérales*, Paris : rapport à la Délégation interministérielle aux professions libérales.

UNION RÉGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE DU PAYS DE LOIRE, (2003), *Les médecins référents en Pays de Loire*, Nantes : URCAM Pays de Loire.

VILAIN A., NIEL X., (1999), « Les inégalités régionales de densité médicale : Le rôle de la mobilité des jeunes médecins », *Études et Résultats*, n° 30 : p. 1-8.