



**HAL**  
open science

# Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes

Sophie Divay

► **To cite this version:**

Sophie Divay. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. Colloque international organisé par le CLERSE, 23-24 novembre 2006, Lille, "Travail - Emploi - Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes?", Nov 2006, Lille, France. halshs-00270563

**HAL Id: halshs-00270563**

**<https://shs.hal.science/halshs-00270563>**

Submitted on 6 Apr 2008

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Sophie Divay**  
Centre d'Economie de la Sorbonne  
Equipe Matisse  
106-112 bd de l'Hôpital  
75647 Paris Cedex 13  
sophie.divay@univ-paris1.fr

**Colloque international organisé par le CLERSE**  
**23-24 novembre 2006**  
**Lille**  
**Travail - Emploi - Formation**  
**Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?**

**Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France**  
**sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes**

Mots clés : féminisation, conciliation vie professionnelle / vie familiale, temps pour autrui, temps pour soi, médecine, métier de femmes

## **1- Introduction**

Si les femmes ont toujours travaillé (Battagliola, 2000), elles n'ont pas pu accéder aux professions prestigieuses et qualifiées avant le début du XXème siècle. Parmi ces pionnières, les femmes médecins ont dû vaincre bien des résistances pour se faire une place dans un univers numériquement et symboliquement masculin : elles « se lançaient à la conquête d'une profession dont l'idéologie contribuait à renforcer le discours dominant sur la faiblesse et la dépendance des femmes, au point qu'une des premières spécialités s'intitulait, par un intéressant amalgame, "maladie des femmes et des enfants" ; d'une profession jouissant d'une grande considération et nécessitant un savoir étendu acquis au terme d'études longues ; d'une profession qui exigeait une grande disponibilité, ce qui était peu compatible avec le rôle traditionnel des femmes valorisé dans les classes bourgeoises : épouse accomplie et mère exemplaire ; d'une profession où régnait l'absence de modèle féminin. » (Paicheler, 2001, p. 180).

La fin de l'« hégémonie masculine »<sup>1</sup> s'est en fait produite en deux temps, c'est-à-dire sous l'effet de deux formes successives de féminisation<sup>2</sup>. Ce processus a d'abord consisté en une timide égalisation, permettant aux femmes d'entrer dans une profession prestigieuse en lien avec le pouvoir (en l'occurrence procuré par le savoir scientifique). La féminisation du corps médical s'est par la suite accélérée au tournant des années 1970, période à partir de laquelle les femmes se sont de plus en plus dirigées vers les études de médecine : « C'est l'environnement des bachelières scientifiques qui contribue à les orienter vers cette faculté plutôt que vers une autre formation, et pour une profession qu'elles choisissent "pour la vie". Cet environnement peut s'évaluer à travers un triple mouvement :

- le premier est la pression réalisée par l'augmentation des bachelières scientifiques sur les places offertes dans l'enseignement supérieur ;
- le second est la féminisation déjà acquise du secteur de la santé ;
- le troisième est l'imposition d'une norme d'activité féminine continue, en particulier pour les plus diplômées. » (Hardy-Dubernet, 2005, p.46).

Ces deux vagues successives de féminisation, la première favorisant la seconde, ont aujourd'hui des conséquences quantitatives. En effet, au début des années 2000, les femmes représentent plus de 40% des médecins en exercice et la parité devrait être atteinte vers 2020 (Niel, 2002). Par ailleurs, 65% des étudiants de deuxième année de médecine sont actuellement des femmes (ONDPS, 2004).

Dans cet article, on s'interrogera sur les effets qualitatifs d'un tel changement. A-t-il eu des incidences sur le rapport des étudiants à leurs études ? Comment se projettent-ils dans l'avenir en tant que futurs médecins ? S'identifient-ils à leurs prédécesseurs ? Quelle place comptent-ils accorder à leur vie professionnelle et à leur vie privée ? Comment se représentent-ils l'articulation de ces deux sphères ? Enfin, hommes et femmes ont-ils des points de vue semblables ou divergents sur ces différentes dimensions ?

Nous avons cherché des réponses à ces questions auprès d'étudiants de différentes années de médecine et de jeunes médecins généralistes, en début de carrière (voir encadré méthodologique). Il est en effet intéressant d'observer comment s'opère la construction des représentations et pratiques professionnelles des nouvelles générations d'étudiants de médecine et des jeunes praticiens à un moment où la profession de médecin connaît une recomposition sexuée de ses effectifs. On suppose en effet qu'un tel mouvement de fond n'est pas sans provoquer une perturbation et un réaménagement des valeurs professionnelles des médecins. Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre (2005) ont ainsi mis en évidence que la féminisation entraîne un changement de référence professionnelle chez les médecins qui n'adhèrent plus à l'ethos traditionnel de leurs aînés, ethos dit de la « disponibilité permanente » des praticiens envers leurs patients. Désormais, les médecins seraient en rupture avec les croyances des générations précédentes et aspireraient à travailler autrement. Les hommes seraient notamment enclins à investir davantage la sphère familiale. Toutefois, les auteurs soulignent que l'intérêt pour cette sphère relève d'un « investissement minimal et symbolique ».

En effet, si les hommes déclarent prendre des distances avec le modèle de la disponibilité permanente, les chiffres montrent que leur participation au travail domestique et à l'éducation des enfants ne s'intensifie pas et ce malgré l'augmentation du taux d'activité professionnelle des mères de famille au cours de ces trente dernières années (Chenu, 2002).

---

<sup>1</sup> Expression empruntée à Lada, 2002.

<sup>2</sup> La notion de féminisation est, comme le rappelle Zaidman (1986), grandement polysémique.

Nous chercherons entre autres à éclairer cet apparent paradoxe et à savoir si les étudiants et jeunes médecins de notre échantillon expriment également l'intention de contrôler leur investissement temporel dans le travail et si, parallèlement, ils envisagent ou non un partage plus égalitaire des tâches domestiques et familiales. Quelles sont les attentes des femmes et des hommes vis-à-vis de leur (futur-e) conjoint(e) ? Le modèle du « breadwinner » est-il définitivement aboli et remplacé par le personnage d'un homme médecin aspirant à concilier vie professionnelle et vie privée ?

### Encadré méthodologique

Dans le cadre d'un contrat de recherche financé par la DREES en 2004, nous avons mené 93 entretiens (52 femmes et 41 hommes) approfondis auprès d'étudiants de médecine et de médecins généralistes débutants, issus de la faculté de Nantes et de Saint Antoine à Paris. Cette enquête visait à étudier les représentations des étudiants de médecine de leurs études, ainsi que de leur future profession. Les enquêtés ont été répartis selon le sexe et les années d'études :

PCEM1 : 12 femmes, 8 hommes  
PCEM2 : 12 femmes, 8 hommes  
DCEM4 : 9 femmes, 9 hommes  
Résidanat : 8 femmes, 7 hommes  
Médecins généralistes : 11 femmes, 9 hommes

Les résultats de cette enquête ont été présentés en mars 2005 dans un rapport de recherche intitulé « De faire médecine à faire de la médecine », Hardy-Dubernet C., Gadea C., Divay S., Horrelou-Lafarge C., Le Roy F.

## 2- La féminisation est entrée dans les mœurs

Aux yeux des étudiants de médecine, le processus de féminisation n'est pour ainsi dire plus d'actualité ; le renversement du sex ratio a eu lieu pour les plus jeunes avant leur arrivée en médecine, et tous sont habitués à une composition majoritairement féminine des amphis. Cette métamorphose n'est pas interprétée comme une révolution, et, bien que récente, elle s'apparente à un fait désormais établi qui suscite spontanément de nombreux commentaires positifs.

### 2- 1- Une évidence inexplicable

Tous les étudiants et étudiantes ont certes constaté que les filles étaient majoritaires sur les bancs de la fac de médecine. Ce constat ne suscite toutefois aucune surprise, même si personne ne sait très bien l'expliquer. Il semble en fait que les étudiants ne s'interrogent pas sur les raisons de cette sur-représentation féminine, tant elle leur semble « naturelle » ou évidente. En effet, la médecine est globalement considérée comme un métier de femmes, notamment parce qu'il requiert des qualités propres aux femmes :

« Oui, mais peut-être que... c'est peut-être qu'elles n'y ont pas eu accès avant, parce que les femmes, avant, ne travaillaient pas, mais c'est peut-être un métier qui a dû se féminiser parce que c'est sa nature. La médecine, il faut être proche des gens, les femmes sont peut-être plus proches des gens. Il y a plus d'hommes qui sont ingénieurs et je pense que de tout temps ça sera plus des hommes qui font ingénieur et qui seront, qui travailleront dehors et qui font la construction et qui s'occuperont des voitures et font les choses idiotes, mais c'est comme ça

que ça se passe, et peut-être que c'est un métier qui est en fait de nature un peu plus féministe euh... féminin, je trouve, plus qu'on peut penser quoi. » (Etudiant en D4, n°90)

Les filles et les garçons interviewés accordent la même foi en l'existence de caractéristiques innées féminines qui revêtent pour eux une valeur positive. Dans cette perspective essentialiste, les femmes sont unanimement jugées plus sensibles et plus attentives aux autres que les hommes. Elles sont naturellement capables de développer des qualités relationnelles qui s'avèrent être pour les étudiants les qualités primordiales d'un bon médecin (cf. Tableau 1). Les compétences techniques, le savoir scientifique et médical constituent des pré-requis indispensables chez un médecin dont la valeur dépend avant tout de ses capacités d'écoute et de dialogue, de sa proximité avec le patient ou encore de sa disponibilité.

Tableau 1 : Caractéristiques d'un bon médecin

Bon médecin	Total hommes	Total femmes	Total hommes et femmes
Prend son métier à cœur, passion, aime son métier	2	5	7
Disponible, fait son travail à fond, dévoué, qui s'implique	3	9	11
Humaniste, humain, social, aidant, aimer quelqu'un, aime s'occuper des autres, aider les gens	10	7	17
Proche du patient, pas une icône, accessible, bon contact, à l'écoute du patient, psychologue, qui repère les problèmes sous-jacents, bonne relation, qui parle, bon feeling, qui consacre du temps aux patients, comprendre son patient, empathie, savoir dire la vérité quand il faut	20	31	51
Confiance, secret médical, rassurer, apaiser	2	7	9
Qui fait tout pour soigner	2	4	2
Explique ce qu'il fait, ce qu'il prescrit, informe, se met à la portée des patients	4	7	11
Bonne distance vis-à-vis du patient	1	1	2
<b>Sous-total qualités relationnelles</b>	<b>39</b>	<b>59</b>	<b>98</b>
Qui apprend toujours, formation continue, qui se tient au courant des évolutions, des nouveaux traitements	7	14	21
Bon toucher	0	2	2
Compétences médicales, bons diagnostics, qui ne fait pas d'erreur, compétences techniques, a un savoir, bonnes connaissances, traitement le plus efficace, rigoureux	15	18	33
Pas intéressé par l'argent	2	2	4
Soigne tous les patients sans distinction, ne juge pas les gens, pas de préjugés	1	3	4
Sait se remettre en cause, sait demander un avis à un collègue, a conscience de ses limites	4	4	8
Gérer l'urgence	1	0	1
Rôle de prévention pour le généraliste, éducation du patient	1	1	2
Savoir gérer une équipe, savoir gérer des budgets	1	0	1

Tout se passe comme si un déplacement des qualités professionnelles dévolues aux infirmières s'était opéré sur la personne du médecin. Le soin, l'altruisme et la pourvoyance font désormais partie de ses attributs professionnels attendus, alors qu'ils caractérisaient auparavant le personnel soignant. Les enquêtés parviennent à justifier cette requalification genrée du métier de médecin en s'appuyant sur une conception stéréotypée des qualités masculines et féminines. Les filles disent d'ailleurs se sentir parfaitement à leur place en tant

qu'étudiantes et n'avoir jamais été désavantagées du fait de leur appartenance au sexe féminin. Certaines ajoutent même qu'elles ont pu tirer des bénéfices de leurs charmes féminins :

« Pendant les études, le fait d'être une femme, ça dépend si on est susceptible ou pas dans le sens où forcément il y a encore beaucoup d'hommes surtout dans les postes supérieurs et c'est de la médecine, enfin des médecins qui ont un esprit un petit peu parfois... un petit peu arrêté sur les choses et notamment sur les femmes, je suppose qu'il y en a qui sont très vieille école, donc même... C'est plus un rapport de drague permanent ou de séduction permanente. Donc effectivement, si on est très Sainte Nitouche, c'est un truc qui est un petit peu énervant à force, je pense. Si en même temps, on rentre dans le jeu sans dépasser les limites, franchement il n'y a pas de problème. Au contraire, ça se passe plutôt bien parce que l'avantage, s'il y en a un, c'est qu'en gros, les chefs ou les internes ou les... enfin, tous les mecs qui sont au-dessus, qui ont des choses à vous apprendre, eh bien, ils vont peut être plus s'intéresser à l'enseigner aux filles qu'aux garçons. Donc pour ça, c'est un avantage d'être une fille. » (Etudiante en D4, n°58).

« Non, au contraire, c'est peut-être mieux, même un avantage d'être une fille puisqu'on fait un petit sourire, ça plaît bien au médecin qui va nous expliquer ! (rires) Non, enfin, je plaisante... non, non, enfin... je pense pas qu'il y a pas de différence, vous n'êtes pas plus mal traitée par les chefs de service ou chefs de clinique que les hommes. » (Etudiante en P2, n°20).

Les étudiant(e)s parviennent donc à faire du « neuf », c'est-à-dire faire de la médecine un métier de femmes, tout en mobilisant un ensemble de « vieux » stéréotypes sexués que Anne-Marie Rocheblave-Spenlé avait déjà mis en évidence en 1964.

## **2- 2- Un fait indiscutable**

Les femmes ne doivent pas leur légitimité dans le corps médical uniquement à des caractéristiques innées et donc indépendantes de leur volonté, mais également à leurs efforts et investissement dans le travail universitaire. Elles sont jugées plus sérieuses, plus appliquées que les garçons, et ces qualités expliqueraient leur meilleure réussite aux concours :

« Euh... moi, ce que j'en vois, c'est par rapport à notre promo. Oui, c'est vrai il y a plus de filles. Je ne sais pas, il doit y avoir 65-35%, un truc dans ce genre.

- Donc 65% de filles ?

Oui et 35% de garçons. Oui à peu près.

- En P 2 ?

Oui, oui. Je ne sais pas, mais on m'a toujours dit, enfin c'est peut être bête ce que je dis, mais on m'a toujours dit que les filles étaient plus sérieuses dans le travail, donc ça ne m'étonne pas quelque part et je pense que voilà... je ne pense pas que ça se résume à avoir des qualités humaines pour être médecin, je ne pense pas que ça se résume soit être un homme ou une femme, donc, à partir de là, je trouve que c'est, à la limite, c'est... à la limite, on prêterait plus facilement un côté humain et maternel à des femmes, enfin, un côté, enfin le propre... du moins, enfin, je dirais être médecin, c'est quelque part être aux petits soins un peu avec ses patients, donc, on verrait plus ça à des femmes. » (Etudiant en P2, n°31)

« Ben, on a toujours dit que les femmes étaient plus travailleuses. Mais, de fait, on a instauré le numerus clausus. Si les femmes... en étant plus travailleuses, elles ont donc réussi à être

dans les premières, du coup, on se retrouve avec plus d'étudiantes en médecine que d'étudiants médecins. Donc, c'est normal qu'il y en ait plus ! » (Etudiante en P1, n°28).

Personne ne met donc en cause la présence des femmes qui n'obtiennent finalement que ce qu'elles méritent, face aux garçons qui ne se donnent pas tous les moyens nécessaires pour réussir. Cet avis est partagé aussi bien par les filles que par les garçons :

« Ah, je sais que les filles sont plus nombreuses dans notre amphitheâtre que les garçons, et puis je sais aussi que les filles sont en général beaucoup plus sérieuses que les garçons aussi ! (rires)  
- Ca se voit ?

Oui, ça s'observe et puis c'est vrai qu'en traînant avec les deux, on peut facilement faire la comparaison, donc... Mais, c'est qu'elles sont plus sérieuses et puis après, je ne sais pas, c'est peut-être dans l'esprit, dans l'esprit des filles qui pour moi mûrissent en tout cas beaucoup plus vite que les garçons, parce que les garçons restent toujours un petit peu dans cet esprit d'amusement et puis elles savent faire la part des choses, donc c'est vraiment un facteur aidant en médecine. Mais il n'y a pas que ça. De toute façon, c'est vraiment un domaine où justement la parité elle est... On a même pas besoin de se poser la question de la parité ou pas, forcément on est dans un domaine où tout le monde peut y accéder ! » (Etudiant en P1, n°27).

La sélection par voie de concours, même si elle est critiquée (jugée trop rude et absurde car fondée sur le bachotage), recouvre l'avantage d'offrir la même chance à tous les candidats. Seuls les meilleurs réussissent. Par conséquent, si les filles réussissent mieux, c'est qu'elles sont meilleures que les garçons qui ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes s'ils échouent. Cette vision du cursus des études de médecine cautionne l'idée selon laquelle les femmes ont non seulement toute leur place en tant que médecin, mais de plus qu'elles sont tout aussi compétentes, voire même parfois plus compétentes que les garçons. La féminisation repose ainsi sur un principe de justice : elle récompense celles qui le méritent, et, comme on va le voir, elle corrige certaines inégalités faites aux femmes (médecins et patientes).

### **2- 3- La féminisation est synonyme de progrès social**

Tous les étudiants et jeunes médecins s'accordent à dire que la féminisation de la profession de médecin vient contrebalancer une trop longue exclusion des femmes dans ce domaine. Certains soulignent toutefois que la tendance ne devrait pas aller jusqu'à s'inverser et qu'une certaine parité devrait être respectée. Si quelques filles disent regretter la raréfaction des garçons, ces derniers se félicitent quant à eux de cette nouvelle répartition :

« Bah, tant mieux ! (rire). Non, moi, je dirais même... Même, je vais vous donner un chiffre, il y a 80% de filles dans la promotion de quatrième année. Moi, je trouve ça très intéressant, très avantageux pour les garçons ! (rire) Qu'est ce que j'en pense ? C'est très bien, c'est donc très bien. » (Etudiant de D4, n°85).

« Je trouve ça très bien parce que je trouve très agréable de travailler avec des femmes parce que je suis un homme, je sais qu'entre femmes ce n'est pas la même chose, mais il ne faut pas une écrasante majorité, une certaine parité c'est pas mal ! » (Etudiant de D4, n°25).

La féminisation offre par ailleurs aux patient(e)s une plus grande liberté pour choisir leur médecin. Les patientes ont désormais la possibilité de se faire suivre par une praticienne et de se sentir plus à l'aise lors des auscultations. Beaucoup d'enquêtés pensent également que les

médecins femmes seront plus aptes que les hommes à s'occuper des « mamans et de leurs enfants », du fait de leur expérience en tant que mère.

Enfin, la présence massive des femmes va incontestablement « faire changer les choses ». Elle va modérer et faire disparaître les différentes formes de sexisme que les filles comme les garçons supportent mal. Ils sont en effet très nombreux à citer les blagues et remarques déplacées de ceux qu'ils appellent les « vieux médecins machos », mandarins et autres patrons de service qu'ils croisent à l'hôpital lors de leurs stages, à partir de la deuxième année. Cette ancienne génération va disparaître et emporter avec elle des habitudes et attitudes sexistes qui demeurent encore très vivaces notamment dans les services d'orthopédie, niche où résistent les plus coriaces des « médecins machos », à tel point que nombre d'étudiantes évitent d'y faire un stage, partageant également la croyance qu'il faut être physiquement très fort pour pouvoir couper et scier des os :

« Sinon dans la pratique je trouve ça assez, c'est hyper-crevant, par exemple dans les services de chirurgie orthopédique, de recevoir des remarques machistes, sexistes de la part de certains chirurgiens ! (en riant)... je ne citerai pas son nom... Mais bon, c'est un peu... mais bon, c'est très rare, c'est plutôt en orthopédie où justement il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes parce que c'est quand même, il faut avoir de la force pour porter des gens ! » (Etudiante de D4, n°45)

Une résidente souligne, dans le même ordre d'idée, que la chirurgie demeure encore hermétique aux femmes :

« Je parle des vieux médecins essentiellement. J'ai soigné récemment une... j'ai été appelée, parce que je fais SOS Médecins aussi, j'ai été appelée par une femme médecin, orthopédiste, je pense ça joue plus au niveau des spécialistes ce problème-là. Déjà, elle va faire... elle est chirurgienne. Donc, déjà elle a tout faux parce que c'est un domaine où y a beaucoup d'hommes, et en plus elle choisit la spécialité d'orthopédie ! Alors là, elle a tout faux parce que c'est... y a que des hommes en général en chirurgie orthopédique. Et en l'occurrence, c'est un très bon chirurgien, elle trouve un travail dans le coin parce que bon elle avait une place, elle m'appelait pour une dépression à minuit, elle voulait un arrêt de travail. Elle n'était pas bien du tout, ça faisait des mois qu'elle... Elle avait donné sa démission, elle partait, ça faisait même pas un an qu'elle était là. Parce qu'elle était le larbin dans autres chirurgiens et que y avait aucun respect de ses collègues. C'est un exemple, mais je pense que c'est difficile d'être une femme médecin. Je pense surtout en spécialité parce que... certaines spécialités... Notamment la chirurgie, c'est... c'est encore un domaine assez d'hommes et je pense que quand on est une femme, on est moins bien considérée, moins bien pris au sérieux, ou alors faut avoir une carrure, une prestance, faut beaucoup plus donner que ce qu'un homme donnerait pour avoir... voilà ! » (Résidente, n°63).

Les femmes souffrent en outre d'un manque de reconnaissance de la part des patients, surtout les patients âgés habitués au médecin de famille traditionnel, mais aussi de la part de certains membres du personnel soignant qui ont moins de déférence pour elles que pour leurs homologues hommes.

Si ces marques de sexisme perdurent, il est intéressant de noter que tous les étudiants et jeunes praticiens y sont sensibles et ont par ailleurs bon espoir de les voir disparaître. La féminisation va selon eux entraîner une banalisation mécanique du statut de médecin femme qui se produira sans lutte particulière, du simple fait du nombre croissant des femmes :

« Suivant les différentes facettes, je pense qu'il y a des avantages et des handicaps [à être une femme], mais je pense que le handicap va de plus en plus s'atténuer quoi. Le handicap principal, c'est le fait d'être perçues euh... par certains machos qui sont chefs ou quoi que ce soit comme étant des femmes, donc, moins fortes. Mais étant donné que ça se féminise, il y aura de moins en moins de perceptions comme ça. » (Etudiant en D4, n°18).

Un dernier avantage de la féminisation est encore souvent cité. Les femmes n'ont pas envie de se consacrer sans limite à leur travail et tiennent à préserver du temps pour leur vie de famille. Cette exigence d'une meilleure qualité de vie est reprise par les hommes qui, comme on le verra plus loin, sont eux aussi demandeurs de temps libre. Ils sont donc pour la grande majorité d'entre eux en accord avec les attentes des femmes, mais d'une manière différente, dans le sens où ils n'ont pas l'intention de réduire autant qu'elles leur temps de travail. C'est là que réside la pierre d'achoppement de la féminisation : toutes les personnes interviewées, hommes comme femmes, estiment que le moindre investissement en temps de travail des femmes médecins met en péril la profession.

### **3- Les effets pervers de la féminisation : « deux femmes = un homme »**

« Je pense... il faut regarder un peu dans les années à venir, effectivement le nombre de médecins qui est en diminution et se projeter assez vite quand même dans l'avenir pour faire en sorte que ce soit pas un problème en prenant en compte, en considération le fait qu'il y a de plus en plus de femmes médecins et que donc euh... une femme médecin, ce n'est pas égal à un homme médecin, sans être, comme on disait tout à l'heure... Toutes les femmes médecins ne s'installent pas dans le libéral, donc je pense que c'est sans doute un problème dont il faut sans doute s'occuper assez rapidement euh... parce que sinon, on va tirer la langue, nous, dans quelques années autrement ! » (Médecin généraliste femme, n°74).

De manière générale, il est unanimement admis que les femmes ont le désir – légitime – d'avoir des enfants. Ce désir est en quelque sorte inhérent à leur nature, il est inéluctable et fait partie de l'ordre des choses. La naturalisation du rôle de mère impose l'évidence de leur double investissement dans la sphère professionnelle et familiale. Là où le bât blesse, c'est que les enquêtés sont persuadés que les femmes veulent donner la priorité à l'éducation de leurs enfants, choix auquel d'ailleurs nombre de femmes interrogées souscrivent :

« Je ne sais pas, je trouve que c'est bien que le métier se féminise un petit peu parce qu'il y a une petite touche féminine parce que j'ai l'impression que les femmes sont un peu plus proches des patients que les hommes, mais ça peut poser des difficultés aussi. (...) Je suis la première à le penser, parce que moi par exemple je n'ai pas envie de travailler 70 heures dans une semaine. Je ménagerai, je garderai beaucoup de temps pour ma famille, donc je suis consciente que ça peut poser des problèmes.

- D'accord.

Au niveau du temps de travail parce que les femmes travailleront moins que les hommes qui étaient plus investis dans leur profession. Il faut prévoir de plus grosses difficultés ! » (Etudiante en D4, n°22).

Les étudiants de médecine sont convaincus que les femmes médecins sont de ce fait amenées à adopter des modes d'exercice spécifiques, en quelque sorte « allégés en temps ». Le travail à temps partiel est très souvent cité :

« Dans ma promo sur 90, on est 70 filles, euh... alors j'entends beaucoup, parce que les médecins chez qui je suis il y en a un, ils sont dans un cabinet de cinq mecs, et euh... c'est l'enfer ! (rires) Je vis un enfer ! Euh... je trouve ça scandaleux euh... notamment par rapport aux gardes, à la continuité des soins euh... ils pensent que, moi ce que je ne pense pas, ils pensent que le fait d'être une femme, eh bah, on ne va pas vouloir faire de gardes, euh... donc, ça sera aux mecs de faire, de faire la continuité des soins...

- L'augmentation de la présence des femmes contribuerait à rendre plus pénible le travail des hommes ?

Et qu'il y ait plus de travail aussi, parce qu'ils pensent que, je le pense aussi un peu quand même, mais il ne faut pas que je leur dise (rires), souvent une femme par rapport à son milieu familial prendra volontiers un mi-temps, donc deux femmes prendront un temps complet. Donc pour deux femmes formées, elles ne prendront qu'un poste donc du coup, il y aura moins de médecins... » (Résidente, n°39).

Pour s'occuper de leurs enfants, les femmes travaillent à temps partiel, rechignent à faire des gardes, mais sont aussi plus attirées par des postes de médecin salarié qui offrent le bénéfice des 35 heures et un emploi du temps stable, sans risque de devoir faire des heures supplémentaires imprévisibles :

« Après pour la suite, je trouve que, je crois que ce n'est pas évident pour elles parce que la plupart voudraient quand même se ménager du temps pour leur famille, pour leur vie de famille, pour leurs loisirs, je pense qu'il y en a peu qui sont prêtes, qui soient prêtes à s'investir, à se donner complètement à la médecine et ça va un petit peu dans le sens de l'évolution de la société actuelle quoi, on travaille plus pour les 35 heures que pour les 70 heures par semaine. Donc, je ne sais pas, je pense que le mode d'exercice actuel n'est pas tellement en leur faveur. Alors, elles vont souvent dans des PMI, des choses comme ça, et c'est dommage parce que ça diminue d'autant le nombre de médecins en exercice par rapport à la demande qu'il y a en médecine libérale, je pense qu'elles sont sous-employées. » (Résident, n°87).

De plus, les grossesses entraînent des congés maternité qui perturbent l'organisation d'un service :

« Enfin moi, je peux vous parler de mes congés maternité, par exemple. Alors que je suis interne, euh, ça fait deux fois que je suis en congés maternité, c'est pas bien vu... C'est pas du tout accepté... Et donc, euh... c'est vrai que c'est pas bien vu parce que, parce que du coup on prend un peu de retard dans les études, que soi-disant ça déséquilibre le service alors que ça déséquilibre pas du tout...

- Ces remarques sont faites par qui ?

Ah bah, tout le monde en fait, que ce soit les collègues internes par exemple, euh, euh... les chefs ou les chefs de service, c'est jamais bien accepté en fait.

- Et que ce soit des femmes ou des hommes ?

Oui, ouais, les deux et c'est, c'est... je pense que c'est pas facile non plus... C'est quand même interne, c'est quand même un poste qui est assez prenant, ça dépend des spécialités mais, c'est quand même assez prenant. » (Résidente, n°54)

« Ben, je pense que ça va aller en empirant. Parce que dans ma promo, c'est 65 % de femmes pour 35 % d'hommes. La promo de deuxième et troisième année sur 120, elles sont 90 filles ! Et moi, je suis un peu effrayé parce que ... parce que... au niveau des spécialités médicales

où il y a pas de gardes, il y a pas de soucis. Sans vouloir paraître traditionaliste ou quoi que ce soit, ce qui n'est pas mon cas, je pense que malgré tout, toutes les femmes ont envie de fonder une famille, les hommes aussi... ça implique d'avoir une grossesse, des arrêts mal... enfin des congés maternité. Et puis, quand on a un enfant qui a 1, 2 ou 3 ans, on est beaucoup moins disponible pour son exercice, et donc c'est vrai que c'est soit au détriment de la vie de famille pour la femme, soit elles travaillent moins et si elles travaillent moins, il y a besoin de plus de gens. Parce qu'une femme qui est à 60 %, elle travaille comme un homme à 60% il y a pas de souci, mais elle travaille pas comme un homme à 100%. Et ça pose des gros problèmes dans les services parce que ce sont des femmes qui ont le même âge, des internes et donc elles sont deux ou trois à partir en congés maternité simultanément généralement. Et puis, ben, derrière les gens continuent à être malades donc il faut du personnel. Je pense que c'est inévitable. Dans la mesure où on est sélectionné sur nos compétences, on peut pas aller contre hein. Moi, je suis contre l'installation d'une parité parce que c'est au détriment des compétences de certaines femmes, euh, mais je sais pas exactement ce qu'on peut faire ! » (Etudiant en D4, n°14).

Si « deux femmes = un homme » dans un contexte où les femmes sont majoritaires en nombre et où sévit une pénurie de médecin, on comprend que les hommes et les quelques femmes qui souhaitent s'investir autant qu'un homme expriment la crainte d'être surchargés de travail :

« Je sais pas si c'est une féminisation du métier ou en général les femmes font plus d'études ? Moi, ça me choque pas, mais il y a un problème pratique ! Je suis pas du tout macho, mais il faut être honnête, il y a beaucoup de femmes, compte tenu de leur rôle dans la société avec les enfants, qui prennent beaucoup de temps partiels. Et ça pose un problème ! C'est vrai il y a de moins en moins de médecins et si on travaille à temps partiel, c'est l'horreur pour ceux qui restent quoi ! J'ai rien contre la féminisation. J'aurais plus quelque chose contre le temps partiel. Faut être responsable et s'investir encore plus ! » (Résident, n°48).

Les femmes qui privilégient leur vie familiale s'attirent donc les foudres de certains de leurs collègues qui leur reprochent aussi parfois d'avoir pris la place d'un homme recalé au concours de la première année, sachant que celui-ci aurait en quelque sorte mieux servi la profession en s'investissant à temps plein. Certains vont jusqu'à laisser entendre que le moindre investissement des femmes n'est pas sans lien avec l'exploitation des médecins étrangers auxquels les hôpitaux ont recours faute de personnel français :

« C'est sûr le nombre des femmes qui rentrent dans... qui vont, qui vont prendre des places parce qu'elles travaillent moins, c'est ça, mais ça ils le savent très, très bien au ministère, mais ils veulent pas le faire parce qu'ils veulent pas avoir trop de médecins à payer. Ils préfèrent payer trop quelques médecins qui sont débordés et ils sont débordés parce qu'ils ont plus de malades, c'est une espèce de gestion de la sécurité sociale, c'est mauvais ! Ils le savent et ils font venir des médecins étrangers qu'ils payent aux fonctions d'internes, alors que c'est des médecins thésés et ils les payent la moitié de ce qu'ils payent les médecins français ! C'est voilà quoi... L'esclavage moderne de la France que personne ne dit quoi, c'est vraiment... » (Etudiant en D4, n°90).

La féminisation ne suscite donc aucune réaction sexiste. La compétence des femmes médecins n'est aucunement mise en doute, celles-ci sont même souvent jugées meilleures étudiantes que les étudiants et leurs qualités féminines essentialisées les destinent naturellement à exercer leur profession. Les hommes interviewés ne voient pas leurs consœurs comme des rivales et ils leur rendent grâce d'importer de nouvelles attentes professionnelles dans le

milieu médical qui introduisent notamment l'envie d'une limitation des horaires de travail pour se ménager une meilleure qualité de vie. C'est donc bien le modèle de la « disponibilité permanente » (Lapeyre, Le Feuvre, 2005) qui se trouve remis en cause. Cependant, tout se passe comme si les hommes ne pouvaient pas profiter pleinement de ce nouvel ethos professionnel, parce qu'ils sont confrontés aux effets pervers de la féminisation. Ils se disent contraints de pallier le moindre investissement en temps des femmes lié aux congés maternité de celles-ci, à leur choix de travailler à temps partiel ou à leur refus de prendre en charge des gardes. On peut alors se demander pourquoi l'adhésion à un même ethos professionnel n'offre pas les mêmes possibilités aux hommes et aux femmes ?

#### **4- La conciliation ne se conjugue qu'au féminin**

L'abandon du modèle de la « disponibilité permanente » vis-à-vis des patients répond à la volonté d'investir davantage la sphère du hors travail. Ce changement de référence a incontestablement été impulsé par l'arrivée massive des femmes qui ont conquis un domaine professionnel masculin, mais sans renoncer à leur fonction de mère. En ce qui les concerne, on ne peut pas dire qu'elles aient abandonné la référence de la disponibilité permanente, mais plutôt qu'elles ont refusé d'y adhérer. Elles ont entraîné les hommes dans leur sillage et ceux-ci n'ont pas reproduit le modèle professionnel transmis par leurs aînés. Cependant, la faillite de ce modèle n'obéit pas aux mêmes logiques chez les hommes et chez les femmes. Ces dernières veulent du temps pour s'occuper de leurs enfants (temps pour autrui), alors que leurs confrères veulent du temps pour eux (temps pour soi). Cette différence apparaît très nettement dans les discours des interviewés. La plupart des femmes, et ce dès la première année de médecine, évoquent leur désir d'avoir des enfants, leur future vie de famille à laquelle elles donneront la priorité sur leur vie professionnelle. Les hommes, pour leur part, se projettent beaucoup plus rarement en tant que futurs pères. Ainsi, cet étudiant de D4 qui cherche sa voie envisage-t-il les diverses possibilités qui s'offrent à lui en prenant en compte l'investissement requis, mais pas les éventuelles exigences de sa future vie de famille :

« - Vous pouvez avoir une idée quand même [de ce que vous voulez faire plus tard] ?  
Je me dis que, bon, pour avoir une qualité de vie, je sais pas, moi, faire chirurgie viscérale, c'est être appelé toutes les heures, dormir deux, trois fois à l'hôpital par semaine. C'est bon... Et puis, bon, après, il y a d'autres spécialités, les urgences, faire le SAMU, des choses comme ça, et puis, pareil pour les médecins généralistes, quand ils sont de garde à SOS médecin ou des choses comme ça, ils peuvent être appelés, mais c'est... Quand on a intégré la médecine, c'est... on a accepté... c'est déjà un choix ! Et puis après, si on veut avoir une vie de famille avec euh... en faisant de la chirurgie viscérale, bon bah, on sait qu'il y a un petit problème !  
- Et vous, ça ne vous gêne pas de...  
Moi, ça me gêne pas... disons que c'est pas moi qui fais les enfants ! » (Etudiant D4, n°85).

Enfin, le souhait de disposer de temps pour autrui se révèle plus réalisable que celui de bénéficier de temps pour soi. Une des raisons de cette différence repose sans doute sur l'adhésion partagée par les tous à les interviewés à la logique de la conciliation au féminin. Hommes et femmes considèrent que l'éducation des enfants revient en priorité aux mères et que celles-ci ont à articuler leur vie professionnelle et leur vie privée :

« Les médecins hommes sont actuellement moins prêts à faire autant d'horaires que dans le passé, mais les femmes à mon avis sont encore plus prêtes à faire des mi-temps que les hommes pour pouvoir prendre en charge un peu plus leurs enfants. Je l'ai ressenti notamment

quand j'ai fait mon stage chez le médecin généraliste, avec deux hommes et une femme. Un homme qui travaillait, bon c'est vrai qu'il arrivait, il avait 59 ans, il n'avait plus d'enfants à charge. Euh... un autre médecin qui lui n'était pas, travaillait encore beaucoup mais moins, beaucoup moins que l'autre euh... parce qu'il avait décidé de passer plus de temps avec sa femme, et une femme médecin qui elle euh... voulait se faire remplacer tous les vendredis après-midi pour passer plus de temps avec ses enfants. Elle ne travaillait pas le mercredi et en plus elle voulait se faire remplacer tous les vendredis après-midi pour passer plus de temps avec ses enfants. Et euh... et euh... ça lui a été un peu soufflé par les stagiaires femmes qu'il a eues dans le passé et qui justement euh... de jeunes mamans, et qui euh... disaient : " Mais à quoi bon bosser alors que vous avez des enfants et que vous le dites vous-mêmes, vous voulez passer du temps avec vos enfants quoi ?" ». (Résident, n°68).

« Pendant les études, c'est quand même des études qui durent très longtemps, ça repousse quand même, ça repousse quand même beaucoup de choses à plus tard. Puisque avoir des enfants ou des choses comme ça, ça repousse... on ne peut pas trop, quoiqu'on peut en avoir pendant les études, il y en a qui en ont. Mais c'est vrai que c'est un peu difficile et puis c'est quand même un métier qui demande beaucoup de temps, donc c'est difficile à mon avis de concilier les deux même si c'est possible. Et pour un homme, oui, bah, je crois que c'est plus facile ! » (Etudiante en P2, n°38).

« Non, c'est pas qu'il est mieux placé, c'était que je pense qu'il est plus disponible. Enfin, je sais pas, j'ai l'image des chirurgiens qui sont tout le temps obligés d'opérer, ont les bips : "Allez, tu viens machin !" Bon, ça va être surtout ça pendant l'internat, mais ce que je veux dire c'est que c'est que... Enfin, je sais pas, je pense que toute femme a envie aussi de faire sa vie, machin, donc elle va peut-être choisir des spécialités plus légères ou s'organiser dans un cabinet ou même à l'hôpital, mais avoir un emploi du temps entre guillemets plus souple pour pouvoir à côté s'occuper de ses enfants. Un homme, c'est pas nécessaire dans le sens où, bien voilà, c'est comme ça, c'est la femme qui est censée s'occuper des enfants. » (Etudiante en P2, n°20).

Le consensus existant sur la conciliation au féminin autorise les femmes à réguler leur temps de travail professionnel, alors que les hommes ne disposent pas de justification socialement acceptable pour limiter leur investissement en temps de travail. Le modèle de la conciliation au féminin, facteur déterminant de l'ethos professionnel, est entre autres imposé aux étudiants et jeunes médecins par leur environnement, notamment à travers les conseils qui leur sont prodigués. Les recommandations sont sexuées : seules les femmes sont enjointes à articuler leurs projets professionnels et leur future vie familiale, comme le montrent les extraits suivants :

« Bon eux [ses parents], ça leur fait plaisir que je sois médecin, mais bon médecin, ils trouvent ça trop dur, trop long. Puis ils trouvent que pour une femme, c'est pas un métier génial pour avoir des enfants ! » (Etudiante en P2, n°67).

« Donc, sinon, par la suite, il y a mon dentiste, ma dermato et mon médecin généraliste qui me conseillent dans les études, qui me donnent des conseils pour l'internat.

- Quel genre de conseil vous apportent-ils donc ?

Oh bah, quand ils me demandent en quoi je veux me spécialiser, ils me disent qu'est ce qui est bien et, par exemple, mon orthodontiste m'a dit de bien choisir l'endroit où je voudrais m'installer parce que ça comptait beaucoup pour... Par exemple, elle, elle s'est installée dans un endroit où il y a vraiment pas beaucoup d'orthodontistes, elle est quasiment la seule du

département. Donc, elle a vraiment bien choisi ça et puis elle gagne bien sa vie, je pense ! (rire).

- Donc des conseils stratégiques plus en relation avec l'exercice du métier en fait ?

Puis, aussi vis-à-vis de l'aménagement du métier par rapport à la vie de famille. Comme ce sont des filles, en fait, mes médecins, elles me disent : "Alors ça, tu sais c'est compatible avec une famille. Mais si tu fais l'autre, ça marchera ... Pédiatrie, par exemple, l'internat est assez difficile." » (Etudiante en D4, n°45).

Les jeunes hommes, quant à eux, ne disent pas avoir reçu de recommandations concernant leur vie familiale. Leurs conseillers prennent surtout en compte les conditions de travail :

« Non, je suis allé directement à la fac voir comment ça se passait. Je me suis dit, bon, c'est comme mon médecin et puis voilà... Si, j'ai dû voir des médecins auprès des formathèques, je ne sais plus comment ça s'appelle, ça doit être des formathèques et euh... Bah, ils m'ont dit qu'il fallait travailler, que c'était compliqué, que c'était pas une vie facile, où on fait beaucoup d'heures et puis on mène pas forcément une vie de... où on gagne pas une fortune quoi. On vit bien quoi, mais c'est le prix du travail qu'on fournit quoi ! » (Résident, n° 68).

Ces extraits démontrent que l'identité d'un étudiant de médecine et d'un jeune praticien ne se construit pas uniquement à travers les enseignements théoriques et pratiques délivrés sur les différents lieux de formation. Leurs choix et stratégies sont également influencés par des avis profanes ou extérieurs à l'université : « Si la trajectoire des individus traverse un territoire commun balisé par l'organisation des études (faculté, hôpital) et par celle de la profession (remplacements, installation), elle est constamment pénétrée par des éléments qui ont leur origine ailleurs (par exemple dans la socialisation antérieure, dans l'intégration à des formes sociales parallèles au monde hospitalo-universitaire) et qui viennent informer différemment ce territoire commun » (Baszanger, 1981, p.229).

L'acceptation, sans questionnement, de la conciliation au féminin est par ailleurs renforcée chez les femmes par la longueur des études de médecine qui produit un retard calendaire par rapport aux autres jeunes de la même génération, souvent sortis du système scolaire et installés dans la vie adulte beaucoup plus tôt que les étudiants de médecine. Pour la plupart, ceux-ci demeurent très longtemps financièrement dépendants de leurs parents. Ils doivent de plus attendre la fin de la sixième année d'études pour avoir une idée plus précise de leur devenir professionnel qui dépend de leur réussite ou échec au concours d'internat. Les jeunes femmes sont donc contraintes de différer la programmation de leur première grossesse. Cette attente attise leur désir de fonder une famille, désire qui occulte les enjeux de la conciliation au féminin. Elles sont épuisées par le poids des stages, des cours, du bachotage et des concours. Elles voient dans la maternité et l'éducation d'un enfant l'opportunité de se consacrer à de nouvelles activités. Tout se passe comme si la conciliation de leur vie professionnelle et privée leur permettait d'échapper à l'univers de la médecine qui a absorbé toute leur jeunesse :

« Je pense qu'il y a un esprit concours, un esprit de synthèse qui est particulier quand on arrive pas à la choper, ou parce qu'on est un peu fatigué... C'est long quand même dix ans, à la fin on n'en peut plus quoi ! On commence à avoir des projets de famille, à avoir envie de gagner des sous ! Passer toutes ses journées, toute sa vie en bibliothèque, c'est euh... Je pense qu'il y a un moment, on s'essouffle et que le concours, il est un peu loin dans le parcours. Je crois que c'est vraiment ça moi, j'ai l'impression pour mon expérience à moi que c'est ça, je

me suis essoufflée, j'en pouvais plus à la fin ! Que je l'ai, que je l'ai pas, il fallait que ça finisse quoi, j'en avais marre ! » (Résidente, n°60).

## 5- Conclusion

Dire que la profession de médecin se féminise ne signifie rien en soi si on ne précise pas les différentes acceptions que la notion de féminisation recouvre dans ce domaine. Comme on l'a vu, la féminisation s'est tout d'abord traduite par l'abolition de l'hégémonie masculine et l'entrée de quelques femmes dans profession de médecine à laquelle elles n'ont pu légalement accéder que vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. En effet, l'Assistance publique n'a autorisé les femmes à se présenter à l'externat qu'en 1881 et le concours d'internat ne leur a été ouvert qu'en 1886 (Paicheler, 2001). Dans un second temps, la féminisation a correspondu à une conquête massive de la profession par les femmes, allant aujourd'hui jusqu'à être quantitativement majoritaires parmi les étudiants de médecine et demain parmi les médecins en exercice. Parallèlement, la féminisation a pris une tournure plus qualitative avec la diffusion de valeurs et d'attentes professionnelles féminines – socialement construites – qui ont bouleversé l'identité même de la profession et des professionnels : la médecine est désormais assimilée un métier de femmes et l'ethos de la « disponibilité permanente » n'est plus la référence constitutive du rapport au travail des jeunes médecins. Certains bastions résistent encore à cette métamorphose, comme celui de la chirurgie, mais une quatrième forme de féminisation viendra peut-être toucher ces secteurs et aboutir à une généralisation des processus en cours.

Ces changements sociaux donnent lieu à deux types sexués d'investissement professionnel des médecins (voir tableaux 2 et 3) qui se déclinent en trois modalités d'exercice de la profession. On notera en tout premier lieu que l'inactivité n'est envisagée par aucun des étudiants de médecine ou des jeunes praticiens. Ce constat signifie donc qu'aujourd'hui plus aucune femme ne conçoit d'abandonner ses études de médecine après l'obtention du concours de première année et que les lauréates comptent bien exercer la profession pour laquelle elles suivent d'aussi longues études. En revanche, la majorité d'entre elles projette de fonder une famille et de concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Certaines envisagent d'équilibrer le temps consacré à ces deux sphères en conservant une activité professionnelle à temps plein, alors que d'autres limitent temporairement leur temps de travail, qu'elles soient installées en libéral ou salariées. Quelques femmes disent toutefois vouloir se consacrer entièrement à leur travail ; elles souhaitent faire une carrière hospitalière ou se passionnent pour la recherche, la médecine humanitaire, etc. Mais dans ce cas elles n'envisagent pas d'avoir des enfants. Adhérant à la logique de la conciliation au féminin, il ne leur semble pas possible de réaliser un double investissement et professionnel et familial. On notera donc que les femmes, quels que soient leurs projets, ne revendiquent pas un partage égalitaire des tâches domestiques et d'éducation des enfants. La féminisation de la profession de médecin se déroule en fait en l'absence de prise de position féministe de la part des femmes qui renversent un ordre établi, sans mener de lutte ouverte et sans chercher à remettre en question les stéréotypes sexués portant sur les caractéristiques dites féminines et masculines et à modifier la division sexuée des rôles de père et de mère.

Les hommes quant à eux, comme on l'a vu, ne s'identifient plus au médecin traditionnel et souhaitent se disposer de temps personnel. De ce fait, leur investissement professionnel est plus ou moins fort, mais toujours au minimum à temps plein. Rares sont ceux qui ne se s'aménagent pas un emploi du temps contrôlé. Nous n'avons en effet rencontré qu'un seul

médecin généraliste en libéral qui consulte sans rendez-vous et qui de plus a pris en charge d'autres responsabilités, en participant notamment à des staffs hospitaliers. Selon ses termes, « si l'on veut faire de la médecine, il faut être immergé ». Il ne conçoit par ailleurs pas que sa femme puisse s'invertir professionnellement autant que lui :

« Je pense que la médecine générale, c'est une médecine qui est extrêmement difficile à exercer quand on est une femme, socialisée et avec une vie de famille des enfants à plein temps, après un mi-temps... enfin, comme moi je l'exerce, je verrais pas ma femme travailler autant de temps. Ou alors, il faudrait qu'on se barde d'aides de tous les cotés, si c'est pour payer quelqu'un chez soi pour travailler, non ! Oui, d'ailleurs ça doit être très, très chaud ! D'ailleurs, si vous regardez bien, il y a 36% de femmes qui sont médecins et il n'y en a pas beaucoup qui font médecine générale. Là-dedans, il y a les rhumato, les dermato, les gynéco médicale, qui travaillent 20 heures par semaine. Des anesthésistes... il y a pas beaucoup de chirurgiens viscéral dans les hôpitaux périphériques qui sont des femmes. » (Médecin généraliste homme, n°76).

Les changements qui viennent aujourd'hui bouleverser l'identité professionnelle des médecins se situent à l'articulation de deux logiques, celle de la féminisation qui touche la sphère professionnelle et celle de la conciliation qui organise la sphère de la vie privée. Il sera intéressant d'en mesurer les conséquences à long terme et notamment de voir si les hommes vont parvenir à satisfaire leur souhait de disposer de davantage de temps personnel et si les femmes ne limitent pas l'évolution de leur carrière en acceptant ainsi les principes de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale.

Tableau 2 : Type d'investissement professionnel des femmes médecins

<b>Femmes</b>	Vie privée	Vie professionnelle
Vie privée	<i>Inactivité</i>	Conciliation Temps partiel ou salariat
Vie professionnelle	Conciliation Temps plein	Disponibilité permanente Pas de double investissement

Tableau 3 : Type d'investissement professionnel des hommes médecins

<b>Hommes</b>	Vie privée	Vie professionnelle
Vie privée	<i>Inactivité</i>	Investissement professionnel limité Qualité de vie (temps personnel)
Vie professionnelle	Investissement professionnel fort Investissement familial faible	Disponibilité permanente Breadwinner

## Bibliographie

Baszanger I., 1981, Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes, *Revue française de sociologie*, XXII, p. 223-245

Battagliola F., 2000, *Histoire du travail des femmes*, Paris, La Découverte.

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.

Hardy-Dubernet A.-C., 2005, Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, *Revue française des affaires sociales*, n°1.

Lada E., 2002, Agents d'ambiance et de médiation : une construction sociale sexuée et ethnicisée en devenir, Journée d'études « *Regards croisés sur les emplois jeunes* », Université de Rouen, CA-Céreq de Rouen, 23 mai 2002.

Lapeyre N., Le Feuvre N., 2005, Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales*, n°1

Niel X., 2002, La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002, *Etudes et Résultats*, n°161, p.1-8

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), 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

Rocheblave-Spenlé A.-M., 1964, *Les rôles masculins et féminins*, Paris, Presses universitaires de France.

Zaidman C., 1986, La notion de féminisation : de la description statistique à l'analyse des comportements, in Aubert N., Enriquez E., de Gaulejac V., *Le sexe du pouvoir. Femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*, Paris, Desclée de Brouwer.

## Annexes : Liste des entretiens réalisés

N°	Année	Faculté	Sexe	Profession du père	Profession de la mère
1	P1	N	F	Boucher, charcutier, traiteur	Adjointe administrative
2	P1	N	F	Artisan menuisier	Aumônier
3	P1	N	F	Psychiatre	Sage-femme
4	P1	N	F	Directeur d'une société de 10 salariés	Infirmière
5	P1	SA	M	Médecin généraliste	?
6	P1	SA	M	Chauffeur routier	?
7	P1	N	M	Tôlier peintre dans l'automobile	Mère au foyer
8	P1	N	M	Commercial	Sans profession
9	P1	N	M	Expert comptable	Gérante de tutelle
10	P1	N	F	Comptable	Pharmacienne
11	D4	N	M	Ingénieur	Comptable de formation, sans activité
12	P1	N	M	Dentiste, professeur	Mère au foyer, de formation assistante médicale
13	P2	N	F	Météorologiste	Météorologiste
14	D4	N	M	Psychiatre	Pédiatre
15	P2	SA	F	Employé dans un centre de tri postal	Caissière PTT
16	P2	SA	M	Sans profession	Femme de ménage
17	P2	SA	M	Ingénieur	Infirmière
18	D4	N	M	Artisan	Secrétaire
19	P1	SA	F	?	Journaliste
20	P2	SA	F	Ouvrier	Ouvrière
21	P2	N	F	Ouvrier	Aide-soignante
22	D4	N	F	Médecin généraliste	?
23	P2	N	F	Vétérinaire	Médecin généraliste
24	P2	N	M	Employé de mairie	Infirmière
25	D4	SA	M	Directeur d'agence (assurance)	Sans profession
26	P2	SA	F	Cadre dans le secteur bancaire	Mère au foyer
27	P1	SA	M	Cadre dans la communication	Secrétaire
28	P1	N	F	Radiologue	Mère au foyer, radiologue de formation
29	D4	SA	M	Commerçant	Commerçante
30	P2	N	M	Cadre dans le secteur bancaire	Cadre dans le secteur immobilier
31	P2	SA	M	Médecin militaire	Sans profession, secrétaire de formation
32	P1	SA	F	Chef d'entreprise agro-alimentaire	Sans activité
33	D4	N	F	Gynéco-obstétricien	Cadre supérieur
34	P2	N	M	Médecin	Secrétaire médicale
35	D4	N	F	Psychiatre	Sans profession

36	P2	SA	F	Professeur d'anglais	Professeur d'anglais
37	P1	SA	M	Représentant de commerce	Commerçante
38	P2	N	F	Ingénieur	Sans profession
39	R	N	F	Commerçant	?
40	P2	SA	M	Expert comptable	Juriste de formation
41	P1	SA	F	Soudeur	Assistante maternelle
42	D4	N	M	Professeur d'EPS	Professeur d'EPS
43	P2	N	M	Directeur de laboratoire pharmaceutique	Ophthalmologiste
44	D4	SA	F	Avocat	Sans profession
45	D4	SA	F	Technicien de sécurité	Sans activité
46	D4	N	F	Ingénieur	Employée
47	MG	N	F	Ingénieur	Institutrice
48	R	N	M	Anesthésiste	Anesthésiste
49	D4	SA	M	Ingénieur	?
50	P2	SA	F	Technicien supérieur	Agent de maîtrise
51	P2	SA	F	Cardiologue	Directrice d'école
52	P1	SA	F	Ecrivain	Agent social dans une maison de retraite
53	P1	SA	F	Médecin	Médecin neurologue
54	I	N	F	Ingénieur	Professeur
55	D4	SA	F	Pharmacien	Assistante marketing
56	R	N	F	Programmeur informatique	Professeur
57	R	N	F	Artisan	Educatrice
58	D4	SA	F	Directeur de marketing	Sans profession
59	R	N	M	Chef d'entreprise familiale (+ de 10 salariés)	?
60	R	SA	F	Chef d'entreprise	Orthophoniste
61	MG	SA	M	Technicien supérieur	Fonctionnaire
62	D4	N	M	Ingénieur	Sage-femme
63	MG	SA	F	VRP	Infirmière
64	MG	SA	F	Chef d'entreprise	Sans profession
65	MG	N	F	Diplomate	Sans profession
66	MG	SA	M	Psychiatre	Psychiatre
67	P2	N	F	Directeur d'agence immobilière	Assistante sociale
68	R	N	M	Commerçant	?
69	D4	N	F	Infirmier en psychiatrie	Assistante dentaire
70	MG	N	M	Commerçant	Sans profession
71	P1	SA	F	Médecin spécialiste	Médecin généraliste
72	R	SA	M	Cadre commercial	Sans profession
73	MG	SA	F	? (père inconnu)	Médecin généraliste
74	MG	N	F	Artisan	Institutrice
75	MG	N	F	Journaliste	Infirmière
76	MG	N	M	Cadre	Institutrice
77	P2	N	F	Ouvrier	Aide-soignante
78	MG	N	M	Stomatologue	Infirmière
79	R	SA	F	Architecte	Secrétaire
80	MG	SA	M	Chef d'entreprise	Sans profession

81	MG	SA	F	Ingénieur polytechnicien	Secrétaire médicale
82	R	SA	M	Professeur de médecine	Médecin
83	MG	N	F	Gérant de syndic	Direction commerciale
84	MG	SA	F	Fonctionnaire	Sans profession
85	D4	SA	M	Restaurateur	Restauratrice
86	R	SA	M	Commerçant	?
87	R	SA	M	Cardiologue	Cadre
88	MG	N	M	Chef d'équipe	Sans profession
89	MG	SA	M	Ouvrier	?
90	D4	SA	M	Médecin généraliste	Médecin scolaire
91	MG	SA	M	Ingénieur	Réceptionniste
92	MG	SA	F	Enseignant en fac de Lettres	Documentaliste
93	MG	SA	F	Cadre dans une mairie	Assistante maternelle dans une école maternelle

Légende :

P1 : PCEM 1

P2 : PCEM 2

D4 : DCEM 4

R : étudiants de résidanat

MG : médecins généralistes

I : médecin de médecine interne

N : hôpital de Nantes

SA : hôpital de Saint-Antoine