

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Jeunes diplômés de médecine générale :
devenir médecin généraliste... ou pas ?

Les enseignements du suivi d'une cohorte
d'une cinquantaine d'anciens internes
(2003-2010)

Géraldine BLOY

n°104 – février 2011

Cette publication n'engage que ses auteurs

Remerciements

Ma gratitude va tout d'abord aux jeunes médecins qui veulent bien se rappeler de moi d'un passage à l'autre, m'ouvrir leur porte et se prêter à mes questions. Leur disponibilité, leur confiance et leur fidélité m'ont permis de mener à bien ce travail au long cours. Le récit biographique s'apparente parfois « un drôle d'exercice », comme certains me l'ont dit, mais la plupart ont joué volontiers le jeu proposé, en acceptant de me donner accès à leur vie professionnelle et souvent aussi à leur vie privée, au fur et à mesure que s'élargissait le champ d'investigation pertinent pour comprendre leur parcours. J'ai été touchée de pouvoir accéder à diverses facettes de leur intimité, d'être parfois témoin de leurs doutes ou invitée à entrer dans la confiance sur telle ou telle épreuve marquante. Je les remercie très sincèrement.

Je souhaite qu'ils trouvent d'abord ici le témoignage d'une écoute attentive de leur expérience et que mes interprétations ne soient pas source d'incompréhension ou de déstabilisation. Même si mes analyses sont directement inspirées de leur vécu, ils ne sauraient y retrouver trait pour trait leur expérience personnelle. Je formule quand même l'espoir que l'interprétation sociologique de ce qu'ils m'ont livré puisse les intéresser voire les éclairer sur certains aspects de leur parcours.

François Guillaumat-Tailliet et l'équipe du Bureau des professions de santé de la DREES ont accompagné la progression de ce travail avec pertinence et bienveillance, je leur en sais gré. Je suis aussi reconnaissante à Mireille Elbaum et Pascale Breuil-Genier, qui ont perçu l'intérêt de ce suivi de cohorte avant que mon objet soit en quelque sorte rattrapé par l'actualité, et rendu possible le montage du contrat de recherche en 2005-2006.

Merci enfin à Pauline et Camille, mes fidèles retranscriptrices, qui n'ont pas ménagé leur peine à partir d'enregistrements parfois difficiles. Et à Héloïse pour la révision de la bibliographie, des prénoms et du tableau !

L'expérience de l'individu et l'histoire de la société ne se comprennent qu'ensemble. (...) L'imagination sociologique permet de saisir histoire et biographie, et les rapports qu'elles entretiennent à l'intérieur de la société. C'est la tâche qui lui revient et c'est l'espoir qu'elle fait naître. (...) Nulle étude sociale n'a bouclé son périple intellectuel, qui ne s'est tournée vers les problèmes de biographie et d'histoire, et vers leurs interférences au cœur de la société. »

Charles Wright Mills, *L'imagination sociologique*, Paris, Maspéro, 1967, p. 7-10 (édition originale 1959).

Sommaire

Sommaire	7
Partie 1 - Pourquoi et comment étudier les parcours des jeunes diplômés en médecine générale ?	9
1 – Histoire et situation du problème :	9
Des généralistes insaisissables ?	9
D'une recherche à l'autre	13
2 – Une réflexion sociologiquement équipée.....	16
Par la sociologie du travail	16
Par la sociologie de la jeunesse et des générations.....	20
Par la sociologie des rapports de genre	25
Par la sociologie des carrières et des parcours de vie.....	32
3 – L'enquête et ses méthodes	37
Généralités sur le suivi de cohorte.....	37
Rappels sur la population enquêtée	38
La nouvelle enquête (2006-2010).....	41
La conduite des entretiens : faire dire/laisser dire, quid de la neutralité ?.....	44
Apports et limites de la méthode	48
Modes d'analyse et d'exposé	50
Partie 2 - Positions et parcours	51
1 – Que sont-ils devenus ? Présentation synthétique des positions occupées en 2010.....	52
Les métiers exercés au dernier contact par les 51 diplômés de médecine générale.....	53
Premiers constats.....	53
2 – Comment en sont-ils arrivés là ? Les types de parcours.....	55
Les « fidèles » : des parcours linéaires et conformes aux intentions annoncées	57
Les « reconvertis » engagés : vers une pratique qui éclipse toutes les autres.....	58
Les réorientations contingentes opportunes	61
Les réorientations réactives.....	63
Les parcours incertains.....	69
3 – Essai de portraits en mouvement	72
Adelaïde : entre médecine générale, oncologie et gériatrie	73
Claudia : entre médecine libérale, santé communautaire, PMI et humanitaire	76

Partie 3 - De l'analyse des parcours biographiques aux perspectives macro-sociales.....	81
1 – Le devenir de la médecine générale au prisme du changement générationnel	81
Changement d'époque.....	81
Vous avez dit instituer ? Le temps de la faculté	83
Après la faculté : le temps des logiques privées	84
Un renouvellement bien tempéré	85
Comment être jeune médecin généraliste aujourd'hui ?.....	86
Devenir libéral.....	92
Parmi les libéraux.....	94
Déplacer les lignes : vers des identités plus fluides ?	96
2 – Le lien formation-emploi pour les jeunes diplômés de médecine générale.....	100
Une polyvalence avant d'être une spécialité	100
Une conjonction exceptionnelle	100
L'approche par les capacités : enfin incarnée ?	103
Une logique des compétences en actes ?	104
À nuancer	106
Quid d'une régulation publique ?	108
Des tensions prévisibles dans le management des soignants.....	109
3- La question du genre chez les jeunes diplômés de médecine générale	112
L'indifférenciation croissante des aspirations	112
À l'épreuve des faits.....	113
Oublier la classe ?	114
L'empreinte du genre sur les entrées dans la carrière.....	116
Les femmes entre autonomie et hétéronomie	118
Variations sociales.....	120
Conscience, intériorisation et réversibilité : les habits neufs de la féminité ?	123
Bibliographie	139

Partie 1 - Pourquoi et comment étudier les parcours des jeunes diplômés en médecine générale ?

Cette première partie précise classiquement la construction sociologique du problème opérée et la démarche mise en œuvre pour l'analyse.

1 – Histoire et situation du problème :

Des généralistes insaisissables ?

Nous partons du constat que la formation et le devenir des jeunes diplômés de médecine générale n'ont jusqu'à récemment intéressé que peu de monde en France. Dans un système élitiste explicitement centré depuis 1958 sur la valorisation d'une médecine hospitalo-universitaire de plus en plus spécialisée, les généralistes étaient dédaignés, même si les réformes successives des études médicales ont rituellement affirmé la nécessité de leur revalorisation. Dès les années 1970, dans un monde médical dont le CHU était devenu le centre et le modèle d'excellence, les médecins généralistes pouvaient être considérés, selon les mots d'I. Baszanger, comme « la catégorie de professionnels que l'institution socialisante ne fabrique pas pour elle-même » et dont elle se désintéressait. La décennie suivante a vu une réforme importante de l'internat entrer en vigueur. Le recentrage de la formation sur la préparation du concours, qui a suivi, a abouti à délaisser en pratique de plus en plus la question de la production d'un contingent de généralistes raisonnablement préparés à l'exercice des soins primaires et motivés par ce dernier, comme l'ont notamment montré M. Arliaud (1987), A-C. Hardy-Dubernet (2000, 2001, 2003) ou D. Broclain (1994). Pendant toutes ces années, les facultés ont produit des médecins généralistes en nombre (une moitié des effectifs au moins sortait avec ce titre), sans se soucier de la formation spécifique ni du devenir de ceux qu'I. Baszanger (1979, 1981, 1983) avait qualifiés de « peuple vague ».

L'histoire de la déconsidération de cette pratique médicale au sein des institutions qui dominant et régissent le monde médical a été considérée plus en détail ailleurs (Bloy, 2008a, 2010a). Ce n'est que récemment et difficilement que la médecine générale est parvenue à prendre pied puis à conquérir un statut dans les facultés de médecine. Des changements importants sont en cours depuis une quinzaine d'années : la nécessité d'une formation pratique et théorique à la médecine générale a fini par s'imposer, notamment à compter de la mise en place du stage chez le praticien, obligatoire depuis 1997 dans le cadre du troisième cycle de médecine générale. En 2004, la médecine générale est devenue une spécialité donnant lieu à un DES, dont la filière universitaire (des chefs de clinique aux professeurs titulaires) se met en place depuis 2008 dans un cadre législatif original puisque la part soin de ces médecins universitaires mono-appartenants ne se déroule pas à l'hôpital mais en médecine libérale. L'essentiel de ces réformes est récapitulé dans une chronologie plus large que nous faisons dans l'encadré ci-dessous.

La médecine générale en réformes : chronologie succincte

1958 : La réforme Debré institue les CHU qui consacrent le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation de tous les médecins – rien n'est prévu pour la MG

1968 : L'idée d'un stage en MG pour les futurs généralistes est lancée - premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale à Bobigny

Années 70

1972 : Possibilité légale d'un stage en MG - Troisième cycle expérimental à Bobigny et à Créteil

1973 – 1977 : Création des premières sociétés savantes de MG (SFMG et SFTG)

1975 : Constitution du premier syndicat mono-catégoriel : le SMG (non représentatif)

Années 80

1982-84 : Réforme de l'internat : mise en place d'un 3^{ème} cycle pour les étudiants généralistes (résidanat de 4 semestres de stages hospitaliers + un stage de 20 demi-journées en MG) - suppression des CES, le choix de la MG apparaît de plus en plus dévalué

1983 : Création du CNGE qui regroupe et forme les premiers maîtres de stage et enseignants en MG

1986 : Constitution du syndicat MG-France (reconnu représentatif en 1989)

Années 90

1991 : Premières nominations de maîtres de conférences associés de MG dans les facultés

1993 : Directive d'harmonisation des études médicales

1997 : Décret instituant le semestre de stage obligatoire « chez le praticien » pour tous les résidents (mis en place en novembre) – toutes les facultés ont désormais leur Département de médecine générale (DMG) : les recrutements de maîtres de conférences associés puis professeurs associés vont croissant, les volumes de cours réalisés par des généralistes augmentent, les dispositifs pédagogiques se multiplient

Années 2000

2002-2004 : Proclamation de la spécialité médecine générale : DES en 3 ans (le semestre supplémentaire peut être effectué en ambulatoire ou à l'hôpital) - l'internat est remplacé par des Épreuves Classantes Nationales

2006 : Création d'une option médecine générale au CNU

2006 : Création du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, à partir des cadres du CNGE

2007 : Premières promotions sorties du DES – Nomination de 16 premiers chefs de clinique

2008 : Création par la loi de la filière universitaire de MG et d'un corps d'enseignants titulaires de médecine générale

2009 : Loi HPST : prévision d'un plan pluriannuel de recrutement de maîtres de conférences et professeurs de médecine générale + définition des soins de premier recours et précision des missions des généralistes – Premières nominations de professeurs titulaires de médecine générale

2010 : Mission et rapport d'E. Hubert sur la médecine de proximité

On observe par ailleurs que la médecine de premier recours n'a explicitement été constituée en enjeu pour la santé publique et les politiques de santé que tardivement en France. Cette histoire reste à écrire, mais il semble que l'intérêt récent des autorités sanitaires pour la médecine générale se soit développé en raison de considérations d'une part économiques (les perspectives de meilleur contrôle des dépenses de santé qu'est réputé permettre un bon système de soins primaires) et d'autre part démographiques (le souci de pouvoir garantir l'offre de soins de proximité sur tout le territoire). L'ONDPS a récemment posé et étayé le constat que tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine générale, entendue comme médecine de famille de premier recours (ONDPS, 2008). Le phénomène de « fuite »¹ ou d'évaporation, qui intervient à l'issue du troisième cycle de médecine générale vers des fonctions autres que les soins primaires ambulatoires a été autant que possible documenté d'un point de vue statistique, mais ce travail a fait apparaître toute la difficulté de savoir réellement « qui pratique quoi » parmi les omnipraticiens, en l'état actuel de l'organisation de la médecine libérale et du système d'information. La distinction omnipraticiens/généralistes, au cœur du rapport ONDPS, constitue un progrès dans la prise en compte des réalités d'exercice, même si elle est loin d'épuiser les modulations possibles de la

¹ Fuite dans un sens uniquement descriptif, c'est-à-dire sans hypothèse à ce stade sur les motivations de ceux qui vont pratiquer autre chose que la médecine générale.

pratique des médecins considérés². L'entrée par une recension des formations complémentaires suivies par les omnipraticiens ne donne pas non plus les résultats escomptés : le nombre des généralistes ayant validé des capacités, diplômes universitaires ou interuniversitaires, etc., à supposer qu'on fût en mesure de le connaître avec précision, ne permettrait pas de déduire l'usage qu'en font les praticiens donnés à un moment de leur carrière. Il faut pour cela se tourner vers des études de sociologie qualitative³, qui arrivent à saisir de manière ajustée la réalité d'un exercice souvent « mixte » à l'issue des formations complémentaires consenties (une pratique de la médecine générale alternant avec des consultations plus spécifiques), ou simplement « coloré » par l'ouverture à telle méthode ou l'approfondissement de tel domaine du savoir médical. Ces combinaisons sont en outre évolutives, en fonction de l'intérêt (au sens large) qu'y trouve le médecin et de ce que lui permet la demande sociale dans son contexte d'activité.

Cela concerne les quelques milliers de diplômés de médecine générale exerçant en ambulatoire selon des « Modes d'exercice particulier » et non en médecine générale. L'activité des médecins généralistes « d'origine » exerçant principalement voire exclusivement en institutions a moins retenu l'attention jusqu'à présent, alors que le phénomène est beaucoup plus massif. En fait, la moitié des médecins en activité sont des diplômés de médecine générale mais environ la moitié de ces derniers ne délivrent pas des soins de médecine générale, au sens de soins de premier recours dispensés sans distinction (Schweyer, 2010a). Les diplômés de médecine générale sont nombreux dans les services des hôpitaux ou sur des postes de médecine salariée non hospitalière, avec ou sans activité clinique. Ils ont été captés depuis plusieurs décennies par le développement de formes variées de médecine salariée sans que nul s'en alarme jusqu'à très récemment. Ils ont pu, dans certains cas, être requalifiés en spécialistes au cours de leur carrière. Les sociologues ont peut-être surestimé la rigidité du « dualisme organisé du corps médical » (généralistes d'un côté, spécialistes de l'autre), dont parlait notamment M. Arliaud (1987). Cette lecture s'est surtout imposée à partir de travaux d'inspiration bourdieusienne consacrés aux effets de la réforme de l'internat de 1982-84 et de la suppression des CES. Ces travaux n'avaient pas pour objet de considérer, au-delà de la sanction de la réussite ou de l'échec au concours, la complexité des dynamiques de carrière ni les passerelles éventuelles vers un statut ou des fonctions de spécialiste accessibles aux diplômés de médecine générale.

Même si la médecine générale est réputée « en crise » depuis presque un demi-siècle, ce n'est que ces dernières années que la profession a fait état de difficultés pour la médecine générale à recruter : difficultés pour la filière tout d'abord qui ne pourvoit généralement pas tous ces postes, mais l'interprétation de ce point a été sérieusement relativisée (Vanderschelden, 2009 ; Fauvet, 2010 ; Faure, 2010) ; difficultés ensuite à conserver en médecine générale les diplômés en principe qualifiés pour son exercice, ce qui est davantage fondé. Mais l'alerte actuelle gagne à être mise en perspective. Si l'on se réfère par exemple au rapport Lazar intitulé « Douze thèses pour le renouveau de la médecine libérale », remis en 1990, on lit une thèse saisissante sur la médecine générale et les médecins généralistes qu'il s'agissait (déjà, encore et toujours...) de relégitimer et revaloriser. P. Lazar, alors directeur général de

² Outre que l'on peut trouver paradoxal, même si c'est affaire de convention, d'englober sous l'étiquette « omnipraticiens » ceux qui précisément procèdent à une réduction de leur champ de pratique pour se consacrer à mode d'exercice particulier plutôt que d'assurer une médecine « tout-venant », ouverte à tous les maux et toutes les populations.

³ On peut renvoyer par exemple sur ce point à F. Bouchayer (2010), A. Giami (2010), A. Vega (2007).

l'INSERM, prenait appui sur l'opinion générale de l'époque selon laquelle la densité en médecins généralistes était excessive au point de ne pas leur garantir des conditions de vie correctes, notamment dans les grandes villes. Il préconisait que « la grande majorité, si ce n'est la totalité, des médecins généralistes » réduise leur activité clinique « aux avant-postes du recours vis-à-vis de la maladie (au travers de la consultation du médecin par les patients selon les modalités habituelles) » pour s'employer à temps partiel à des activités collectives. Il convient de préciser qu'en 1990, la France comptait pourtant moins de médecins généralistes en exercice qu'aujourd'hui, la densité médicale était légèrement moindre, et les inégalités de densité interrégionales étaient plus accusées (Schweyer, 2010a).

Si la mise sur l'agenda politique du problème des jeunes qui ne s'installent pas forcément en médecine générale est récente, dans un contexte de forte sensibilité à la question de la démographie médicale qui favorise les interprétations conjoncturelles précipitées, la tendance de fond qui voit des diplômés exercer ailleurs ou autrement est bien antérieure et pouvait même être considérée comme une voie d'avenir il y a 20 ans ! L'existence d'alternatives à l'exercice de premier recours, ou les infléchissements qui y sont apportés, sont plus anciens que la prise de conscience du phénomène par les pouvoirs publics, ou encore que l'alerte formulée par les représentants de la profession y trouvent aujourd'hui un levier politique dont ils entendent se saisir pour réclamer une revalorisation générale.

Dès les années 1970 et 80, des travaux sociologiques qualitatifs avaient fait état des manières variées dont les généralistes définissaient le périmètre de leurs exercices et prises en charge (Baszanger, 1983), voire développaient des stratégies de « réenchantement » et revalorisation de leur consultation, en investissant des modes d'exercice particuliers leur permettant de se positionner plutôt comme spécialistes de second recours vis-à-vis de tout ou partie de leur patientèle (Bouchayer, 1994). Le travail plus récent d'A. Vega (2007), dans lequel elle reconstitue le déroulement de carrière d'une trentaine de généralistes à partir des conditions de cessation de leur activité libérale, confirme aussi que certains se sont montrés très actifs dans le profilage de leur activité et sont arrivés à se positionner sur des compétences et populations spécifiques plutôt que dans une fonction de soins de premier recours tout venant. Selon cette étude, le sentiment d'épanouissement professionnel et la durée pendant laquelle ils se maintiennent dans l'exercice libéral de la médecine générale semblent d'ailleurs directement fonction de cette capacité de construire et contrôler le tour que prend leur activité, plutôt que de le subir.

Il y a donc un certain temps que l'exercice de la médecine de famille de premier recours n'est pas l'horizon unique, indépassable, de tous les diplômés de médecine générale. Cela n'est pas très étonnant compte tenu de la longue histoire de la faible valorisation de cette pratique, du mode de sélection par l'échec d'une partie des étudiants de médecine générale qui a longtemps prévalu et s'est aggravé après la réforme de 1982-84, et sans doute des difficultés propres de cet exercice en termes relationnels (du fait de la dépendance aux patients et d'une exposition à leurs plaintes « brutes ») et cognitifs (du fait de la difficulté de la polyvalence et de la gestion de l'incertitude en médecine générale, dans un contexte d'évolution accélérée des données de la science) (Bloy, 2008b). Mais le problème du niveau (quantitatif comme qualitatif) de la pratique de la médecine générale est longtemps resté dans l'angle mort de la vision des institutions sanitaires. La dramatisation actuelle autour du renouvellement de l'offre de soins primaires en certains points du territoire national contraste avec cette incurie passée. Les professionnels, du moins leurs représentants, surenchérisent en tentant de coupler

dans leurs revendications ce qu'ils présentent comme un manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice de la médecine générale et l'expression de leurs griefs les plus divers à l'encontre des pouvoirs publics sur leurs conditions de travail ou de rémunération.

La thèse du manque d'attractivité de leur exercice aux yeux des jeunes s'est ainsi rapidement diffusée, avec les accents les plus alarmistes. Elle est aujourd'hui reprise en boucle, d'états généraux en commissions, avec des chiffrages parfois hasardeux sur ce phénomène de désaffection. Elle a de quoi préoccuper autant les tenants de la tradition libérale en médecine, qui voient que leur cabinet risque de ne pas trouver de repreneur et n'imaginent pas qu'il puisse y avoir des modalités d'exercice alternatives valables, que ceux qui se soucient prioritairement de santé publique et des conditions d'accès aux soins des populations. Compte tenu de la sensibilité politique actuelle des questions sanitaires, ce sont encore les élus locaux qui s'alarment de l'évolution de la démographie médicale dans leur canton. Les pouvoirs publics sont donc tenus de réfléchir aux manières de peser sur les choix des jeunes médecins sans susciter d'opposition massive. Les internes ou étudiants en médecine appréhendent évidemment des mesures qui viendraient les contraindre dans leurs futurs choix d'exercice et se mobilisent lorsque les menaces semblent se préciser. Les enquêtes sur les jeunes médecins et leurs aspirations ont fleuri à proportion de toutes ces inquiétudes, des rapports de forces politiques qu'elles alimentent ou des accusations qui les sous-tendent. La prospective en matière de comportements d'activité constitue un exercice périlleux, et la robustesse méthodologique souhaitable sur un problème dont les développements alimentent les polémiques n'a pas toujours été au rendez-vous (Schweyer, 2008). Dans ces conditions, la multiplication d'enquêtes médiocres redondantes et d'interprétations rapides participe d'un phénomène d'opinion plus qu'elle ne contribue à la production d'analyses étayées.

Du moins le constat qu'il n'y a aucune équivalence mécanique à attendre entre le nombre de diplômés de médecine générale « mis sur le marché », au terme de ce qui est devenu récemment le DES de médecine générale, et le renouvellement espéré de la population des généralistes est-il aujourd'hui parfaitement partagé. Alors que cette observation présentait une certaine originalité lorsque ce projet de recherche a été conçu, au milieu des années 2000, elle a essaimé en quelques années dans tous les milieux concernés. La pertinence de la question posée dans le titre de ce rapport est soudainement acquise, nous n'en sommes plus à attirer l'attention sur un problème émergent. Dans ce contexte sensible et sur un sujet traversé par des représentations qui mêlent opinions et chiffres de qualité inégale, il revient à la recherche sociologique d'essayer de se frayer un chemin autonome. Un travail de sociologie de la construction d'un problème public autour du renouvellement de la population des généralistes serait indiqué dans un tel contexte, mais ce ne sera pas la perspective retenue ici compte tenu de l'histoire propre de cette recherche.

D'une recherche à l'autre

En effet, nous ne sommes pas venus à proposer cette étude des trajectoires des jeunes diplômés pour des considérations d'actualité des politiques sanitaires, bien qu'elle les rencontre aujourd'hui. La recherche initiale, conduite en 2002-2004, s'efforçait de comprendre les conditions de socialisation professionnelle des internes de médecine générale (dits à l'époque résidents) lors du stage chez le praticien (Bloy, 2004, 2005). Initialement centrée sur les problématiques de transmission du travail médical et sur la découverte de la dynamique de la consultation de médecine générale (en contrepoint du travail *princeps*

d'I. Baszanger), c'est dans un second temps qu'elle a considéré en amont le mouvement de promotion de la médecine générale dans les facultés à l'origine de la mise en place du stage chez le praticien, et en aval la question des orientations des jeunes médecins à l'issue de ce stage et plus largement de leur résidanat de médecine générale.

Une des conclusions du rapport remis en 2004 était que la socialisation professionnelle à la médecine générale n'était pas achevée au terme du cursus. Le semestre de stage chez le praticien ne fonctionnait pas comme un sas de transition vers l'installation en médecine générale ambulatoire. Même si les internes se trouvaient bien mieux préparés à la médecine générale que leurs aînés ne l'avaient jamais été, la conversion à son exercice ne s'opérait pas par magie. D'abord parce que les conditions d'orientation vers la médecine générale continuaient de faire sentir leurs effets pour tous ceux qu'on pouvait qualifier de « malgré nous » de la médecine générale, marqués par l'échec à l'internat et durablement mal disposés vis-à-vis de son exercice. Ensuite parce que l'expérience du stage chez le praticien et les efforts des généralistes-enseignants, à la légitimité parfois contestée, pour imposer un parcours de formation en médecine générale conforme à leurs vues et critères n'étaient pas de nature à rallier tout le monde. Enfin, parce que même chez ceux des internes qui en avaient le goût, qui concevaient l'originalité et l'intérêt de cette pratique, une série de tensions pouvait apparaître : mieux équipés certes, ils étaient dans l'ensemble plus conscients des difficultés de soutenir une qualité de pratique exigeante en médecine générale libérale, beaucoup plus critiques vis-à-vis des difficultés et dérives possibles de l'exercice libéral, et plus vigilants sur les contextes de pratique et le mode vie qu'ils induisent. Ces réserves étaient nourries concrètement d'observations faites dans les cabinets, d'appréciations portées sur les façons de pratiquer la médecine (et d'en vivre) de leurs maîtres de stage. Le paradoxe sur lequel nous débouchions était que ce stage, conçu sur un modèle de socialisation conservateur (l'imitation supervisée d'une pratique donnée implicitement en modèle, la valorisation à l'ancienne du compagnonnage⁴), ne portait pas ou peu les internes à la reproduction. Pour la plupart des internes de l'échantillon, la voie était loin de paraître toute tracée à l'issue du troisième cycle, c'est au contraire une phase d'expérimentation supplémentaire qu'ils envisageaient. Pour le dire dans un raccourci : la médecine générale libérale, plus ils la connaissent et moins ils y aspirent... Ce paradoxe est des plus difficiles à supporter pour ceux qui se sont battus pour constituer la discipline à partir de la maîtrise des conditions de sa transmission. Les

⁴ Le stage chez le praticien mérite d'être rattaché au modèle de l'apprentissage expérientiel décrit par C. Dubar, et opposé à celui de l'apprentissage scolaire : « Apprendre de l'expérience peut être défini provisoirement comme une contre-école : les épreuves d'abord, les leçons ensuite. » Il s'agit d'apprendre en se frottant aux gens et aux choses, dans le contexte de l'action sur le terrain grâce à la transmission des savoirs et savoir-faire du métier que détiennent les anciens : « C'est l'imitation des anciens, la *mimesis* qui génère des 'savoirs d'action', une connaissance pratique et incorporée qui n'est autre qu'une 'théorie-en-acte', un ensemble de savoirs issus de l'expérience et que l'on ne sait pas qu'on sait. » (Dubar, 2000, p. 180). Le rapport au savoir lie des processus cognitifs, un mode de socialisation et un engagement personnel dans l'action. Dans un deuxième temps ou en parallèle, la pratique doit être exprimée, racontée de façon formelle ou informelle, réfléchie, pour devenir consciente d'elle-même et se corriger le cas échéant. Les savoirs tacites expérimentés dans le travail atteignent un premier degré de formalisation, constituent les supports possibles d'une identité collective, sont susceptibles de reconnaissance. Dans une troisième phase ils sont censés devenir des savoirs formels organisés. On comprend bien grâce à cette explicitation du modèle que les généralistes se soient engouffrés dans une telle conception de l'enseignement : elle s'accorde à merveille à leurs ressources et dispositions, prétend retourner la faiblesse *a priori* de conceptualisation de la médecine générale en force, ne leur demande pas d'investissement théorique particulier, leur permet de valoriser leur incomparable expérience auprès des juniors. C. Dubar fait valoir que l'histoire scolaire s'est détachée de cet apprentissage artisanal pour se fonder sur les savoirs théoriques ou savoirs-objets.

hésitations des jeunes nous semblaient toutefois participer d'une posture générationnelle plus large : nous avons alors proposé l'expression « âge des possibles » et référé cette indétermination aux normes sociales caractérisant l'expérience contemporaine de la jeunesse identifiées par O. Galland (2001) : normes du retardement et de l'expérimentation, notamment.

De ce premier travail est née l'envie d'observer et comprendre la nature de la période suivante, grâce à un suivi micro et qualitatif des itinéraires : qu'est-ce qui s'y joue pour la construction des parcours, selon quelles modalités ? quand et comment s'opère une certaine stabilisation professionnelle ? à quel degré ? Les enjeux macros relatifs à l'adéquation formation-emploi chez les jeunes diplômés de médecine générale, ou au maintien d'une offre de soins primaires sur le territoire, sont bien sûr présents à l'arrière-plan de nos réflexions, mais le moteur est d'abord d'observer rigoureusement pour les rendre intelligibles les parcours d'une génération de jeunes praticiens, sans *a priori* normatif. Les considérations disponibles sur les aspirations de ces derniers nous paraissent insuffisantes du fait d'un double écueil rarement évité : soit l'expression de leurs *desiderata* est recueillie à un instant t de façon naïve et tenue abusivement pour la vérité de leur « projet », soit une normativité sous-jacente fait de l'installation rapide en médecine générale la référence et le but à atteindre.

Lorsque le *design* des enquêtes est laissé aux porte-parole de la jeune génération pour mettre en forme, de livre blanc en livre blanc, « ce que veulent les jeunes médecins », le résultat n'est guère convaincant car il se satisfait d'opinions individuelles projectives dans une grande méconnaissance des conditions sociales qui président effectivement à la mise en œuvre des trajectoires professionnelles (Schweyer, 2008). Mais ces sondages rapides font presque figure de contre-feu, plus ou moins habile, car il faut reconnaître que les jeunes diplômés font d'une manière générale les frais d'un double décalage : décalage aux attentes déçues de leurs aînés mobilisés pour le renouvellement de la médecine libérale et la revalorisation de la profession de généraliste, comme à celle des pouvoirs publics, aujourd'hui tentés de rigidifier le lien formation-emploi pour garantir le renouvellement de l'offre de soins primaires là où il s'annonce problématique. Nous avons ainsi souvent entendu lors de l'enquête auprès des maîtres de stage et des Départements de médecine générale des discours déclinistes et péjoratifs sur le rapport au travail désinvolte ou défaillant de la jeune génération, adossés à une idéalisation volontiers nostalgique de leur propre engagement au même âge. Les hésitations des jeunes face à l'installation en médecine libérale, la singularisation des parcours, sont alors lues comme principalement guidées par le souci individualiste de la préservation de loisirs et d'un confort de vie personnelle. Ces jugements rapides ne permettent pas d'entendre les critiques de la médecine générale libérale telle que les internes l'ont vu pratiquer ni de rechercher la signification propre de leurs parcours, ce qui revient selon nous à empêcher d'en identifier les logiques sociales fondamentales.

Le parti-pris méthodologique et épistémologique constant du présent travail, dans une stricte tradition de sociologie compréhensive, est au contraire de se donner les moyens de les comprendre à partir d'eux-mêmes et du sens que leur confèrent les individus qui les construisent et se construisent, et non d'un quelconque modèle de référence (celui de leurs aînés ou celui souhaité par les pouvoirs publics). Il ressort de manière évidente de la fréquentation prolongée de ces jeunes médecins que presque tous sont porteurs d'une vision dynamique et exigeante de la médecine qu'ils veulent pratiquer, tout en ayant des attentes en termes de réalisation de soi à travers leur exercice et non en dehors. Rabattre la complexité

des processus d'invention de soi et de stabilisation professionnelle de ces jeunes praticiens sur la « société des 35 heures » (déplorée) ou sur le désinvestissement supposé du travail médical procède d'une méconnaissance et d'une réduction désolantes. Le discours sur la fin supposée de la valeur travail dans les jeunes générations de médecins est ignorant des formes d'intensification du travail, muet sur les conventions d'effort ou de qualité des actes, ne dit rien du temps à consacrer à la formation continue ou aux tâches de coordination dans les organisations modernes.

Dans la mesure où notre objet s'avère largement préconstruit, par toutes sortes de logiques, de rhétoriques ou d'intérêts divers, et par le « sens commun savant » d'enquêtes d'opinion ou de prospective de qualité discutable, une enquête sociologique approfondie, prenant ses distances avec les discours et interprétations tout prêts, est particulièrement indiquée. C'est donc par un travail de terrain original et une réflexion bien équipée par la littérature sociologique que nous espérons renouveler l'intelligibilité de ces questions. Nous présentons ci-dessous, dans leurs grandes lignes, les principaux travaux qui ont permis de nous dégager des présupposés habituels pour fonder la réflexion et d'affiner le dispositif d'enquête à déployer sur le terrain.

2 – Une réflexion sociologiquement équipée

Notre démarche s'inscrit résolument dans une discipline, la sociologie, et au croisement de plusieurs de ses champs. Nous convoquerons notamment la sociologie du travail et de l'emploi, la sociologie de la jeunesse et des générations, la sociologie du genre, et enfin la sociologie des carrières et parcours de vie. Le raisonnement est donc équipé de certains acquis de la discipline, qui permettent de penser les conditions de recueil de données de qualité puis l'interprétation de ces dernières. Nous présenterons ici de manière sélective les cadres de pensée qui ont guidé la réflexion sur la construction de l'enquête puis l'analyse de notre matériau, même si le travail a progressé de manière très inductive, dans des allers-retours réitérés entre entretiens et littérature. Nous avons décliné ce faisant une démarche de type *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967). Sont donc dessinées ici des perspectives sociologiques importantes qui ont accompagné la mise en place et le déroulement du travail empirique, plus que des hypothèses que nous aurions entrepris de tester. Elles instruisent et aiguissent le regard sociologique, indiquent au chercheur des axes de vigilance. B. Glaser et A. Strauss préfèrent parler du développement chez ce dernier d'une « sensibilité théorique », qui ne doit à aucun moment dans les méthodes inductives le doter d'œillères sélectives mais au contraire ouvrir son regard en précisant des points d'attention pertinents en fonction des acquis de travaux précédents. Si l'on respecte cette façon de travailler, les lectures et pistes initiales ne figent pas l'orientation du matériau empirique recueilli et ne visent surtout pas à aligner les faits sur des idées préconçues (Demazière et Dubar, p. 47 et s). Envisager le travail de terrain comme « contrainte *a priori* » engage à ne pas seulement « voir se produire ce qu'on a déjà théoriquement construit comme pertinent » (Passeron, 1990).

Par la sociologie du travail

Le détour par la ***sociologie du travail***, notamment de l'identité et l'intégration des individus au travail, s'est tout d'abord imposé, en réaction aux nombreuses enquêtes qui se sont focalisées sur les projections des jeunes médecins en matière de conditions d'emploi en négligeant d'explorer leur rapport au contenu du travail médical dans ses différentes formes.

Interroger les internes sur leurs intentions en matière de temps de travail, de loisirs, de rémunération, de place du travail dans l'équilibre de vie qu'ils souhaitent atteindre nous paraît légitime mais insuffisant et éventuellement trompeur si on ne les interroge que sur cela. De telles conditions de recueil produisent des réponses qui valorisent par construction (et contribuent peut-être à diffuser) une norme contemporaine d'aspiration à la réalisation et l'épanouissement d'un *ego* qui ne soit pas réduit à ses dimensions professionnelles. Divers rapports sont là pour en attester. L'affirmation de la préférence pour la « qualité de vie » – expression quelque peu tautologique – qui guiderait les choix des jeunes professionnels est ainsi devenue un motif récurrent de ce genre d'enquêtes, qui se dispensent d'interroger la part qu'y tiennent la qualité et l'intérêt ressentis du travail, dont M. Lallement (2007) rappelle justement qu'il reste un « ferment majeur des identités ».

Nous pensons au contraire qu'un tel mode de présentation de soi est pour partie le produit d'une situation d'enquête méthodologiquement discutable et superficielle, qui hypertrophie une certaine représentation de l'acteur, comme centre d'arbitrage individuel souverain (Schweyer, 2008). Confrontés à différentes options, les individus expriment effectivement leurs préférences entre différents scénarios. Ils sont légitimés à le faire par la tournure des questions, mais « l'opinion » qui s'en dégage est largement un artefact, faiblement prédictif des modalités et processus réels qui guideront les choix professionnels. Ce ne serait pas grave si les interprétations intégraient la part d'artifice que produit le jeu avec le questionnaire, plutôt que de proposer une lecture « premier degré » qui n'a rien de réaliste. Si la percée d'une recherche d'équilibre ou de qualité de vie dans les réponses peut être signe d'une réelle évolution des normes sociales, c'est à condition de ne pas négliger que ce réglage des discours et déclarations d'intention est loin de valoir réglage des pratiques. Peut-être les réponses d'autres médecins d'autres époques auraient-elles effectivement fait la part belle à des notions plus altruistes de devoir, de besoins sanitaires, de service aux populations, de responsabilité sociale, mais nous en sommes réduits sur ce point à des conjectures vu qu'elles n'ont jamais été recueillies dans ces formats. Les preuves d'une évolution des dispositions des médecins sur ces questions restent à produire et il n'y a aucun indice valable, par exemple, d'une dévalorisation du travail ou du déclin du sens la responsabilité médicale d'une génération à l'autre dans le corpus constitué pour cette recherche. Je n'ai pas vu que les jeunes médecins se définissent prioritairement par la recherche d'un « temps pour soi », ou plutôt je l'ai vu rarement, comme je l'ai vu parfois lors d'enquêtes antérieures chez certains de leurs aînés s'étant aménagé une activité réduite ou confortable. Le travail d'A. Vega (2007) relativise utilement l'universalité du modèle du « sacerdoce » parmi les généralistes en fin de carrière. Les habitudes d'aller-retour entre la perspective de la génération établie sur les jeunes et celle des jeunes sur les établis, constituées lors de l'enquête sur le stage chez le praticien, sont de ce point de vue d'excellents garde-fous. Pour dépasser l'opinion naïve sur le rapport au travail des autres (inévitavelmente moins puissant, moins engagé que le sien propre, qu'on le déplore ou que l'on dise comprendre certaines évolutions nécessaires de l'époque) et ses limites avérées, mieux vaut pour l'enquête sociologique s'attacher à comprendre pragmatiquement l'évolution du cadre de vie de ces médecins : changements dans la notabilité et le statut de leur personnage social, féminisation de la profession médicale et biactivité au sein des couples ne sont pas des épiphénomènes. Il est logique qu'ils retentissent sur leur mode d'engagement au travail, et les tensions qui en découlent sont aujourd'hui moins réglées par le rôle social traditionnel donné au médecin et par l'inégalité des sexes au sein des couples.

Mais retenons surtout de ces analyses que le travail n'est pas indifférent. Le travail, *a fortiori* le travail qualifié, n'est pas dissout dans des conditions d'emploi plus ou moins confortables ou incitatives. Il engage des conceptions plus larges et plus profondes de l'action et affecte profondément l'identité des individus. L'enquête « Histoire de vie – Construction des identités » lancée par l'INSEE en 2003 a confirmé cette place quantitative et qualitative du travail dans la définition de soi, juste après la famille voire à égalité avec elle, beaucoup plus affirmée parmi les cadres et les indépendants que parmi les ouvriers et employés (Garner et Méda, 2006).

La sociologie du travail vient rappeler tout ce que fait le travail à l'individu, selon le sens (ou l'absence de sens) que ce dernier peut y trouver ou y mettre. Elle affirme le travail comme source majeure de satisfaction (ou non), de sentiment d'utilité (ou non), de réalisation de soi, de tension, dans des comparaisons incessantes de son sort à celui des autres. Les récentes analyses de F. Dubet (2006 et 2007) montrent qu'on ne peut pas faire l'économie de l'analyse du sens du travail pour les acteurs, même s'il est difficile à objectiver. Il ressort de sa recherche sur les injustices au travail ressenties par les individus qu'un des aspects importants de leur expérience est l'autonomie. Il entend précisément par là le sentiment subjectif de réalisation ou d'accomplissement de soi dans son métier : pouvoir se sentir fier de ce qu'on fait et reconnu pour cela, maîtriser le sens de ce que l'on fait, être pleinement autrement dit « le sujet de son travail » (Dubet, 2007, p. 79). Cette attente s'exprime sur de multiples terrains d'enquête, elle n'est pas réservée aux professions artistiques ni à celles considérées comme supérieures. « Vouloir vivre son métier comme son œuvre » est commun, explique F. Dubet. Réintroduire ce souci de « l'œuvre », lorsque l'on considère le travail médical ce n'est donc pas revenir naïvement au mythe du médecin qui serait porté dans l'exercice de son art par sa seule vocation et négliger les déterminants économiques ou organisationnels de l'activité, mais rendre justice à une dimension importante de l'engagement des individus dans le travail. Une autre critique intéressante de la focalisation excessive sur les conditions d'emploi se trouve chez P. Zarifian (2003), qui appelle à une vision profonde des « individualités travaillant ». Cela suppose de savoir à quelles situations ils s'affrontent quotidiennement, comment ils leur confèrent un sens humain, initient en permanence des pensées et des actions.

Si ce point n'est négligeable dans aucune occupation, exercer en particulier la médecine et la responsabilité médicale ne fait pas rien à l'identité personnelle ou sociale. On peut difficilement contester que les ressources et exigences de ce métier sur les plans cognitif, relationnel (vis-à-vis des patients, confrères, autres professionnels), symbolique (prestige, reconnaissance, responsabilité) sont denses. La question d'un « exceptionnalisme médical » est un vieux débat parmi les sociologues de la profession médicale : il s'agit de savoir jusqu'où les médecins doivent être étudiés comme des travailleurs semblables aux autres. Les sociologues de Chicago, notamment, ont fait valoir tout l'intérêt qu'il peut y avoir à appliquer aux professions prestigieuses les outils et concepts forgés pour les occupations jugées ordinaires. Nous nous inspirons beaucoup de cette tradition, mais des entretiens montrent, on le verra, que les débuts de l'exercice autonome de la médecine aiguissent certaines questions et poussent certains « drames » à l'extrême, par la forme de pouvoir et de responsabilité sur les personnes qu'elle requiert. La sociologie ne peut alors être aveugle à ce que la médecine fait à ceux qui la pratiquent dans certaines conditions.

La première leçon tirée de ce corpus et de ces réflexions est qu'il ne faut pas négliger, dans une démarche de compréhension des parcours comme la nôtre, de faire parler les gens abondamment de leur expérience du travail, à défaut de l'observer directement, dans ses aspects glorieux comme routiniers, solitaires comme collectifs, relationnels comme cognitifs. Le dispositif d'enquête déployé pour cette recherche permet d'affirmer que faire parler du travail médical, de son contenu, des différentes tâches, du goût du métier, de son sens, reste un moyen privilégié d'appréhender l'expérience concrète des personnes de manière située et sous de multiples dimensions : sociales, intellectuelles, sensibles. Je me fais ainsi systématiquement décrire les populations prises en charge, les formes du collectif professionnel, les rythmes, les différentes facettes de l'activité. Au-delà de l'univers de la médecine générale, cette enquête m'a fourni des éclairages sur un grand nombre de services ou mondes médicaux qui engagent des conditions d'exercice et des conceptions de la médecine dont j'ignorais à peu près tout (soins palliatifs, urgences, gériatrie, psychiatrie, « SOS », cancérologie, hypnose, etc.). Si tout n'est pas immédiatement utilisable (des centaines de pages des retranscriptions, celle qui décrivent les particularités de ces univers et pratiques, n'ont pas vocation à être présentées ici), ce type de détour approfondi sur l'activité reste la meilleure manière à la fois d'appréhender l'expérience professionnelle des personnes et ses contraintes spécifiques, et d'apprécier ce que leur font les populations ou pathologies qu'elles sont amenées à prendre en charge et finalement ce que leur fait leur travail. Dans la conduite de l'entretien, cette phase se révèle extrêmement utile pour ancrer la suite du discours de l'informateur (et l'écoute adaptée ou les relances pertinentes de la sociologue) dans les pratiques et expériences situées, comme pour décourager ou rendre inopérant le plaquage de rhétoriques professionnelles toutes faites. Elle est ainsi clairement au service de la qualité du matériau, qu'il s'agisse du réalisme du récit des situations relatées ou de la possibilité d'une réflexivité sur leur propre parcours que les intéressés sont invités à engager dans un second temps.

Prendre le travail et son contenu vraiment au sérieux ne veut pas dire ignorer ce qui se passe en dehors du travail. Les travailleurs ne sont pas que des travailleurs, indiquait déjà K. Marx, tirons-en toutes les conséquences pour l'appréhension des parcours. Simultanément donc, les ouvertures sur le temps et la vie hors-travail doivent être larges, souples en fonction du détail des circonstances de vie des interviewés auquel j'accède (lieu de vie, configuration familiale, mode de garde des enfants et modulations qu'il permet concrètement, loisirs personnels, organisation des vacances, etc.). C'est un *continuum* d'activités et de contraintes qu'il convient justement de travailler pour accéder sur des bases empiriques suffisamment solides aux conditions sociales de possibilité des choix opérés et pouvoir tirer les entretiens dans le sens d'une analyse réaliste (Bertaux, 1997).

Après avoir déploré la focalisation des questionnaires d'opinion sur le rapport abstrait des jeunes médecins à de futures conditions d'emploi, dans la négligence du travail concret, nous regretterons ici le défaut d'étude sociologique ou économique sur le « marché »⁵ de l'emploi médical qui s'ouvre à un jeune généraliste. Reconstituer la cartographie des différentes formes d'emploi, préciser les stocks comme les mouvements, excède de beaucoup les moyens d'un chercheur isolé et les possibilités des méthodes qualitatives mais constitue un travail primordial pour les analyses futures. Notons que c'est une réflexion semblable qui a guidé le

⁵ Ces guillemets pour marquer que nous employons du terme dans son acception la plus lâche, sans croire un instant que nous soyons en présence d'un fonctionnement concurrentiel d'ajustement de l'offre et la demande par les prix...

travail novateur de P-M. Menger sur les comédiens : pour ces derniers comme pour les diplômés de médecine générale, c'est la structure du marché du travail qui détermine les opportunités à partir desquelles ils peuvent faire des choix, négocier leur valeur individuelle et construire une carrière (Menger, 2003). Une recension systématique des emplois et des métiers est donc une étape incontournable, pour aboutir à une vision moins statique et moins discontinue de l'espace des professions en saisissant les flux et en reconstituant les carrières en dynamique.

Nous nous limiterons quant à nous aux réflexions rendues possibles par notre matériau. Si les diplômés de médecine générale ne se retrouvent pas tous dans l'exercice de la médecine générale ils ne disparaissent pas, sauf exception, de l'offre de soins et rencontrent une demande de travail qui peut les tenir durablement à distance de la médecine générale. Sauf à considérer qu'ils seraient tous captés par des formes d'exercice sans intérêt ni utilité sociale, on ne peut raisonner sur l'offre de soins primaires ambulatoires sans examiner les autres secteurs de la médecine qui les sollicitent, leurs modes de recrutement, les conditions qu'ils offrent, etc. C'est largement un point aveugle des considérations actuelles sur le renouvellement de la population des médecins généralistes. Une vision d'ensemble de l'état et de la dynamique des multiples marchés de l'emploi médical auquel peut se raccrocher un jeune diplômé de médecine générale fait donc cruellement défaut.

Par la sociologie de la jeunesse et des générations

La *sociologie de la jeunesse et des générations* constitue une autre source de réflexion importante pour notre affaire.

Parler de jeunes médecins ou de médecins juniors n'est pas neutre, même si c'est une commodité d'écriture quand on souhaite les différencier des seniors. Jusqu'à quand est-il légitime de qualifier un professionnel de jeune médecin ? La jeunesse est toujours relative et dans le langage des services hospitaliers c'est le fait d'avoir terminé son internat qui donne au sein des équipes le statut de médecin senior. Quel que soit leur contexte d'exercice, les professionnels que nous suivons ont la responsabilité de leurs actes, même lorsqu'ils n'ont pas encore soutenu leur thèse. Pour ceux qui exercent dans le secteur libéral, plus rien ne vient les distinguer au motif de leur âge⁶.

En référence néanmoins aux théories de la socialisation professionnelle, et particulièrement pour notre sujet aux travaux d'I. Baszanger, il est légitime pour un sociologue de considérer qu'être fraîchement diplômé et peu expérimenté en médecine générale reste une condition qui a ses spécificités sociales. Si des changements de taille sont intervenus dans la formation en médecine générale en troisième cycle, du fait notamment du stage chez le praticien, et si les professionnels débutants dans cet exercice sont incontestablement moins démunis que ne l'étaient leurs aînés (Bloy, 2004, 2005), on peut toutefois continuer à considérer avec I. Baszanger que la socialisation professionnelle ne s'achève pas avec les études. On peut même penser que son terme a tendance à reculer sous l'effet de l'allongement des cursus, de la multiplication des formations complémentaires et d'évolutions sociétales diverses. Les jeunes diplômés seraient ainsi de mieux en mieux préparés, mais de moins en moins disposés,

⁶ Seul le fait d'être récemment installé permet de différer certaines charges ou contraintes professionnelles, mais il ne s'agit pas à proprement parler d'un critère d'âge. Trois ans d'ancienneté d'installation sont aussi requis pour pouvoir devenir maître de stage et accueillir des étudiants dans son cabinet.

pour diverses raisons, à une stabilisation professionnelle rapide. Il apparaît bien que la détermination d'une façon d'exercer stable, si ce n'est définitive, se déroule largement au-delà du cursus hospitalo-universitaire. Au début de leur exercice professionnel autonome, les anciens internes peuvent donc être dits jeunes médecins, au sens où leur « devenir médecin » est inachevé et présente une certaine plasticité sous deux aspects : celui de l'accès objectif à un emploi et une activité stables, et celui décrit par I. Baszanger en termes « d'organisation conceptuelle ». Il s'agissait pour elle d'un moment fondateur intervenant à l'issue des études et *a priori* sans équivalent dans la suite de la carrière : « Pendant cette étape, les jeunes médecins construisent activement des systèmes de catégories et de notions qui constituent une grille de lecture à travers laquelle appréhender maladies et malades et organiser leurs interventions diagnostiques et thérapeutiques. (...) Ces premiers systèmes de catégories, s'ils ne sont évidemment pas définitifs, serviront néanmoins de filtre pour appréhender les changements à venir, constituant ainsi la toile de fond où viendront s'inscrire les ajustements professionnels ultérieurs. L'importance de l'élaboration intellectuelle et des choix professionnels qui s'opèrent pendant cette étape conduit en effet à penser qu'un tel bouleversement n'a lieu avec cette ampleur qu'une fois dans la carrière d'un professionnel, et qu'il conditionne pour une large part nombre des ajustements futurs, ne serait-ce que parce que les premiers choix qui sont effectués façonnent, à leur manière, les situations auxquelles il faudra s'ajuster. » (Baszanger, 1983, p. 292-93).

L'unité de la population que nous étudions tient donc à ce processus de construction professionnelle personnelle dans lequel nos informateurs sont engagés de façon relativement synchrone, malgré l'hétérogénéité des orientations qu'ils prennent. S'ils relevaient en 2002-2004 aisément d'une étude transversale, par la proximité de leurs expériences d'internes en médecine générale, ce n'est déjà plus le cas : seule une étude rétrospective ou longitudinale continue à donner un sens et une logique aujourd'hui à cet échantillon. Ces processus s'accomplissent dans un contexte commun de transformation de la médecine générale, transformation institutionnelle à coup sûr (le DES et la mise en place de la filière, même si l'on verra qu'il s'agit pour les intéressés d'une chose lointaine et souvent abstraite), et peut-être de transformation des lieux et façons d'exercer cette médecine. À ce travail de dire jusqu'où l'ouverture des parcours des diplômés de médecine générale au sein ou en dehors de cette médecine participe d'un mouvement plus général de recomposition de son exercice en France.

La recherche sur le stage chez le praticien m'avait placée directement à l'intersection de points de vue générationnels sur les difficultés de la transmission intergénérationnelle en médecine générale dans les Départements de médecine générale : le projet politique des seniors de contrôle de la formation des jeunes diplômés ne se réalisait pas sans heurts ni résistances. Au-delà du temps des études et des enjeux de validation à court terme, le changement générationnel reste à qualifier de manière plus fine et plus rigoureuse qu'on ne l'a fait jusque-là. Les aspirations des jeunes à la maîtrise de leur temps et de leur projet de vie, leur recherche de prises sur leur contexte d'exercice futur sont-elles neuves ou seulement plus légitimes à exprimer ? Ne risquent-elles pas de s'avérer illusoire à terme ? Sur ces points, les entretiens recueillis par A. Vega (2007, p. 33-34 notamment) nuancent utilement les portraits caricaturaux qui peuvent être faits de la génération de généralistes aujourd'hui en fin de carrière : non, tous ne se sont pas inscrits dans le modèle d'une soumission dévouée aux appels de leurs patients (le fameux « sacerdoce ») ; oui, certains reconnaissent ce qu'ils ont été dans les volontés des jeunes de mieux contrôler leur temps de travail et font état

rétrospectivement d'aspirations initiales à un contrôle du même type, qu'ils n'ont pas forcément réussi à mettre en œuvre. Le praticien guidé par l'*ethos* de la disponibilité aux patients (efficacement secondé par un travail féminin auxiliaire et invisible) a existé, mais il semble quelque peu abusif d'en faire le modèle de référence unique de la génération de praticiens aujourd'hui en fin de carrière⁷. Les portraits de ces généralistes sont plus contrastés du point de vue de la réalité des pratiques en matière d'acceptation/aménagement des contraintes. Nos propres observations rejoignent celles d'A. Vega pour considérer que la grille de lecture de l'effet de génération tend à supposer une homogénéité générationnelle qui résiste mal à l'examen rapproché des faits.

Extrêmement rebattu aujourd'hui, le thème de la rupture générationnelle dans les manières d'être médecin n'est d'ailleurs pas spécialement neuf. L'idée que les jeunes médecins semblaient porteurs de dispositions véritablement nouvelles était déjà répandue parmi les observateurs de la médecine des années 70, sociologues compris... mais les études consacrées d'une part à la diversité des dispositions des « jeunes » et d'autre part aux manières dont les innovateurs potentiels évoluent au fil de l'âge et des épreuves manquent. Le renouvellement des conceptions du soin et des prises en charge en médecine générale qui a pu naître dans ces années-là n'a pas fait tâche d'huile. Sans doute les pionniers se sont-ils en partie épuisés à essayer de trouver des relais politiques permettant de faire bouger les fondamentaux de l'exercice libéral (Hassenteufel, 2010), à moins que ce soit l'organisation libérale de la profession qui au final ait changé le gros des troupes plus qu'il ne l'a transformée... Ces remarques renforcent en tout cas la pertinence d'études empiriques des processus de vieillissement dans le métier, à tous les âges de la vie et en fonction du vécu historique spécifique de chaque génération.

Lors de l'enquête au sein des Départements de médecine générale (DMG), les signes d'une assignation des internes à l'immatunité ne manquaient pas. Autant l'alourdissement permanent des dispositifs contraignant le troisième cycle de médecine générale était mal compris et mal vécu par les internes en fin de cursus, qui connaissaient une forme de saturation, autant l'emploi du prénom et le tutoiement asymétriques, par exemple, choquaient rarement les intéressés à 27 ou 28 ans. Peut-être s'agit-il d'ailleurs d'une tendance plus générale des relations entre étudiants et professeurs en faculté de médecine⁸. Dans le champ spécifique de la médecine générale toutefois, où les seniors n'ont jusqu'à présent qu'une légitimité universitaire et scientifique faible, le recours à des formes relationnelles professorales s'inscrit dans une tentative de fonder la distance symbolique entre ceux qui représentent l'institution de la discipline à la faculté et ceux qui doivent se conformer aux nouveaux attendus de la fabrique des généralistes. Alors même qu'ils sont incontestablement en charge de vraies responsabilités dans les services hospitaliers, et rapidement aptes à exercer en autonomie en cabinet, les « juniors » sont dans le cadre des Départements objets de formation, de validation, de certification, de tutorat, soumis à un contrôle social plus ou moins bien accepté, et très peu envisagés en tant qu'adultes dotés de projets autonomes. Ceux qui les évaluent n'ont

⁷ C'est ce que N. Le Feuvre et N. Lapeyre n'hésitent pas à proposer : « Même si l'économie des conventions insiste désormais sur la 'pluralité des styles de pratique' observés chez les médecins libéraux en France, l'approche qualitative révèle néanmoins la prégnance d'un seul et unique modèle de référence, du moins sur le plan symbolique ». (Le Feuvre et Lapeyre, 2005, p. 67).

⁸ E. Hughes rapporte à propos de l'étude classique *Boys in white* les commentaires essayés par l'équipe pour avoir parlé des étudiants en termes de « boys » plutôt que de « men ». « Nous les avons dénommés 'garçons' parce qu'ils nous paraissent traités comme tels dans les facultés de médecine, alors que, au cours des années antérieures, ils avaient été traités à l'université comme des hommes. » (Hughes, 1996, p. 124).

évidemment pas eu à satisfaire le même type d'obligations et surtout ne sont pas nécessairement mieux équipés qu'eux sur le plan scientifique. L'essentiel de la différence se joue sur l'expérience accumulée (dont la légitimité à l'heure de l'*Evidence based medicine* se trouve relativisée, d'autant que la qualité de pratique clinique et thérapeutique de cette élite généraliste cooptée échappe le plus souvent à une évaluation sérieuse) et sur la position conquise dans les DMG au fonctionnement très politique. Un des paradoxes de la mode pédagogique peu directive qui y a cours est d'être soluble dans la volonté politique d'imposer à tous une conversion à la médecine générale telle que la voient et la veulent leurs enseignants. Saisissant les anciens internes au terme de leur cursus, la présente enquête va au contraire mettre l'accent sur leur capacité à s'auto-définir et à construire leur parcours propre, et a pour principe de suspendre tout jugement sur la légitimité des orientations prises par les uns ou les autres.

Qualifier correctement la période qui s'étire entre la fin de l'internat et la stabilisation dans un exercice engage des questions théoriques récemment soulevées par les sociologues de la jeunesse. Leurs travaux portent sur le processus général du devenir adulte, mais ils se transposent sans difficulté au « devenir médecin » qui nous intéresse spécifiquement. S'agit-il, comme on a pu le penser, d'un allongement du processus de maturation et de stabilisation, ce que contient implicitement l'idée de prolongement de la jeunesse selon une norme de « retard », formulée initialement par O. Galland (2001) lorsqu'il a ouvert ce champ de recherche en France ? Selon cette interprétation, l'âge adulte est atteint plus tard, mais ce qui se passe durant ce processus qui s'étire n'est pas censé avoir d'impact significatif sur l'état et les positions des individus une fois adultes. La thèse du retard constate simplement que les individus, de leur fait ou de celui des transformations des structures sociales, mettent plus de temps à parcourir *grosso modo* le même chemin que la génération précédente. Le modèle resterait ainsi celui de l'installation dans la vie, dont la logique est ainsi formulée par C. Dubar (2000), « l'apprentissage définitif, cumulatif, linéaire et spécifique aux premiers âges, suivi de la stabilisation à l'âge adulte (avec l'espoir d'une progression sans changement) » (p. 7-8).

Cette thèse a été récemment mise en cause et dépassée par C. Van de Velde (2008), à l'occasion d'un travail comparatif sur les jeunes européennes. Elle conduit à prendre beaucoup plus au sérieux ce temps, non plus comme une phase intermédiaire de transition entre des états par ailleurs stables et bien connus, mais comme un temps de transformation qualitative de ce que veut dire devenir adulte (ou ici devenir médecin). La transformation porte sur le présent mais également sur le futur, dans la mesure où cette période fait travailler différentes aspirations à de nouvelles modalités de pratique et différentes conceptions du soi professionnel. Cette approche fait référence aux théories sociologiques contemporaines de l'individuation, dans une époque où les liens sociaux tendent à devenir plus instables et plus réversibles (Dubar, 2000). La conception de la construction de soi (personnelle, et pour notre sujet professionnelle) doit alors être profondément révisée. En résumé, elle ne procéderait plus tellement, selon C. Van de Velde, du franchissement de seuils statutaires traditionnels mais serait à envisager « comme un processus fondamentalement évolutif d'individuation » (p. 4). Elle ajoute qu'« il s'agit là d'une tendance de fond au sein des jeunes générations : l'adulte tend à être perçu comme le terme lointain, voire inaccessible, d'un long processus de construction identitaire, davantage que comme l'accession à un statut d'indépendance et de stabilité » (p. 5). « Émerge une représentation très exploratoire du 'devenir adulte', indépendante de l'avancée dans une trajectoire exclusivement statutaire » (p. 7). Dans le volet

empirique de son étude comparative de différentes sociétés européennes, C. Van de Velde observe que c'est au Danemark que la légitimité sociale et les garanties statutaires (sur les plans économique et juridique notamment) qui entourent cette phase exploratoire sont les plus grandes. La singularisation des parcours y est la règle, sur fond de refus ou du moins de méfiance à l'égard des identités assignées et d'injonction forte à « se trouver ».

Le parallèle avec le cas des étudiants en médecine puis des jeunes médecins français a ses limites, mais les perspectives ouvertes par ces analyses s'avèrent extrêmement stimulantes par rapport à notre recherche. Le temps de l'après-internat est bien un temps où la plupart des jeunes diplômés sont enfin en position d'éprouver leur capacité à expérimenter différents exercices, à emprunter un chemin plus personnel, selon une liberté qui contraste avec le régime qui leur est fait pendant leurs études (et qui contraste de plus en plus dans le cas des internes en médecine générale, confrontés à un resserrement incessant des dispositifs contraignant et validant leur cursus). Un investissement lourd a été consenti quand il a fallu « se placer » (concrètement ici, décrocher son concours, mais c'est l'expression qu'emploie C. Van de Velde pour caractériser l'épreuve générationnelle que connaît la jeunesse française dans son ensemble). Même une fois cette première barrière franchie, l'individuation trouve peu à s'exprimer lors des études de médecine, ni à la faculté ni dans le système des stages hospitaliers, et un second classement déterminant pour la suite ne tarde pas à se profiler. Autant dire qu'on ne s'improvise pas « Danois » dans un système élitiste français, contraint par des épreuves au cours desquelles l'obtention du rang qui conditionne la place est une préoccupation constante. C. Van de Velde pointe pourtant une « tentation danoise » chez une partie de son échantillon français, celle qui est justement issue des classes sociales favorisées, bien dotée scolairement après avoir tôt satisfait à des épreuves sélectives d'accès aux grandes écoles, à laquelle les étudiants en médecine ressemblent le plus. Typique de la jeunesse française est ainsi, selon elle, « la tension, explicitée avec acuité par les jeunes Français, entre une détermination précoce des choix professionnels et une injonction à 'être soi', à laquelle ils tendent individuellement à se référer. Cette échelle de développement personnel constitue la trame prioritaire pour s'auto-positionner dans leur parcours de vie. » (p. 151).

Autrement dit, la signification morale prêtée à la jeunesse et à l'âge adulte par les jeunes Français dans leur ensemble ressemble à celle observée chez les Danois : ils ont ainsi une vision péjorative de la stabilisation sociale ou professionnelle définitive, dont ils redoutent les routines ou le côté linéaire, et par-dessus tout le « définitif imposé ». Ils signifient une aspiration au mouvement ou à l'ouverture des possibles qui n'est pas présente au même degré dans toutes les sociétés étudiées. Mais la structure sociale ne leur autorise les mêmes dispositions confiantes des Danois par rapport à leur avenir. C'est en France que « l'équilibre entre la structure sociale et les aspirations individuelles » (p. 151) paraît le plus problématique. À un certain stade de son cursus, une petite minorité qui a fait ses preuves au sein du système français d'extraction des élites peut toutefois recouvrer une forme de souveraineté de ses choix. La situation des médecins généralistes dotés d'un titre universel et d'une forte polyvalence évoque cela, face à un marché du travail favorable et à une demande croissante et solvabilisée. L'intérêt qu'ils trouvent à expérimenter différents contextes et à prolonger une certaine indétermination pourrait bien s'accorder avec l'ouverture objective des possibles qui leur sont faits, nous y reviendrons.

Le travail de C. Van de Velde s'est avéré très précieux pour appréhender la qualité et la signification de la période mal définie qui s'ouvre après l'internat. Il s'ajuste particulièrement

bien à notre matériau et permet de porter un regard neuf sur le « ils ne veulent plus s'installer » des thèses déclinistes, en le rattachant au mouvement général d'individuation et plus finement à sa déclinaison générationnelle et sociétale. Le surcroît d'intelligibilité par rapport au motif de la « qualité de vie prioritaire » nous semble manifeste. La tension par rapport au modèle d'institution et d'installation que voudraient réaliser leurs enseignants de médecine générale, et peut-être demain les pouvoirs publics, reste très forte, mais sa signification se déplace. Dans leur « volonté d'échapper au définitif d'une filière prédéterminée » (p. 151), les jeunes médecins ne se contentent pas pour certains de se réorienter volontairement (vers une spécialité ou « quasi-spécialité »), pour d'autres de faire varier leurs contextes d'exercice sans être pressés de se fixer. Ils sont nombreux à poursuivre une quête de diplômes et de formations complémentaires qui ajoutent des cordes à leur arc de compétences, dont ils espèrent qu'elles pourront le cas échéant constituer une sorte d' « assurance-liberté » s'ils ne se trouvent pas bien dans ce qu'ils font... ou si les conditions de liberté d'installation ou de conventionnement venaient à être durcies. L'épouvantail n'est pour cette population pas le chômage ou les difficultés du marché de l'emploi, ce serait plutôt aujourd'hui de se voir imposer un changement possible des règles du jeu, même s'ils ont une vision très imprécise du jeu conventionnel et des politiques sanitaires.

Par la sociologie des rapports de genre

Il n'est pas possible d'envisager aujourd'hui le renouvellement générationnel en médecine, plus encore en médecine générale⁹, sans considérer le « changement de sexe » en cours parmi les médecins. La *sociologie des rapports de genre* mérite donc d'être mobilisée à son tour, particulièrement les travaux relatifs aux carrières des femmes très qualifiées dans des professions « supérieures ».

Cette sociologie a pris son essor en France il y a une trentaine d'années. Dans le prolongement des mouvements féministes, l'étude des rapports sociaux de sexe a très tôt identifié la question de l'accès des femmes au travail et à l'emploi, notamment qualifiés, comme un enjeu majeur pour la construction de leur autonomie et pour le progrès de l'égalité des sexes. La grande tradition française de la sociologie du travail a pourtant longtemps vu dans le travailleur homme le référent universel à partir duquel l'ensemble des rapports sociaux au travail pouvait être pensé, ce qui s'est révélé très insuffisant à l'usage. Nous ne souhaitons pas retracer ici les étapes de ce renouvellement des manières d'envisager le travail et l'emploi mais nous concentrons sur les travaux portant sur les femmes dans les professions intellectuelles supérieures, qui nous permettent de repérer efficacement les enjeux du déroulement des trajectoires de carrières féminines. Les analyses pionnières sur le sujet sont dues à A. Fouquet, J. Laufer et C. Marry. Les observations constituées dans le cas des femmes cadres d'entreprises, ingénieurs ou scientifiques ne peuvent certes être transposées sans précaution aux professions libérales, mais les problématiques intéressantes y sont clairement posées. L'inscription dans cette lignée de travaux nous obligera à préciser les spécificités du

⁹ Le taux de féminisation des promotions d'internes de médecine générale était voisin de 60 % lors de l'enquête initiale sur le stage chez le praticien. Nos analyses d'alors indiquaient que le choix de la médecine générale, et son investissement au cours de l'internat étaient plus volontiers le fait des jeunes femmes que des jeunes hommes (Bloy, 2005 et 2010d). Depuis que la médecine générale est devenue une spécialité proposée au choix des étudiants à l'issue des ECN qu'ils sont tous obligés de passer, le choix de cette filière est devenu plus explicite du fait de la procédure et a pu être étudié assez précisément (Vanderschelden, 2009 ; Fauvet, 2010 ; Faure, 2010). Ces travaux ont établi sur des bases statistiques solides ce que nous avions pressenti avec une approche qualitative : la filière médecine générale attire plus les femmes.

marché du travail et des carrières des femmes médecins. Pour les carrières des femmes engagées dans les professions libérales, dont la médecine, nous pouvons nous appuyer principalement sur les analyses de N. Le Feuvre et N. Lapeyre (2005), N. Lapeyre (2006), et N. Lapeyre et M. Robelet (2010). Enfin, les effets du genre dans la population spécifique des jeunes diplômés de médecine ont déjà donné lieu à des productions qui s'efforcent de réfléchir conjointement effet de genre et effet de génération pour prendre la mesure des changements en cours. Il faut renvoyer ici à A-C Hardy-Dubernet (2005), M. Robelet et al. (2006), N. Lapeyre et M. Robelet (2007) ou F-X. Schweyer (2010). Nous disposons donc d'un ensemble de travaux de référence et de thèses sur les transformations contemporaines de la médecine générale en lien avec le changement de sexe de ses praticiens. Sans faire une revue systématique de cette littérature, qu'en retenons-nous d'essentiel pour notre projet ?

Dans un premier moment historique, les recherches sur le travail des femmes se sont préoccupées des questions d'articulation vie familiale/vie professionnelle : la fameuse « conciliation » à laquelle elles sont assignées, selon une formulation aujourd'hui critiquée – critique qui ne retire rien aux difficultés qu'elles continuent à rencontrer dans ce domaine plus fréquemment que les hommes. Aborder le travail des femmes par cette seule problématique n'était pas anodin et risquait d'entretenir l'idée selon laquelle elles se situeraient à la périphérie du monde professionnel plutôt que d'y être pleinement engagées et légitimes, et donc de justifier indirectement un traitement différencié voire discriminatoire de ces professionnelles qui n'en seraient pas vraiment dès lors qu'elles ont charge de famille. En outre, les soucis causés par la conciliation ne sont certainement pas le tout de l'expérience des femmes au travail.

Les travaux qui ont suivi ont su déplacer le regard pour scruter le fonctionnement du monde du travail lui-même : les marchés, les organisations, les modes de gestion de la main-d'œuvre... pour relever comment ils organisaient des pratiques plus ou moins subtilement discriminatoires à l'égard des femmes, indépendamment de la façon dont elles-mêmes s'organisaient par rapport à d'éventuelles charges familiales. La rareté des femmes au sommet des organisations, dans les entreprises comme dans la fonction publique, en médecine ou ailleurs, apparaît alors comme une rareté organisée par les normes sociales de promotion des individus, qui traversent la plupart des milieux professionnels mais connaissent des déclinaisons locales. Il ne s'agit donc pas seulement, voire pas principalement, d'un effet des arbitrages volontaires des femmes entre différentes dimensions de leur existence. En dépit de ces tendances lourdes au conservatisme des rapports sociaux de sexe, qui compliquent l'ascension professionnelle des femmes en leur opposant un « plafond de verre » si ce n'est un véritable « ciel de plomb » (Marry, 2004), des dynamiques importantes se sont pourtant enclenchées au fur et à mesure de la féminisation des professions très qualifiées. Les auteurs montrent que la féminisation des cadres a été prise dans les transformations générales de cette catégorie et des normes sociales qui les régissent. Elle a notamment contribué à la diversification des fonctions et modèles de carrière ou au développement de tâches d'expertise au sein de l'encadrement. De même, lorsque le temps de travail s'est trouvé en débat dans les années 90, les femmes ont pu questionner le modèle traditionnel masculin d'une disponibilité professionnelle sans limite. L'évolution du contexte a donc pu faciliter l'accès à des places intéressantes pour des femmes qui ne correspondaient pas exactement aux critères canoniques et masculins des fonctions d'encadrement, en leur autorisant plus de souplesse dans le mode d'engagement par rapport à l'activité et au temps de travail. Mais cette diversification, *a priori* bienvenue pour les femmes, peut aussi s'avérer relativement

perverse. D'un côté, les femmes progressent dans les organisations et les responsabilités en apportant leur touche, en interrogeant certaines conventions et manières de travailler ; de l'autre, les différenciations de carrière qui sous-tendent cette progression peuvent trop souvent se lire comme des processus plus ou moins subtils de ségrégation. On parle alors de ségrégation verticale et de ségrégation horizontale. Les parcours des unes et des autres, fussent-ils choisis, ne se décident pas en apesanteur des structures des organisations ou des marchés qui président à ces deux formes de ségrégation. Poser la question de la place faite aux femmes est d'ailleurs généralement très éclairant, au-delà de la défense de leurs droits et intérêts propres, pour apprécier le fonctionnement d'ensemble des organisations ou collectifs de travail considérés.

La question des charges domestiques et éducatives que supporte et investit la majorité des femmes (celles qui ne vivent pas seules mais dans un univers familial où la répartition inégale des tâches reste la règle) d'âge intermédiaire (celui où les enfants réclament des soins importants, tandis que beaucoup de choses se jouent simultanément sur l'avancée de leur carrière), et donc de ses effets sur les formes possibles de leur investissement au travail n'est pas devenue obsolète pour autant. L'assignation prioritaire des femmes, mêmes très qualifiées, à leurs tâches de mère n'est pas que de l'histoire ancienne, elle pèse et sur leur quotidien et sur leur façon de se projeter dans leur métier. Il conviendra de bien en examiner les conséquences symboliques et pratiques au sein des couples et sur les possibilités de carrière. On ne peut en effet pas étudier les femmes comme si elles étaient uniquement des travailleuses, comme on ne peut pas étudier le surinvestissement professionnel de certains hommes sans considérer l'utilisation qu'ils font des femmes qui les entourent et les déchargent de multiples soucis et tâches matérielles¹⁰. C'est notamment C. Marry qui a pointé la nécessité d'un déplacement du questionnement des individus aux couples pour saisir les doubles carrières dans leur dynamique plus ou moins égalitaire¹¹. Malheureusement, les négociations des arbitrages entre les carrières au sein des couples, d'ailleurs rarement explicites, restent largement inaccessibles à l'observation. Des sociologues du couple ou de la famille (Kaufmann, 1992 et 2004 ; de Singly, 2007) y consacrent des enquêtes, notamment

¹⁰ P. Zarifian parle très bien de « la passion d'être intellectuellement disponible et créatif » comme d'un privilège masculin traditionnel qui repose sur l'émancipation de nombre de contingences matérielles et non professionnelles. Pour que ces hommes puissent travailler à toute heure du jour et de la nuit, en tout lieu, il faut que d'autres soient disponibles pour les nourrir, les supporter, les servir et organisent pour eux les activités basement logistiques. « Ces hommes s'auto-exploitent et exploitent autrui, avec la jouissance procurée par le fonctionnement de leur intellect. Je ne pense pas uniquement aux cadres supérieurs. Je pense à une multitude de métiers à dominante intellectuelle, dans lesquels les hommes priment, non par leur intelligence, mais par le modèle sexué qu'ils portent et qu'ils diffusent (...), modèle qui, paradoxalement, est celui qui les asservit à l'entreprise, qui légitime le faisceau qui les attache, plus fermement qu'une chaîne en acier ». Pour les femmes dans le même temps, « l'autonomie est perçue comme partielle, du temps volé, implicitement sous-tendue par des passions et centres d'intérêt qui les détournent de leur tâche. Les femmes ne sont jamais, dans ce modèle, réellement disponibles et auto-engagées. Elles sont suspectes. » (Zarifian, 2003, p. 113). Les métiers ou milieux professionnels qui fonctionnent sur la norme du surtravail, de la surcharge ou de l'urgence permanente produisent ainsi en continu, et apparemment en toute neutralité et objectivité, les conditions sociales d'impossibilité de carrières pour des personnes simultanément engagées dans d'autres formes de responsabilités et excluent donc très sûrement la plupart des femmes. Cette norme de surcharge et d'hypervalorisation des exigences professionnelles auxquelles il faut tout sacrifier légitime l'absence des hommes chargés de famille de leur foyer, selon l'équation « grand travailleur = bon père » qu'évoque J. Laufer (2004), dont on cherche toujours un équivalent féminin possible.

¹¹ Voir aussi un travail déjà ancien de C. Drancourt-Nicole (1989) sur les asymétries dans la progression des carrières au sein de couples d'employés d'une mutuelle. Une telle démarche n'a jamais été précisément reconduite à notre connaissance.

par entretiens, tandis que la statistique publique refait régulièrement l'état des lieux des inégalités ménagères en affinant certains constats mais sans apporter de surprises majeures, tant l'immobilisme domine dans les manières de faire (Lesnard et Saint Pol, 2008).

Mais les femmes ne sont pas que l'objet de normes de genre qui les limitent dans leurs possibilités professionnelles, elles déploient aussi des stratégies pour construire leur rapport propre à l'activité, même si c'est sous un régime de contraintes en partie spécifiques à leur genre. Ces stratégies sont diverses, bousculent plus ou moins les stéréotypes de genre et les modèles traditionnels de professionnalité dans les professions masculines dominantes. Il n'y a pas d'homogénéité du fait des possibilités d'organisation pratique, temporelle, matérielle, qui diffèrent selon les secteurs d'activité et les contextes organisationnels locaux. Il n'y a pas d'homogénéité non plus du fait des perspectives variées des intéressées sur ce que le fait d'être femme doit faire à leur métier. Les valeurs de l'égalité ou du féminisme universaliste portées par la plupart des chercheuses qui travaillent sur le genre en France ne sont pas si consensuelles, les enquêtes montrent certaines femmes attachées à des formes traditionnelles de « féminité », jugées profondément aliénantes et insupportables par d'autres. C'est ainsi que « les stratégies de carrière des femmes cadres elles-mêmes peuvent parfois témoigner d'une 'préférence pour l'inégalité' ou d'une 'aspiration à une variété de modèles de réussite' notamment pour mieux équilibrer leurs investissements professionnel et familial », comme le relèvent J. Laufer et A. Fouquet (2001, p. 255).

Les travaux importants de N. Le Feuvre (2001) ont permis de modéliser cette diversité des positionnements des femmes au sein des univers professionnels prestigieux et masculins, ainsi que ses effets variables sur le système traditionnel de genre. Il ne suffit pas que des femmes soient admises dans une profession d'hommes pour que la subversion des rapports de genre soit forcément au rendez-vous. On voit dans la posture qualifiée par cet auteur de « féminitude » que des femmes peuvent recomposer pour partie les pratiques professionnelles en prenant appui sur des attributs traditionnellement féminins et en s'inscrivant dans des niches où ils sont valorisables. Dans le modèle de la « virilité », en revanche, les femmes qui s'imposent dans la cour des hommes le font en se convertissant à des pratiques et attitudes quasiment viriles, donc sans interroger la valeur des constructions réalisées historiquement par les hommes mais en refusant de se cantonner dans des fonctions ou secteurs où les enjeux de pouvoir sont atténués. La construction de N. Le Feuvre est l'aboutissement de plusieurs enquêtes de terrain auprès de femmes cadres dans des milieux professionnels différents. La comparaison lui a permis de pointer l'existence de formes de conventions de genre dans un secteur d'activité ou un métier donné : la modalité probable de survie des femmes parmi les dirigeants de telle industrie à tel moment de l'histoire est par exemple la virilité, tandis que dans tel secteur de services la féminitude sera davantage valorisée. Il faudra donc se demander si l'exercice médical, dans les secteurs investis par les jeunes diplômés de médecine générale, est régulé par telle convention plutôt que par telle autre, ou si l'hétérogénéité des spécialisations, des pratiques et des statuts résiste à ce type de lecture. Et bien sûr ne pas négliger les dynamiques en cours dans une profession dont on sait qu'elle sera bientôt majoritairement féminine et qu'elle connaît simultanément bien d'autres métamorphoses qui ne sont pas dues aux rapports sociaux de genre mais interfèrent avec eux.

Le souci d'une prise en compte adéquate des différentes temporalités constitue un autre apport des travaux sur le travail féminin, qui ont attiré l'attention sur l'importance du cycle de vie et du changement social, qu'il ne faut pas écraser dans un instantané – ce serait pour le

moins paradoxal dans le cadre d'un suivi de cohorte. S. Schweitzer le pointait : « Sans doute faut-il raisonner sur des cycles de vie, que les femmes illustrent si bien, elles qui disent et font que le travail n'est pas exclusif d'autres centres d'investissement individuel » (1995). Les femmes, qu'elles manquent cruellement de temps ou soient des championnes de l'organisation, ne sont pas constituées ainsi par essence féminine, mais parce que c'est sur elles que se reporte l'essentiel du travail de synchronisation et d'articulation qui rend soutenable la vie au sein d'un groupe familial. À l'échelle de l'expérience individuelle, le temps de la maternité et de l'élevage des jeunes enfants n'est pas celui de toute la vie. Le besoin de souplesse ou de prévision de l'emploi du temps est évolutif. À l'échelle du temps historique, lorsque les femmes deviennent numériquement dominantes leur latitude d'action change forcément par rapport à l'époque des pionnières. Elles n'ont plus les mêmes choses à prouver, sans doute aussi ne se sont-elles pas (auto)sélectionnées sur les mêmes dispositions de conquérantes, par exemple lorsqu'elles se dirigent vers l'exercice de la médecine. Il n'est pas non plus interdit que les hommes changent (Welzer-Lang, 2005 ; Méda et al., 2004) : la disponibilité des femmes au travail, leur capacité de s'inscrire dans des carrières exigeantes est fonction aussi de ce que sont et font et ne font pas les hommes avec lesquels elles vivent pour les accompagner ou les entraver, consciemment ou non.

Venons-en plus spécifiquement à la féminisation du corps médical. Elle a fait couler beaucoup d'encre et n'a pas toujours été considérée avec sérénité, notamment par les tenants plus ou moins avoués d'un ordre des sexes au nom duquel les femmes sont naturellement et prioritairement assignées à leurs fonctions de reproduction, d'éducation, et d'entretien domestique, ce qui s'avère difficilement compatible avec un plein engagement dans une activité professionnelle exigeante et prestigieuse. Quelques données quantitatives permettent de poser le cadre (Bessières, 2005 ; Sicart, 2008) : on remarque que les femmes médecins sont plus nombreuses à exercer la médecine salariée et particulièrement la médecine salariée non-hospitalière. Cette différence dans les modes d'exercice est plus marquée parmi les diplômé(e)s de médecine générale que parmi les spécialistes. Les études consacrées au temps de travail des médecins ont, elles, établi la tendance à un rapprochement de l'activité des hommes et des femmes ces dernières années, même si des écarts sensibles demeurent à ce jour (Niel et Perret, 2003).

Plusieurs sociologues ont interrogé les effets de la féminisation parmi les nouvelles générations de médecins, à l'occasion d'enquêtes menées essentiellement par entretiens. Aucun, à notre connaissance, ne l'a fait sur la base d'un dispositif méthodologique longitudinal semblable au nôtre. Les entretiens auprès des jeunes médecins sont donc isolés et donnent une large place aux attentes et intentions des personnes en matière d'équilibre de vie à atteindre. Il s'agit néanmoins d'une production riche, dont se dégagent des lignes de force cohérentes mais aussi un point de débat. Le plus souvent, les travaux font état d'une indifférenciation croissante des jeunes hommes et femmes dans les manières de se projeter dans la vie familiale et professionnelle (Schweyer, 2008 et 2010b ; Robelet et al., 2006 ; Lapeyre et Robelet, 2007). Sur cette base, le changement (annoncé, car nous ne disposons pour l'instant d'aucune mesure qui aille dans ce sens) de rapport au temps de travail, le souci de qualité de vie ont pu être interprétés en termes d'effet de génération plus que de genre. Les jeunes femmes sont créditées d'une forme d'initiative dans la transformation de l'*ethos* de disponibilité permanente au patient (Le Feuvre et Lapeyre, 2005 ; Lapeyre, 2006), mais c'est pour souligner aussitôt que les hommes leur emboîtent désormais volontiers le pas et cherchent à relativiser la place de l'exercice médical dans leur vie. C'est ainsi parmi les deux

sexes que le « modèle du sacerdoce » est réputé ne plus faire recette, ce qui laisse espérer que le « dépassement du genre » se profilerait à l'horizon.

Le « dépassement du genre » complète, dans la modélisation remarquable due à N. Le Feuvre (2001), les catégories « féminitude » et « virilité ». Dans cette perspective, la transformation touche simultanément les rapports sociaux de genre et les pratiques professionnelles établies « du temps des hommes ». Ces dernières se voient progressivement dépouiller de leurs caractéristiques explicitement ou implicitement genrées, celles qui rendent difficile de se représenter une femme dans ces fonctions. Simultanément, hommes et femmes prennent de la liberté par rapport aux attributs de genre qui prétendent les assigner à des spécificités en fonction de leur sexe biologique. Les compétences et aspirations sont alors de plus en plus indifférentes aux caractéristiques de sexe ou de genre des individus sur lesquelles le consensus a vocation à se fissurer. La portée heuristique de l'idée de dépassement du genre est indéniable. À la lecture des enquêtes sur les femmes médecins qui y font référence, toutefois, la question se pose souvent de savoir si les auteurs la mobilisent au vu d'indices empiriques ou la font fonctionner comme une référence normative plus ou moins avouée, ce qui peut aider à en acclimater la possibilité dans les esprits mais ne convainc pas vraiment en tant que « théorie fondée », c'est-à-dire véritablement ajustée aux données d'enquête. N. Le Feuvre et C. Guillaume (2007) conviennent d'ailleurs que la thèse du dépassement du genre n'a pas reçu jusqu'à présent de solides confirmations empiriques. Cette dernière cite les interprétations de N. Lapeyre et M. Robelet (2007) sur le cas des jeunes médecins comme une heureuse exception dans le paysage des études sur la féminisation des métiers (Guillaume, 2007, p. 2).

On peut ainsi s'interroger devant les perspectives favorables à l'égalité des sexes en marche que soutiennent ces travaux. Par exemple, les extraits cités des 23 entretiens qui constituent la base empirique du rapport de M. Robelet et al. (2006) contiennent d'une part nombre de « perles » du sexisme ordinaire dans la bouche des hommes, d'autre part des propos de femmes passablement conservateurs sur leur attachement à un rôle familial traditionnel compatible avec une activité à temps partiel constituée autour du plaisir d'exercer la médecine. On remarque par exemple l'attachement des femmes au temps partiel qui dégage le mercredi pour les activités avec les enfants, alors que les hommes pères de famille trouvent plus opportun de libérer le cas échéant un autre jour. Les carrières des hommes et des femmes n'apparaissent absolument pas symétriques dans les couples interrogés, celle de l'homme domine même si l'on n'est plus dans le cadre strict du *male breadwinner*¹². Les auteurs tiennent pourtant à faire valoir avant tout la solidité, la constance et la légitimité de l'engagement professionnel des femmes en médecine, de réfuter leur assignation à des manières d'être et de pratiquer considérées comme essentiellement féminines. Elles cherchent systématiquement à casser les stéréotypes de genre, sans doute pour contenir les risques de dérive vers une essentialisation du « fait féminin ». La voie choisie est de montrer que les femmes sont des médecins comme les autres, même si elles sont par ailleurs victimes de toute l'injustice ménagère et exposées à nombre de discriminations dans les instances du monde professionnel. Le problème est que des stéréotypes de genre sont réintroduits par les

¹² Les auteurs constatent par exemple que la configuration dans laquelle la carrière de l'homme prime sur celle de sa conjointe reste la plus répandue. Elles ont cette phrase forte : « Même si les tentatives de régulation du temps de travail sont présentes chez les jeunes hommes médecins, il n'en reste pas moins que ce sont leurs compagnes qui *in fine* freinent leur progression professionnelle, en prenant un temps partiel par exemple. » (Robelet et al., 2006 p. 34)

informateurs à de nombreux passages des entretiens, et qu'ils se donnent aussi à lire dans les arrangements pratiques entre les sexes reconstitués par l'enquête. Dans une tradition de recherche féministe, ce rapport destiné au Conseil national de l'Ordre des médecins semble écrit pour partie en réaction au conservatisme de certaines affirmations internes au corps médical et au machisme de ses élites ou représentants. Les auteurs apparaissent particulièrement soucieuses de valoriser l'universalisme de la pratique médicale face aux visions essentialistes d'un ordre traditionnel des sexes. Nous nous efforcerons quand à nous de tenir sur cette question du genre une posture ni naïve ni militante, dans un respect plus classique de la distinction entre le savant et le politique (Weber, 1959).

Les analyses F-X. Schweyer appuient également la thèse d'une indifférenciation croissante des aspirations en matière d'exercice et pratiques. Le poids des normes de genre à l'œuvre lui semble de moins en moins fort et le *male breadwinner* en recul. F-X. Schweyer observe même que, dans quelques cas, la primauté de la carrière de l'un(e) ou de l'autre dans un couple tient au choix du revenu le plus sûr et le plus avantageux par le couple (Schweyer, 2010b).

Bref, prises dans la dynamique de la féminisation dont on s'accorde à reconnaître qu'elle joue comme un accélérateur des mutations d'une profession, les spécificités du travail et de l'emploi des femmes n'ont pas le vent en poupe chez les analystes. Quitte à être suspecté d'essentialisme lorsque l'on attire l'attention sur les limites de l'émancipation et de l'indifférenciation des genres en médecine, il conviendra dans cette enquête de rechercher les éléments aussi bien à charge qu'à décharge et de s'aider des données de cadrage statistiques sur l'état des différences entre les sexes au travail comme à la maison.

Dans l'ensemble des travaux consacrés aux jeunes médecins, il convient enfin de faire une place à part à l'analyse de A-C. Hardy-Dubernet (2005). Elle formule des hypothèses stimulantes mais assez dissonantes avec ce que l'on vient de voir, lorsqu'elle avance, au vu des projets d'activité professionnelle et des modèles de vie familiale des étudiantes auprès desquelles elle a mené ses enquêtes successives, que la médecine serait en train de devenir un (bon) « métier de femme », en particulier de femme issue des classes supérieures et dotée d'un conjoint gagnant bien sa vie. Elle fait valoir que l'intérêt pour les études de médecine a rapidement changé de sexe, à considérer le mouvement de ciseau observé depuis 2003 dans l'obtention du diplôme. Si « la parité dans les facultés de médecine ne semble qu'un passage transitoire entre deux tendances majoritaires », c'est autre chose que la neutralisation du sexe ou le dépassement du genre qui y est en jeu. L'hypothèse de A-C. Hardy-Dubernet est que « la féminisation des facultés de médecine est significative d'une forme 'nouvelle' de répartition sexuelle des professions, reflet d'une division du travail remaniée dans les catégories sociales supérieures. » (Hardy-Dubernet, 2005, p. 36). La sexuation des orientations en médecine ne serait donc pas en passe d'être neutralisée, mais se recomposerait autour de nouvelles attentes et de nouveaux attributs du métier, dans lesquels des qualités et valeurs féminines traditionnelles seraient bienvenues et trouveraient à s'épanouir. « Côté relationnel, humain, soignant, elles sont déjà là et peuvent qualifier toutes les qualités nécessaires à faire un 'bon médecin' de 'féminines'. De ce point de vue, elles n'ont plus besoin d'apparaître comme de froides techniciennes ou comme des scientifiques revêches pour prétendre au titre de médecin. Les jeunes femmes que nous avons rencontrées argumentent très souvent leur choix par des considérations affectives et maternantes : l'intérêt pour les enfants y a une place conséquente. Le choix de la profession médicale apparaît donc

comme un choix d'emblée sexué et articulé aux rôles sociaux féminins : gynécologie et pédiatrie restent les spécialités au départ les plus attirantes pour les jeunes étudiantes. » (Hardy-Dubernet, 2005, p. 53). Le propos est fort, même si l'auteur prend la peine d'ajouter que la plupart des étudiantes articulent très bien dans leur discours les composantes intellectuelles et scientifiques et les composantes humaines de leur engagement en médecine. Du point de vue des intentions d'exercice, plus fragiles par définition, elle voit se profiler en médecine libérale la recherche de modalités d'exercice compatibles avec la vie familiale, comme l'ont pointé diverses études. Ce qui est original est qu'elle y voit une inversion de tendances portée par la féminisation irrésistible du corps médical mais dans le respect de la différence masculin/féminin, et non un aménagement contraint par la double activité des couples dans les jeunes générations dans une dynamique qui neutraliserait les rapports sociaux de genre : « L'homme généraliste qui, autrefois, mettait sa famille au service de sa pratique, semble remplacé par des femmes qui, aujourd'hui, mettent leur pratique au service de leur famille. Autrement dit, elles inversent les tendances, tout en jouant sur le côté malléable de la médecine libérale qui devient 'féminisable' : horaires choisis, revenus modulables, etc. » (Hardy-Dubernet, 2005, p. 56)

Ce sont donc autant de pistes à suivre. Il faudra profiter de ce suivi de cohorte et de la chance qu'il nous donne de voir évoluer les situations et donc se préciser les rôles sociaux au féminin ou au masculin, sous l'effet des opportunités professionnelles qui se présentent mais aussi des événements de la vie personnelle et familiale (mise en couple ou séparation, grossesses et enfants).

Par la sociologie des carrières et des parcours de vie

La ***sociologie des carrières et des parcours de vie*** constitue une dernière entrée majeure pour une compréhension correcte des processus et décisions à l'œuvre dans les parcours étudiés. Prenant ses racines dans le programme de recherche de l'école de Chicago, cette sociologie ne se développe vraiment que depuis peu en France, même si ses approches ont fait la preuve de leur capacité heuristique. C'est elle qui, la première, a invité à considérer avec attention les processus longitudinaux par lesquels les individus circulent entre des positions sociales et professionnelles successives, et ce aussi bien dans leurs dimensions objectives que subjectives, dans les organisations formalisées que dans des espaces de circulation plus informels.

À l'origine, ce terme de carrière renvoie certes à l'enchaînement prévisible de positions statutaires au sein d'un système organisé stable : « Au sens strict, selon Karl Mannheim, la carrière désigne la progression d'une personne à l'intérieur d'une bureaucratie. À chaque étape, cette personne reçoit une quantité d'argent, d'autorité et de prestige dont elle connaît par avance le montant exact » (Hughes, 1996, p. 175). Cela correspond à première vue particulièrement mal aux processus que traversent ceux des jeunes médecins qui n'épousent pas une carrière hospitalo-universitaire. E. Hughes, néanmoins, a proposé de conserver le terme de carrière pour traiter de ce qui nous intéressera ici, considérant qu'il existe diverses carrières à l'échelle d'une vie, qui ne sont pas forcément organisées ni définies de façon

consciente¹³. Il avance que dans les systèmes *a priori* moins organisés, où les règles du cheminement ne sont pas écrites, d'autres types de régularités mettent les carrières en forme, régularités que le sociologue doit s'employer à mettre en évidence derrière la singularité des histoires de vie : « Je partirai de l'idée que, même là où il n'existe aucun cheminement bureaucratique défini, on trouve de nombreuses régularités. Pour ceux qui étudient les carrières, il s'agit de mettre au jour ces régularités, de trouver l'ordre, quel qu'il soit, que peut suivre la vie des personnes à mesure que celles-ci grandissent et étudient ; à mesure qu'elles font des choix et en subissent, qu'elles sont mises sur la touche ou bousculées par les circonstances ; à mesure que leur énergie, leur talent et leur sagesse croissent ou déclinent ; à mesure qu'elles se consacrent à leur travail et s'y attachent plus profondément, ou, à l'inverse, qu'elles s'y ennuiant, s'y sentent frustrées et, peut-être, qu'elles abandonnent un type de travail pour un autre, ou bien fuient tout travail (...). L'étude des carrières a pour objet la dialectique entre ce qui est régulier et récurrent d'un côté, et ce qui est unique de l'autre ; une telle étude, comme toute étude qui a pour objet la société, vise ainsi à se placer au point de rencontre entre une société stable mais néanmoins changeante, et l'être humain unique, qui n'a que peu d'années à vivre, mais dont les descendants sont à l'évidence très semblables à leurs parents. » (Hughes, 1996, p. 176-177)

Ce beau programme est exactement celui dans lequel s'inscrit ce travail, même si nous emploierons plus volontiers dans ces pages les termes de parcours ou d'itinéraire professionnel, qui valorisent l'évolution entre des positions sans créer d'ambiguïté par rapport à la connotation bureaucratique et règlementée de « carrière », qui sied mal au monde libéral ou aux statuts précaires. J'essaierai de ne pas abuser non plus du terme de trajectoire, qui a l'inconvénient d'emprunter à la balistique et donc évoque la prévisibilité de la trace formée par un projectile lancé. Les notions de destin ou destinées, chargées en déterminisme, ne semblent pas non plus adéquates. L'attention à l'individu et au singulier oriente vers une approche biographique fouillée, sans qu'il s'agisse, dans l'esprit de Hughes comme dans le nôtre, de diluer le social dans le psychologique ni de s'enfoncer dans l'exploration des tréfonds de la subjectivité au détriment d'une recherche d'objectivation des processus sociaux. Les récits individuels sont appréhendés dans ce travail en tant qu'ils réfractent l'espace des possibles historiquement et socialement constitué et l'évolution des normes sociales.

La sociologie se veut alors aussi attentive aux actes des individus qu'aux caractéristiques des différents espaces (cultures, configurations locales, etc.) dans lesquels ils s'inscrivent. La théorie générale de la décision sous-jacente est extrêmement souple, elle engage à observer ou reconstituer les modalités des décisions en ayant le moins de présupposés théoriques possibles sur la nature des déterminations ou des choix qui font qu'un individu s'engage dans un chemin, une « carrière » au sens de Hughes, plutôt qu'un(e) autre. L'interactionnisme se veut attentif à toutes les sortes de ressources au moyen desquelles les acteurs stabilisent leur environnement. Les ingrédients et degrés de liberté des décisions auxquelles ils aboutissent sont recherchés sans être modélisés à l'avance.

¹³ Il explique que même dans les organisations bureaucratiques, les parcours de vie des individus *a priori* balisés connaissent, d'une part, certains aléas et irrégularités et que, d'autre part, on n'en rend finement compte qu'à condition d'identifier « beaucoup de régularités qui ne sont pas écrites noir sur blanc », informelles donc (des usages, des rumeurs), qui concourent à l'orientation des individus en complétant les règles d'avancement officiellement prévues.

La réflexion théorique sur les modalités des décisions qui, mises bout à bout, dessinent une carrière, s'est imposée comme une façon de prendre là-encore de la distance avec les modèles d'action naïfs colportés dans les enquêtes sur « les aspirations des jeunes médecins » et les « projets » définis qu'ils sont censés avoir. Les acquis de diverses (bonnes) recherches consacrées aux parcours des médecins nous ont semblé converger sur la nécessité de raisonner avec un modèle d'acteur souple, ouvert, diversement inventif et contraint selon les contextes, qui ne soit ni celui d'un holisme ni d'un individualisme stricts. J'ai consacré à ces questions un texte plus théorique (Bloy, 2009), qui examine les modèles d'action mobilisés de manière plus ou moins explicite dans la littérature existante sur les médecins généralistes, leur pertinence et leurs limites. La conclusion n'en est pas définitive, mais les conséquences pour la présente enquête sont de veiller à saisir largement les contraintes et influences que subissent les acteurs, la part de stratégie ou de tactique qu'ils déploient pour réaliser divers ajustements, sans oublier celle du hasard... Dans la mesure où la méthodologie retenue permet d'investiguer au cas par cas l'épaisseur de ce qui fait une orientation de carrière à un moment donné, il n'y a pas lieu de la réduire en posant l'existence d'un modèle d'acteur unique. La connaissance rapprochée des parcours a toutes les chances de faire au contraire apparaître des contrastes forts entre des carrières maîtrisées, comme « sur rails », d'autres hésitantes ou dépendantes d'opportunités très contingentes. Les temporalités ne sont pas davantage alignées : des décisions résultant de processus d'assez longue haleine de formation de dispositions voisinent, parfois chez la même personne, avec des moments de bifurcation libérateurs ou éprouvants, qui font basculer un parcours dans une direction pas forcément prévue. Au moins dans un premier temps, autant tirer parti de la richesse de la méthode pour préciser le spectre des possibles et tâcher de comprendre comment les biographies professionnelles singulières s'y déploient.

Dans la sociologie française, l'analyse des parcours de vie a donné lieu depuis une vingtaine d'année à des publications importantes et connaît aujourd'hui un essor remarquable. Sans entrer dans le détail de cette vaste littérature aux apports théoriques et méthodologiques précieux pour un suivi de cohorte, quelle que soit la population étudiée, je veux faire explicitement référence au numéro spécial de la *Revue française de sociologie* de 1990 intitulé « L'approche biographique » (notamment Passeron, 1990, et De Coninck et Godard, 1990), et à celui des *Cahiers internationaux de sociologie* sur « Trajectoires sociales et bifurcations » (notamment Bidart, 2006, et Grossetti, 2006), qui ont considérablement nourri ma réflexion sur la manière de travailler les entretiens, la mise en forme des analyses et les choix d'écriture.

Dans le champ académique de la sociologie française, ce développement d'une sociologie rapprochée des parcours de vie a pu participer à partir des années 80 à l'ouverture d'une sorte de « troisième voie » entre une sociologie déterministe (notamment celle centrée sur l'habitus, d'un P. Bourdieu) et un individualisme méthodologique désincarné ou abstrait, dominé par la rationalité instrumentale prêtée aux individus, sans enquête sur les processus par lesquels ils prennent des décisions (typiquement celui de R. Boudon). Concernant ce dernier, nous souscrivons aux remarques de D. Martuccelli et F. de Singly sur le fait qu'il s'agit « d'un étrange individualisme conduisant à l'éviction des individus singuliers dans leur complexité et dans leur réflexivité. (...) À aucun moment, par exemple, dans son analyse, il ne prend en compte des données avec des indicateurs de l'intention des acteurs ou des objectifs qu'ils poursuivent. Il les présuppose sans enquête. (...) L'individualisme méthodologique peut éviter de questionner les individus eux-mêmes, ils sont tous pareils, mus par leur intérêt,

intérêt défini par le sociologue et non par les acteurs eux-mêmes. Cette indifférence aux individus se remarque aussi par les données utilisées. (...) On ne comprend pas bien le terme d'individualisme méthodologique puisque la méthodologie – comme les hypothèses – prennent en compte une conception si réductrice de l'individu qu'il n'a aucune singularité, aucune originalité, aucun 'contenu' autre que celui que veut bien lui affecter le maître d'œuvre. Les individus sont réduits au départ à une seule dimension : leur rationalité instrumentale, ce qui évite d'avoir à prendre en compte le sens de l'action posée par l'individu. (...) Cette orientation ne prête aucune attention au fait que les individus ont aussi à se construire comme 'sujets', à donner sens à leur expérience, ce qui permet, paradoxalement, d'éviter d'avoir à faire des enquêtes qualitatives. » (Martuccelli et de Singly, 2009, p. 81-82). Notre travail s'inscrit par contraste, on l'aura compris, dans la mouvance contemporaine d'une sociologie des individus nourrie de leur expérience singulière et de leur réflexivité.

Mais qu'advient-il dans cette perspective des déterminations sociales ? Quelle importance accorder aux variables sociodémographiques ou socio-économiques habituelles ? Prendre le parti de les ignorer délibérément au nom de l'attention à la singularité inépuisable des parcours constituerait une régression sociologique. On sait que malgré leur longueur, la mobilisation intense qu'elles exigent, et un contenu intellectuel étroitement formaté, les études de médecine n'ont pas un pouvoir homogénéisant tel qu'elles gommeraient les différences dans les attentes vis-à-vis du métier et les conceptions de ce que soigner veut dire. I. Baszanger (1979, 1981) avait déjà souligné à cet égard l'importance de la socialisation antérieure et extérieure à la faculté. Pour d'autres générations de médecins, on se rappelle que C. Herzlich et son équipe ont pu relever, dans une grande étude rétrospective portant sur les carrières de 5 500 praticiens retraités, que les inégalités de situation financière vécues durant les études avaient des répercussions sur la trajectoire professionnelle des médecins, au point qu'on en prenait encore la mesure en toute fin de carrière (Herzlich et al. p. 169-170). Les parcours des personnes portent donc indéniablement la marque de leurs diverses appartenances sociales, parmi lesquelles l'origine sociale et le genre revêtent une importance de premier plan. Ce qui se mesure sous forme de régularités statistiques doit bien trouver par moments à s'incarner dans le détail de trajectoires biographiques concrètes, même s'il ne s'agit de probabilité et non de prédestination, même si une variable n'agit jamais seule dans le monde de la réalité sociale qui n'est pas celui épuré des modèles.

Pour autant, comme le souligne J-C. Passeron (1990), l'exigence de toute analyse biographique sérieuse est de ne pas tomber dans le travers de faire des individus singuliers de simples porteurs de la structure, de ne pas les réduire à l'occupation d'une position dans un champ indépendamment de leur identité personnelle. À l'échelle à laquelle nous travaillons, les individus ne sont à aucun moment interchangeables et une sociologie en aplomb qui considérerait les parcours comme la simple réalisation objective des possibilités qui s'ouvraient aux personnes dans le champ, au mieux de leur structure en capital et de leurs intérêts, ne tient pas. L'habitus ne saurait être le principe unique réglant une fois pour toutes les préférences professionnelles des jeunes médecins, pour au moins deux raisons. D'une part, leur socialisation apparaît loin d'être homogène et monolithique dès lors qu'on s'approche des acteurs pour entreprendre des « portraits sociologiques » (Lahire, 2002). D'autre part, ce modèle de l'habitus est puissamment génétique tandis que l'étude des parcours requiert aussi des modèles processuels, seuls à même d'éclairer l'enchaînement de séquences différentes, avec des mises en relation temporalisées et contextualisées (De Coninck et Godard, 1990).

Elle oblige à considérer que certains choix des personnes, et les personnes mêmes, se constituent dans le temps de l'action plutôt que d'être entièrement déterminés *ex ante*.

À l'arrivée, on constate que quelques médecins de la cohorte incarnent les propriétés de leur catégorie sociale d'origine de manière exemplaire – parfois même troublante, dans la reproduction d'un héritage de classe, de statut ou de valeurs – mais que, beaucoup plus souvent, le mode d'action ou la force de rappel de l'origine sont plus subtils. Dans notre modeste échantillon d'une cinquantaine de personnes disposant du même titre de docteur en médecine générale, les effets de l'origine sociale ne président pas aux destinées de manière simple et ne les rendent pas prévisibles. En s'en tenant aux grandes lignes, il apparaît bien vite que les quelques personnes d'origine modeste ne se trouvent pas regroupées dans les métiers ou sur les postes les moins valorisés, tandis qu'un certain nombre d'« héritières » « vivent » de la médecine plutôt que d'investir une carrière prestigieuse et rémunératrice. Le capital ne va donc pas qu'au capital au sein de cette population particulière de jeunes diplômés, et le genre achève de brouiller les pistes, nous aurons à y revenir. Une caractérisation sociale traditionnelle, limitée au « chef de famille » (masculin) de la famille d'origine et muette sur le niveau d'emploi ou la continuité de la carrière maternelle, s'avère même impuissante à saisir l'essentiel des phénomènes de reproduction sociale parmi les jeunes femmes les mieux dotées de la cohorte.

Il n'en demeure pas moins que les différences d'origine familiale se traduisent par des différences dans les ressources mobilisables comme dans les dispositions. En ce qui concerne les ressources, les éléments que nous avons vu peser sur les parcours de manière concrète et discriminante sont le capital économique reçu ou hérité des parents¹⁴, le capital social (éventuellement spécifique au milieu de la santé), et la disponibilité des familles (en clair, des grands-mères) pour pourvoir à la garde des enfants ou amortir les tensions de son organisation en cas d'imprévu. L'orientation vers une forme de médecine ou un mode d'exercice (libéral ou salarié), la capacité à se placer sur des postes lucratifs ou à se satisfaire inversement de fonctions moins valorisées sont ensuite loin d'être indifférentes aux cadres dans lesquels les individus ont été socialisés. L'héritage d'expériences, de valeurs, de réseaux, de manières d'être au monde, intervient pour structurer les goûts et dégoûts pour certains types de soins et de publics comme les formes d'ambition professionnelle des diplômés de médecine générale. Mais à milieu social donné (favorisé, le plus souvent), la manière dont se façonnent les dispositions vers tel type d'activité ou de population fait lourdement intervenir les modèles de genre.

Il nous reviendra donc de démêler les choses au cas par cas dans l'écheveau des déterminations et degrés de liberté qui composent une orientation, forts d'une culture sociologique mais en se gardant de présupposer un mode d'action mécanique de ces déterminants. Les effets de transmission directe ou de recomposition d'héritage sont pour ce travail à explorer à l'échelle des parcours biographique. Nous tâcherons donc, dans l'écriture des portraits, de souligner les filiations de tous genres chaque fois que nous avons les moyens de référer un choix, une inclination, une disposition à un trait de la famille d'origine ou d'un de ses membres.

¹⁴ Dans les cas étudiés, il intervient davantage pour permettre l'accès à l'immobilier résidentiel (notamment parisien) dans des conditions favorables que pour permettre ou freiner une installation en cabinet libéral. (Cela semble être une raison de plus de douter de la pertinence des aides économiques à l'installation des jeunes médecins).

3 – L'enquête et ses méthodes

Généralités sur le suivi de cohorte

La méthode est donc celle d'un suivi qualitatif de cohorte. Elle donne accès à des données d'une consistance particulière par rapport à la plupart des autres techniques d'enquête : consistance par rapport aux questionnaires d'opinion ou d'intention, dont les fragilités ont déjà été signalées ; consistance aussi par rapport aux enquêtes quantitatives objectivant les trajectoires, qui ont pour elles l'avantage de permettre la généralisation statistique, du moins lorsque la qualité de l'échantillon est au rendez-vous, mais au prix d'une saisie standardisée de processus complexes et encore mal connus. Si les enquêtes qualitatives par entretiens ne débouchent pas en toute rigueur sur le même type de montée en généralité, elles permettent mieux que les autres de comprendre les processus à l'œuvre dans les manières de devenir tel type de médecin plutôt que tel autre, et surtout d'en saisir le sens en situation. Cette puissance heuristique est évidente pour le repérage des formes sociales émergentes, des échappées hors des chemins balisés par les institutions. Dans le cas d'une étude qualitative isolée, l'étroitesse des échantillons et la focale mise délibérément sur l'épaisseur des parcours individuels imposent toutefois la prudence pour ce qui est de l'identification des « grandes tendances » à l'œuvre dans la population. Il peut en aller autrement lorsque des récurrences sont relevées indépendamment d'un terrain à l'autre par des chercheurs différents, qui permettent d'étayer et cumuler les constats sur un sujet donné.

Par rapport aux entretiens classiques isolés, la plus-value du suivi de cohorte est forte : passer et repasser auprès des informateurs avec un regard de témoin attentif bienveillant, voire accompagner un processus de construction professionnelle, permet un travail sans équivalent sur la temporalité. La durée de la présence du chercheur sur le terrain est reconnue comme source de rigueur dans toutes les enquêtes qualitatives : elle permet le relâchement des rhétoriques défensives en entretien, le dépassement du paradoxe de l'observateur en observation, l'instauration de la confiance nécessaire dans tous les cas. Dans le cadre du suivi des parcours des jeunes diplômés de médecine générale, très ouverts au départ, le retour de la même personne auprès des mêmes enquêtés autorise un travail fin sur la réduction progressive des possibles et les relectures biographiques opérées par les acteurs au fur et à mesure de leur évolution. Elle constitue sans doute la moins mauvaise manière d'approcher ce qu'A. Sen appelle « l'ensemble capacités » d'un jeune diplômé, entendu comme l'espace des libertés et possibilités de choix effectives des personnes aux différents moments de leur existence. Cet ensemble nous intéresse directement mais est inobservable par définition : seuls les « faits gagnants » sont enregistrés dans un CV classique, mais notre méthode entreprend de le cerner. Les parcours biographiques peuvent ainsi être rapportés simultanément, et autant que de besoin, aux structures d'opportunités, à des contextes variés (institutionnels, organisationnels, économiques, de la vie privée, etc.), et aux évaluations que les personnes réalisent sur ce qu'elles vivent (Corteel et Zimmerman, 2007). Les degrés de liberté des décisions prises peuvent ainsi être appréciés.

Une articulation intéressante peut être trouvée avec une sociologie centrée sur l'analyse des dispositions selon une approche pluraliste, telle que celle prônée par B. Lahire (notamment contre l'habitus puissamment homogène et passablement mécanique de P. Bourdieu). Dans ce cadre d'analyse, l'entretien doit chercher à ramener à la surface du discours (et parfois de la conscience) des dispositions inhibées ou mises en veille et pas seulement des dispositions

« gagnantes ». L'enquêteur s'emploie alors à « mettre en évidence des malaises, des frictions, des tensions, des crises (petites ou grandes) ou des frustrations passagères ou durables, autant de faits qui permettent de reconstruire des dispositions inhibées, contrariées ou contredites par certaines propriétés du contexte ou par les propriétés des personnes avec lesquelles il faut localement composer ». (Lahire, 2002, p. 39). Les préconisations méthodologiques concrètes de D. Bertaux (1997) et B. Lahire (2002) convergent sur l'intérêt de relances précises bien contextualisées pour engager un travail d'anamnèse et de réflexivité riche, dès lors que les personnes acceptent de s'y engager. « Opérer par anamnèse le rappel de la pluralité des choix possibles et des indécisions du passé, c'est faire remonter à la conscience l'existence de dispositions, d'inclinations, de compétences... qui ont été mises en veille et qui rappellent que la vie aurait pu être toute autre. » (Lahire, 2002, p. 33). Provoquer dans les récits des « ralentis » réflexifs, en particulier sur ce qui s'est passé dans les moments de bifurcations, entre aussi naturellement dans cette boîte à outils (Grossetti, 2006).

Rappels sur la population enquêtée

Le volet « stagiaires » de l'enquête de 2002-2004 s'était déroulé pour l'essentiel auprès des internes de 4 Départements de médecine générale (DMG), 2 parisiens et 2 provinciaux. J'avais combiné pour le recrutement de l'échantillon le hasard, la « boule de neige » et une stratégie de diversification volontaire des situations approchées.

Dans chaque site, les premiers internes de médecine générale ont été sollicités grâce aux coordonnées données par les maîtres de stage (choisis quant à eux de manière aléatoire dans les listes des facultés, à l'exception de ceux rencontrés lors d'activités au sein même des DMG), puisqu'il s'agissait d'arriver à croiser le plus souvent possible l'expérience des internes et des praticiens sur le déroulement d'un semestre de stage donné. La technique de la « boule de neige », classique dans ce genre d'enquête, a ensuite été utilisée pour recruter les informateurs de proche en proche. J'ai veillé sur chacun des terrains à diversifier les voies d'entrée, c'est-à-dire à ne pas laisser le recrutement des informateurs dépendre d'un seul réseau d'interconnaissance ou d'affinité. En cours d'entretien, je m'enquerrais auprès des internes des expériences de stage heureuses ou malheureuses dont ils avaient eu connaissance, ce qui me permettait à la fin de la rencontre de solliciter explicitement certaines mises en relation, dans une stratégie de maximisation de la diversité ou de recherche systématique du cas « négatif » c'est-à-dire du cas différent, intrigant, voire déstabilisant par rapport à ceux déjà vus et aux analyses en cours d'élaboration (Bertaux, 1997). Cette technique a surtout été mise en œuvre sur la fin du terrain (dans la phase dite de « saturation ») et principalement là où j'avais la possibilité matérielle de multiplier les rencontres avec des internes (en clair, essentiellement en Ile de France). Dans un des Départements (ci-dessous DMG 2), la très bonne acceptation de ma présence m'a permis de donner un tour plus monographique à l'enquête en participant à des activités qui étaient l'occasion d'entrer en relation avec les internes d'une promotion, et d'appréhender le fonctionnement de celle-ci en tant que petit collectif face au groupe des enseignants. Ces éléments expliquent la relative hypertrophie de cette partie de l'échantillon.

Le quatrième terrain (ci-dessous DMG 4), qui n'était pas prévu dans le projet initialement déposé, a été ouvert sur un département rural enclavé du sud de la France où j'avais l'occasion de séjourner pour raisons personnelles : j'ai saisi l'opportunité d'y rencontrer l'ensemble des maîtres de stage et de leurs internes du moment (au nombre de 7), ce qui me

permettait de compléter mon travail sur le versant de la médecine rurale, à distance des grands axes de communication, en m'appuyant sur l'atout que constitue pour toute enquête une certaine connaissance des subtilités de l'espace local.

L'acceptation des demandes d'entretien a partout été très bonne (pour des raisons auxquelles j'ai réfléchi dans Bloy 2004, p. 90 et s.), ce qui m'a permis de recueillir 51 entretiens sur le volet internes de l'enquête sur le stage chez le praticien, qui sera désignée pour la suite comme la vague 1. L'approfondissement des expériences permis par l'enquête qualitative ne s'est pas du tout fait dans cette enquête au détriment du taux d'acceptation des personnes sollicitées.

La répartition des internes en fonction des DMG était la suivante :

- DMG 1 (faculté parisienne) : 10 internes
- DMG 2 (faculté parisienne) : 19 internes
- DMG 3 (faculté provinciale) : 10 internes
- DMG 4 (faculté provinciale) : 7 internes
- Autres DMG (tous situés en Ile de France) : 5 internes

La population est constituée de 17 hommes et de 34 femmes. Les années de naissance s'échelonnent de 1972 à 1977. Nous relevons dans l'échantillon une très forte représentation des origines sociales favorisées : une forte majorité a grandi dans une famille appartenant à la catégorie socioprofessionnelle (CSP) des cadres. Les exceptions sont au nombre de 10 : dans deux cas les chefs de famille sont (ou étaient) artisans, dans trois cas professions intermédiaires, dans quatre cas ouvriers qualifiés et une seule fois employé. Pour 16 des personnes rencontrées, au moins un des parents est (ou était) médecin ou dentiste. Quant aux conjoints, lorsque conjoint il y a, ils sont cadres le plus souvent et dans une petite dizaine de cas professions intermédiaires.

Les deux principales limites de cet échantillon, qui se reportent mécaniquement sur la présente enquête, sont les suivantes :

- Une légère sous-représentation des hommes, les femmes représentant près de 60 % des promotions de troisième cycle de médecine générale à l'époque de l'enquête (contre les deux tiers dans l'échantillon). Même si la recherche de la représentativité statistique est étrangère à la logique de l'échantillonnage en recherche qualitative, il aurait été bienvenu de valoriser précisément la minorité masculine pour disposer d'un effectif d'hommes qui permette de mieux assoir la comparaison et les analyses indispensables en termes de genre.
- Une place marginale faite en Île-de-France aux facultés de banlieues, réputées moins élitistes et produisant plus de généralistes que les facultés de Paris *intra muros* (ces dernières recrutent toutefois leurs maîtres de stage dans toute l'Île-de-France, j'ai donc eu à m'intéresser à plusieurs terrains de stage en banlieue). Deux d'entre elles (Bobigny et Créteil) ont pu constituer dans les années 70 des sites pionniers en matière d'enseignement de la médecine générale (Bloy, 2010c). Je l'ignorais au moment des prises de contact, faute d'avoir approché l'espace concurrentiel des facultés de médecine auparavant et surtout parce que j'étais initialement beaucoup plus intéressée par l'expérience singulière de la consultation au cabinet en présence du stagiaire que par ces éléments de contexte historiques ou

institutionnels. La proportion d'enfants de cadres, traditionnellement forte dans les facultés de médecine (Breuil-Genier et Sicart, 2006), devient écrasante dans les plus élitistes d'entre elles qui sont situées à Paris.

La variation des principes de repérage au fil de l'enquête et selon les opportunités d'approfondissement qui se présentent ou non sur les différents terrains fait partie des procédés tolérés, car globalement heuristiques, des enquêtes ethnographiques. Une construction différente, plus systématique, de l'échantillon aurait toutefois présenté de l'intérêt pour une étude de cohorte. En pratique, il n'a pu en être question puisque ce projet de suivi n'a été envisagé et impulsé que bien plus tard. On peut alors légitimement se demander, au sujet de la partie de l'échantillon qui n'a pas été recrutée par hasard ou quasi-hasard, si la recherche de la diversité n'a pas conduit à une survalorisation dans notre effectif d'internes au profil un peu marginal par rapport au cœur de leur promotion (l'intérêt pour les marges a souvent du sens en recherche qualitative). Ce sont toutefois les expériences intéressantes et variées de stage chez le praticien que j'ai recherchées, et non des profils d'internes a priori atypiques.

Pour diverses raisons, tous les internes n'avaient pas été saisis exactement au même moment de leur parcours. La première série d'entretiens a eu lieu de décembre 2002 à août 2004. Le critère mis en œuvre pour les besoins de cette première enquête était « être en fin de stage chez le praticien ou sorti de ce stage depuis moins d'un an », sachant que le stage chez le praticien pouvait se faire entre le 2^{ème} et le 5^{ème} semestre du troisième cycle. Les internes de l'époque devaient effectuer 5 semestres pour les promotions plus anciennes, 6 pour les plus jeunes. Ce *curriculum* était fréquemment interrompu ou débordé par des semestres de disponibilité, par des périodes de congé maternité conduisant à ne pas valider un stage, par des stages de post-résidanat ou de « Faisant fonction d'interne » prolongeant l'internat. En pratique, les médecins de la cohorte ont fini leur troisième cycle (hors thèse) entre 2002 et 2006. Il convient de garder à l'esprit cette synchronisation imparfaite des cursus lorsque l'on compare les parcours réalisés depuis la première rencontre.

Dernière précision importante, la génération dont j'ai suivi l'entrée dans la profession médicale s'inscrivait dans une période charnière par rapport à la réforme du DES de médecine générale entrée en vigueur à partir des ECN de 2004 : les internes rencontrés entre 2002 et 2004 appartenaient aux dernières promotions soumises au régime du concours de l'internat, selon lequel étaient orientés sans appel vers le résidanat de médecine générale tous les étudiants qui avaient échoué au concours, même lorsqu'ils ne voulaient pas de cette médecine, souvent dévalorisée durant leur formation. Si tous les internes n'avaient pas ce profil, cette orientation par l'échec d'une partie des promotions pesait quand même lourdement sur le déroulement du troisième cycle de médecine générale (notamment dans les facultés prestigieuses). Il est vraisemblable que la montée en puissance des ECN a produit progressivement des effets complexes sur les profils et aspirations des nouveaux étudiants des promotions de DES de médecine générale, qui inévitablement nous échappent dans le cadre de cette enquête. L'ancien régime des formations et qualifications supplémentaires accessibles aux généralistes en cours ou à l'issue de leur internat est également en train d'être remanié (les capacités ont vocation à disparaître pour être remplacées par des DESC). Il est trop tôt pour en apprécier les conséquences pour les jeunes diplômés de médecine générale qui voudraient s'éloigner de leur discipline. Au-delà des changements de dénomination, les contenus de ces formations peuvent naturellement demeurer. La vraie question portera sur une

modification éventuelle des conditions d'accès et de validation de ces compétences supplémentaires.

Dernière différence avec la période actuelle, l'orientation en médecine générale n'avait à l'époque aucune implication en termes de mobilité géographique, à la différence donc de ce qui se passait pour les internes de spécialité : sauf exception liée à des vœux personnels, les résidents engageaient leur troisième cycle dans la faculté dont ils étaient issus. Cette situation a perduré dans les premiers temps des ECN mais est aujourd'hui révolue¹⁵. Notre matériau est malheureusement muet sur ces enjeux contemporains.

La nouvelle enquête (2006-2010)

Pour retrouver les anciens internes, j'ai utilisé les anciennes coordonnées personnelles, ainsi que celles de personnes de leur famille, plus stables, que j'avais pris la précaution de demander. J'ai effectué des recherches sur internet (si le site du Conseil de l'Ordre est utile pour localiser tous ceux qui font partie des personnels permanents des établissements de soins ou sont installés, il n'est pas possible d'y obtenir les coordonnées des remplaçants ou des vacataires) et réactivé les réseaux de proche en proche (en refaisant pour partie le chemin qui m'avait menée, selon la technique de la boule de neige, à telle ou telle personne lors de la première enquête, à partir d'un ancien maître de stage ou d'un ancien camarade de promotion). Cet ensemble de procédés donne de très bons résultats puisque toutes les personnes ont fini par être localisées. Une fois le repérage effectué, la formulation de la demande d'entretien est faite, selon les cas, par mail, courrier, ou téléphone. Je me suis heurtée à très peu de problèmes d'acceptation lorsque j'ai réussi à avoir les personnes directement au téléphone. Une personne a dit ne pas se rappeler de l'entretien initial mais a néanmoins bien voulu participer.

L'essentiel pour cette nouvelle enquête était d'éviter un risque de déformation de l'échantillon fonction de la qualité de la relation réussie au premier entretien. Cet objectif semble atteint puisqu'au final l'attrition est faible : tous les anciens internes ont pu être localisés et il n'y en a que 3 avec lesquels je n'ai pas du tout réussi à renouer contact (courriers ou messages restés sans réponse). Tous trois sont originaires de DMG parisiens et exercent aujourd'hui, d'après l'annuaire du Conseil de l'Ordre, dans des structures hospitalières. Les contacts avec 2 autres internes ont été limités : l'une travaille outre-mer et m'a communiqué des informations synthétiques sur son parcours, sans que je parvienne à établir une vraie dynamique d'échanges électroniques ; l'autre a donné et réitéré son accord, lors d'échanges téléphoniques assez longs, pour un entretien qui n'a jamais pu se concrétiser (dans une conjoncture familiale délicate pour elle), puis a finalement décliné.

¹⁵ Une thèse de médecine générale (Di Sarli Kucawca, 2008) a depuis montré une nette augmentation de la mobilité entre facultés parmi les internes qui choisissent la médecine générale au sein de la région Ile de France. Certaines facultés sont convoitées, d'autres perdent quasiment tous leurs étudiants qui préfèrent faire médecine générale ailleurs dans la région dès lors que leur classement le permet. Deux types de hiérarchisations semblent en voie de constitution : entre les régions, puisque la progression de la mobilité des internes en médecine générale est désormais bien établie à l'échelle nationale (Vanderschelden, 2009 ; Fauvet, 2010) ; mais aussi entre les DMG au sein de l'Ile de France.

Récapitulatif du travail de terrain

1ère vague (2002-2004)	51 entretiens réalisés avec des internes de médecine générale
2ème vague (2006-2008)	46 entretiens réalisés avec les mêmes + quelques contacts mails avec une informatrice + quelques contacts téléphoniques avec une autre 3 informateurs repérés sur l'annuaire de l'Ordre mais contactés sans succès
3ème vague (2008-2010)	32 entretiens réalisés avec les mêmes + 1 entretien téléphonique + vérification sur internet des situations professionnelles des informateurs enregistrés auprès de l'Ordre + actualisation par échange de mails de la situation de 20 informateurs Une informatrice totalement perdue de vue après la vague 2

La troisième vague n'a donc pas la même ampleur que les précédentes. Le projet de suivi de cohorte prévoyait ce dernier temps d'investigation pour environ la moitié des personnes revues en vague 2. J'avais alors imaginé me concentrer préférentiellement sur ceux des anciens internes travaillant effectivement en médecine générale. Après réévaluation en cours de recherche j'ai préféré procéder autrement, comme je vais le justifier.

J'ai réalisé début 2009 qu'il s'était passé des choses intéressantes (par exemple des installations, des réorientations) qui n'étaient pas forcément prévues au stade précédent chez certains informateurs. Par exemple tel urgentiste « de la première heure », que j'avais « classé » durablement parmi les urgentistes, et pas prévu de chercher à revoir en priorité compte tenu de son parcours hospitalier « sans faute » et de sa réussite au concours de praticien hospitalier, est désormais installé dans une association d'urgentistes de ville (type « SOS médecins »). J'ai observé par ailleurs que le mouvement vers l'installation d'une partie de l'échantillon s'est nettement accéléré entre 2008 et 2009 : plusieurs remplaçants ont franchi le pas alors qu'ils n'y paraissaient pas forcément disposés lors de l'entretien de vague 2. Je ne veux pas m'aventurer sur la base d'un effectif modeste à parler d'un « cap » (au sens d'une vraie étape de maturation ou d'évolution professionnelle) des 4 ou 5 ans, qui ferait sens pour le plus grand nombre, mais cela vaut pour partie de mon échantillon et m'a valu certaines surprises en dépit d'une connaissance assez précise des profils des personnes.

Cette observation m'a incitée à chercher à recontacter les jeunes médecins en nombre, dans les limites des moyens et du temps dont je disposais pour boucler cette recherche. J'ai continué à considérer que l'entretien en face à face devait rester la voie privilégiée de recueil des informations, afin de préserver l'homogénéité du matériau et la cohérence du projet, mais dû faire des compromis. Puisqu'il n'était pas possible de faire autant d'entretiens qu'en vague 2, une reprise de contact assez large était très indiquée, quitte à varier ensuite le degré d'approfondissement de ce contact (nouvel entretien en face en face, entretien téléphonique, échanges de mail) selon la nouveauté des éléments qu'il me laissait entrevoir et selon la facilité matérielle d'accès aux personnes. Parmi les critères de discrimination, j'ai généralement considéré comme « prioritaires » par rapport à mon objet d'étude les médecins dont la position ou le secteur d'exercice avaient changé, et ceux qui m'avaient paru encore mal stabilisés lors de mon passage précédent. La taille de l'échantillon et la connaissance personnelle que j'ai de l'histoire de chacun permet cet ajustement sur mesure aux dynamiques observées, sans que cela constitue un biais dans le cadre d'une enquête qualitative.

J'ai aussi pris conscience lors de ce réexamen en cours de troisième vague que la sélection des informateurs à revoir n'avait pas de raison valable de se fonder sur le critère initialement

envisagé « ceux qui pratiquent effectivement la médecine générale ». Motivé surtout par la cohérence de mon parcours de recherche en sociologie de la médecine générale, ce critère s'est révélé par trop normatif. Les « bons élèves de la médecine générale » et les autres, cette ligne de partage entre les « purs » et les « impurs » exaspère suffisamment ceux de mes informateurs qui n'ont pas le bon profil. Ils l'ont constamment ressenti durant tout leur internat de médecine générale - même si cela ne les a nullement empêchés de faire leur vie autrement. Ils voient aujourd'hui se préciser les velléités de contrôle de leurs parcours jugés déviants. Surtout, ce procédé n'était certainement pas le plus productif scientifiquement : invisibles jusqu'à peu, déplorés aujourd'hui, les nombreux parcours « dissidents » de la médecine générale restent très méconnus. Savoir « comment on ne devient pas médecin généraliste » apparaît pourtant tout aussi important que l'inverse... que l'on s'en tienne à cette formulation négative (parce que focalisée sur l'avenir de la médecine générale), ou qu'on lui préfère une tournure positive ou neutre : comment devient-on urgentiste, médecin territorial, gériatre, médecin-conseil, etc. ? Comment négocie-t-on les passages de frontières entre spécialités dans un système qui les présente comme étanches, lorsqu'on a été assigné à la médecine générale sans le vouloir ou que l'on a changé de dispositions et d'aspirations en chemin ? Il y a quelques années, des enseignants de médecine générale qui voyaient des internes de leur Département se diriger vers la médecine d'urgence et en étaient irrités m'affirmaient qu'« on savait bien » que ces gens-là, qui dédaignaient la médecine générale durant leurs études, finissaient par y revenir. Mais qu'en sait-on vraiment ? À notre connaissance ce point n'a pas été documenté, ni statistiquement ni par des études qualitatives¹⁶. Par construction, tous les médecins de l'échantillon ont en commun d'être passés par la « case » internat de médecine générale et d'avoir effectué six mois de stage en cabinet de médecine générale. Qu'ils y restent ou la contournent, leur orientation de carrière renseigne, directement ou indirectement, sur les effets de la formation en médecine générale et sur la désirabilité de son exercice aujourd'hui. Autant se donner les moyens de savoir sur quoi se focalisent les critiques de ceux qui se détournent de son exercice, de comprendre les points de clivage entre les différentes sous-populations et les moments d'aiguillage en cours ou à l'issue de l'internat. Autrement dit, autant s'efforcer de comprendre chaque parcours à partir de lui-même et non selon une norme de trajectoire supposée idéale. Faire jouer les ressorts de la comparaison est d'ailleurs toujours essentiel à l'intelligibilité sociologique. De surcroît, les jeunes engagés en médecine générale ont connaissance de ces alternatives au sein de leur réseau amical ou professionnel, les considèrent souvent avec attention ou sont demandeurs de plus d'informations. J'ai moi-même souvent été questionnée sur ce que devenaient les « autres », qu'ils soient différenciés ou indifférenciés, ou prise à témoin d'interrogations sur la normalité d'une situation (« *je me demande comment font les autres... ?* ») ou d'un calendrier, lorsqu'ils se montraient curieux de savoir s'ils sont relativement synchrones avec les autres personnes de la cohorte.

Nous n'étudierons donc pas la moitié du problème ou de la solution, comme on voudra. Ce faisant, nous revenons à une position scientifiquement et éthiquement bien fondée pour qui se réclame de la sociologie compréhensive : porter le même intérêt à tous les parcours saisis à partir du même point de départ. Nous respectons aussi la logique interne d'un suivi de

¹⁶ Outre que cela peut changer. Je pose certes souvent aux intéressés la question de la soutenabilité du rythme des urgences, mais nul ne peut dire si ces enseignements (réels ou supposés) de l'expérience passée resteront valables dans un contexte nouveau où la médecine d'urgence devient une spécialité, où le repos de sécurité est une obligation légale (et semble-t-il respectée), mais où l'activité des services explose jusqu'au cœur de la nuit, et où les plages complémentaires accumulées ne sont pas forcément rémunérées ?

cohorte, qui est d'éviter la sélection par le point d'arrivée pour donner à voir toutes les aventures et sorties de carrière habituellement oubliées.

Un mot doit être dit de la temporalité de cette enquête, qui ne respecte qu'approximativement le calendrier initial. Comme on a commencé à le voir, elle s'éloigne du schéma théorique de suivi de cohorte, selon lequel les vagues successives seraient planifiées et synchronisées de façon stricte. Dès les premiers entretiens, les internes de l'échantillon n'étaient pas exactement contemporains comme je l'ai expliqué. Je n'ai ni pu ni souhaité aligner ensuite le calendrier des entretiens (par exemple en allant voir ce qu'ils étaient précisément devenus trois ans après leur sortie du stage chez le praticien). En pratique, le mois d'août 2008 a vu ainsi le chevauchement des derniers entretiens de la deuxième vague et des premiers de la troisième (auprès d'informateurs différents bien sûr). Cette confusion relative tient à diverses contraintes, qu'elles soient de mon fait ou de celui de mes informateurs, ou qu'elles tiennent au style de « contrat d'enquête » plus ou moins explicite que je noue avec eux. Comme je m'attache à réaliser moi-même tous les entretiens et les déplacements qu'ils impliquent, l'enquête est tout d'abord fortement contrainte par mon calendrier universitaire. Les disponibilités des médecins, notamment lorsqu'ils exercent en libéral, sont ensuite limitées. Les remplaçants ont certes des périodes de liberté importantes mais ils ont peu la maîtrise de leurs journées lorsqu'ils travaillent. D'autres réalisations et aléas de la vie personnelle font considérablement varier la disponibilité pour l'enquête. Après des années de pratique, je ne sollicite les entretiens que sur des périodes où mon propre emploi du temps est suffisamment dégagé pour me laisser beaucoup de souplesse, et je fais toujours part à la prise de rendez-vous de mon souci de rencontrer les médecins dans des conditions suffisamment confortables pour eux, afin que le déroulement de l'entretien soit favorisé et que sa longueur éventuelle ne soit pas un problème. Je n'invoque jamais de délais serrés pour la réalisation mais leur expose au contraire que l'entretien peut être reporté de plusieurs semaines ou mois pour tomber dans une période plus propice, dans la mesure où je m'intéresse à leur parcours dans la durée. Cela étant, j'ai souvent bénéficié des efforts d'ajustement de mes informateurs pour m'économiser des déplacements lorsque leur agenda le leur permettait.

La conduite des entretiens : faire dire/laisser dire, quid de la neutralité ?

Il est désormais admis dans les ouvrages de méthodologie de l'enquête que la qualité du travail de terrain en qualitatif tient moins à une supposée « neutralité bienveillante » (recommandation canonique de manuels plus anciens) qu'à la capacité à provoquer l'implication subjective des informateurs et leur détachement de rhétoriques toutes prêtes en créant un climat de confiance chaleureuse propice à l'introspection, la confiance et la réflexivité. Dans une perspective anthropologique, l'idéal est que l'entretien soit vécu comme un échange de type don/contre-don. L'approfondissement de la personnalisation de la rencontre (rendue possible par une proximité de génération et éventuellement de genre) constitue alors un atout pour obtenir un matériau riche, et non un biais. C'est pourquoi il n'a jamais été envisagé ici de déléguer tout ou partie du travail d'enquête. Toute la construction du dispositif et la conduite de l'entretien sont là pour signifier l'engagement dans la saisie rapprochée de l'expérience de chacun, de façon aussi empathique que possible, pour provoquer en retour l'approfondissement du récit.

Il s'agit donc de poser lors de ces rencontres espacées les jalons d'une relation et d'une réflexion communes autour du chemin parcouru, plus que de prélever des informations en

déroulant un questionnaire standard qui ne retiendrait que les informations conformes à la trame prévue. L'entretien emprunte alors les chemins de la conversation ordinaire et en mobilise les ressorts, sans que cela débouche sur une confusion des rôles : pour chaleureuse, personnalisée ou informelle qu'elle puisse devenir, la relation d'enquête n'est pas symétrique. Les éléments que je suis fréquemment amenée à livrer sur mon propre parcours de vie la nourrissent sans l'inverser. L'enregistrement systématique des propos, toujours avec l'accord des personnes, atteste du maintien du cadre professionnel, s'il en est besoin. Toutes ces considérations s'inscrivent dans le prolongement de la réflexion méthodologique et épistémologique initiée par les sociologues interactionnistes de l'école de Chicago.

Concrètement, les entretiens s'engagent en général facilement, à partir des souvenirs de la rencontre précédente (« *je vous ai laissé en 20.., vous étiez à..., vous envisagiez de...* »), sans que j'aie le plus souvent à réexpliquer les termes du contrat de parole. Je m'attache à arriver à chacun de ces rendez-vous avec la mémoire précise de ce qui m'a été livré lors du précédent entretien et à restituer des éléments de cette continuité à mes interlocuteurs au fil du propos, lorsque c'est utile à l'approfondissement ou que cela nourrit la réflexion sur les inflexions ou continuités biographiques. Fréquemment, la conversation s'engage spontanément et de manière très peu formelle dans la rue (au point de rendez-vous) ou en voiture (à l'arrivée d'un train), ou encore autour d'une cafetière en train de chauffer (« *alors, dites-moi, où vous en êtes ?* »), avant que nous ne nous posions dans le lieu prévu pour l'entretien. Le démarrage de la conversation n'est pas toujours enregistré, mais la demande d'enregistrement n'a jamais posé le moindre problème. Tous savent que c'est en tant que jeunes médecins prenant leurs marques puis construisant leur parcours qu'ils sont sollicités, la convention implicite est donc de démarrer sur leur itinéraire professionnel, et dans la plupart des cas de s'y centrer. Je me montre par mes demandes de précisions particulièrement attentive à la contextualisation de leurs différents choix, orientations, rencontres, qui dans une perspective sociologique ne sont jamais appréhendés comme le fait d'individus en apesanteur sociale. Mes relances invitent à affiner la description de leur environnement de travail (confrères, collègues non médecins, organisation, relation aux administrations, au territoire...).

Les éléments de la vie personnelle éclairant l'itinéraire sont également recherchés vers la fin de l'entretien, s'ils n'ont pas surgi spontanément. J'explique s'il le faut que la compréhension des modalités d'articulation vie privée/vie professionnelle chez les nouvelles générations de médecins constitue une des dimensions de cette recherche, mais il est rare que j'aie à justifier l'élargissement de ma curiosité. Ces éléments surviennent plus ou moins tôt et sont plus ou moins fournis, selon d'une part leur importance pour éclairer le déroulement du parcours, et d'autre part la qualité de la relation interpersonnelle que j'arrive à créer¹⁷. C'est surtout dans cette phase que les questions en retour sur certains aspects de ma propre vie (enfants, conditions de travail, cadre de vie) ne sont pas rares. Je m'y prête de bon gré, voire les devance si je sens que cela peut être facilitant ou soutenir le récit d'un épisode personnel qu'ils hésitent à livrer. Des conceptions très différentes de l'entretien existent en sociologie.

¹⁷ Les entretiens réalisés avec des hommes sont globalement moins riches sur l'accès à la vie privée. On peut y voir l'effet d'une convention de genre sur la parole et de la rencontre avec une enquêtrice femme, qui ne permet pas d'aboutir à la même complicité. Je ne suis pas la seule à relever cette limite, A. Testenoire, par exemple, observe que les hommes (des classes populaires) interrogés sur leur carrière professionnelle y mêlent moins spontanément les événements familiaux (Testenoire, 2001). Ils cloisonnent davantage les récits, voire tendent à occulter leur vie privée.

Je me situe ici très loin de l'administration d'un questionnaire à l'oral, j'emprunte plus à l'entretien biographique même si le point de départ et d'arrivée sont explicitement professionnels.

J'ai fait progressivement abstraction dans cette enquête du guide d'entretien : il était développé et omniprésent lors des entretiens sur le déroulement du stage chez le praticien, il a eu une fonction de pense-bête plus que de mise en forme des propos des interviewés lors de la deuxième vague, j'ai fini par m'en passer complètement pour la troisième. La conduite de l'entretien se fait alors de plus en plus « à l'oreille », est de moins en moins standardisée, à l'exception de quelques moments ou formules quasi rituelles¹⁸. Dès lors que l'objectif de suivi est compris par les informateurs, qu'ils acceptent de s'en saisir sur un mode « récit de vie » et m'acceptent dans un rôle de « témoin biographique », le problème du cadrage du propos ne se pose plus guère. Ce refus d'une position en surplomb et d'une direction de l'entretien à partir du déroulement de questions prévues ne signifie pas une mise en retrait de l'*interviewer* : j'interviens et je questionne, essentiellement en réaction à ce qui vient d'être dit, pour stimuler l'anamnèse et pour lancer un certain nombre de thèmes lorsque la conversation retombe. En revanche, je ne me permets pas d'apporter des éléments de contradiction sur des points touchant directement leurs propres choix de vie ou de pratique. Je ne cherche pas la déstabilisation et ne pratique jamais la *stress interview*. Si j'estime que la relation établie le permet, je peux apporter la contradiction sur des généralités sur le fonctionnement de notre système de soins lorsqu'ils font état d'informations erronées (par exemple sur la situation de la médecine générale dans les facultés, sur le choix de la médecine générale aux ECN, sur les conditions d'accès au secteur 2, sur la situation de la démographie médicale, etc.).

L'option consistant à s'approcher d'un style d'interaction informelle et d'une conversation naturelle sur le parcours des personnes s'est avérée productive. Une telle conduite d'entretien s'apparente à une forme de sociologie appliquée relativement invisible, qui emprunte suffisamment aux ressorts de la sociabilité pour ne pas paraître acrobatique ni forcée. E. Hughes parle très justement à propos de la relation d'enquête de l'objectif de mise en place d'une « convention d'égalité » entre les parties, qui fait tomber les réserves et sert de support à l'expression des émotions : « Si l'égalité doit s'installer dans les entretiens, c'est d'abord le fruit des encouragements de l'interviewer, de l'accueil qu'il réserve à l'affectivité de l'interviewé en même temps qu'à l'information proposée. (...) La difficulté rencontrée pour établir une relation d'égalité dans l'entretien dépend en conséquence de l'expression plutôt que de la suppression des réponses affectives, et de la façon dont on encourage la manifestation des aspects privés, particuliers et subjectifs (...). En fait l'entretien tend vers la forme de la conversation de société dans la mesure où, une fois que l'interviewer a perçu le niveau de discours de l'interviewé concerné et s'y adapte, la communication est supposée être très proche de la communication entre égaux, de telle sorte que l'information recueillie est considérée comme celle qui viendrait d'un homme parlant librement à un ami. » (Hughes, 1996, p. 286-87).

C'est dans ce sens que j'ai travaillé ma posture en entretien, même (ou surtout) vis-à-vis des quelques personnes de l'échantillon avec lesquelles j'aurais *a priori* moins d'affinités possibles dans le cadre d'une sociabilité ordinaire. Les avantages de la durée et de la

¹⁸ Par exemple avec cette question posée vers la fin de chaque entretien de vague 2 : « *la médecine générale est devenue une spécialité, ça représente quelque chose pour vous, ça vous émeut ?* ».

familiarité sur la qualité de conversation et de réflexion commune sont incontestables, et soulignés par mes informateurs.

Les entretiens durent habituellement deux petites heures (une heure au minimum, certains s'étirant jusqu'à trois heures). Dans la vague 3 ils se sont faits plus courts (autour de 50 minutes) lorsqu'il s'agissait essentiellement d'entretiens de confirmation de modalités d'installation dans la vie professionnelle désormais stabilisées. Plus fréquemment que dans le passé, ils sont suivis d'échanges de mails dans lesquels les médecins prolongent, de leur fait ou sur mon invitation, leurs réflexions soit sur leur parcours soit sur l'exercice même de l'entretien et la mise en perspective réflexive qu'il provoque chez eux. Ces mails s'ajoutent logiquement au matériau et viennent à l'appui de la thèse selon laquelle ce genre d'entretien approfondi, bien qu'il ne se confonde certainement pas avec un entretien thérapeutique, peut participer au « travail sur soi » que produisent les individus contemporains (et qui contribue au processus que nous étudions). Là aussi, le phénomène a pu être relevé par les intéressés, particulièrement à l'occasion des entretiens de la troisième vague. Dans quelques cas, la question d'une possible influence de la participation à l'enquête sur la suite de la trajectoire mérite d'être posée, au sens où mes questions ou réactions, le travail d'objectivation initié en entretien, les pistes d'analyse réfléchies à voix haute, ne laissent pas tous les informateurs indifférents même si je porte un regard empathique et non jugeant. J'ai parfois eu des retours sur ce qu'un tel entretien pouvait induire en termes de bilan personnel et éventuellement de sursaut en vue d'une reprise en main.

Le principe de neutralité bienveillante garde toute sa pertinence pour ce qui est de l'absence de normativité ou pire, de censure, qui préside à ces entretiens. Le type d'écoute et de relance doit signifier que tous les choix, parcours, jugements, expériences de vie se valent *a priori* dans le regard du sociologue. Le temps de l'enquête, ils sont posés comme également intéressants, légitimes, compréhensibles, justifiant la même forme de curiosité. Ma demande porte sur une explicitation des circonstances diverses qui ont conduit à telle ou telle orientation, pas sur une justification des écarts à quelque norme de désirabilité sociale ou médicale que ce soit. C'est d'autant plus important que certaines orientations apparaissent justement comme moins légitimes, et partant plus difficiles à assumer que d'autres, aux yeux mêmes de ceux qui les choisissent, on y reviendra. Ces situations sont celles qui rendent les entretiens les plus délicats du fait de la difficulté à (se) livrer et à livrer une parole propre sur le métier (celui auquel on a renoncé faute d'arriver à en assumer la charge... ou celui qu'on n'assume pas complètement d'avoir préféré...), qui a tendance à rester un peu courte, en tout cas à ce stade de leur carrière.

Si le déroulement des entretiens est peu formalisé, j'ai fait grand usage en revanche de la frise chronologique confectionnée. Je la complète généralement en toute fin d'entretien, sous le contrôle de la personne. J'y fais figurer d'une part tous les éléments relatifs à la fin du cursus universitaire ou aux autres formations engagées, d'autre part les différentes formes d'exercice professionnel, et enfin les événements importants de la vie personnelle (couple, enfants, déménagements, problèmes de santé, etc.). Ce document objective le parcours déroulé par ailleurs de façon plus libre et pas forcément ordonnée par celui/celle qui l'a vécu. Il permet de vérifier la cohérence chronologique de l'ensemble, d'évaluer ma propre assimilation des propos entendus en levant les malentendus éventuels, et peut constituer un support ultime de réflexivité intéressant pour mes observateurs dans une forme d'auto-confrontation douce.

Le remplissage de ce document est donc parfois simple (dans le cas d'un parcours linéaire, d'une mono-activité), parfois laborieux et complexe, à la limite de la lisibilité, avec force ratures car la mise à plat des dates et des étapes peut être laborieuse. Des éléments du récit sont parfois réordonnés à ce stade d'une manière sensiblement différente de ce qui a été produit dans la partie plus libre de l'entretien, de sorte qu'à l'arrivée je dispose en principe d'une chronologie complète et juste. Cette frise est le seul outil standardisé auquel j'ai eu systématiquement recours dans le recueil des données, en vague 2 comme en vague 3. Je l'ai regretté une fois, dans le cas d'une jeune femme fortement éprouvée par une série de difficultés personnelles dont la succession ou le télescopage étaient mis en lumière de manière particulièrement crue voire cruelle dans cet effort d'objectivation.

Apports et limites de la méthode

Un parcours biographique ne pouvant être observé au sens strict, il s'agissait de trouver un format d'enquête opérationnel pour contourner cette limite sans trop sacrifier la qualité des données. Que vaut alors l'entretien pour accéder aux réalités du parcours d'un individu ? Ce point méthodologique particulier ne fait pas l'objet d'un consensus en sociologie. Les tenants d'une sociologie matérialiste, notamment, se méfient, avec quelques raisons, des discours produits sans contradiction véritable, surtout lorsqu'ils émanent de personnes occupant des positions dominantes dans la société. En sociologie de la santé, c'est J. Peneff (2005) qui a particulièrement attiré l'attention sur toutes les déformations induites par l'habileté des rhétoriques dont les médecins savent jouer dans la présentation de soi, et sur la sélection des aspects de la réalité qu'ils souhaitent mettre en avant quand ce n'est pas en scène. Il en vient dans ses derniers textes à les suspecter systématiquement de complaisance ou de manipulation dans l'essentiel ce qu'ils livrent aux enquêteurs. L'enquête par entretiens auprès des professions de santé, particulièrement des médecins, se trouve disqualifiée au motif qu'elle serait inévitablement compromise dans nombre de mystifications professionnelles.

Au-delà du cas des médecins, raconter sa trajectoire est rarement totalement anodin pour *ego*. Il est logique que les personnes qui se livrent à cet exercice de présentation de soi le fassent avec le souci de leur dignité et mettent en œuvre ce que Goffman appelait des « rationalisations protectrices ». P. Bourdieu (1986), à un moment de son parcours de recherche, s'est insurgé contre les effets de « l'illusion biographique » qui traversent les récits de vie et rendraient périlleuse la reconstitution des itinéraires à partir de ce qu'en disent les intéressés et des rationalisations rétrospectives qu'ils engagent face à un enquêteur et/ou pour eux-mêmes. Aussi bien faits qu'ils soient, les entretiens ponctuels invitent effectivement l'interviewé à travailler son récit dans le sens d'une cohérence minimale et à limiter les flottements de l'identité. Une démarche de suivi de cohorte contient en partie ce risque d'élagage et de reconstruction du passé tel qu'on préférerait qu'il soit, par la multiplication des points d'étape. La question reste entière pour l'intervalle de temps remonté en entretien (qui peut aller dans notre enquête de 18 mois à quelques années).

La naïveté n'est donc pas de mise. En décalage avec ces travaux, nous voulons toutefois faire valoir d'une part qu'il y a entretien et entretien, d'autre part que les individus ne se laissent pas réduire à ce qu'ils font et qui est connaissable de l'extérieur.

Menés de manière indépendante, dans un dispositif de recherche qui ne menace ni ne juge les personnes, par quelqu'un qui dispose d'une bonne connaissance du milieu professionnel

enquête, les entretiens peuvent justifier dans l'ensemble une lecture réaliste, dans le sens où les éléments recueillis sur l'enchaînement objectif des positions occupées sont loin d'être fantaisistes¹⁹ et où l'échange peut faire naître un retour sur soi très à distance des propos autorisés ou formatés par les instances professionnelles ou autres. Des années de pratique des terrains de la médecine générale constituent ici un capital précieux. Je bénéficie de la connaissance des susceptibilités, des catégorisations et lignes de clivage au sein de ce monde professionnel. Je suis familière des rhétoriques professionnelles en vigueur dans le milieu de la médecine générale libérale. Même si les jeunes en sont moins imprégnés que leurs aînés et sont *a priori* méfiants vis-à-vis des discours corporatistes et syndicaux, certains en reprennent parfois les motifs, influencés par leurs maîtres de stage ou par les médecins qu'ils remplacent. Repérer rapidement ces motifs, pouvoir les situer dans une certaine tradition ou culture professionnelle permet de faire la part des choses, d'en tester la consistance sans relever frontalement le propos : il suffit parfois de s'étonner et de demander sur quelles expériences propres ils fondent telle ou telle observation ou tel jugement pour faire apparaître qu'on n'est pas en présence d'une parole autonome. L'essentiel est de ne pas laisser l'entretien être envahi par ce niveau de discours et de revenir chaque fois que possible à des discours fondés sur les pratiques et réflexions qui leur sont propres.

De toutes les méthodologies, seul l'entretien compréhensif permet en outre d'explorer l'ensemble des contraintes, réflexions et jugements d'un individu qui l'amène à privilégier telle ou telle orientation. Toute l'expérience des individus n'est pas observable, aussi fin que soit le maillage du dispositif d'enquête déployé. Faire parler les gens, s'enquérir de leur vécu subjectif, du ressenti de certaines expériences n'est pas un échec de l'objectivation sociologique. Décrire les seules pratiques de travail et leur enchaînement, en supposant que ce fût possible, sans en envisager le sens avec les acteurs, ne donnerait accès qu'à une partie des logiques à l'œuvre dans la matérialité brute des actes. Dès lors qu'ils sont crédités d'une intériorité et d'une certaine réflexivité sur ce qu'ils font par rapport à ce qu'ils ne font pas ou qu'ils pourraient faire, d'une capacité à s'en satisfaire ou à en concevoir de la frustration, il convient d'interroger aussi leur ressenti et de recueillir leurs propres perspectives et interprétations sur le chemin parcouru. Tout ce qui est de l'ordre de la critique et de la justification participe de l'étayage moral des individus qu'il serait regrettable de disqualifier, tant il pèse sur les décisions d'orientation effectivement prises par les uns et les autres. Mieux vaut pour le chercheur se donner les moyens d'y avoir accès que de projeter ses interprétations sans contrôle. Comme l'indique F. Dubet : « Si l'on part de l'hypothèse que les acteurs sont des acteurs et qu'ils possèdent donc des capacités d'action, de réflexion, ce sont elles que le chercheur doit mobiliser plutôt que de se conférer un monopole du sens », (Dubet, 2007, p. 24).

Cette posture épistémologique a une validité très générale, mais elle nous semble particulièrement importante et pertinente dans le cas de ce suivi des parcours de jeunes médecins, qui se caractérisent par une grande ouverture des possibles, dans un métier qui

¹⁹ F. Battagliola et al. (1993) ont montré au contraire que l'*interview* ouverte ramène des informations sur les aspects factuels du déroulement des trajectoires plus fiables que celles fournies par les mêmes personnes dans le cadre d'un questionnaire biographique dont le remplissage n'est pas soutenu par une relation sociale intéressante. D. Bertaux fait ainsi valoir que « l'orientation (par le chercheur) du récit de vie vers la forme 'récit de pratiques en situation' fournit la solution au développement de connaissances sociologiques objectives sur la base de témoignages par nature subjectifs (...). Un entretien narratif orienté vers la reconstitution d'enchaînements d'événements, de situations, d'interactions et d'actions contient nécessairement bon nombre d'informations factuelles généralement exactes. » (Bertaux, 1997, p. 9)

éprouve incontestablement le sens de l'engagement au travail. L'entretien compréhensif, répété entre les deux mêmes personnes à quelques années de distance, constitue un dispositif de confiance et de réflexivité particulièrement adéquat pour le faire finement. L'originalité du suivi de cohorte est de ne se situer ni dans une prospective lâche, ni dans une rétrospective artificiellement lisse ou heurtée. Un tel dispositif méthodologique permet de mieux fonder le travail sur la temporalité des choix ou des carrières. Les entretiens sont l'occasion de faire des allers-retours passé-présent-futur, de voir comment sont réévalués des événements passés connus de nous deux (tout ce qui a trait au stage chez le praticien, par exemple) au fil de l'évolution des projets professionnels et personnels. Il s'agit moins d'ignorer le phénomène de rationalisation rétrospective que de se donner les moyens de le repérer et de travailler également sur les formes précises qu'il revêt dans la série d'entretiens réalisés avec un informateur donné.

Modes d'analyse et d'exposé

La méthode de suivi de cohorte qualitatif n'a été que peu pratiquée jusqu'à présent en France. S'il n'y a guère de doute sur son intérêt, l'écriture et le mode de présentation des résultats ne sont pas encore stabilisés dans un modèle canonique, à supposer qu'ils puissent l'être. Les options mises en œuvre pour la conduite de l'enquête et exposées plus haut ont privilégié l'attention à la singularité de chaque parcours, sans trop s'embarrasser provisoirement de la contrainte de comparabilité. Un tel parti-pris complique la phase d'analyse et de mise en forme des résultats puisque le matériau n'est pas conçu pour faciliter les mises en correspondance des extraits d'entretien. L'analyse thématique qui pouvait être conduite sur les entretiens de la vague 1 devient de plus en plus acrobatique au fur et à mesure que le temps passe et que les parcours divergent de plus en plus nettement. À l'extrême, ne seraient plus à considérer que des parcours individuels, sans aucune montée en généralité possible. Nous n'en sommes heureusement pas là, même si l'étude par cas, fondée sur l'analyse rapprochée de quelques entretiens, a sa place à un moment du rapport.

Dans cette situation, il s'agissait de trouver un mode d'exposition pertinent par rapport à la densité des couches successives de matériaux recueillis et à ce qu'ils apportent de neuf sur les spécificités des parcours des jeunes diplômés de médecine générale. L'écriture du rapport entend donc combiner différents modes de lecture du matériau en faisant varier les échelles d'observation et les problématiques. La partie 2 proposera une description transversale et synthétique des positions occupées lors du dernier entretien par les jeunes médecins de la cohorte et se concentrera sur l'analyse du mode de construction de leurs parcours. La partie 3 approfondira quelques unes des problématiques sous-jacentes pour apprécier en quoi cette enquête contribue à renouveler la compréhension des transformations actuelles des modes d'exercice de la médecine.

Compte tenu de l'élargissement progressif de la nature des informations recueillies, et dans le cadre d'un rapport destiné à être mis en ligne, nos choix d'écriture ont été aussi fortement pensés par rapport à la protection des personnes.

Partie 2 – Positions et parcours

Le matériau recueilli au cours des 130 entretiens et des dizaines d'échanges de mails se prête à différentes mises en perspective. Nous procéderons dans cette partie à une mise à plat des orientations prises par les jeunes médecins de la cohorte. Cela suppose de décrire les positions qu'ils occupent aujourd'hui et d'analyser la manière dont ils y sont arrivés. L'enjeu eu égard au travail original d'enquête est de donner à voir simultanément ou successivement :

- l'épaisseur singulière des histoires de vie et des contextes ;
- l'apport original d'une approche longitudinale permettant l'observation fine de la construction des parcours concrets et de leur mise en récit biographique ;
- la production raisonnée d'une synthèse comparant et agrégeant les destins d'une cinquantaine de personnes saisies à partir de leur condition initiale d'internes de médecine générale.

Tout cela implique de faire varier les échelles et les angles de présentation du matériau. Si la démarche de l'enquête et de l'analyse a procédé pour l'essentiel par induction, du singulier vers le comparatif et le général, nous préférons proposer d'abord au lecteur une vision d'ensemble des dernières situations connues, avant d'approfondir la compréhension de la manière dont les parcours s'élaborent puis de présenter quelques « gros plans » épousant de plus près le déroulement des entretiens. Ce mode de valorisation des fruits de l'enquête longitudinale nous a paru plus intéressant que la multiplication de courts extraits d'entretien mobilisés à titre d'illustration ponctuelle, souvent en vigueur.

1 – Que sont-ils devenus ? Présentation synthétique des positions occupées en 2010

Un travail de mise à plat de la cohorte, sous forme d'un document synthétique présentant de manière systématique pour tous les médecins les étapes et données les plus significatives, a naturellement été fait. Bien que les noms de personnes aient été systématiquement modifiés et les lieux rendus méconnaissables, nous n'avons pas souhaité le reproduire dans la version du rapport mise en ligne. Il ne nous a pas semblé opportun d'exposer sans précaution, dans un fichier facilement accessible, le détail des itinéraires couplé avec certaines caractéristiques personnelles susceptibles de rendre des personnes identifiables²⁰. Déformer ces dernières pour brouiller les pistes, même si cela se fait parfois, aurait abouti à une perte de rigueur antinomique avec une approche qui prétend justement faire valoir l'intérêt d'une contextualisation fine. Nous préférons donc extraire, pour le corps du rapport, les grandes lignes d'un bilan des parcours ou positions des anciens internes.

Voici ainsi ce que donne une mise en ordre de la cohorte par les dernières situations professionnelles connues (généralement début 2010). Les 5 personnes que nous nous n'avons pas pu revoir en entretien y sont incluses, leurs fonctions ayant pu être identifiées par d'autres moyens (cf. développements méthodologiques de la partie précédente). Le classement des médecins est fait ici en fonction du contenu de leur activité médicale et pas forcément de la qualification qu'elles détiennent officiellement ou non à ce stade. Les chiffres fournis ne valent évidemment que dans l'espace délimité de la population étudiée et ne permettent aucune extrapolation quantitative.

²⁰ La question d'une identification éventuelle est à traiter différemment selon qu'il s'agit de l'identification par les personnes mêmes qui ont participé, par leurs proches, ou enfin par des étrangers ou des institutions qui seraient à même de croiser différents indices.

Que les personnes puissent se reconnaître elles-mêmes est naturel et assumé : il s'agit de leur histoire, elles ont consenti librement aux entretiens successifs et peuvent être assez intéressées ou intriguées pour souhaiter prendre connaissance des analyses auxquelles ils ont donné lieu. Quant à l'identification par des étrangers, il est clair pour nous que l'écriture sociologique doit la rendre impossible, en tout cas lorsque les personnes rencontrées ne sont pas des personnages publics (plus exactement ne sont pas interrogées en tant que personnages publics). La question de l'identification par des tiers proches, plus ou moins bienveillants, est la plus délicate et des solutions pragmatiques doivent être réfléchies au cas par cas.

Sur mon terrain, la question éthique réellement sensible est celle de l'inter(re)connaissance, là où le recrutement initial s'est fait par « grappes » d'informateurs. Des informateurs savent que je fais aussi des entretiens avec tel(le) ou tel(le) camarade de leur promotion. L'inconvénient d'un recrutement de type « boule de neige » est de rendre l'organisation rigoureuse du secret parfois impossible lors de la restitution ou de la diffusion. Je n'ai toutefois jamais été alertée lors de mon terrain sur un impératif de confidentialité par rapport à une tierce personne de la cohorte (j'en aurais tenu compte). Les rares informations sensibles qu'on me demandait de ne pas divulguer sans précaution concernaient des projets de mobilité professionnelle envisagés ou parfois bien engagés mais qui n'étaient pas encore connus de la hiérarchie.

Un autre point délicat concerne des événements de la vie intime des personnes (dépression et autres points de fragilité, ruptures amoureuses, fausses-couches, stérilité...) auxquels elles ont bien voulu me donner accès en entretien parce qu'ils éclairaient un moment de leur parcours et qu'ils avaient confiance, compte tenu de la relation interpersonnelle établie, dans ce que je pourrai faire de ce qu'ils me livraient. Bien qu'ils soient recueillis dans le cadre d'un entretien formel enregistré, je les reçois pour partie comme des confidences personnelles qu'il n'y a pas lieu d'exposer sans précaution. Je les ai en mémoire au moment de l'analyse mais m'efforce de n'y faire allusion que de manière adaptée lorsque c'est nécessaire à la compréhension précise du cas sous tel ou tel aspect éclairant mon objet.

Les métiers exercés au dernier contact par les 51 diplômés de médecine générale

Généralistes installés : 11 personnes (dont 1 à l'étranger et dont 2 en tant que collaborateurs)
Quasi-spécialistes libéraux installés : 3 personnes (nutrition, angiologie, hypnose médicale)
Remplaçants MG exclusivement : 4 personnes
Remplaçants MG + médecine d'urgence hospitalière : 2 personnes
Urgentistes de ville : 2 personnes (dont 1 avec activité hospitalière simultanée)
Urgentistes hospitaliers exclusifs : 7 personnes
Gériatres : 4 personnes
Psychiatres : 2 personnes
Hospitaliers autres : 7 personnes (dont 2 se présentent comme « MG en institution »)
Salariés non hospitaliers : 7 personnes (3 médecins territoriaux, 2 médecins à la MSA, 1 médecin de l'Education nationale, 1 médecin de crèche)
Inclassables : 2 personnes (1 interne de spécialités médicales, 1 qui semble avoir arrêté la médecine)

La répartition par métier est loin de constituer le seul clivage pertinent. D'autres lignes de partage sont à considérer en fonction des statuts occupés aux dernières informations. Au sein des médecins hospitaliers de la cohorte voisinent par exemple actuellement des praticiens hospitaliers titulaires de leur poste et des personnes sous des statuts beaucoup plus précaires. Parmi les autres médecins salariés du public ou du privé, j'ai regroupé de façon tout aussi discutable, les personnes en CDI ou titularisées suite à un concours, et les vacataires ou contractuels. Les différences en termes de revenus, sécurité et perspectives de carrière sont majeures, même si le sens pour les intéressés des statuts temporaires est à considérer au cas par cas. Ils peuvent souhaiter un rattachement statutaire faible tant qu'ils s'inscrivent dans une démarche d'expérimentation ou dans une perspective de mobilité ; la précarité est clairement subie dans certains cas (échecs aux concours, en médecine scolaire ou territoriale, promesses de transformation de postes non tenues, par exemple) ; elle correspond pour d'autres à un compromis, rapporté à un ensemble de contraintes qui prévalent dans leur vie privée et jugé plus ou moins frustrant. Aux dernières informations, il reste parmi les salariés des personnes qui ne sont pas stabilisées sur un statut pérenne. Si on veut y ajouter les remplaçants au motif qu'ils n'auraient pas encore accédé à une stabilisation professionnelle classique, on arrive à une dizaine de médecins qui très majoritairement des femmes. Nous aurons à revenir sur l'existence d'un « sous-emploi »²¹ féminin significatif persistant plusieurs années après la fin des études et à essayer d'en comprendre les ressorts, qui peuvent tenir aux institutions qui gèrent cette main-d'œuvre (mais nous n'y avons un accès que très indirect) ou aux dispositions de genre de femmes enserrées dans diverses contraintes au démarrage de leur vie professionnelle (que la méthode permet au contraire de bien explorer).

Premiers constats

Un premier résultat se détache, aussi simple que flagrant : la population étudiée n'est pas fixée en médecine générale, une partie, certes de moins en moins importante au fil de mes passages, n'étant d'ailleurs pas fixée du tout. Considérée du point de vue de ses débouchés dans les années qui suivent la sortie de la faculté, la médecine générale est à ce jour moins une spécialité qu'une polyvalence. Un corollaire s'impose : la capacité de ses diplômés à s'adapter à des environnements de travail variés et à investir la prise en charge de pathologies et personnes très différentes, dans de multiples contextes, est considérable et reconnue. C'est

²¹ Sous-emploi relatif, certes, mais je justifierai le recours à cette expression dans les analyses de la troisième partie. Elle permet déjà d'attirer l'attention sur le dualisme du marché du travail médical (Doeringer et Piore, 1071).

une donnée forte sur laquelle nous reviendrons pour la mise en perspective du lien formation-emploi en troisième partie. L'image traditionnelle d'un strict dualisme du corps médical français (généralistes versus spécialistes), fondée sur les processus de sélection et d'orientation à l'œuvre au moment du concours de l'internat est un peu écornée quand on considère les années qui suivent immédiatement la formation : les jeunes diplômés de médecine générale sont loin d'être coupés de la médecine spécialisée ou de l'hôpital. On les trouve dans des métiers très différents, dans des institutions variées ou pour leur compte en cabinet libéral. Ils ont une place possible dans bien des services hospitaliers, que cela préjuge ou non d'une intégration institutionnelle correcte dans la durée²². Cette abondance de possibilités est intégrée et utilisée par les intéressés, leurs dispositions semblent globalement bien adaptées à la situation. Ils font d'ailleurs rarement état d'une tension entre la pratique de la médecine générale *stricto sensu* et les autres exercices, tension que signifient au contraire souvent leurs aînés généralistes militants, préoccupés d'identifier et faire valoir les spécificités incommensurables de la médecine générale, qu'ils veulent construire notamment en rupture avec l'hôpital. Plusieurs « marchés » du travail s'ouvrent en fait aux jeunes diplômés, sans urgence temporelle pour se placer (les seules carrières qui imposent de le faire dès la fin de l'internat sont de nature hospitalo-universitaire et inaccessibles²³). Le choix des postes et le jugement sur ces postes intègrent rarement d'emblée les considérations sur la construction de carrière, les attentes en matière de rémunération et réussite matérielle restant raisonnables. Les perspectives d'apprentissage et de stimulation intellectuelle, la qualité des relations au travail, le sentiment d'utilité, et les possibilités laissées pour la vie hors travail semblent beaucoup plus importantes pour la satisfaction professionnelle à court terme. Les possibilités de passage ultérieur vers d'autres emplois, si nécessaire plus lucratifs, paraissent suffisamment assurées pour que des positions de sous-emploi où les gratifications matérielles et les perspectives locales s'avèrent parfois faibles ne soient pas jugées trop frustrantes. Au moins pour un temps, le sentiment de développement professionnel que provoque le fait d'évoluer dans ses apprentissages et compétences peut donc être déconnecté de la réalité des statuts et des perspectives objectives de progression dans l'organisation. Un capital de compétences incrémentales et transférables est ainsi constitué. Une telle modalité de

²² J'ai pu voir à ce sujet une prise de conscience des limites inhérentes à certaines positions de généraliste à l'hôpital à l'œuvre entre le deuxième et le troisième entretien, chez plusieurs personnes. Ce qui n'était pas vraiment un problème à 28 ou 30 ans (la reconnaissance statutaire, les garanties et revenus, la progression de carrière) peut en devenir un quelque temps plus tard. Les témoignages de la plupart des généralistes employés à l'hôpital véhiculent une vision extrêmement péjorative de la gestion des ressources humaines qui y prévaut. Cette vision contraste avec celle qu'ils ont généralement de la valeur et l'intérêt de leur métier, dont la substance est détachée du contexte organisationnel. Cela n'est sans doute pas pour faciliter la prise au sérieux des procédures administratives sur les questions de coordination ou de qualité des soins. Une certaine prise d'indépendance se développe alors, qui évoque celle que P.-M. Menger voyait monter parmi les « travailleurs professionnels » : « Cette figure de l'indépendance par loyauté affaiblie à l'égard de l'organisation et par identification renforcée à une communauté de professionnels nomades banalise l'identification du travail complexe à un état d'apprentissage dans des contextes d'activité changeants ». (Menger, 2003, p. 234). Cette dernière formule pourrait bien contenir une contre-définition pragmatique des compétences des diplômés de médecine générale, formés pas tant à exceller en médecine générale *stricto sensu* qu'à être capables de fournir un travail médical complexe dans des contextes d'activité variés.

²³ Les personnes de notre cohorte ne sont pas concernées par la filière universitaire de médecine générale : le statut de chef de clinique n'existait pas lorsqu'elles ont terminé leur cursus, et pas une n'a continué à graviter autour des DMG. Un des médecins a toutefois été sollicité par des enseignants de son ancien DMG après que sa thèse (réalisée sans aucun appui) a été remarquée localement puis nationalement. Quelques jeunes généralistes installés aimeraient à terme pouvoir devenir maîtres de stage, pour le plaisir de la transmission et la stimulation que cela peut leur apporter, mais les liens avec les Départements sont au moment de l'enquête totalement distendus.

flexibilité professionnelle s'accommode de statuts précaires sans être pour autant précarisante dans la durée. Les individus savent qu'ils pourront, dans un second temps et en d'autres lieux, évoluer vers d'autres positions et types de postes en valorisant les expériences accumulées.

Avant de considérer plus finement la dynamique des parcours observés, la question du rôle des remplacements en médecine générale libérale mérite que l'on s'y arrête. Si certains médecins se sont organisés pour ne jamais faire de médecine générale (en dehors du stage obligatoire chez le praticien), d'autres ont accumulé une expérience significative des remplacements en médecine générale libérale avant de les arrêter. Les remplacements constituent une étape logique et nécessaire, mais certainement pas suffisante, vers une installation en médecine générale. Les remplacements comme sas de transition vers l'installation ont été étudiés notamment par G. Levasseur et F-X. Schweyer, dont nous confortons les analyses pour les personnes qui se stabilisent effectivement en médecine générale. À partir d'entretiens rétrospectifs avec des généralistes récemment installés, les auteurs les considèrent sous trois angles : celui de la formation pratique, peaufinée au fil des expériences ; celui d'une « construction normative » permettant de se faire une idée du métier et d'affiner ses critères de choix ; celui des ajustements vie privée/vie professionnelle au sein des couples biactifs souvent parents de jeunes enfants (Levasseur et Schweyer, 2004 ; Schweyer, 2010b). Dans le cas jugé idéal, les remplacements confirment donc un ancrage en médecine générale et font office de période charnière entre la vie d'interne et celle de professionnel établi. Ce schéma a bien fonctionné pour une dizaine de nos informateurs. Or, ce sont 31 personnes, sur les 46 pour lesquelles nous avons pu réellement reconstituer le parcours qui ont expérimenté des remplacements en médecine générale. Que sont alors devenus les deux tiers manquants ? À grands traits, le bilan est le suivant :

SUR 46 DIPLÔMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE : REMPLACER ET APRÈS ?

15 n'ont jamais remplacé en médecine générale

31 ont une expérience consistante des remplacements

Parmi ces derniers :

- 11 ont remplacé et se sont installées en médecine générale
- 6 ont remplacé et remplacent toujours (4 exclusivement ; 2 en combinaison avec d'autres formes d'exercice)
- 14 ont remplacé mais aujourd'hui tourné le dos à la médecine générale en cabinet

Un résultat important est que parmi les 31 qui ont développé une expérience significative des remplacements en médecine générale libérale, 13 se sont aujourd'hui totalement détournés de l'exercice de cette médecine en cabinet. Dans ces différents cas, il semble que les remplacements participent directement (en contribuant à détourner) ou indirectement (en ne suffisant pas à retenir) d'une dynamique que nous dirons « MG-fuge ». Ce point mérite d'être mieux compris grâce à une analyse plus précise de la manière dont les séquences d'activité s'enchaînent chez les uns et les autres.

2 – Comment en sont-ils arrivés là ? Les types de parcours

Au-delà de l'analyse des positions auxquelles aboutissent provisoirement les jeunes médecins étudiés, l'intérêt de la méthode retenue est, d'une part, de connaître le détail et la chronologie des itinéraires de chacun, d'autre part de pouvoir approfondir la connaissance des contextes dans lesquels sont forgées les décisions et contraintes qui président aux orientations des jeunes médecins. Nous n'avons volontairement fait aucune hypothèse *a priori* sur le

caractère linéaire et cohérent, ou non, des parcours, afin de pouvoir mettre en œuvre librement une analyse aussi inductive que possible des récits recueillis. Nous avons simplement fait preuve, lors des entretiens, d'une vigilance systématique par rapport aux tentations de lissage rétrospectif des parcours. Il s'agissait, comme nous l'avons précisé dans la méthodologie, de veiller à ce que les récits ne se limitent pas aux dispositions et aux faits « gagnants ». Nous essayons donc dans cette sous-partie de dégager des types de parcours à partir non pas de la position finalement occupée par les personnes mais de leur mode de cheminement rapporté aux intentions dont elles nous avaient fait part lors du premier entretien : y a-t-il fidélité ou écart au projet professionnel initial ? une stabilisation s'opère-t-elle ou non ? si oui, quand et comment intervient-elle ? si non, comment s'enchaînent les étapes ?

Pour ordonner notre matériau, la première grande question qui se pose est de savoir s'il existe un modèle de parcours qui s'imposerait ou dominerait parmi la variété des histoires recueillies ? Un parcours « modal » qui serait la norme (descriptive), qui résumerait l'essentiel des expériences moyennant quelques variantes à la marge, ce qui nous permettrait de progresser rapidement dans l'intelligibilité ? À tort ou à raison, c'est comme cela que l'on imagine que se décantaient les débuts de carrière des anciens généralistes, selon une séquence diplôme-remplacements-installation bien établie. Deuxième question très générale : est-il possible d'identifier, dans la plupart des parcours, un principe moteur commun qui rende prévisible l'évolution des destins dans la population étudiée ? Le sens commun n'est pas avare de ces généralisations rapides et souvent idéologiques sur ce qui « fait courir » les gens... Ce peut être, par exemple, la fermeté de l'engagement initial, comme dans le modèle de la « vocation » auquel on réfère volontiers les anciens médecins (de façon un peu rituelle et pas forcément sociologiquement pertinente). Plus ou moins mystifiée, la vocation fait ainsi figure de principe supérieur censé guider l'individu dans la réalisation de soi. On ne manque pas de reprocher aux jeunes médecins de ne plus être suffisamment mus par elle, quand ils mêlent par exemple des considérations extra-médicales à leurs choix d'orientation. Les moteurs d'action que leur prête aujourd'hui le sens commun sont souvent moins nobles mais tout aussi simples, pour ne pas dire simplistes : l'opportunisme, la poursuite de l'intérêt privé, la préservation de son confort, comme on l'a signalé en première partie.

À ces deux questions majeures, la réponse est clairement négative au vu des entretiens. Il faudra impérativement décliner plusieurs types de trajectoires et recourir à plusieurs types de modèles d'action si l'on ne veut pas faire violence à l'hétérogénéité du matériau. Nous avons regroupé les parcours en cinq types : les « fidèles », les « reconvertis engagés », les « contingents opportuns », les « réactifs » et les « incertains ». Au sein de chacun de ces cinq types, nous réfléchirons aux conséquences pour la pratique de la médecine générale à laquelle les jeunes diplômés étaient théoriquement destinés : comment les tendances « MG-fuges » et « MG-pêtes » travaillent-elles les itinéraires étudiés ? Il nous faut aussi insister sur le fait que bon nombre de motifs que nous isolons pour construire ces types « purs » et les présenter de façon pédagogique ne sont pas absents de discours ou de séquences de la vie de jeunes praticiens rattachés à d'autres styles de parcours. On sait bien que l'idéal-type clarifie sans épouser ni épuiser la réalité d'un itinéraire, mais il permet de traiter le matériau, c'est-à-dire de « styliser, regrouper, rapprocher, opposer, pour construire le maximum de pertinence caractéristique d'un type-idéal ou justiciable d'un modèle » (Passeron, 1990).

Les « fidèles » : des parcours linéaires et conformes aux intentions annoncées

Les parcours les plus linéaires et cohérents s'inscrivent dans la continuité du projet qui nous avait été exposé par les internes lors du premier entretien. Bien que toute notre population soit constituée de diplômés de médecine générale, ils peuvent se dérouler en médecine générale comme dans d'autres fonctions, puisque c'est le projet professionnel initial des personnes, et non le titre officiel, que nous considérons ici.

À ce stade, ces parcours sont ceux d'une part de généralistes « convaincus de la première heure » qui ont fait le choix de rapidement s'installer conformément à ce qu'ils nous avaient annoncé, et d'autre part de « spécialistes » qui ont tourné tôt et résolument le dos à la médecine générale puis « blindé » leur nouvelle orientation en vue d'obtenir la qualification adéquate dans les meilleurs délais. Citons pour le premier cas Fabien, Victor, Simon, César, tous quasiment installés, ou en passe de l'être, dès le deuxième entretien. Il semble que nous soyons davantage en présence d'un profil d'hommes, mais nous pourrions rattacher à ce groupe Justine qui, sans précipiter son installation, a été pendant plusieurs années remplaçante quasi-permanente, exclusivement dans le cabinet de groupe où elle s'est installée au départ de sa consœur la plus âgée, peu après notre deuxième passage. L'incertitude portait sur la date de son changement de statut mais pas sur son installation, devenue une évidence pour tous au sein du groupe d'associées.

On observe la même linéarité parmi certains de ceux que nous désignons ici comme des spécialistes ou quasi-spécialistes²⁴ : Julien l'urgentiste, Clothilde la nutritionniste, Déborah la psychiatre, Solène ou Joëlle les gériatres, ont confirmé l'orientation indiquée dès le premier entretien sans faire montre d'hésitation. Dans ces différents cas, les formations complémentaires adéquates sont engagées et validées sans tarder. Le projet libéral de Clothilde s'est affirmé rapidement. Pour les autres spécialités, des perspectives de carrière hospitalière ont assez tôt été établies, dans le prolongement des stages. Seule Déborah a réellement dû prospecter (envoyer des CV un peu à l'aveugle, etc.) pour trouver un service de psychiatrie disposé à accueillir une résidente pour un stage supplémentaire de post-résidanat et l'accompagner dans sa reconversion (il n'y a pas de stage en psychiatrie prévu dans la maquette de troisième cycle de médecine générale).

Favorables ou défavorables à la médecine générale, les parcours tels qu'ils se sont déroulés ont offert peu de prise au doute, aux réorientations. Ils ne paraissent guère malléables. On pourrait être tenté de revenir à l'idée de « vocation » pour les désigner et considérer qu'il n'y a pas grand chose à en dire du point de vue d'une analyse des parcours, mais il ne faut pas plaquer ce terme sans précaution. L'enquête montre que les connotations inspirées qu'il charrie sont parfois loin des conditions dans lesquelles s'est imposé le choix d'une spécialité puis s'est déroulé le parcours y menant sûrement. La « vocation » peut ne dater que du « coup de foudre » ressenti lors d'un stage d'internat, même s'il est alors généralement possible de retrouver dans la biographie personnelle des éléments qui relativisent son poids en tant

²⁴ Je ne souhaite pas entrer dans le détail du processus de reconnaissance propre à chaque orientation ou qualification. La médecine d'urgence est en train de devenir officiellement une spécialité mais ce n'était pas le cas au tout début de l'enquête. La psychiatrie en est une de longue date. La nutrition ou l'hypnose médicale n'ont pas atteint le même degré de reconnaissance institutionnelle. A une date donnée, les différentes institutions (Ordre, Assurance maladie, etc.) ne s'accordent d'ailleurs pas forcément sur le champ des spécialités médicales qu'elles reconnaissent.

qu'événement fondateur, en faisant valoir des dispositions constituées en amont et en dehors de la formation médicale. Ces personnes ne deviennent pas psychiatre ou gériatre indépendamment de leur socialisation, de leurs valeurs et d'un certain itinéraire personnel. Solène, aujourd'hui gériatre, est ainsi fille d'une aide-soignante qui s'occupait de personnes âgées fragiles. Enfant, elle accompagnait sa mère le mercredi auprès d'elles, en recevait certaines à la maison pour les fêtes de fin d'année. Déborah est depuis longtemps intéressée par la vie psychique. C'est par « flemme » qu'elle dit ne pas avoir passé l'internat, et aussi parce qu'elle était confiante dans la possibilité de récupérer une formation et un titre de psychiatre par la voie du DIU de psychiatrie pour les assistants généralistes, qui permet une reconversion en trois ans²⁵. Clothilde, mince et sportive, voulait être diététicienne ou enseigner le sport mais a été poussée dans un projet professionnel plus ambitieux, sans perdre de vue ses centres d'intérêt initiaux ni jamais considérer la médecine comme une pratique supérieure à d'autres formes d'intervention en lien avec le corps. La sociogénèse de dispositions profondes joue incontestablement un rôle, même s'il ne s'agit pas d'en faire une clef de lecture universelle.

Tout n'est pas aussi lisse pour tout le monde. Pour Joëlle, la rencontre avec la gériatrie en début d'internat nous a été présentée comme quasiment salvatrice : elle dit au premier entretien que c'est là que pour la première fois de ses études médicales elle s'est sentie à sa place, « douée » pour des prises en charge, alors qu'elle était sur le point d'arrêter les études de médecine pour devenir institutrice. Lorsque nous nous reparlons au téléphone, elle est bien stabilisée en gériatrie mais aux prises avec des problèmes aigus de management de son équipe et en phase de séparation conjugale. Si le sens du choix de la gériatrie n'est pas en cause, si son statut ou ses débouchés sont acquis, son quotidien professionnel est très difficile.

Dans le cas de Julien, la volonté de faire des urgences était clairement affirmée dès le premier entretien, mais il convient certainement moins de parler de vocation précoce que d'un contre-projet à la médecine générale développé en réaction à son échec à l'internat. Tout en ayant réussi un parcours impeccable en médecine d'urgence il est d'ailleurs de plus en plus critique tant vis-à-vis de l'intérêt des prises en charge qu'il effectue que de l'organisation des services dans lesquels il est passé. Tout cela reste finalement très éloigné des conditions dans lesquelles il aurait rêvé de pratiquer la médecine.

Ces parcours se déroulent donc en médecine générale ou en dehors, en fonction des choix posés avant mon premier passage, qui ont été confirmés. Il n'y a pas de tendance « MG-fuge » ni « MG-pète » à l'œuvre dans l'intervalle de temps auquel cette étude est consacrée, à la différence des autres types que nous allons à présent examiner.

Les « reconvertis » engagés : vers une pratique qui éclipse toutes les autres

Un deuxième cas de figure est constitué par des personnes elles aussi durablement captées par une forme d'exercice, mais l'ayant découverte postérieurement au premier entretien. Cette situation n'est donc pas très différente de la précédente, si ce n'est que le curseur du moment de l'orientation décisive s'est décalé dans le temps au-delà de la première rencontre... et que ces reconversions s'avèrent toutes « MG-fuges », pour le moment.

²⁵ Aux dernières informations cette voie devait être fermée, mais dans notre cohorte Déborah comme Margot ont pu en bénéficier et sont aujourd'hui qualifiées par le Conseil national de l'Ordre des médecins en tant que psychiatres.

C'est typiquement le cas d'André, heureux de son stage chez le praticien et qui s'imaginait bien en médecine générale la première fois que nous nous sommes vus. Il a ensuite été totalement conquis par un stage en réanimation venu remettre en cause ses aspirations initiales. Une situation stable en réanimation n'étant pas à la portée d'un diplômé de médecine générale, et faute d'avoir pu rattraper cette spécialité en se classant bien aux ECN (qu'il a passées pour tenter sa chance), André a opté pour la médecine d'urgence qu'il a intensément investie et exerce dans un contexte qu'il trouve exceptionnellement stimulant. Ce modèle, que l'on peut qualifier de réorientation engagée « corps et âme » est aussi celui de Marion : elle était certes attirée par les soins palliatifs lorsque nous nous étions vues pour la première fois mais n'avait pas encore eu l'occasion de les pratiquer. C'est une activité qu'elle a pu découvrir grâce à un semestre de stage supplémentaire car elle ne voulait pas terminer son cursus sans s'y frotter. Elle a tenu cependant à constituer également, pour son bagage et pour l'avenir, une expérience de médecine de ville et de campagne. Elle a apprécié le travail en cabinet, est partie pour un long remplacement en province, a caressé des rêves d'installation (qui se sont finalement mal articulés avec sa vie privée), mais pas au point de se détourner des soins palliatifs tant qu'elle a l'envie et l'énergie nécessaires pour s'y consacrer. Elle les a investis de plus en plus, d'abord en complément de remplacements en médecine générale, puis aujourd'hui exclusivement.

Ces reconversions engagées prennent une orientation « MG-fuge » sans qu'il n'y ait à aucun moment refus, dégoût ou lassitude de la médecine générale chez les intéressés. Simplement, une autre forme de médecine les a véritablement et durablement séduits, quelques temps après notre première entrevue, au point de devenir dans l'intervalle de temps séparant les deux premiers entretiens une composante majeure de leur identité. Marion a pratiqué la médecine générale dans plusieurs cabinets, avec bonheur dans bien des cas ; André a été rapidement absorbé par la pratique hospitalière mais il garde un bon souvenir du praticien auprès duquel il a effectué son stage. Il confirme d'ailleurs la qualité des prises en charge de ce dernier, lorsqu'il compare avec ce qu'il perçoit du travail de beaucoup de généralistes à travers les patients adressés aux urgences de manière inappropriée. Ni André ni Marion n'excluent de revenir un jour vers cette pratique, tous deux se posant déjà parfois la question de la soutenabilité de leur exercice actuel dans la durée, malgré tout ce qu'il leur apporte personnellement aujourd'hui.

Pour deux autres personnes de la cohorte, Pierre-Alain et Benoît, l'évitement de la médecine générale était programmé ou prévisible lors du premier entretien, mais le sens de la réorientation n'a été trouvé que plus tard. Ils ont donc activement recherché une alternative à la médecine générale, pour lesquelles ils ne se sentaient pas de dispositions, et investi dans les formations complémentaires requises par leurs nouvelles orientations.

Lors de l'entretien initial, Pierre-Alain faisait quelques remplacements, à la fois pour des raisons alimentaires et pour s'assurer qu'il ne faisait pas une bêtise en renonçant à la médecine générale. Fils de médecins spécialistes, il pensait même arrêter la clinique, voire la médecine, pour tenter d'intégrer une école de commerce, ou alors repasser l'internat pour obtenir une spécialité assez technique et « carrée »... Après une phase de doutes et de « refus de beaucoup de choses », il se tourne finalement vers l'angéiologie-phlébologie, dans laquelle il entre par la réalisation de dopplers et d'échographies. Dans cet exercice, il arrive à se sentir relativement plus sûr de lui et à se réconcilier avec la médecine, alors que la médecine générale lui posait beaucoup de problèmes en termes de positionnement par rapport aux

patients et de gestion de l'incertitude (Bloy, 2008b). Cela lui permet de maintenir un vrai lien avec la clinique dans ce qu'il envisage comme une véritable médecine vasculaire et pas seulement comme une technique. Il exerce finalement aujourd'hui en libéral. Son histoire reste singulièrement compliquée puisque son installation fait suite à un échec surprenant au concours de PH dans cette discipline, alors qu'un poste hospitalier semblait l'attendre, et que l'accueil dans le milieu libéral local n'a pas été des plus confraternels.

Benoît, qui ne goûte ni la durée ni les contraintes des prises en charge en médecine générale, avait évoqué lors du premier rendez-vous son attirance pour l'ostéopathie mais a choisi l'hypnose médicale. Lui aussi a un peu remplacé, juste le temps de se confirmer dans l'idée que la médecine générale ne lui convenait pas. Il a beaucoup plus apprécié les remplacements d'urgentiste de ville pour le « SOS » local, qu'il aurait volontiers prolongés à titre d'activité complémentaire ou même à mi-temps. La poursuite de deux exercices libéraux parallèles n'étant pas durablement permise, c'est à l'hypnose en cabinet qu'il a décidé de se consacrer. Une fois sa formation terminée, il a bien réfléchi au positionnement à adopter pour légitimer sa pratique comme une activité strictement médicale vis-à-vis des patients, et ne pas se placer en concurrence de leur médecin traitant. Installé dans une sorte de pôle de santé qui regroupe sur un même lieu un grand nombre de cabinets libéraux, aidé par son épouse (infirmière en congé parental, qui gère sa ligne téléphonique car il ne peut pas être dérangé pendant ses séances d'hypnose), il maintient dans un premier temps une activité de garde aux urgences et à « SOS ». Il voit se développer son activité rapidement, au point qu'il faut compter aujourd'hui plusieurs mois d'attente pour obtenir un rendez-vous dans son cabinet.

Ni Pierre-Alain ni Benoît n'envisageait sérieusement ces disciplines la première fois que nous avons discuté. Ils s'y sont orientés sans bien les connaître, mêmes si les conversions opérées passent par une constance de leur engagement : tous deux ont suivi et validé toutes les formations possibles pour obtenir et sécuriser cette qualification. À rebours de leurs compétences initiales de généralistes, leur définition de leur territoire d'action se veut d'emblée stricte pour ne pas empiéter sur l'activité des médecins généralistes de leur secteur dont ils cherchent à obtenir la confiance. Tous deux ont rencontré quelques tentatives de déstabilisation au moment de leur installation de la part de confrères déjà établis dans la place.

Dans l'ensemble, ces deux premiers types de parcours mobilisent des dispositions profondes des individus, qui trouvent à s'épanouir dans certains contextes et en sortent confortées (Lahire, 2002). Une lecture plus fine montre bien toutefois que le sentiment de réalisation personnelle n'est pas toujours au rendez-vous, même lorsque que la cohérence du parcours et le déroulement de carrière paraissent lisses sur le papier. En restant sur le seul terrain professionnel, tout dépend de la manière dont les organisations et interactions s'en mêlent : Joëlle a sans doute trouvé sa voie en gériatrie mais elle est aux prises avec des difficultés de management auxquelles elle n'a pas été formée, qui la minent au moment où nous en parlons. Le beau parcours d'urgentiste de Julien, un « sans-faute » sur le papier, ne signifie pas qu'il soit satisfait de son environnement professionnel, ni peut-être même de son cœur de métier. Les cas d'André et de Marion viennent en pendant parfait : la qualité des services et des équipes sont des moteurs de leur engagement intact. Tout deux ont d'ailleurs eu, du fait d'une mobilité géographique, la brève expérience de pratiquer leur spécialité dans un environnement humain nettement moins intégré et motivant : un service d'urgence partant à vau-l'eau pour André, des structures émergentes de soins palliatifs minées par des conflits interpersonnels pour Marion. Cette dernière, pourtant mère d'un tout jeune enfant, a fait le choix de

concentrer son temps de travail et d'exercer à plusieurs heures de TGV de chez elle, plutôt que de renoncer à un travail d'équipe qui la porte²⁶. Trouver « sa voie » en termes de spécialité ne fait donc pas tout, nous sommes en présence d'une dialectique subtile des dispositions et des contextes qui permet le maintien heureux d'un engagement fort ou le mine. Enfin, Pierre-Alain comme Benoît sont des libéraux qui travaillent seuls. Cela s'inscrit dans la continuité des attentes de Benoît, qui ne s'est jamais imaginé en groupe ou en équipe (mais l'intégration très lâche d'une structure « SOS » lui convenait très bien), tandis que Pierre-Alain, qui n'a pas réussi à mener à bien son projet hospitalier, en conçoit quelque amertume.

Les réorientations contingentes opportunes

D'autres parcours et réorientations laissent plus de place aux rencontres, au hasard, à l'expérimentation, avant de se solder par une stabilisation durable dans un exercice que le premier entretien ne permettait pas de prévoir. Non seulement la médecine finalement exercée ne se dégageait pas par un attrait particulier dans le paysage initial dessiné par la personne, ou n'y apparaissait même pas, mais la reconstitution des étapes et processus de choix fait apparaître dans ces cas que l'occasion a été plus déterminante dans les bifurcations opérées qu'un quelconque projet antérieur ou autonome. Que les opportunités croisées sur le bord de la route jouent un rôle d'aiguillage décisif n'interdit pas que les personnes puissent être ensuite investies et objectivement engagées dans leur travail et leur carrière (formations complémentaires, concours, etc.). Les événements qui s'avèrent rétrospectivement cruciaux dans l'aiguillage des parcours sont parfois ténus en apparence, mais peuvent survenir à des moments ou dans des circonstances qui leur donnent de la portée. Intervient beaucoup aussi le rôle du capital social professionnel, c'est-à-dire les informations transmises de bouche à oreille sur des emplois ou formations accessibles, les contacts mobilisables, etc. Le hasard est plus radical lorsqu'il prend par exemple la forme d'une annonce trouvée sur internet à partir de laquelle de fil en aiguille se dessine une nouvelle orientation qui sera complètement investie.

Cette modalité d'évolution professionnelle est quantitativement importante dans notre cohorte, si ce n'est dans la forme « pure » où un fil ténu va décider d'une réorientation très durable, en tout cas pour certaines phases du parcours où les anciens internes se laissent porter par les propositions qu'ils reçoivent. Il s'en est tenu à un fil que Anaïs, aujourd'hui gériatre, ne démarre sur un poste d'urgentiste car les deux propositions lui sont arrivées de façon quasi concomitante et elle connaissait mieux les urgences. Adelaïde a touché à toutes sortes de médecine avec bonheur mais a été « fixée » le temps de sa thèse, puis au-delà, par la proposition d'un chef de service de cancérologie. Après une phase enthousiaste durant laquelle elle a créé un dispositif original dans le service, elle a pris conscience des limites de son statut et des perspectives²⁷. Elle est en train d'évoluer à partir de ces fonctions actuelles vers une spécialisation en gériatrie. Il ne s'agit pas de donner l'impression que ces parcours seraient principalement subis : l'établissement durable dans un poste ou un métier suppose un effet de la volonté et une mobilisation de soi, mais les propositions qui aboutissent à la stabilisation de la personne ont été plus reçues que provoquées ou activement recherchées.

Au-delà des contingences et des concours de circonstances, cette modalité de stabilisation de soi s'accorde bien avec les processus d'expérimentation et de réticence par rapport aux

²⁶ Je reviendrai sur Marion et ces difficiles arbitrages en troisième partie.

²⁷ Je considère le cas d'Adelaïde en détail plus bas.

engagements durables repérés par les sociologues de la jeunesse. La valorisation de l'ouverture, la disponibilité aux apprentissages, la capacité d'adaptation à des contextes de travail variés dans le cadre du développement professionnel y trouvent parfaitement leur compte, tandis que s'opère quand même une décantation des possibles dans la vie et les représentations des intéressés. Plusieurs contextes d'exercice méritent donc d'être testés, cela est en soi valorisé et aide à tracer une carte des possibles pour choisir en meilleure connaissance un point d'ancrage possible. Nous rejoignons ici les observations de G. Levasseur et F-X. Schweyer à propos de la fonction de « construction normative » et de réglage des ajustements professionnels et familiaux de la vie adulte lors des remplacements (Levasseur et Schweyer, 2004 ; Schweyer, 2010b). Mais à la différence de la démarche d'installation en libéral, la stabilisation vient ici de surcroît, sans qu'on la programme ni que la notion d'engagement durable soit valorisée par rapport à la qualité de l'expérience présente. Un parallèle peut être esquissé avec les modalités de stabilisation conjugale dans les couples qui se passent délibérément de projet marital.

Du point de vue des modèles d'action, ce modèle de la réorientation contingente et opportune s'inscrit bien dans une sociologie pluraliste des dispositions telle que celle développée par B. Lahire (2002). Les individus disposent d'une certaine palette de compétences et de dispositions qui sont plus ou moins sollicités par les contextes d'action professionnels. Ils sont donc amenés à en activer ou désactiver certaines de manière souple en fonction de la force d'influence des rencontres, et des contextes. Cette flexibilité ne signifie pas que n'importe qui puisse faire ou devenir n'importe quoi, que les individus soient « sans intérieur », mais elle invite à considérer « l'homme pluriel » doté d'une certaine plasticité plutôt que de le doter de caractéristiques stables du fait d'une socialisation supposée homogène. Par leur succession de stages, en particulier lors du troisième cycle de médecine générale, les études de médecine poussent d'ailleurs les individus à développer cette aptitude à circuler entre des façons d'exercer la médecine avec une certaine plasticité. Leur capacité de choix de jeunes médecins en est très concrètement équipée, quand bien même elle leur est idéologiquement (mais non dans les faits) largement déniée, comme nous l'avons signalé. Qu'ils ne voient la médecine générale que comme une possibilité de réalisation professionnelle parmi d'autres est de ce point de vue très conforme non pas au discours volontariste qu'on leur tient dans les Départements de médecine générale, selon lequel elle doit constituer leur unique objectif de formation légitime, mais au *curriculum* concrètement organisé entre les différents types de services pour lesquels ils constituent une main-d'œuvre compétente et indispensable.

Comment opèrent justement ces processus de réorientation contingente par rapport à la médecine générale ? Ils sont susceptibles de toucher des gens bien disposés *a priori* vis-à-vis de cette médecine mais sans projet ferme d'installation. Ces derniers sont assez nombreux, ce sont tous ceux qui parlaient, dans notre première enquête ou d'ailleurs dans celles d'autres sociologues (Levasseur et Schweyer, 2004 ; Hardy-Dubernet et Gadéa, 2005) de « remplacer pour voir ». La tendance à l'œuvre est plutôt « MG-fuge », car même dans la conjoncture actuelle, favorable aux jeunes installés, on ne s'installe pas « pour voir ». Des dispositions et des compétences plurielles, sans dominante claire au terme d'une formation variée, rendent sensibles à la variété des formes d'exercice stimulantes, d'autant plus qu'il s'agit d'engagements facilement réversibles. Le côté plus engageant, la lourdeur (matérielle ou symbolique) d'une installation en médecine générale font hésiter. Il convient d'insister sur ce point : la pratique courante de la médecine générale peut tout à fait séduire les personnes de ce profil, mais la médecine générale libérale comme institution fondée sur la pérennité d'une

entreprise individuelle aux charges fixes, d'une responsabilité de longue durée vis-à-vis d'une patientèle stable et pas toujours choisie, les fait beaucoup hésiter, quand bien même elle n'est pas synonyme de réelle prise de risque économique. Il en irait sans doute différemment si on pouvait leur proposer l'union libre plutôt que le mariage, les remplacements réguliers ou la collaboration pouvant d'ailleurs avoir cette fonction. Ce dernier régime juridique, somme toute récent, était faiblement intégré dans le paysage mental de nos informateurs et choisi par deux médecins seulement. Il n'en demeure pas moins que les parcours contingents sont (avec les parcours hésitants, cf. *infra*) les parcours qui semblent les plus influençables et donc sans doute les plus accessibles aux incitations formulées par les pouvoirs publics, pour peu qu'elles épousent les problématiques des jeunes. De l'avis général, c'est moyennement le cas des incitations financières pour les attirer dans des zones (rurales ou de périphérie déshéritées) où ils ont déjà des perspectives de gains considérables mais qu'ils évitent pour d'autres raisons (Schweyer, 2010a et b). Nous faisons l'hypothèse réaliste qu'une plus grande variété des configurations dans lesquelles exercer la médecine générale permettrait de limiter les tendances MG-fuges que nous avons vues à l'œuvre dans ce type.

Les réorientations réactives

Nous sommes ici en présence de parcours présentant une discontinuité plus marquée. Les réorientations réactives ont en commun d'être le fruit de tensions vécues dans une ou plusieurs formes d'exercice médical, et d'être décidées autant voire davantage en réaction à ces tensions que sur une modalité de choix positif. Nous éviterons de considérer ici les difficultés d'origine strictement exogène (famille, santé, accident, etc.²⁸), même si elles affectent l'ensemble de l'existence et donc la disponibilité pour le travail, pour rester dans une typologie des parcours d'insertion professionnelle compris à partir d'eux-mêmes. Il convient en revanche de prendre en compte la problématique de la régulation au long court du temps de travail ou du stress d'origine professionnelle.

Les épreuves ou tensions sont de nature diverse dans notre corpus, leur origine est plus ou moins interne à l'individu, mais elles l'affectent dans tous les cas. Selon sa capacité à identifier, gérer ou interrompre à temps un processus devenant délétère, elles lui laissent plus ou moins de capacité de rebond. Elles vont de la saturation face à des dysfonctionnements organisationnels ou à une vie trop contrainte par les exigences du métier, à des situations ponctuelles mais qui ont un gros retentissement lorsqu'elles sont vécues comme traumatisantes. Dans tous les cas elles donnent lieu, à plus ou moins brève échéance, à une

²⁸ Je ne veux pas complètement passer sous silence le cas tragique de Nadège, même s'il est très délicat à aborder et si elle est aujourd'hui totalement perdue de vue. Lorsque je l'ai revue pour le deuxième entretien elle m'a laissé entrevoir la série de catastrophes personnelles (grave maladie, accident, rupture amoureuse, dépression) qui l'avaient fortement fragilisée et précarisée. Elle avait initialement beaucoup remplacé en médecine générale mais s'est retrouvée dans l'incapacité de soutenir sa thèse, pourtant entièrement rédigée, dans les délais légaux (le Conseil départemental de l'Ordre ne lui a pas accordé la dérogation dont ont pu bénéficier quelques autres jeunes médecins de la cohorte pour des motifs plus légers que les siens). Elle m'explique que c'est son métier qui lui a tenu la tête « un minimum hors de l'eau » quand tout s'est mis à jouer contre elle sur les autres plans. Comme elle n'est plus en droit de l'exercer, elle vit sur les économies qu'elle avait constituées en vue d'une future installation. Sa soutenance de thèse est néanmoins prévue quelques mois plus tard. Nadège prévoit ensuite de changer de région et de tourner le dos au maximum à ce qu'elle a vécu pour redémarrer. D'après les informations de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine (qui centralise toutes les thèses) elle n'aurait en fait jamais soutenu, et on ne trouve pas trace d'elle sur l'annuaire du Conseil de l'Ordre.

réévaluation suffisamment négative de l'activité exercée pour qu'un changement professionnel assez radical soit décidé.

Du point de vue des modèles d'action, ce sont cette fois les analyses de B. Lahire autour de la notion de crise qui peuvent nous éclairer. Pour l'individu, la crise survient du fait d'une articulation malheureuse de l'individu, tel que constitué par sa socialisation, et de la situation à laquelle il doit s'affronter. B. Lahire établit au fil de ses portraits sociologiques (2002) que la crise survient le plus souvent lorsque les dispositions constituées se trouvent désajustées par rapport à celles requises par la situation ou que des dispositions essentielles pour l'individu sont régulièrement inhibées par le contexte dans lequel il évolue. Il pointe aussi un risque de forte tension en cas de concurrence de dispositions internes à l'individu, impossible à se stabiliser de façon satisfaisante et harmonieuse. Cet écart peut tenir notamment à l'intériorisation sur un plan normatif d'un modèle exigeant, en décalage avec les dispositions effectives à agir de l'individu qui ne s'avèrent pas à la hauteur, ou ne le sont qu'au prix d'un effort trop soutenu. Les conditions de sa sociogénèse ont alors préparé un « terrain » propice au développement d'une forme de conscience malheureuse. Inversement, le bonheur ou l'épanouissement sont le fruit de l'expression harmonieuse d'une partie significative de ses dispositions. Dans le cadre professionnel, cela signifie pouvoir actualiser des dispositions, préférences et compétences et auxquelles on attache de la valeur.

Dans la plupart des cas observés, c'est à la médecine générale que les personnes de la cohorte tournent le dos lors des réorientations réactives des premières années de leur carrière médicale. La modalité « arrêt des remplacements », qui nous a déjà interpellés plus haut, est de ce point de vue essentielle à approfondir : après une expérience non négligeable constituée en médecine générale libérale (pas simplement au titre de test ponctuel ou de confirmation d'une « incompatibilité d'humeur » avec la médecine générale, comme on l'a vu dans les cas de Pierre-Alain ou de Benoît), et parfois même exclusivement dans ce mode d'exercice, des jeunes médecins entreprennent de se repositionner. Ils ont réellement eu la possibilité de juger par eux-mêmes jusqu'où la médecine générale en cabinet libéral leur convenait. Au bilan, ce droit à l'essai devient un droit à l'erreur. Il s'agit parfois de personnes qui ont coupé avec le milieu hospitalier et n'en ont pas de souvenirs exceptionnels, mais qui à l'épreuve se ressentent mal de l'isolement, des conditions de travail ou des responsabilités du généraliste en cabinet. Les postes de médecine salariée non hospitalière leur offrent alors des perspectives qu'ils jugent intéressantes et ce second choix devient le bon, même s'il n'est pas forcément vécu avec enthousiasme et intensité. Nous nous attardons pour les réorientations réactives sur les parcours de Marilyne et Daphné, puis de Célestine et Daniel. Les premières sont des amies proches, les seconds sont conjoints, l'influence interpersonnelle n'est donc pas à négliger dans les deux cas. Tous ont enchaîné les remplacements en médecine générale pendant plusieurs années.

Daphné s'était inscrite en médecine pour faire de la chirurgie mais a renoncé suite à un problème de santé personnel rencontré pendant ses études. Elle remplace depuis la fin de l'internat, sans s'éloigner de la ville universitaire où elle réside et à laquelle elle se montre très attachée, limitant d'emblée sa mobilité par rapport à sa vie familiale. En trois ans, elle a travaillé pour une quinzaine de médecins en se concentrant davantage sur quelques uns. Lors du deuxième entretien, elle est très discrète sur son expérience, me donne à voir une façade assez lisse et un engagement raisonné sans se projeter dans la suite : remplacer à mi-temps lui suffit amplement, elle ne fait pas de garde puisqu'elle arrive à trouver des remplacements sans, elle privilégie la proximité... Elle imagine qu'il lui faudra trouver un autre fonctionnement lorsque les enfants seront à l'école primaire et qu'elle ne pourra plus concentrer son temps de travail sur les périodes de vacances scolaires. Elle exclut un retour à l'hôpital et à ses rapports hiérarchiques. Elle avait pensé à la médecine du travail mais n'a pas su profiter à temps de la capacité longtemps ouverte aux généralistes. Il est trop tard à présent pour emprunter cette voie, et elle ne compte ni repasser l'internat ni partir se former à l'autre bout de la France. Il y aurait aussi une possibilité d'emploi au pôle gériatrie du Conseil général. On lui a fait une proposition mais elle ne s'est pas renseignée plus avant. Elle a juste calculé qu'un poste de médecin territorial serait équivalent sur le plan financier à sa situation actuelle, mais elle devrait travailler tous les jours sur des horaires fixes. Le contenu du travail la fait hésiter car elle a une vision péjorative d'une médecine salariée sans trop de composante clinique ni investissement de la relation avec le patient. Elle se disait pourtant qu'il devait y avoir moyen de faire des examens cliniques complets et de s'investir, pour peu qu'on le souhaite, en médecine du travail, que « c'est pas forcément que plan-plan même si c'est plan-plan pour la plupart » (elle parle sur la base de l'expérience de la visite annuelle de son mari, auquel on n'a jamais fait que prendre la tension) et que ça doit quand même pouvoir être « tout aussi humain qu'une autre médecine ». Elle reste sur une vision plus dégradée du travail des médecins qui gèrent les dossiers d'APA en gériatrie, ce qui l'a amenée à refuser pour le moment cette proposition. Elle pense mettre à profit son congé maternité pour se renseigner aussi sur les fonctions de médecin à la Sécurité sociale ou la médecine scolaire.

Sur le fond de sa pratique de remplaçante, je réussis à apprendre qu'elle se trouve « lente » en consultation, et a besoin de rester au moins une heure ou plus en fin de journée pour reprendre les dossiers de ses patients et revoir tout ce qu'elle a fait. Ses horaires débordent donc au point qu'elle n'arrive plus du tout à voir sa fille ni s'occuper de sa maison le soir dans les périodes où elle travaille. Elle ne pourrait donc pas assumer ce régime à temps plein, d'autant qu'elle est à nouveau enceinte. Finalement ça lui va bien d'être là en dépannage sans devoir revoir toujours les mêmes patients.

Daphné ne bouge pas de cette position modeste, presque « profil bas ». C'est Marilyne, dont nous allons bientôt considérer le parcours, qui m'a signalé qu'au niveau des connaissances médicales et de la conscience professionnelle Daphné « les pliait tous », mais que cela la poussait à un perfectionnisme difficile à tenir en consultation, sans qu'elle réussisse à réviser ses façons de travailler pour s'adapter aux contraintes de la médecine générale. D'où sans doute ce sentiment de ne pas y arriver et ces fins de consultations à retravailler les dossiers des patients en remettant sans cesse en question ses prises en charge, jusqu'à « refaire toutes les consultations la nuit ». Ce qu'elle me laisse entrevoir tend vers ce que j'ai qualifié ailleurs d'incertitude « paralysante » (Bloy, 2008b).

Au dernier entretien, Daphné n'a pas suivi la piste de travail de la Sécurité sociale qui l'aurait contrainte à l'éloignement géographique qu'elle n'acceptera que si cela est imposé par la carrière de son mari. Elle a arrêté les remplacements pour être médecin territorial contractuel, en charge des personnes âgées. Elle a engagé la capacité de gériatrie que son employeur finance sur ses heures de travail (elle souhaiterait pouvoir venir à 80 % avec le mercredi libre mais on lui a imposé dans l'immédiat un temps plein). Elle explique avoir « rangé le stéthoscope » quand elle est va chez les « usagers »²⁹. C'est à la fois pour elle un confort et une perte symbolique indéniable. Daphné joue le jeu de l'entretien avec plus de naturel et de confiance que les fois précédentes. Elle remet notamment facilement en perspective cette fois son stress par rapport à la clinique, à la gestion du temps et de l'incertitude, depuis la « passion » de sa première année d'exercice où elle n'avait pas encore le souci des charges familiales, jusqu'à la dégradation qui a suivi. Elle m'avoue que l'arrêt des remplacements après plus de cinq ans a constitué un véritable soulagement. Sa vie familiale est beaucoup plus calée sur des horaires normaux puisqu'elle n'alterne plus les périodes d'activité intense et d'inactivité. Elle apprécie le travail en équipe, notamment d'avoir des gens vers lesquels se tourner en cas de décision difficile. Elle dit se sentir « utile avec moins de stress » et paraît apaisée. Au dernier mail, Daphné est en train de boucler le mémoire pour valider cette capacité et en cours de titularisation au Conseil général.

²⁹ Ce sont ses mots : « Quand les patients... quand les usagers, c'est plus des patients, quand les usagers me disent 'mais vous êtes médecin ?,' alors je leur dis que je suis un médecin qui parle, je ne suis plus un médecin qui ausculte et qui soigne. Voilà, je suis un médecin qui parle avec vous. Mais je suis encore médecin, mais pour eux je ne suis pas un soignant. » On trouve dans le rapport de M. Robelet et al. (2006) une observation saisissante d'une jeune femme également gériatre dans un Conseil général qui explique combien elle a eu du mal à « accepter d'être dans les rouages de l'administration », à quitter le milieu médical prestigieux pour le médico-social « où on a vraiment l'impression que vous êtes un médecin papier ». (Rebolet et al., 2006, p. 27)

Grande amie de Daphné, **Marilyne** a eu de très bonnes expériences, notamment en médecine rurale. Elle parle avec passion lors du second entretien de son travail dans un cabinet où elle a été très régulièrement présente pendant trois ans. Pourtant, le médecin qu'elle remplaçait ne voulait pas d'elle initialement (il appelait pour son compagnon, également remplaçant à l'époque) car il recherchait une solution pérenne pour ses gardes et pensait qu'une femme ne pourrait jamais convenir... Après avoir dû en quelque sorte « forcer le passage », elle s'est sentie comme chez elle dans ce cabinet et s'est beaucoup attachée aux patients : « J'ai adoré. Les gens étaient vraiment... Waouh, vraiment des patients chouettes ! Ca m'a fait mal de partir ! ». Nulle part ailleurs elle n'a accroché comme cela. Compte tenu de l'éloignement, elle dormait sur place et assurait ainsi les gardes pour des nuits complètes ou parfois le week-end. Elle invoque d'abord la pénibilité de ces gardes et la perspective d'une maternité comme une cause de son interruption (« Finalement je lui ai donné raison ! »). Après sa grossesse, Maryline a repris quelques remplacements et effectué parallèlement des vacances en PMI. Elle opte finalement pour un temps plein en PMI (pédiatrie, planification familiale et suivi de grossesse), sous un statut de contractuelle tant qu'elle n'a pas réussi le concours. L'épreuve de la « note de synthèse » lui donne du fil à retordre et aux dernières nouvelles elle n'était toujours pas titulaire. Bien qu'elle le vive comme probablement définitif, l'abandon de la médecine générale n'est pourtant pas une telle évidence. L'ambivalence domine encore. Elle me dit, lorsque je la rencontre pour le deuxième entretien qui correspond à sa période charnière, à quel point elle aime vraiment et la pratique médicale et la relation en médecine générale, qu'elle se demande parfois si elle ne cherche pas inconsciemment à se convaincre qu'elle en est lasse pour que son passage en PMI soit plus facile à vivre.

C'est beaucoup plus tard dans l'entretien qu'elle en vient à me parler du décès d'un patient lors d'une des gardes dans ce cabinet isolé dans lequel elle s'est tellement plu. Une mort survenue dans des conditions vraiment choquantes, chez un adulte apparemment en bonne santé, pour un motif de consultation apparemment classique et bénin, qu'elle a traité sérieusement vers minuit... pour un décès quelques heures plus tard, qui lui a valu une convocation chez les gendarmes, même si elle n'a pas été inquiétée. L'autopsie ne l'a pas mise en cause mais n'a pas non plus permis de clarifier les causes du décès. Marilyne a dû vivre cet épisode seule, loin de chez elle jusqu'à la fin de la garde le lundi suivant, n'en a parlé *a posteriori* qu'à très peu de monde, en a ressenti une grande perte de confiance, notamment face aux tableaux (courants) évoquant ce patient tragiquement disparu. Cela tombait juste au début de sa première grossesse, pour laquelle elle a dû passer de nombreux mois allongée. Elle a beaucoup cogité pendant cette période, réfléchi à la médecine en général, à sa disponibilité pour les patients et pour son enfant à naître, tandis que son compagnon voyait lui se concrétiser les perspectives d'association en médecine générale à peu près au même moment. Elle pense finalement que c'est dans cette phase qu'elle a perdu largement l'envie de s'installer mais tient à recontextualiser les choses : « Je ne vais pas en PMI par dépit mais quand on bosse tous les deux en libéral c'est un peu fou, on va chercher la petite vers 7-8 heures le soir, ça me pèse quoi. Là [en bifurquant vers le salariat], je redeviens mère de famille. » Son rythme va changer, et elle le met très bien dans la perspective d'une pleine installation dans la vie adulte : « Ca fait un peu moins rêver de bosser tous les jours voilà, faut accepter d'être en phase avec beaucoup de gens... Rentrer dans la vie des grands quoi ! » Tout en expliquant que l'alternance des périodes *on* et *off* finissait par générer aussi un stress particulier (à chaque reprise), de la fatigue (de fait de l'intensité et de la concentration des gardes) et de l'insatisfaction. Comme Daphné, elle insiste quand je la revois plus tard sur le travail d'équipe qui tranche agréablement avec la solitude permanente des cabinets dans lesquels elle a travaillé, l'impossibilité de partager ses angoisses ou tout simplement de se détendre avec des collègues lors d'une pause autour d'un café. Financièrement, elle perd nettement au change tant qu'elle n'est pas titulaire avec un déroulement de carrière normal.

Les récits biographiques recueillis autour de ces orientations font état de difficultés à assumer une pleine responsabilité clinique et de compromis dominés par la recherche d'un équilibre avec la vie familiale. Parler d'orientation honteuse serait très excessif, mais Daphné comme Marilyne ressentent une forme d'illégitimité par rapport à une norme symbolique selon laquelle le travail clinique avec des fonctions habituelles de diagnostic et de prescription serait la forme supérieure d'exercice médical. Renoncer à l'enquête diagnostique ou à la prescription revient pour un médecin à s'écarter des aspects considérés comme les plus valorisants du raisonnement, de la pratique, et sans doute du pouvoir en médecine, compte tenu de sa formation et de son rôle social traditionnel. Elles ne vivent pas comme glorieux, à l'issue d'un cursus réussi en médecine, le fait de s'écarter de l'image dans laquelle elles croyaient se réaliser pour faire valoir des considérations de confort de vie, de famille, ou de tranquillité d'esprit. Il ne leur est pas facile non plus de s'avouer ou d'avouer leur difficulté à soutenir une responsabilité médicale classique. Cela vaut dans notre échantillon surtout pour des formes de médecine salariée impliquant pas ou peu d'exercice clinique, ou un exercice exclusivement préventif. Dans le cas de Célestine et Daniel, qui sont en couple avec deux jeunes enfants, cette tension semble toutefois disparaître.

Leurs projets initiaux étaient très incertains mais **Célestine** et **Daniel** se sont basés durablement à la campagne à partir de leur internat, dans une maison appartenant au père de Daniel, médecin généraliste dans le village voisin qu'ils ont remplacé l'un et l'autre. Bien qu'il n'ait jamais vraiment prévu de s'installer, Daniel a fait un stage en SASPAS et a voulu faire quand même des remplacements pour être bien sûr de son fait. Toutes choses qui l'ont conforté dans l'idée de ne pas rester en libéral, notamment à cause du rythme de travail (longueur des journées, dispersion et interruptions de l'activité médicale) et du côté « bobologie » qui fait qu'il ne se sentait pas très utile par rapport à ce qu'il avait connu à l'hôpital où les prises en charge l'intéressaient décidément davantage. Il a pensé se former en angiologie mais cela signifiait trop de contraintes financières et familiales pendant les deux ans de la capacité. Célestine a aussi une expérience substantielle des remplacements en médecine rurale. Dans un cabinet en particulier, elle a fait des tranches d'une semaine avec des gardes de nuit et de week-end non régulées sur un grand secteur, fort lucratives. Cela lui permettait de vivre confortablement en ne travaillant qu'une semaine par mois, même si elle n'a pas du tout aimé les appels de nuit pour circuler sur les routes verglacées l'hiver, en particulier enceinte. Elle a une vision contrastée de la médecine générale, avec l'expérience de pratiques rigoureuses ou beaucoup plus laxistes, mais elle n'a pas été convaincue par le fonctionnement des médecins qui lui ont fait des propositions d'installation.

Au moment où je les vois pour le deuxième entretien, en août 2006, tous deux viennent de prendre la décision ferme d'arrêter la médecine libérale qu'ils trouvent décidément trop contraignante, sans être fixés sur leur sort à la rentrée suivante. Ils sont sûrs de leur réaction par rapport à la médecine générale, beaucoup moins de leurs projets. Célestine a en fait des vues sur un remplacement en PMI au Conseil général, qui serait susceptible d'évoluer vers un vrai poste. Elle fait valoir que la petite enfance l'intéresse et que ne pas être prescripteur lui ôterait un poids non négligeable. Daniel passe des entretiens pour être assistant en médecine polyvalente (soins de suite, réadaptation) au sein de l'hôpital local le plus proche de chez eux, ce qui pourrait déboucher à terme sur un poste de PH.

Deux ans plus tard, l'évolution n'est pas celle prévue mais ils se pensent stabilisés l'un et l'autre. Célestine a en fait enchaîné des CDD au Conseil général, sur un travail de PMI qui l'intéresse mais dans de mauvaises conditions financières et statutaires, encore dégradées par de grosses contraintes de déplacements qu'elle n'a pas réussi à négocier. Elle a bien repensé alors à une installation libérale, mais elle aurait voulu que ce puisse être en ville, avec une activité raisonnable orientée sur la pédiatrie et la gynécologie, chose exclue en pleine campagne. En même temps, elle reconnaît avoir maintenant pris l'habitude d'horaires carrés, d'avoir « la tête vide en rentrant chez soi » sans le stress du téléphone. Elle ne regrette pas un métier qui envahit la vie de famille et pour lequel on peut sans cesse être dérangé. Exaspérée par le manque de régularité des procédés à son égard et les promesses non tenues au Conseil général, elle a fini par démissionner malgré sa réussite au concours de médecin territorial et sa toute fraîche titularisation. Reçue simultanément au concours de médecin conseil du régime général, elle a finalement préféré entrer à la MSA qui recrutait dans son secteur. Après entretien, elle est embauchée sous réserve de satisfaire aux épreuves du prochain concours national.

Quant à Daniel, il a obtenu son poste d'assistant dans l'hôpital voisin mais n'a pas du tout apprécié les conditions de travail dans un hôpital qui manquait tellement de moyens humains et matériels (« de la médecine de brousse », avec des gardes fréquentes aux urgences sans urgentistes...). Il a démissionné au bout de six mois après avoir déniché sur internet un poste et une formation de médecin du travail en agriculture. Coïncidence et chance rares, ce poste est dans son département et relève également de la MSA, qui gère aussi la médecine du travail des travailleurs agricoles. Il a été embauché sous réserve de valider la formation (un DU spécifique qui l'intéresse, dans une faculté éloignée mais le jeu en vaut la chandelle).

Tous deux me décrivent leurs nouvelles fonctions, équipes, conditions matérielles, ont envie de s'inscrire dans une démarche de santé publique qu'ils découvrent et semblent heureusement stabilisés en tournant le dos avec soulagement à l'activité libérale et à la fonction de prescription. Et Daniel de conclure : « On est tous les deux très contents pour la première fois dans notre boulot ».

Ce n'est donc pas parce qu'elles procèdent de temps de crise que les orientations réactives finissent mal.

Des tentatives d'installation avortées nous ont par ailleurs été rapportées, par des médecins initialement très engagés en médecine générale mais dont les projets d'installation bien avancés ne se sont pas concrétisés. Elles méritent aussi examen au titre des réorientations réactives. La réorientation « MG-fuge » ne tourne pas dans ces cas délibérément le dos à la médecine générale, elle s'inscrit plutôt en réaction à un concours de circonstances défavorables qui produit un certain dépit et un sentiment d'impuissance à concrétiser ce cabinet dont on rêve. La réaction naît alors de l'expérience du projet déçu. Le cas de Célia, très lié à un moment de cette séquence à celui de son amie Laetitia, mérite d'être mobilisé ici. Amies au moins depuis l'internat, toutes deux ont eu à un moment le projet précis de s'installer ensemble en médecine générale : elles ont activement prospecté, simulé, se sont projetées dans certaines configurations avec certains partenaires, sans arriver à stabiliser une solution vraiment satisfaisante pour toutes les parties, avant de finalement renoncer. Dans le cas de Célia, cela se solde par un renoncement à regret, mais finalement sans déchirement, à la médecine générale libérale.

Célia et Laetitia rêvaient au moins depuis l'internat de pouvoir exercer un jour la médecine générale ensemble. Elles ont une sorte de modèle en tête, celui de femmes de leur faculté d'origine qui partagent un seul cabinet sur un gros mi-temps chacune et dans une forte intégration de pratique. Chacune a effectué des remplacements de son côté, et a été amenée à concevoir des projets d'installations dans des cabinets de groupe distincts, au fil des propositions.

Laetitia a découvert la médecine générale dans ce qu'elle décrit comme le cabinet idéal, tant pour la qualité du collectif de travail, du niveau d'exigence de la médecine pratiquée que du service au patient. Elle y fait son stage chez le praticien, y a été longtemps remplaçante permanente, et semblait devoir s'y installer pour exercer « le plus beau métier du monde » dans les meilleures conditions possibles. Le chômage de son compagnon et un accident de sport, qui l'a contrainte d'abord à une immobilisation, ensuite à devoir reprendre tôt son activité libérale avec des blessures mal consolidées, lui ont fait considérer comme déraisonnable d'assumer les charges d'un logement parisien sans pouvoir devenir à terme propriétaire, surtout avec des projets de famille. D'où un déménagement en grande banlieue où elle échoue à retrouver un contexte de travail comparable. Réfléchissant avec moi lors du deuxième entretien, Laetitia réalise l'enchaînement des circonstances et combien « tout aurait pu être différent », par exemple si son compagnon avait été fonctionnaire, ou si elle-même avait pu pratiquer en ville sous un statut de salariée ordinaire de la Sécurité sociale, en restant locataire à l'abri du stress économique en cas de problème de santé ou de défaillance de son conjoint.

Pendant ce temps Célia a également forgé son expérience de remplaçante, en circulant au sein du réseau informel des maîtres de stage avec lesquels elle s'était bien entendue. Deux propositions d'installation intéressantes en ont découlé successivement, au sein de deux cabinets de groupe, pour lesquelles elle était très motivée. Les deux fois, elle a subi une grosse déconvenue alors que le projet était bien avancé du fait de la malveillance d'un des associés par rapport à cette nouvelle venue. Cela lui a « servi de leçon » au point de tenir un discours assez raide sur la conception de la médecine de « certains de ces messieurs entre 45 et 50 », médecins généralistes qui n'ont aucune ouverture ni disposition au partage, alors « pour s'installer avec, c'était pas possible ». Elle pense que le rapport à l'argent joue énormément, « enfin, pas dans un sens négatif, c'est-à-dire c'est pas l'appât du gain, mais ils veulent un certain niveau de revenus qui va avec un certain temps de travail, un nombre de patients. Bon l'autre manière de le formuler c'est que c'est les revenus de la famille mais ce n'est pas, à moi, ma manière de voir la médecine. Ça rentre en jeu, on doit gagner notre vie, mais ça peut passer après d'autres critères que sont, la qualité de vie, la qualité de travail aussi. On n'a pas envie de travailler à la chaîne, on n'a pas envie de voir plein de patients et puis, à la fin de la journée, de ne plus savoir qui on a vu, ce qu'on a fait. Et les problèmes sociaux entre guillemets, c'est ceux qui prennent le plus de temps, et où on gagne le moins d'argent donc forcément eux, ça leur casse les pieds. » De là, elle se dit que s'installer avec un inconnu n'est vraiment pas envisageable. Seule, il n'en est pas non plus question... Elle en parle avec Laetitia.

Un projet commun est alors patiemment envisagé. Elles délimitent un périmètre à mi-chemin de leurs domiciles, au sein duquel elles visitent plusieurs cabinets avant d'en trouver un qui présente beaucoup d'avantages. Toutefois, en précisant la montée en charge attendue de leur activité et sa soutenabilité financière, elles réalisent tardivement que la conciliation de leurs activités respectives risque d'être problématique dans le local repéré où elles ne disposent que d'un bureau de consultation. Le souci est que Laetitia a des charges de famille et le souvenir marquant de la période de chômage de son compagnon où elle a dû assurer financièrement. Elle tient à disposer d'une marge de progression de son activité en cas de besoin. Célia est célibataire sans enfant, veut garder du temps et de la disponibilité pour ses parents qui vieillissent mais sait qu'elle n'a pas de souci d'argent à redouter. Le projet explose sur cette incompatibilité³⁰.

Laetitia se résigne à rester remplaçante dans un cabinet de groupe proche de chez elle, dont le fonctionnement ne la satisfait pas du tout mais où elle peut finalement aménager les conditions dans lesquelles elle travaille à condition d'affirmer fermement son autonomie (voir *infra*, partie 3). Célia ne veut plus entendre parler de l'exercice libéral, et c'est en ce sens que nous pouvons parler d'orientation réactive. La prochaine proposition en médecine salariée, qui lui parvient par bouche-à-oreille, est la bonne. Elle fait désormais de la médecine générale somatique dans une institution psychiatrique, ce dont elle se trouve très bien. À côté de son activité clinique auprès des patients, elle développe rapidement des fonctions d'évaluation des pratiques professionnelles sur l'établissement, grâce aux compétences acquises auprès du médecin qui a dirigé sa thèse. Aux dernières nouvelles, elle a passé un DU d'Information médicale, se partage à 50 % entre son travail clinique de généraliste et ses nouvelles fonctions de médecin responsable du Département d'information médicale, et ne va pas tarder à être nommée PH.

Tous les cas de réorientations réactives ne se font pas toutefois en réaction à la médecine générale. Celle d'Albert se fait par rapport à la médecine d'urgence hospitalière, en lien avec des politiques d'utilisation de la main-d'œuvre abusives de certains services (je m'en tiens ici à la description qu'il en donne). Il a démissionné bruyamment d'un poste de praticien hospitalier aux urgences. Sa rupture violente avec le service concerné l'a amené à changer de

³⁰ Le cas de Frédéric, lui aussi extrêmement motivé initialement par l'installation en médecine générale et marqué par le modèle du cabinet de groupe paternel, présenterait un certain nombre d'ingrédients communs avec cette phase de l'histoire : l'envie de partager le métier au sein d'un groupe d'amis ou de collègues de promotion en qui l'on a confiance, dont on apprécie l'abord de la médecine et des patients, mais la difficulté à synchroniser les processus de stabilisation des uns et des autres dans la vie adulte, à avoir la même tolérance au risque économique des premiers temps, qui ne permet pas d'aboutir à une régulation négociée des ajustements nécessaires à la vie commune entre futurs libéraux. Frédéric a été « capté » dans l'intervalle par ce qu'il a découvert du métier d'urgentiste de ville (type « SOS »), qui prend pourtant le contrepied de l'idéologie paternelle sur tout ce qui doit faire la valeur de la « vraie » médecine générale. Il ne s'agit pas pour lui d'une réorientation réactive suite à cette tentative d'installation malheureuse, son cas correspond plutôt à un mixte de « reconversion engagée » et de « réorientation contingente opportune ».

rythme pour faire un point tranquille le temps de récupérer les six mois de congés en retard accumulés en trois ans de service. Sa capacité de rebond n'est guère entamée, compte tenu des convoitises que suscite son CV d'urgentiste dans de nombreux services publics et privés, de son carnet d'adresses dans le milieu, et d'un ensemble de ressources économiques culturelles et sociales très favorable qu'il a reçu en héritage. Il a renoué avec la pratique clinique en devenant « temporaire » dans une association d'urgentistes à domicile et en effectuant des remplacements ponctuellement aux urgences. Il a aussi des envies d'expatriation, mais cherche d'abord à se positionner entre secteur public (sur un poste de praticien hospitalier à temps partiel dans un service très prestigieux) et secteur privé en continuant à accumuler des ressources professionnelles.

Dans l'expérience de Claudia, que nous décrirons plus loin en détail, nous verrons se cumuler en revanche plusieurs formes de crises qui la laissent passablement vidée de son énergie après avoir beaucoup donné en tant que généraliste dans un centre de santé communautaire dont elle a accompagné le développement. La déstabilisation maximale tient dans son cas au télescopage ou recouvrement des épreuves de la vie professionnelle et de la vie privée.

Les parcours incertains

Une phase d'expérimentation « tous azimuts » des pratiques et emplois accessibles à un diplômé de médecine générale prend place au début de la vie professionnelle de plusieurs médecins, notamment de ceux dont nous avons observé les « réorientations contingentes opportunes ». Un temps de décantation intervient généralement toutefois au cours des premières années de pratique, qui débouche sur leur stabilisation dans une fonction et un lieu de travail relativement durables. Certains parcours, toutefois, résistent en partie à ce processus, soit que les fonctions occupées ou les employeurs continuent de varier et de se renouveler, soit que les statuts occupés ne permettent pas aux intéressés de se poser. Cela ne signifie pas qu'aucune cohérence ne se dégage à considérer la succession des lieux d'exercice et les fonctions hétérogènes exercées, mais l'originalité de ce profil vient de ce que des incertitudes importantes ne sont toujours pas dénouées lors du dernier entretien. L'identité professionnelle en sort passablement brouillée, et l'on hésite sur la qualification juste de ces parcours qui s'obstinent à ne pas laisser de chance à la routine et font souvent une place particulière au voyage ou à l'exotisme: hésitants, tâtonnants, instables, multiples, heurtés, chaotiques, dispersés ?

La pluri-activité, la multi-fonctionnalité sont-elles le produit de l'énergie de gens qui ont besoin d'une forte activité, de mouvement pour ne pas s'ennuyer ? Cela semble s'appliquer à Christophe, qui a goûté à bien des formes d'exercice, a fini par arrêter les remplacements de médecine générale et se spécialiser dans les urgences sans cesser de circuler entre différentes missions d'expertise, de rapatriement sanitaire, de médecine d'assurance ou événementielle, de médecine militaire. Peu de métiers autres que celui de médecin (et peut-être celui de consultant) permettent cette démultiplication d'activités très qualifiées dans des fonctions et contextes de travail distincts, pour les gens qui valorisent manifestement le mouvement et la découverte permanente. À un degré moindre, le désir de pouvoir vivre plusieurs vies de médecin en une, simultanément ou successivement, court dans de nombreux entretiens.

D'autres personnes de ce type font état d'une difficulté personnelle à se trouver. Si sa vie familiale semble sereine (elle est mariée et mère depuis que je la connais), Margot a tenté successivement diverses spécialisations ou orientations, dans un parcours d'insertion

professionnelle plus trouble. Elle a d'abord démarré un internat en santé publique mais les patients et l'activité clinique lui ont manqué. Au bout d'un an d'internat, elle a donc exercé son droit au remords pour venir en médecine générale avec l'intention de pratiquer effectivement cette médecine (elle a pris la peine d'aller assister aux consultations d'un généraliste de sa connaissance pour s'assurer que cet exercice lui convenait). Elle se détourne pourtant de la médecine générale *stricto sensu* après l'internat pour travailler successivement dans deux centres de PMI, dans des conditions difficiles du point de vue du fonctionnement des équipes qui la poussent à ne pas s'attarder. Elle passe ensuite le concours de médecin territorial mais décide de ne pas se présenter à l'oral après avoir fait pourtant un excellent écrit (elle est major), pour finalement décider d'une spécialisation en psychiatrie *via* le DIU de psychiatrie pour assistants généralistes. Cette voie, déjà empruntée par Déborah qui est une de ses amies, s'avère la bonne, mais lorsque je la revois pour un troisième entretien elle est en train de rompre avec l'institution qui l'emploie et ne sait pas du tout auprès de quelle structure elle va candidater. Dans ce parcours en ligne brisée, elle confirme toutefois sa conversion vers la psychiatrie pour laquelle elle est aujourd'hui qualifiée par le Conseil de l'Ordre.

Dans des genres différents, mais en me confiant aussi une partie de leurs doutes intimes sur leur place ultime et le sens de leur quête dans des entretiens qu'elles tirent vers l'introspection (elles sont toutes les deux attirées par ailleurs par la psychanalyse ou la psychothérapie), Carole et Rebecca font état de fortes difficultés à trouver l'environnement de travail où elles pourraient véritablement se fixer.

Carole a imposé le choix de la médecine générale plutôt que l'internat contre la tradition familiale et la pression du milieu dans la faculté élitiste où elle a fait ses études. Elle a un parcours extrêmement riche, qu'elle considère avec une réflexivité remarquable, ce qui m'a conduit à faire finalement quatre entretiens avec elle.

Elle a pratiqué dès qu'elle l'a pu, grâce à une disponibilité en cours d'internat, la médecine humanitaire dans une longue mission en Asie. Ce projet lui tenait à cœur depuis longtemps et représentait beaucoup pour elle. Carole m'en parle comme d'une expérience intense, sans me cacher que l'atterrissage au retour en France lui a valu une période extrêmement difficile sur le plan personnel. Ayant beaucoup travaillé auprès de malades du sida en Asie, elle décide de parfaire sa formation dans ce domaine pour la fin de son internat, puis au-delà. Grâce à une nouvelle disponibilité, elle commence à faire quelques remplacements de médecine générale pour pouvoir partir sur une mission plus courte en Afrique.

Une bourse de l'ANRS lui permet ensuite de devenir médecin d'étude clinique dans un service d'inféctiologie d'un CHU, où elle s'occupe de toujours de VIH, en continuant un travail en partenariat avec des médecins africains. Elle garde en parallèle une petite activité de remplacements en médecine générale le samedi matin. Elle s'investit avec passion dans ces différentes missions, de soins comme d'étude et de recherche, développe ses compétences dans diverses directions (sur le VIH, en méthodologie et épidémiologie, puis en addictologie), participe à plusieurs congrès et publications, tout en développant une critique de plus en plus ajustée du fonctionnement de ce service hospitalo-universitaire et de la place qu'on veut bien y faire à une jeune généraliste femme un peu *outsider*. Elle analyse très lucidement le mélange d'intégration et d'incongruité qui caractérise sa position, de domination et de discrimination potentielle pour peu qu'elle veuille sortir de ce rôle pour revendiquer une pleine reconnaissance matérielle (elle émarge pendant ces années à peine à plus de 2200 euros nets) et symbolique de son engagement et du niveau qu'elle a atteint. Cela coïncide dans sa vie privée avec une mise en couple et une première cohabitation maritale. Carole décide de ne pas chercher à prolonger dans ce milieu au terme des trois ans du contrat.

Vers quoi se tourner, outre les remplacements du samedi matin ? Elle réactive nombre de contacts et est contactée par des cabinets de recrutements pour des laboratoires. Elle reprend rapidement des gardes aux urgences dans le secteur privé, lucratives, puis rejoint deux services à temps partiel : l'un d'urgences, où elle a été interne et est accueillie à bras ouverts en tant qu'attachée, l'autre de soins de suite (sur CDI). Elle arrête finalement rapidement les urgences, pour des raisons d'éloignement géographique et aussi de pénibilité du travail de nuit (qu'elle n'a jamais bien supporté, mais elle pensait que cela pouvait s'améliorer avec l'âge), et parce qu'elle ne se sent pas de se lancer dans une CAMU (capacité de médecine d'urgence) pour pouvoir devenir urgentiste PH. Même si elle aime vraiment bien l'activité et le service, « la parenthèse urgentiste est donc bien fermée. » Elle arrête aussi les remplacements, qui lui valent plus de charges que de rentrées d'argent pour une activité libérale aussi modeste, outre qu'ils la privent de week-end. Reste donc une activité de soins de suite, à laquelle elle ajoute un mi-temps comme PH contractuel en alcoologie (dans le service où elle a validé sa capacité d'addictologie) et une vacation dans un centre qui propose des consultations autour de la sexualité. Financièrement elle s'en sort bien mieux que dans le passé.

Par-delà l'émission des institutions et des statuts jamais stabilisés par lesquels Carole est passée, il faut souligner qu'elle a creusé un sillon cohérent autour de la prise en charge du VIH et de la compréhension des pratiques des patients qu'elle suivait. Elle a multiplié les démarches de formation, d'évaluation et de recherche sur ces domaines. Même si elle a acquis beaucoup de recul par rapport à la vanité de la course à la publication hospitalo-universitaire, elle aurait probablement beaucoup de mal à revenir sans regret à une activité limitée à la pratique clinique courante. Elle me dit par exemple que son travail dans le service de soins de suite est très intéressant et très confortable mais « uniquement clinique ». Lors de notre dernier contact, elle est enceinte et me parle de son intérêt intellectuel croissant pour la psychanalyse, intérêt soutenu par les interlocuteurs compétents dans sa belle-famille, mais à l'opposé de ce qui lui a été transmis dans sa famille d'origine pour laquelle ces questions étaient presque taboues.

Rebecca a elle fortement réduit son activité médicale à de rares remplacements à un certain moment de son itinéraire, l'a interrompue pour se former au yoga et à aux massages de la médecine ayurvédique, a rêvé de se dépayser dans des voyages lointains, avant de reprendre depuis peu une pratique clinique conventionnelle en institution en alcoologie, à temps partiel après son mariage et la naissance de son enfant. Cet intérêt pour l'addictologie (elle l'a découverte en stage d'internat, a fait sa thèse dans ce domaine, l'a développé dans ses consultations de médecine générale lorsqu'elle remplaçait etc.) est malgré tout un élément de continuité dans un parcours atypique.

Ces trois cas aboutissent à un tournant « MG-fuge » chez des jeunes femmes qui avaient exprimé à un moment un vrai choix de la filière médecine générale, ont remplacé, mais ont développé d'autres centres d'intérêt au gré de leur histoire personnelle. Les itinéraires professionnels semblent ici couplés avec des cheminements intimes plus compliqués que ceux de la plupart de leurs collègues, en tout cas pour ce qu'ils en expriment en entretien.

Tous les parcours incertains contournent-ils alors la médecine générale ? Ce n'est pas évident à considérer les itinéraires de Léa et d'Anita, tous deux très liés à la mobilité professionnelle de leur conjoint.

Léa est pleine d'énergie pour son métier mais a dû suivre déjà par deux fois la mobilité de son mari en menant simultanément à bien deux grossesses. Comme elle est ouverte à diverses formes d'exercice, aime la variété et la mobilité, elle n'hésite pas à saisir les opportunités de travailler qui se présentent en PMI, au planning familial, en remplacements de médecine générale libérale, en vacation dans des centres de santé, fût-ce pour des rétributions très modestes. Concrètement, cela aboutit à une certaine dispersion de ses engagements, qu'elle accepte comme une conséquence des contraintes fixées par la carrière de son mari mais qui parfois la frustrant dans son sentiment de réalisation professionnelle. Elle me dit par exemple lors du deuxième entretien qu'elle ne supporte plus qu'on l'appelle « la remplaçante ». Lorsque je la retrouve mère (et à nouveau enceinte) dans une autre ville, deux ans plus tard, elle n'occupe plus que des fonctions de médecine salariée très mal rémunérées et je doute fortement (sans le dire) de son retour vers la médecine générale après son congé maternité. Aux dernières nouvelles pourtant, Léa a effectué un long remplacement en médecine semi-rurale avec une partie d'activité en gériatrie en établissement, qui l'a beaucoup intéressée. Même si elle juge la conciliation de l'activité libérale et de la maternité terriblement compliquée, elle aimerait se stabiliser sur une collaboration deux ou trois jours par semaine. Le problème est qu'elle ne trouve pas de telle proposition en ville et qu'elle peut difficilement s'éloigner. Il lui est impossible de se projeter dans le moyen terme et donc dans une installation classique puisqu'elle sait devoir à nouveau bouger dans quelque temps. Le fait qu'elle ne réussisse pas à véritablement se poser est donc très lié aux contraintes hétéronomes dans lesquelles elle se trouve prise, et non à une démarche personnelle de recherche identitaire. Même si la variété (des fonctions, des contextes de travail, des populations) la séduit et entretient sa flamme pour son métier, elle prend vraiment plaisir et intérêt à la continuité des prises en charge ce qui est bien difficile à réaliser sous son statut. L'impression qu'elle a parfois de servir de « bouche-trou » sans reconnaissance statutaire et financière normale de son engagement lui pose problème, sans qu'une vraie alternative soit pour le moment envisageable. On peut relever que la mère de Léa, médecin scolaire et mère de trois enfants, n'a jamais interrompu son activité tout en suivant son époux qui devait bouger environ tous les cinq ans. Léa a ainsi vécu à l'étranger enfant, et aimerait pouvoir renouveler

cette expérience avec son conjoint. Un pays anglophone aurait sa préférence car elle pourrait y exercer, mais les destinations restent ouvertes. Elle projette aussi d'avoir un troisième enfant.

Anita est moins dispersée puisqu'elle n'a effectué que des remplacements en médecine générale depuis la fin de son cursus. Elle a dû traverser la France lorsque son compagnon a été recruté dans l'enseignement supérieur, ce qui implique pour elle une déstabilisation durable car elle avait de fortes attaches géographiques dans une région de montagne, qui conditionnait par exemple des loisirs qu'elle ne peut retrouver dans sa région d'adoption. Elle a d'ailleurs gardé de long mois son ancien appartement qui figurait son port d'attache dans cette vie précédente dont l'éloignement lui coûte. Son intégration professionnelle dans la région a fini par se faire, même si elle explique que la sociabilité d'un médecin remplaçant « parachuté » n'est pas facile à développer (c'est par l'intermédiaire du milieu de travail de son compagnon qu'ils ont pu tisser une nouvelle vie sociale). Elle a désormais son réseau de médecins, qu'elle remplace régulièrement, participe à des sessions de formation continue, a rejoint une association locale de remplaçants... et refusé plusieurs propositions d'installation. Cela ne semble pas lever chez elle un ensemble de réticences à un engagement durable sur cette nouvelle terre, sans que l'on puisse bien discerner ce qui appartient à sa personnalité des éléments qui tiendraient vraiment au contexte local qui ne la satisfait pas.

3 – Essai de portraits en mouvement

Nous tentons dans cette sous-partie un mode différent de restitution du matériau, qui vise à donner à voir la nature du travail réalisé auprès de chaque personne en valorisant le suivi longitudinal dans une forme de travelling. Le processus de maturation à l'œuvre et le « travail biographique »³¹ des individus y apparaissent mieux que dans l'objectivation synthétique des parcours ou même les encadrés que nous avons pu proposer jusque-là. Ce procédé se concentre sur la lecture verticale (et non pas horizontale ou transversale) de quelques entretiens, qui constitue un peu l'unité de base de l'analyse de chaque parcours étudié. Il se déroule en trois temps qui correspondent aux différents entretiens. La comparaison est donc mise de côté pour souligner des traits fins du matériau qui se trouvent un peu écrasés par les autres formats de restitution. Nous ne le faisons ici que pour deux personnes, donc à petite échelle, dans le souci de ne pas produire un catalogue de fiches biographiques qui irait à l'encontre du travail de mise en perspective problématisée qui doit rester l'ambition de ce rapport. J-C. Passeron souligne que la sensibilité à l'expressivité du « cas », livré dans son apparente intégralité avec « le frisson d'authenticité que procure *le hic et nunc* d'une individuation » (même si l'exhaustivité et l'immédiateté de la compréhension sont largement illusoire), ne doit pas jouer au détriment de l'analyse et de la montée en généralité. Cela conduirait à une forme de régression sociologique, or il ne s'agit pas d'oublier « pour l'amour de l'individu ses devoirs comparatistes de sociologue » (Passeron, 1990).

La question du choix des deux parcours à privilégier est difficile. Nous pouvons écarter les parcours linéaires, où se réalise en gros ce qui a été tôt annoncé et planifié, avec des ajustements portant simplement sur le détail des circonstances. Les parcours moins prévisibles, où se croisent des logiques complexes, professionnelles, organisationnelles et

³¹ J'emprunte l'expression à A. Strauss, qui l'a développée à propos des expériences de la maladie.

privées, méritent ici notre faveur, lorsque les informateurs acceptent de nous y donner accès sans réserve. Nous avons finalement choisi de profiter de ce changement de focale pour montrer comment peuvent se nouer des itinéraires MG-fuges chez deux personnes devenues généralistes véritablement par choix, c'est-à-dire en choisissant initialement non seulement la filière mais aussi le métier, qu'elles n'exercent pourtant pas ou plus aujourd'hui.

Adelaïde : entre médecine générale, oncologie et gériatrie

1^{er} entretien : juin 2004

(Adelaïde est en sixième semestre au moment de l'entretien, a terminé il y a un gros mois son stage chez le praticien. L'entretien a lieu l'après-midi dans un café et elle est enceinte de son deuxième enfant.)

Lors de ce premier entretien, Adelaïde est enthousiaste, tant par rapport à son expérience de médecine générale que par rapport à l'occasion qui lui est faite d'en parler. Lorsque l'entretien se termine, après un café prolongé, elle m'invite à poursuivre par un thé « pour faire connaissance maintenant ». Son attitude volubile, spontanée, sans réserve, installe une complicité plaisante et chaleureuse qui se retrouvera à chacune de nos rencontres. En médecine aussi, elle valorise énormément la rencontre, le dialogue, les qualités humaines. Ce qui donne sens à son métier est l'engagement auprès du patient, bien avant la prise en charge technique. Son choix revendiqué de la médecine générale s'inscrit dans cette perspective, même si l'obstétrique l'attirait « mais l'obstétrique c'est forcément très prenant, alors que la MG on peut décider que ce le soit moins... Même si je sais que je me ferai bouffer par mon métier ! ». De toutes façons, son mari aurait fort mal compris et accepté les contraintes de garde de l'obstétrique (« tous les 3 jours, c'est pas une vie, effectivement ils divorcent tous »). Elle a donc « choisi le mari » (elle exerce d'ailleurs sous son nom de femme mariée), et se dit sans regret par rapport à une éventuelle spécialisation. Elle est certaine de se réaliser pleinement en médecine générale. C'est justement le manque de sens et de respect du patient qu'elle a trouvé « horrible » pendant ses études. Sauf dans un service de cancérologie où elle est d'ailleurs attendue à bras ouverts si elle veut. Elle évoque cette opportunité comme « sa roue de secours ».

Elle a effectué son stage chez le praticien auprès de 3 médecins du même groupe. Elle s'est beaucoup investie et très bien entendue avec 2 de ces médecins, 2 hommes aux styles professionnels pourtant opposés. L'un travaille vite (en secteur 1), selon une approche assez stricte et biomédicale des problèmes, ce qui correspond très bien à une forme de demande, notamment en pathologie aigue, pour laquelle il est efficace et apprécié. Il l'a mise en garde sur ses excès de générosité vis-à-vis des patients : « méfie-toi, tu donnes trop, tu te mets en danger », mais ils ont toujours pu établir un vrai dialogue malgré leurs différences de style. L'autre a quand même sa préférence en tant que « vrai généraliste », auquel elle reconnaît à la fois une grande compétence médicale et une qualité d'écoute et d'accompagnement du patient dans la durée remarquable. C'est le type de médecine lente (en secteur 2), humaniste et rigoureuse sur les connaissances à la fois, qui lui correspond et il y a eu un vrai partage d'expérience avec beaucoup d'estime entre eux. Elle adresserait sans hésiter des patients aux deux, mais certainement pas les mêmes personnes. Le 3^{ème} maître de stage est une femme au savoir médical et aux pratiques « un peu controversables », avec qui les relations ont de plus été mesquines sur fond d'utilisation peu déontologique de la stagiaire. Souvent disqualifiée

sans ménagement, y compris devant les patients, Adelaïde a finalement « appris beaucoup en la côtoyant : la valeur de l'humilité en médecine ! Mais je n'aurais eu qu'elle, j'arrêtais médecine ! Je finissais pour finir et je partais dans l'industrie ! J'ai eu heureusement deux bouées pour récupérer, deux bouées efficaces, et quelqu'un qui abusait de son pouvoir pour m'appuyer sur la tête ! »

Autant Adelaïde valorise l'écoute et la prise en charge globale des personnes, autant elle est très agacée et donc intransigeante sur les arrêts de travail et les prescriptions sur les rhumes. Elle n'accepte pas d'être utilisée comme ça au motif que les gens paient. D'ailleurs, le rapport d'argent avec les patients la gêne. Elle voit bien que la pratique qu'elle aimerait faire s'accorderait mieux au secteur 2, en tout cas à Paris, pour avoir la liberté de prendre son temps avec les patients. Sinon, « pouvoir être salariée de la sécu, ce serait le rêve... » Elle aimerait être médecin généraliste, « ça c'est sûr, mais peut-être pas en ville-ville, parce que secteur 1 avec les charges de Paris je risque de pas tenir le choc en termes financiers. Si pour vivre en secteur 1 faut faire de l'abattage, je m'en sens pas capable... Et puis elle tient à préserver une vie de famille. Alors peut-être ailleurs... L'idéal serait quand même de garder en même temps un pied à l'hôpital d'une façon ou une autre, peut-être en cancéro ou alors soins palliatifs ? »

2^{ème} entretien : février 2007

(À l'heure du déjeuner, dans un restaurant situé à proximité immédiate de son travail.)

Adelaïde travaille désormais à 70 % comme médecin généraliste dans le service de cancérologie où elle avait été interne, en CHU. Elle a eu de nombreuses autres expériences, qui toutes lui ont beaucoup apporté voire l'ont passionnée : des remplacements de MG en centres municipaux de santé en banlieue (bien, mais la prise en charge était trop discontinuée pour elle), 6 mois dans un centre associatif accueillant des toxicomanes (génial, elle a adoré l'équipe, la façon intégrée de travailler des médecins avec les autres soignants), des vacances dans une PMI d'un quartier très défavorisé (génial, justement pour l'apport à cette population), et des vacances en médecine scolaire (ce qui pourrait beaucoup lui plaire car « il y aurait plein de choses à faire », mais elle a souffert d'être entourée de personnel démotivé). Aucun remplacement en MG libérale, car elle en redoute (et en surestime sans doute) les complications administratives qui l'assomment (« c'est son tempérament »). Et puis elle revient sur les formes de pression du patient qui la gênent : les demandes d'arrêt de travail dans une relation forcément un peu commerciale... Le salariat s'accorde vraiment mieux à sa conception de la médecine.

Elle a la chance d'être depuis 18 mois dans un service absolument génial, dans lequel elle a conçu puis mis sur pied un dispositif pionnier de suivi par téléphone des effets secondaires des chimiothérapies chez les patients. C'est donc une pratique originale de télé-médecine, au service du confort physique et moral de ces patients, en coordination avec leurs pharmaciens et médecins généralistes. Elle exerce en tant qu'attachée, avec des vacances qui sont montées en charge progressivement et devraient bientôt atteindre un temps plein. Financièrement, « ce n'est pas terrible », comme tout ce qu'elle a pu faire d'ailleurs (elle s'est toujours retrouvée avec un salaire net de moins de 2000 euros à la fin du mois), mais c'est extrêmement motivant et gratifiant de travailler dans cette équipe, de voir tout ce qu'elle a pu apporter aux patients avec ce projet. Elle tient à se revendiquer comme médecin généraliste, tout en jugeant son

intégration dans un service de spécialité parfaite. Comme dans ses différentes fonctions, c'est toujours l'expérience humaine et l'approche globale des personnes qui la motive et la fait avancer : le psychologique et le ressenti, pas la biochimie. Elle a passé un DIU d'oncogériatrie car les patients âgés l'intéressent de plus en plus. Son seul vrai regret est de ne plus avoir assez d'activité clinique directe, elle redoute de perdre la main. Vu que son mari gagne très bien sa vie dans la finance, et compte tenu des commodités qui lui sont faites sur ce poste, elle arrive à passer outre les considérations statutaires et financières. En effet, elle organise son travail de façon autonome, les conditions horaires sont très souples, adaptées à ses contraintes familiales, le service est proche de chez elle et elle bénéficie de la crèche de l'hôpital. Elle s'occupe seule de ses 2 enfants le matin et le soir (elle les récupère elle-même), son mari travaillant énormément. Sa vie personnelle a été très limitée de ce fait, d'autant que ses nuits sont depuis 2 ans très perturbées par les problèmes de sommeil de ses enfants.

3^{ème} entretien : janvier 2009

(Adélaïde me reçoit un matin à son domicile en fin de congé maternité, avec son bébé de 3 mois. Elle me proposera à l'issue de l'entretien de rester pour un déjeuner improvisé.)

Depuis 2007 elle n'a pas bougé du service de cancérologie, et a cessé ses autres activités bien qu'elle soit allée à quelques entretiens de recrutement dans des centres prenant en charge des toxicomanes (déçue par le premier contact avec les équipes, c'est elle qui n'a pas souhaité donner suite). Comme prévu, elle est passée à 100 %, toujours avec des vacances d'attachée. Elle n'a pas pu toutefois développer d'activité clinique, comme elle souhaitait le faire notamment auprès des patients âgés, faute de temps. Depuis le départ de sa collègue elle est désormais seule sur ses fonctions et a encore moins de temps pour s'occuper elle-même des patients. Ce contact en face à face avec les patients commence à lui manquer. Sinon, le dispositif qu'elle a monté tourne, les retours de patients sont excellents, les bénéfices évidents. Son travail a été remarqué (y compris lors de l'accréditation de l'hôpital) et commence à être copié. Cela ne se traduit pas en reconnaissance financière ou statutaire (le service est de plus en plus sous pression), ni en perspectives pour elle, car il n'est pas envisageable de devenir PH en médecine générale dans un service universitaire prestigieux. Tout son temps professionnel étant de toute façon absorbé par les patients et la vie du service, elle ne peut pas développer une activité de publication – elle peste contre certains de ses collègues hospitaliers qu'elle voit se soustraire à l'activité clinique pour publier. En prévision de ses 6 mois de congé maternité, elle a complètement organisé son remplacement, formé ses remplaçantes. Elle est souvent passée dans le service s'assurer que tout fonctionnait. L'outil est suffisamment au point pour pouvoir se passer d'elle, mais elle vient d'apprendre qu'il n'y aura pas de possibilité de vacances pour maintenir ses collègues à son retour. En outre, le service a connu récemment quelques problèmes avec certains personnels et l'ambiance semble moins enchantée. Les 6 mois du congé maternité lui ont permis de prendre du recul et de pas mal réfléchir, d'autant qu'avec l'arrivée de leur petite fille son mari cherche à changer de travail pour être plus disponible (ce qui risque de modifier leur situation financière alors que les charges de l'emprunt pour leur appartement sont importantes). Il a commencé à accompagner les deux grands à l'école et aimerait continuer. Adélaïde reste très investie auprès de ses enfants, elle ne conçoit pas la maternité autrement. Elle va passer à 80 % pour avoir le mercredi libre. En étudiant les possibilités de congé parental elle a réalisé à quel point le statut de médecin attaché était précaire : elle n'aurait eu aucune garantie de retrouver son poste, et le nombre de ses vacances qu'elle assure peut de toute façon à tout moment être revu

à la baisse unilatéralement par l'employeur. Elle est de plus en plus intéressée par la prise en charge des personnes âgées et pense qu'elle peut vraiment leur apporter quelque chose. Elle a donc engagé une capacité de gériatrie et songe qu'à terme, ce diplôme lui ouvrira de meilleures perspectives financières et statutaires, notamment dans le secteur privé, et où qu'elle aille (si son mari prend un emploi ailleurs, elle devra le suivre). Rester dans le service à mi-temps l'intéresserait, ses relations restent bonnes avec le chef de service (elle sait qu'il est par exemple intervenu personnellement pour la place en crèche de sa fille, élégamment, sans lui en parler). Exercer à nouveau la médecine générale ? Pourquoi pas mais en centre de santé, sans le côté commercial. Elle adresse régulièrement des patients du service qui n'ont pas de généraliste à un de ses anciens maîtres de stage, le « vrai généraliste ». Ils en sont ravis. L'autre médecin ne lui paraît vraiment pas adapté pour s'occuper de malades du cancer, et elle ne révisera jamais son jugement sur la troisième !

Même si son souci et son énergie pour les patients restent intacts, sa conception du soin inchangée, je note qu'elle ne revendique plus à aucun moment son identité de généraliste. Je lui en fais la remarque par mail après l'entretien, et elle m'explique qu'elle ne m'a pas « bassinée » avec ça parce que justement son rôle crucial de généraliste est une évidence, complètement intégrée à sa pratique. Ce qui l'attire en gériatrie est du même registre, il ne s'agit absolument pas d'une spécialité d'organe mais de personnes fragiles qui ont besoin de cette approche.

Claudia : entre médecine libérale, santé communautaire, PMI et humanitaire

1^{er} entretien : août 2004

(Claudia est encore interne et l'entretien a été accepté sans difficulté. Il a lieu dans un café proche de chez elle.)

Claudia a fait son stage chez le praticien tôt, en deuxième semestre, car elle était pressée de vérifier que la médecine générale lui convenait. C'était jusque-là un choix un peu en aveugle, qu'elle ne regrette pas du tout. Elle a volontairement choisi un maître de stage en ville et un en rase campagne. C'est chez ce dernier qu'elle s'est « régaliée », a tout de suite pu être très active dans un cadre rassurant, très bien acceptée des patients et a développé beaucoup d'affinités personnelles avec sa maître de stage. Dans le cabinet de centre-ville elle a été beaucoup plus passive, malgré une relation très courtoise avec un maître de stage assez professoral, mais dont la pratique l'a peu convaincue. En résumé, il passait la main aux spécialistes très vite, même lorsque Claudia proposait de pousser la prise en charge, il prescrivait beaucoup sur les petites pathologies courantes, et pas forcément des médicaments anodins. Sur la seule vraie urgence qui se soit présentée, elle considère qu'il a fait prendre des risques sérieux complètement inutiles à une patiente en ne l'adressant pas aux urgences... Avec lui, elle a eu le sentiment d'une grosse différence générationnelle dans les manières de travailler, et jamais de vraie place intégrée au cabinet. Claudia me raconte tout cela librement mais m'explique que « dans la vraie vie » elle se montre plutôt discrète, elle est toujours restée respectueuse en évitant les mises en cause et même les discussions de fond. Les temps d'échange étaient de toute façon réduits avec ce praticien (quasiment que dans la voiture), et puis elle s'est raisonnée : « c'était sa clientèle, pas la mienne, et j'allais pas le changer ». À la fin du stage elle acceptait même d'imiter ses prescriptions sans discuter « je marquais tout selon ses habitudes, comme ça, ça lui convenait, sachant que moi je ne les prescrirai jamais

plus, alors il a dû se trouver très convaincant mais moi je vivais mal de signer n'importe quoi ». Au-delà de la personnalité de ce médecin, le contexte urbain, les patients, les pathologies, lui ont paru beaucoup moins intéressants qu'à la campagne où il y a plus de confiance et de franchise. Et c'était une médecine plus commerciale, « les arrêts de travail allaient avec la longueur de l'ordonnance », avec une forme de gentillesse avec les patients pour ne pas les perdre, qu'elle juge hypocrite. À la campagne, les patients étaient beaucoup mieux suivis, et il était au contraire presque impossible d'arrêter les gens. Donc « le choix est vite fait, les avantages de la ville ne sont pas négligeables mais je me suis beaucoup plus régalée à la campagne, alors est-ce que c'est le fait du médecin ? ». De son expérience, les patients semblent se rendre mieux compte de la valeur du soin chez le généraliste qu'aux urgences. Le rapport à l'argent et aux associés n'était pas du tout le même dans les deux cabinets. Tout était intégré dans le premier (SCP), tandis que dans le deuxième, on comptait plus et on ne se parlait guère.

Claudia a été perturbée que ces deux médecins fassent aussi peu déshabiller les patients, elle pense que l'examen peut être l'occasion de découvrir des choses (ça lui est arrivé à quelques reprises), mais l'explique par le manque de temps dans l'enchaînement des consultations. Mais le plus dur à accepter, en médecine générale, c'est qu'il n'y ait pas toujours de diagnostic et qu'on doit quand même essayer de bidouiller, ce qui va contre les réflexes des autres stages. Là « on n'a pas les bilans à tour de bras qui permettent d'éliminer plein de choses, on reste comme ça dans le vague pas mal, essayer de faire quelque chose qui arrivera à une solution, la plus adaptée, sans savoir vraiment sur quoi on part. Et connaître ses limites dans ce flou ». Elle considère avoir été mal préparée à la médecine générale, et avoir surtout appris dans ce stage le déroulement de la consultation, étape par étape mais en continu, et avoir gagné une certaine sérénité puisqu'elle a vu qu'elle savait gérer pas mal de situations. « Réussir à faire l'accueil, l'interrogatoire pour savoir quelles sont les vraies demandes finalement, après l'examen, et réussir à réfléchir en même temps à ce qu'on va pouvoir faire par la suite, que ça se fasse tout ça pendant que le reste s'effectue, pendant l'examen projeter est-ce qu'on va faire un bilan complémentaire, penser à plein de choses et décider l'essentiel, tout en restant présent, attentif à ce qu'on continue de faire, de dire ou d'entendre, et ça effectivement c'est quelque chose qu'on ne voit nulle part ailleurs. » Claudia juge la MG vraiment intéressante et valorisante, mais elle dit qu'intellectuellement ce n'est justement pas une spécialité. De plus, les retours des patients sur son travail étaient très bons. En ville, elle a quand même ressenti une lassitude par rapport aux viroses. Elle pense remplacer, a bien envie de s'installer, de toute façon en association, peut-être à la campagne pour le style de relations et de travail, « mais est freinée par l'emploi du temps, comme tout le monde ». Elle pense que sa maître de stage « se régale » mais n'envie pas son emploi du temps. Et puis en rase campagne, il y a la gestion du stress, le SAMU à 50 minutes pour les patients les plus éloignés, le jour où on en a besoin, ça fait réfléchir... À côté à la campagne y a tous les petits trucs qu'on découvre qui rentrent dans le cadre de la médecine et qui y rentreraient jamais ailleurs et c'est super. « Emotionnellement ça change beaucoup ». L'idéal reste « une association, nombreux, avec des gens avec qui on échange, à la campagne, avoir les avantages sans les inconvénients, avec par ailleurs une vie culturelle pas trop pauvre ».

2^{ème} entretien : juillet 2006
(dans un café proche de chez elle)

Claudia se marie dans 2 jours mais a fait l'effort de se libérer pour me rencontrer. Elle est d'humeur légère.

Ses débuts en médecine générale se passent vraiment bien. Depuis la fin de son troisième cycle (marqué par un stage à la Permanence d'Accès aux Soins du CHU, cette médecine auprès de populations migrantes l'a passionnée), elle fait des remplacements en médecine générale dans divers cabinets. Cela l'occupe à peu près à mi-temps et lui laisse enfin du temps pour sa vie personnelle. Elle consacre aussi beaucoup de temps à sa thèse : un sujet sur l'évolution de la représentation de la relation médecin-malade dans l'art qu'elle a trouvé et qu'elle travaille toute seule. Ce rythme tranche agréablement avec celui des années d'étude. Contrairement à ses craintes, elle a trouvé très facilement des remplacements et maintenant refuse beaucoup de demandes. Pour l'essentiel elle travaille à l'extérieur de la ville universitaire où elle réside : soit dans la campagne profonde (son goût pour ces patients et leur abord du médecin, ce type de prise en charge, ne s'est pas démenti), soit dans une petite ville préfecture d'un département rural. Ces expériences sont très intéressantes, les retours des patients très positifs.

Claudia reste gênée par la relation d'argent et le rapport que cela peut induire avec les patients. Elle déplore qu'un des jeunes médecins qu'elle remplace soit en train de glisser vers une trop grosse activité, de plus en plus commerciale, et voudrait, elle, conserver une ligne différente, peu prescrire, etc. Il y a eu aussi quelques crispations sur les questions d'argent avec des médecins remplacés, lorsqu'elle n'avait pas fait payer des patients. Mais globalement elle s'est très bien entendue, a logé chez les personnes qu'elle remplaçait et parfois cohabité avec sans même les connaître au départ.

Le rythme des consultations est source de difficultés : Claudia a besoin de pouvoir consacrer 20 minutes à chaque patient et est vraiment à la peine lorsqu'elle doit faire une trentaine d'actes par jour. Elle ne tient pas le rythme, accumule du retard, et surtout n'arrive plus à maintenir une vision claire de ce qu'elle fait. Elle m'expose précisément ses angoisses nocturnes sur les prises en charge, sa fatigue dans ces situations où elle n'arrive plus à se faire confiance. Il lui arrive de solliciter quelques amis de promotion pour se rassurer en fin de journée, quand une prise en charge la turlupine vraiment, elle aime bien rappeler pour prendre des nouvelles des patients, etc. En remplacement, il lui est arrivé un jour de solliciter l'avis de l'autre médecin du village car elle n'arrivait pas à éliminer un diagnostic grave (bien qu'improbable) sur une patiente. Ce geste a été très mal compris du médecin remplacé qui lui a dit qu'installée elle ne ferait jamais ça... Mais Claudia espère bien que si, et déplore cette impossibilité de partage. Les cabinets de groupe où elle s'est sentie le mieux sont ceux où les médecins échangeaient facilement, pouvaient passer d'un bureau à l'autre pour se montrer un patient, etc. Une limite de sa position est de devoir se couler quand même un peu dans ce que font les médecins : leur rythme, leurs petits médicaments, les visiteurs médicaux qu'ils reçoivent, choses sur lesquelles elle n'ose pas se démarquer. Vis-à-vis des patients aussi elle sent qu'elle a du mal à poser ses limites ou à être directive, qu'elle se laisse « bouffer », envahir, accepte de rajouter des visites non justifiées ou des consultations là où d'autres gèreraient autrement.

Elle a également remplacé dans un cabinet de centre-ville à deux minutes de chez elle, expérience qui a achevé de la détourner de la médecine de grande ville : les médecins ne se parlaient pas, ne se faisaient pas confiance, méprisaient la secrétaire, les patients étaient dans une demande de consommation à laquelle les médecins accédaient en étant très prescripteurs. Exactement l'inverse de sa vision de la médecine. Un ami lui ayant vivement conseillé un remplacement dans un cabinet d'un quartier populaire de la ville qui devrait mieux lui correspondre, elle s'y rend dans quelques mois pour voir si la ville dans ces conditions présente plus d'intérêt.

Elle a revu ponctuellement la maîtresse de stage qu'elle aimait bien, dans un cadre gastronomique et non médical. Elle reverrait bien l'autre et son épouse, mais en tant que personnes, parce que « médicalement ce serait vraiment pas possible de lui faire confiance ». L'avenir reste ouvert, elle et son futur époux ne sont pas forcément fixés géographiquement et elle n'a pas de projet d'enfant à court terme. Lui est artiste sans situation stable, ils sont potentiellement mobiles sur tout le sud de la France. Elle aimerait dans l'idéal une installation avec « des bonnes copines », dans une campagne proche d'une ville moyenne, associée avec une ambiance sympa, et pouvoir garder une vie culturelle pas trop pauvre quand même.

3^{ème} entretien : décembre 2008

Claudia est visiblement épuisée. L'entretien était prévu sur un de ses jours de repos mais elle a dû finalement remplacer au pied levé son associé ce jour-là. Elle m'a gentiment proposé de décaler en soirée pour profiter de mon passage dans la région et le faire quand même. Nous nous retrouvons en centre-ville, au même endroit que les fois précédentes, elle plaisante que cela va « enfin la sortir un peu » du quartier où elle réside et travaille désormais.

Elle se livre très facilement mais donne l'impression ce jour-là d'être vidée de son énergie et de vivre des remises en cause plutôt douloureuses (alors même qu'elle m'explique que sur le plan personnel elle va beaucoup mieux que quelques semaines plus tôt).

Après notre dernier entretien, elle a d'abord poursuivi les remplacements sur lesquels elle s'était stabilisée. Encore de bonnes expériences à la campagne, une très bonne expérience aussi dans le cabinet d'un quartier populaire de la ville universitaire où elle réside : beaucoup de migrants, primo-arrivants, plus de la moitié de la patientèle en CMU ou AME. Elle a commencé à se lasser du cabinet situé dans la préfecture du département voisin : l'activité ne cessait d'augmenter et les deux médecins dérivèrent vers des pratiques de plus en plus commerciales et de moins en moins rigoureuses. Ils cherchaient à s'agrandir et lui ont proposé une association qu'elle a déclinée compte tenu de ces désaccords de fond croissants.

Puis le médecin responsable de la Permanence d'accès aux soins où elle avait été stagiaire en tant qu'interne l'a mise en contact avec un jeune collègue généraliste militant énergique, porteur d'un projet ambitieux de centre de santé communautaire. Elle a arrêté progressivement tous ses autres remplacements pour s'y investir, d'abord comme remplaçante puis comme collaboratrice (libérale faute de meilleure possibilité, mais en reversant des honoraires car le centre est régi par un principe d'équité salariale). Elle deviendra enfin collaboratrice salariée à compter de 2009.

Claudia m'explique l'originalité de cette structure, qui vient d'obtenir non sans mal le label de centre de santé. Même si elle est un peu en retrait par rapport au médecin pilote et aux « promoteurs de santé » qui y travaillent, elle adhère profondément à cette conception de la santé et des soins. Le centre fonctionne dans un quartier populaire de centre-ville, comptant de nombreux migrants, où elle réside aussi désormais. L'équipe ne comprend, comme personnel stable, que deux médecins généralistes, une infirmière et deux promoteurs de santé, tous surinvestis. D'autres professionnels sont passés, mais n'ont pas pu être stabilisés faute de moyens. Certains interviennent ponctuellement en bénévoles.

Les consultations représentent la moitié du temps de travail des deux médecins, le reste est pris par le montage de projets, la recherche de subventions, l'organisation d'autres activités de santé, au sens très large, à destination des patients. L'ensemble déborde fréquemment en soirées et le week end, où ils restent joignables par les patients. La situation financière de la structure est très difficile. Claudia gagne moins de 1500 euros par mois, comme elle ne peut pas se reposer financièrement sur son conjoint cela commence à lui poser sérieusement problème. Au total, ce sont des conditions d'exercice de la médecine qu'elle juge vraiment enthousiasmantes (une demi-heure par consultation, ce qui lui ôte tout stress sur la qualité de ses prises en charge) dans une approche interculturelle passionnante, mais elle est minée par les soucis sur la pérennité de la structure et épuisée physiquement et moralement par tout ce que ce fonctionnement exige d'elle. Sa vie personnelle en pâtit.

Cet épuisement l'a récemment amenée à prendre la décision de mettre plus de distance. Elle compte passer en 2009 à un mi-temps salarié sur cette structure, en reprenant par ailleurs des remplacements normalement lucratifs.

Un aperçu de la suite : peu de temps après l'entretien Claudia m'a fait passer sa thèse et nous avons un peu complété par mails quelques points de l'entretien. Puis je l'ai revue au printemps 2009 car elle m'a contactée à l'occasion d'un passage à Paris. Nous nous sommes promenées en discutant en bâtons rompus. Elle m'a appris qu'elle s'était séparée de son mari après les fêtes et que la situation au centre de santé s'était vraiment dégradée. Il lui semblait que le simple fait de vouloir se préserver en revenant à un mode d'implication plus normal la faisait « passer pour le diable » auprès de ses collègues. Peu après, elle m'a informée par mail de sa démission du centre. Sans plus trop d'attache professionnelle ni personnelle, elle formulait son besoin de se consacrer pour un temps à des « projets plus personnels ».

J'ai à nouveau des nouvelles (à ma demande, en vue du bouclage du rapport) en février 2010 : après un passage dans une PMI de sa région elle a fait le choix de partir dans un département d'outre-mer. Elle exerce à nouveau en PMI là-bas, en CDD, et espère pouvoir se rapprocher d'un organisme de médecine humanitaire pour effectuer des vacances bénévoles.

Partie 3 – De l’analyse des parcours biographiques aux perspectives macro-sociales

Au-delà de l’analyse des positions et parcours des personnes étudiées, le suivi rapproché d’une cohorte de jeunes diplômés de médecine générale prétend éclairer d’un nouveau jour certaines questions macro-sociales contemporaines relatives aux transformations des pratiques et praticiens en médecine générale.

Les données d’enquête seront revisitées dans cette partie au prisme de quelques questions transversales importantes, construites à l’interface des problématiques sociologiques et du débat contemporain sur les questions de formation médicale et d’évolution de l’exercice des soins primaires. La contribution de l’étude sociologique approfondie d’une cinquantaine d’itinéraires de jeunes médecins à ces questions est modeste mais pas insignifiante, dans un domaine où bien des assertions manquent d’assise empirique solide, alors même qu’elles prétendent engager l’avenir du système de santé. La posture de recherche adoptée tout au long de ce travail, cohérente avec les méthodes qualitatives et la *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967) est de fonder l’analyse sur une connaissance rapprochée et non normative des réalités de terrain. Elle n’interdit pas, au contraire, le passage à la montée en généralité et à des propositions d’interprétation de tendances macro-sociales émergentes dans lesquelles nos informateurs sont pris et qu’ils contribuent à faire advenir.

Trois entrées différentes ont été retenues, qui correspondent à autant de problématiques actuelles autour de la médecine générale, pour voir en quoi les pistes de recherche que nous avons suivies peuvent contribuer à en renouveler l’intelligibilité.

Il s’agira :

- Du devenir de la médecine générale au prisme du changement générationnel.
- Du lien formation – emploi chez les jeunes diplômés de médecine générale.
- De la question du genre parmi les jeunes diplômés de médecine générale.

1 – Le devenir de la médecine générale au prisme du changement générationnel

Changement d’époque

Le travail de référence d’I. Baszanger (1979, 1981, 1983) a montré comment les jeunes généralistes des années 70 (et bien au-delà), qui ne recevaient pas de formation spécifique, vivaient en autodidactes la découverte du cœur de leur métier, dans une espèce d’indifférence des facultés et des pouvoirs publics par rapport au niveau ou à la qualité de l’offre en soins primaires. Ils réalisaient un certain nombre d’adaptations actives en précisant le champ de leurs prises en charge et, sur un plan cognitif, les références avec lesquelles ils souhaitaient travailler. Certains, dès ces années-là, préféraient rester dans le cadre hospitalier qui les avait formés, ou se spécialiser de manière plus ou moins formelle sur certaines niches, mais nous n’avons pas les moyens de reconstituer précisément ces flux, que personne ne jugeait problématiques. En outre, l’existence des CES jusqu’au milieu des années 80 faisaient qu’ils

n'étaient pas nécessairement généralistes à vie. Si cela ne leur convenait pas, le passage à une position de spécialiste restait ouvert à tout moment. On sait aussi qu'à cette époque les remplacements en médecine générale constituaient une expérience très partagée, même pour les étudiants qui se destinaient à une spécialité ou à un tout autre exercice. Une certaine fluidité des expériences et un rapport au temps « élastique » étaient donc de mise à ce stade du cursus (Hardy-Dubernet, 2009).

Il en va tout autrement dans les années 2000 : la formation spécifique à la médecine générale existe, de plus en plus consistante même s'il faut relativiser son importance sur l'ensemble du cursus des études médicales. La filière universitaire prend forme, les ECN assurent depuis 2006 un taux de remplissage correct de l'internat de médecine générale, malgré des inégalités entre régions. Les missions de la médecine générale ont été inscrites dans la loi HPST en 2009, la profession travaille à un référentiel-métier, un collège unique pour la médecine générale est en voie de constitution, etc. Les étudiants du troisième cycle de médecine générale n'ont jamais été autant préparés, en pratique et en théorie, à la médecine générale, quoi que l'on pense des contenus de ces enseignements ou de la régulation de leur qualité. Ils n'ont jamais été autant contraints dans la production des « preuves » des apprentissages qu'ils ont effectivement réalisés en médecine générale, dans le choix de leurs sujets de thèse « en médecine générale », autant exposés à une rhétorique « MG pride »³² au sein de leurs départements universitaires. En amont, les stages de découverte de la médecine générale en deuxième cycle sont désormais partout en vigueur. Tout cela a été rendu possible par la conjonction de la mobilisation durable de généralistes militants de leur discipline et d'un engagement tardif des autorités sanitaires en faveur des soins primaires.

La constitution de l'offre de soins primaires en problème de santé publique a donc fini par rencontrer le mouvement des généralistes pour la reconnaissance des spécificités et de l'utilité de leur métier. Le choix d'instituer la médecine générale à partir de la formation initiale, au sein des facultés de médecine, a alors pu paraître le mieux à même de constituer les conditions optimales de développement futur de la discipline en investissant sur la socialisation des jeunes à ses concepts, raisonnements et pratiques. Le résultat est un resserrement des dispositifs de formation à la médecine générale dans les facultés, dispositifs de plus en plus structurés et contraignants, à un degré jamais atteint dans le passé. Tout cela pour construire une spécialité qui voudrait ne plus pouvoir être confondue avec aucune autre pratique médicale et tenter d'ancrer les étudiants dans son exercice.

Si les institutions instituaient vraiment par le seul effet de leur volonté, tout irait donc pour le mieux et la médecine générale devrait être en train de connaître une véritable renaissance. D'autant que la conjoncture du « marché de l'emploi » en médecine générale libérale est très favorable aux nouveaux venus : les propositions d'emplois abondent, au point qu'il n'est plus question de rachat de clientèle, comme cela se pratiquait il y a peu. Et pourtant... Malgré une politique qui vise à former plus de futurs généralistes et à les former considérablement mieux que dans le passé, l'enjeu de la reproduction de l'exercice classique de la médecine générale devient relativement aigu, d'abord parce que valider le modèle de formation proposé et devenir généraliste à la manière des « aînés » ne va pas de soi pour un jeune interne de la filière de médecine générale.

³² J'emprunte l'expression au généraliste C. Lehmann.

Vous avez dit instituer ? Le temps de la faculté

Les dispositifs imaginés peinent à atteindre leur but immédiat, nous avons commencé à le comprendre à l'issue de l'enquête sur le stage chez le praticien et cela se confirme. Les personnes de la cohorte ont certes vécu leurs études sous l'ancien régime du concours de l'internat, or on sait que l'assimilation de la transformation des règles du jeu de la formation médicale prend un certain temps, que les représentations et anticipations connaissent une forme d'*hysteresis*. Elles n'ont pas non plus été exactement soumises aux exigences actuelles de validation du DES de médecine générale, de plus en plus strictes (quant aux lieux de stage, aux productions sur les apprentissages, à la thèse portant désormais obligatoirement, dans certains Départements, sur un sujet de médecine générale). Notre population a toutefois bénéficié des principaux enseignements théoriques et pratiques, le stage chez le praticien constituant incontestablement le temps fort de la socialisation à la médecine générale. Certaines personnes de la cohorte ont même connu la mise en place des premiers « SASPAS » et effectué un stage supplémentaire en cabinet de médecine générale.

Les contacts maintenus avec les internes actuels et des enseignants ne permettent pas de penser que la conversion des jeunes à la manière dont la médecine générale est enseignée et validée soit aujourd'hui plus massive que dans les promotions auxquelles cette étude est consacrée. Sur le terrain des DMG, on continue de s'affairer pour produire des normes, des valeurs, une culture de métier commune, sortir du laisser-faire, se poser en tuteur³³ de « jeunes pousses » de 27 ou 28 ans. D'un côté, les modalités pédagogiques se réclament d'une inventivité permanente, sont censées valoriser l'autonomie, permettre l'expression de chacun ; de l'autre, elles procèdent selon des modalités fondamentalement conservatrices qui sont celles du compagnonnage et du tutorat³⁴. L'enjeu est bien sur le fond celui d'une prise de pouvoir des généralistes sur les parcours et contenus de formation mais les modèles auxquels il est fait référence sont paradoxalement anti-autoritaires, du fait de l'histoire complexe des médecins généralistes et de la manière dont s'est développée leur formation continue à compter des années 70 (Bloy, 2010a et 2010c).

L'accumulation de dispositifs contraignants dont les internes ne voient pas toujours le bénéfice est l'objet de critiques importantes d'une partie des promotions. On peut renvoyer ici à des thèses de médecine récentes sur le vécu de cette formation par les internes (Van Dessel, 2009 ; Dahan, 2009). On peut lire aussi sur l'excellent blog de « Jaddo »³⁵ un post exceptionnel sur les « Récits de situations cliniques authentiques » que doivent produire et consigner de stage en stage les internes, qui a provoqué de nombreuses réactions... « Jaddo » exerce pourtant la médecine générale avec un engagement, une exigence et une capacité réflexive dont on peut difficilement douter à lire la finesse et la justesse de ses observations ! C'est un fait sur lequel notre attention avait été attirée assez tôt lors de l'enquête sur le stage chez le praticien : même des personnes très attirées par la médecine générale avaient une prise de distance critique vis-à-vis de la démarche d'institution de la médecine générale telle qu'elle est portée dans la plupart des Départements. Sur le temps des études, l'institution

³³ Le tutorat est un dispositif d'accompagnement au long cours des internes par un généraliste référent, aux performances discutées, mais c'est surtout ici une image pour résumer l'esprit d'un programme institutionnel et ses difficultés à infléchir le cours spontané des choses, des apprentissages et des projets autonomes de développement.

³⁴ Je renvoie aux considérations de C. Dubar sur l'apprentissage expérientiel, déjà développées à la note 4.

³⁵ Voir le site <http://www.jaddo.fr/category/internat>, notamment pour le post du 12 février 2010.

DMG apparaît donc relativement forte (et de plus en plus, avec des variations toutefois selon les facultés) pour les contraintes qu'elle parvient formellement à imposer, mais faible quant à la démonstration auprès des intéressés de sa pertinence et de sa légitimité.

Après la faculté : le temps des logiques privées

Le pouvoir de l'institution est encore plus faible, pour ne pas dire dérisoire, si l'on considère sa capacité à contraindre des parcours des jeunes praticiens une fois qu'ils sont diplômés. Ni les enseignants de médecine générale, ni les organisations professionnelles d'aucune sorte ni les pouvoirs publics n'ont aujourd'hui véritablement prise sur les destins des jeunes diplômés de médecine générale. Après la validation du troisième cycle peut donc venir le temps des logiques d'action privées.

Cette phase mérite déjà d'être rapportée aux analyses de C. Van de Velde (2008) sur la sociologie comparée des jeunesses européennes (présentées en partie 1). Dans le cas de la jeunesse française, et tout particulièrement de sa fraction scolairement la plus performante, fortement investie dans les études longues et sélectives, cette sociologue pointe que le temps des aspirations identitaires ne peut venir qu'après celui des exigences extérieures. La phase de formation est caractérisée par une faible souveraineté sur sa trajectoire propre, le jeu des institutions et de la concurrence pour extraire l'élite et hiérarchiser les candidats aux places prestigieuses ne laissant ni la possibilité ni le loisir de s'aventurer de manière autonome hors des sentiers battus. Au point que la jeunesse en vient à être présentée par un des informateurs de C. Van de Velde comme un « mauvais moment à passer », tout entier tendu vers cette nécessité d'assurer sa place future pour pouvoir espérer vivre enfin selon ses choix (Van de Velde, 2008, p. 150). Si certaines données sont communes aux jeunes à travers l'Europe, cette formulation et cette vision sont propres à la France, dont le cas danois constitue le contre-modèle. Les conditions sociales d'une potentielle « crise post-étudiante » sont structurellement constituées par un tel déséquilibre entre la structure sociale et les aspirations individuelles, car ces jeunes Français partagent par ailleurs les valeurs de développement personnel autonome de leur époque et de leurs semblables européens.

Revenons au cas spécifique des médecins. Il s'inscrit dans le modèle que nous venons d'évoquer du point de vue des exigences et de la longueur du cursus (cadre par deux concours, clôturé par des stages d'internat où c'est la surcharge de travail et de responsabilités qui le plus souvent prévaut). Il se distingue certes de la situation de la plupart des jeunes Français par la certitude des débouchés sur le marché du travail comme par les moyens garantis, à compter de l'internat, d'une autonomie financière et résidentielle durable. Mais le contraste entre la vie imposée durant les études et l'espace des possibles qui se déploie ensuite est considérable. Cela fournit une clé de lecture précieuse pour comprendre le sens de la période qui suit l'internat, en tout cas pour ceux qui n'ont nul désir d'enchaîner sur une formation complémentaire précise ni de viser une carrière hospitalière rapide et peuvent donc enfin s'extraire des contraintes qui ont régi dix ans durant leur vie de jeune adulte.

Reprenons ici les principaux éléments du bilan réalisé à l'issue du stage chez le praticien ou en fin d'internat par nos informateurs : les plus nombreux n'étaient ni pressés ni fixés dans leurs intentions et formulaient des critiques circonstanciées sur les exigences mais aussi sur les dérives du mode d'exercice libéral traditionnel ; une minorité des internes (les « malgré-nous » de la médecine générale) exprimait de fortes critiques à l'encontre de la médecine

générale sans distinction ; le contenu du travail médical en médecine générale était apprécié par beaucoup, et objet d'un fort enthousiasme pour certains. Le suivi de cette population a montré que les jeunes diplômés de médecine générale ont des aspirations et modes de réalisations professionnelles qui pour partie contournent l'exercice de la médecine générale de premier recours. Ce n'est plus une réalité sociale émergente, la chose est désormais bien établie et est devenue en quelques années un lieu commun - au point qu'un chiffre étonnamment rond a circulé début 2010 dans les médias, selon lequel 10 % seulement des jeunes diplômés s'installeraient (la mesure n'est pas vraiment circonstanciée : toutes filières confondues ? au bout de combien de temps ?). A défaut de chiffrage, le regard sociologique mobilisé dans ce rapport a permis de mieux cerner les circonstances et modalités de cette « évaporation » à l'échelle des parcours biographiques des individus, là où les dynamiques à l'œuvre restent relativement peu accessibles au regard des institutions.

Concentrons-nous à présent sur ce que tout cela produit sur la pratique effective de la médecine générale. S'il est entendu qu'elle ne sera pas leur lot à tous, en quoi ceux qui la pratiquent finalement ont-ils des dispositions et des façons de pratiquer proches ou distinctes de leurs aînés ?

Un renouvellement bien tempéré

Nous proposons donc de nous intéresser ici à la dizaine de personnes qui sont aujourd'hui pleinement engagées dans cette pratique³⁶. Qu'apporte finalement ce suivi de cohorte aux nombreuses considérations sur les transformations, réelles ou attendues, des modalités de pratique de la médecine générale par la génération montante ? Un certain nombre d'enquêtes autour des *desiderata* des jeunes médecins ont esquissé la thèse d'un effet de génération important. « On sait » ainsi que « les jeunes » (supposés homogènes) ne veulent plus du modèle canonique de pratique, et l'on fait mine de penser que les praticiens de générations antérieures étaient alignés comme un seul homme sur ce modèle classique, ce qui est à coup sûr discutable (Véga, 2007). Que les critiques exprimées par les jeunes diplômés, et les hésitations qui en découlent soient fortes ne fait guère de doute pour ceux qui enquêtent auprès d'eux : elles vont du refus des contraintes d'un mode de vie et de disponibilité aux patients à une stigmatisation d'une médecine commerciale dégradée par la dépendance aux patients et les difficultés du travail médical isolé (Levasseur et Schweyer, 2004). En positif, cela débouche sur la formulation d'exigences renouvelées en termes de qualité de collectif de travail, d'indépendance par rapport aux demandes jugées abusives, de temps pour entretenir ses connaissances, réfléchir sur sa pratique et aussi se ressourcer en dehors d'elle.

Pour imaginer un renouvellement profond et durable des pratiques il convient toutefois de s'assurer que ces critiques trouvent à s'exprimer au sein de la pratique de la médecine générale et non en dehors, puis de voir comment elles évoluent à l'épreuve de la réalité de l'exercice et de l'installation dans la vie professionnelle. Si changement il y a, se situe-t-il d'ailleurs à l'échelle des individus, du micro-collectif que peut constituer par exemple un groupe de praticiens, ou bien dans une dynamique collective et institutionnelle à plus large

³⁶ 10 personnes sont installées (ou collaborateurs) en médecine générale. On peut rattacher à ce groupe le cas de Laetitia, remplaçante permanente depuis plusieurs années d'un élu, dans un cabinet de groupe où elle a fini par conquérir une autonomie totale. Nous laissons de côté en revanche le cas de Heidi qui a émigré au Canada. Elle a dû revalider son cursus et dispose d'un permis d'exercer temporaire contraignant. Bien qu'elle travaille en médecine générale, ses choix s'inscrivent dans un contexte vraiment différent.

échelle ? Le phénomène laisse-t-il présager l'émergence de nouveaux segments professionnels organisés au sein du monde de la médecine générale ? Toutes ces questions restent à bien explorer avant de se prononcer sur la nature d'un tournant éventuel.

Compte tenu du manque de rigueur d'un certain nombre de montées en généralité quant aux dispositions futures des jeunes généralistes, nous nous tiendrons ici au plus près des faits recueillis en détaillant les enseignements tirés de quelques portraits : après quelques années d'exercice libéral de la médecine générale, où en sont-ils concrètement en matière de temps de travail ? de disponibilité aux patients ? comment prescrivent-ils ? reçoivent-ils les visiteurs de l'industrie pharmaceutique ? quels rapports entretiennent-ils à leurs confrères immédiats ou plus lointains ? comment s'organisent-ils en matière de formation médicale continue ? quel est leur positionnement par rapport aux institutions représentant les médecins, à l'assurance-maladie ou aux pouvoirs publics ? Le recueil de récits approfondis est ici le mieux à même de comprendre la nature des déplacements d'une génération à l'autre, s'il y en a. Sur le petit nombre de personnes de la cohorte qui se consacrent à la médecine générale, et malgré des années de travail terrain auprès de généralistes de tous âges, nos observations sont à la fois plus robustes... et moins concluantes quant aux révolutions annoncées.

Comment être jeune médecin généraliste aujourd'hui ?

Parmi les personnes engagées aujourd'hui totalement, et semble-t-il durablement, en médecine générale, tâchons de préciser les profils et modes d'activité en nous attachant aux éléments de rupture ou de continuité qu'elles présentent par rapport aux médecins de leur environnement, établis depuis plus longtemps. Nous dégagerons ici trois types : ceux/celles qui s'inscrivent dans une démarche autonome de critique vigilante ; ceux/celles qui ont trouvé ou constitué un groupe fortement intégré qui leur correspond ; celles³⁷ qui s'inscrivent dans une modalité plus classique d'exercice libéral.

- *Le profil « critique vigilant autonome »* (Fabien, Laetitia, Sydney)

Les personnes du premier groupe sont les seules à formuler, de l'intérieur même de la médecine générale libérale, une critique assez élaborée des faiblesses possibles de l'exercice, faiblesses dans lesquelles elles ne veulent pas tomber. Cette vigilance se marque dans le refus d'une dérive commerciale et d'une information dépendante de l'industrie pharmaceutique. La crainte d'un émoussement de la capacité à remettre en cause ses connaissances et prises en charge est formulée. L'exigence sur le renouvellement des connaissances est affirmée et mise en œuvre, avec notamment la lecture de la revue indépendante *Prescrire* et le refus des visiteurs médicaux. Ils n'hésitent pas sur ce point à se démarquer le cas échéant de leurs confrères immédiats (et parfois même des médecins qu'ils remplacent). Ils portent un regard aiguisé sur l'environnement médical local, discriminant les façons de pratiquer dans les cabinets où ils sont passés, en respectant certaines mais en rejetant d'autres.

Tout cela se traduit d'abord dans l'exigence par rapport à soi-même, à ne pas se relâcher ou se laisser vivre sur son acquis. On trouve ici mis en œuvre un ensemble de dispositions que B. Lahire (2002) qualifierait d'ascétiques, qui passe par la contrainte de soi pour correspondre à l'idéal de son « surmoi médical ». Comme l'observe B. Lahire, les dispositions ascétiques,

³⁷ Le féminin ne vaut que pour notre échantillon.

même quand elles ont été bien constituées, ont besoin plus que d'autres, qualifiées de spontanéistes ou d'hédonistes, d'être activement sollicitées pour être traduites en actes. Même si elles procurent à terme de réelles gratifications, elles passent par la capacité à la contrainte régulière de soi. Or, le milieu libéral et la dépendance aux seuls patients (Freidson, 1984) risquent de ne pas apporter suffisamment de sollicitation extérieure, (sauf dynamique de groupe particulièrement réussie, mais les personnes qui présentent ce profil dans notre échantillon travaillent et se forment seules, même lorsqu'elles sont associées). L'engagement autonome dans la formation médicale continue par exemple, surtout lorsqu'il s'agit d'un travail de lecture informelle, est difficile à maintenir quand les impératifs du travail clinique envahissent la journée de travail. D'où cette vigilance pour structurer leur temps et leurs modalités de travail selon une certaine discipline et se donner un cadre incitatif suffisamment motivant. Car l'appétence se construit et s'entretient : les acteurs peuvent détenir des compétences avérées (pour lire, approfondir, rechercher des informations pour pousser une prise en charge, etc.) sans arriver à maintenir suffisamment d'appétence pour les mettre en œuvre comme ils le devraient et d'ailleurs voudraient, surtout si le cadre social ne les contraint pas réellement (Lahire, 2002). Laetitia ou Fabien ont par exemple recours aux thématiques *Prescrire* ou se motivent pour décrocher le titre de lecteur émérite. Tous deux arrivent à contenir leur temps de consultation et à dégager assez efficacement un temps de lecture en dépit de charges familiales. Sydney, célibataire, installés dans une zone rurale moins bien pourvue, a moins contrôlé la montée en charge de son activité et est en train de chercher à calmer le rythme d'enchaînement des consultations. Il a pris récemment l'initiative de moins répondre à la demande mais d'accorder plus de temps à chaque patient, en voit le bénéfique en termes de qualité de pratique et s'en trouve mieux professionnellement.

Tous les trois ont en tête l'exemple d'au moins un de leurs maîtres de stage. Ce stage a été décisif pour permettre à Sydney de discriminer efficacement entre les qualités de pratique de ses trois maîtres de stage car il a vraiment côtoyé le meilleur comme le pire. Laetitia fait partie des personnes de notre échantillon durablement marquées par une façon d'aborder la médecine générale dans une perspective populationnelle, portée par le professeur X de son Département d'origine, avec lequel elle a travaillé comme interne puis comme remplaçante³⁸. Fabien avait aussi des affinités évidentes avec son maître de stage, un « rude » travaillant peu, explique-t-il, mais il cherche à s'inspirer également du savoir-faire psychologique de son associé (admiré pour ses qualités humaines et sa qualité de contact avec les patients, mais qui ne peut servir de référent pour ses connaissances médicales). Lors du dernier entretien, Fabien manifeste une certaine exaspération par rapport à la faiblesse des dispositifs de formation et d'échange disponibles dans son secteur géographique. Il aimerait faire bouger les choses, mais n'est pas sûr d'arriver à manœuvrer suffisamment finement par rapport à ses confrères

³⁸ Je m'attarde sur l'empreinte originale de ce professeur X auprès de plusieurs des internes qu'il a eus en stage ou en thèse, au point qu'une autre de mes informatrices, qui travaille désormais en milieu hospitalier, parle au cours d'un entretien de ceux qu'il a formés comme de la « génération X » et me livre l'anecdote suivante. Lors d'une réunion locale dans laquelle elle représentait l'hôpital qui l'emploie, elle a été saisie par la façon de penser les prises en charge et les relations ville-hôpital d'une autre jeune médecin, qui tranchait agréablement à ses oreilles avec les discours habituels du milieu libéral et dans laquelle elle pouvait se reconnaître. Elle l'a abordée en fin de réunion en lui disant en guise d'introduction « tu as dû être formée par X, non ? ». Il est rare que les enseignants rencontrés dans les Départements laissent une telle marque intellectuelle. Le compagnonnage dans la pratique au cabinet est davantage évoqué comme une source d'inspiration durable, mais on revient là sur apprentissages expérientiels peu formalisés et peu conscients d'eux-mêmes. Le cas du professeur X témoigne a contrario de la prégnance de l'influence d'une personnalité dont la légitimité pour élaborer intellectuellement le rôle du médecin généraliste dans le système de soins a été reconnue par un certain nombre d'internes.

installés de longue date, qu'il a plusieurs fois heurté par son caractère entier et ses prises de position intransigeantes jugées intempestives. Peu après notre dernier entretien, Fabien a effectivement réussi à motiver quelques médecins pour monter un « groupe qualité » financé par l'URCAM et l'URML, le premier de ce genre dans le département. Sydney s'est lui engagé dans un groupe de pairs dès la fin de ses études. Tous deux sont attachés à l'exercice en milieu rural, se montrent préoccupés du problème de la désertification médicale dans leur département, suivent les idées de maison médicale et pourraient se trouver à moyen terme porteurs de projet car l'évolution de l'organisation du système de soins les intéresse, bien qu'ils n'aient pas été particulièrement équipés par leur formation pour analyser ces sujets.

Le rapport de Laetitia à son environnement médical immédiat est des plus distendus. Remplaçante au long cours d'un médecin qui a totalement suspendu son activité pour exercer un mandat électif, elle a conquis une totale autonomie pour exercer la médecine comme elle l'entend, en restant fidèle aux principes sur lesquels elle a forgé sa conception du métier. Cela la met durablement en porte-à-faux par rapport à l'essentiel des médecins du groupe dans lequel elle travaille, des hommes en fin de carrière qui festoient avec des visiteuses dans les agapes payées par les laboratoires, toutes choses avec lesquelles elle refuse catégoriquement de se compromettre. Elle a désormais sa propre patientèle et fait complètement respecter son autonomie professionnelle.

Plusieurs manifestations de l'esprit critique et de la vigilance ici à l'œuvre se retrouvent dans les formulations d'autres jeunes médecins de la cohorte, formés dans l'ensemble sur des idéaux de limitation des prescriptions, d'indépendance du travail médical et de suivi de l'actualité des recommandations de bonne pratique, puis confrontés à des expériences de pratique très inégales. Mais ceux que nous considérons pour ce premier type ont fait le choix de la médecine générale et semblent réussir durablement à travailler en accord avec ces principes. On peut considérer qu'ils approchent d'une forme d'idéal du médecin généraliste contemporain : profondément engagé dans sa pratique, se donnant les moyens d'une information indépendante, vigilant sur la mise à jour de ses connaissances, doté d'une vision haute de sa mission et se tenant à distance des sollicitations commerciales.

- *Le profil « collégial intégré »* (César, Justine, Victor et Simon)

Le second type repéré rassemble des personnes pour lesquelles la qualité du collectif dans lequel elles s'inscrivent au cabinet joue un rôle déterminant. Il y a moins dans leur cas développement d'une prise de position autonome que ralliement à une conception de la médecine, du service au patient et du partage du métier, qui est aussi celle de leurs confrères immédiats. L'intégration et la collégialité au quotidien sont présentées comme une ressource essentielle, un moteur permanent pour être bien au travail et pour faire bien son travail. Cela ne signifie pas que ces médecins soient dépourvus de réflexion ou d'exigence personnelle, mais la dimension de critique, voire de défiance farouche, qui sous-tendait les propos des précédents sur une partie du monde libéral, n'est pas constitutive de leur expérience.

Pour ceux qui, comme Justine ou César, ont rejoint un groupe constitué, aucune mise en cause des fonctionnements établis n'affleure en dépit de différences générationnelles importantes ou des locaux relativement vétustes dont ils ont par exemple à s'accommoder. La satisfaction réside ailleurs, dans les possibilités de partage du métier et dans le fait de se retrouver sur une certaine éthique, dans la manière de considérer et prendre en charge les patients. Toute

critique interne semble suspendue, même lorsque l'entretien essaie de faire ressortir d'éventuelles divergences d'appréciation. Notons que ni dans le cabinet de César ni dans celui de Justine les laboratoires ne sont reçus et que la référence à la revue *Prescrire* fait autorité en matière de prescription pour la plupart de ces jeunes médecins.

Dans le cas de Victor et Simon, le projet d'installation commune a été constitué dès le troisième cycle. Alors qu'ils n'appartenaient pas à la même faculté d'Île-de-France, ils se sont rencontrés en stage et ont eu l'opportunité de faire ensemble la plupart de leurs stages d'internat. Tout en remplaçant chacun de son côté, ils ont prospecté pour trouver un cabinet permettant une double installation quasi-simultanée. Ils ont ainsi trouvé deux médecins qui allaient arrêter leur activité. Simon a pris ses marques en tant que remplaçant dans ce cabinet, vérifié que l'environnement et les patients lui convenaient, Victor l'a rejoint dans un second temps pour l'installation. Ils ont modernisé les lieux, se sont réparti les plages de consultation dans les deux bureaux et les visites et ont décidé d'un fonctionnement complètement intégré dans lequel même les honoraires sont partagés alors que Victor, arrivé en second, voit moins de patients en consultation. Lorsque nous discutons d'une formation en diabétologie qui les intéresse, ils m'expliquent qu'il est impératif qu'ils puissent faire la même à tour de rôle pour rester interchangeables dans leurs compétences, plutôt que de se spécialiser de manière différente mais complémentaire, ce qui ne serait pas lisible pour les patients.

Il faut souligner que dans aucun de ces cas de figure l'engagement collectif, qui semble fonctionner à merveille au moment des entretiens, n'est formalisé dans une des formes organisationnelles aujourd'hui en vogue : pas de « projet », pas de maison médicale, pas d'explicitation du travail de coordination dans une « démarche qualité », pas de management... et bien sûr pas de financement spécifique. Pour les institutions, rien ne distingue les cabinets de groupe où sont installés Justine ou César des habituelles sociétés civiles de moyens où c'est parfois tout juste si l'on se salue entre associés. Les moteurs de l'alchimie sont à chercher du côté des affinités personnelles et idéologiques, dans une communauté d'appartenance ou de trajectoire qui permet la confiance (un cabinet « de femmes » aux valeurs convergentes pour Justine, un groupe de « militants historiques » pour une médecine accessible à tous pour César, l'excellent copain avec lequel on a fait ses armes en médecine pour Simon et Victor). L'entretien approfondi permet de s'assurer que l'intégration n'est pas que rhétorique. Dans le cabinet de César par exemple, les bureaux de consultation ne sont pas affectés aux praticiens qui se les partagent, et il n'est pas rare qu'un médecin traverse le cabinet où consulte son confrère. Pour autant, nous ne sommes pas dans un dispensaire : ces lieux ne sont ni fonctionnels ni impersonnels. Plutôt vieillots, ils sont chargés d'une histoire qui est celle des personnalités fondatrices du cabinet et d'une certaine aventure médico-politique. Les modalités pratiques de la vie du groupe peuvent d'ailleurs sembler lourdes, un peu étouffantes, aux yeux d'un observateur étranger. Elles prennent en tout cas à rebours des tendances fondamentales de l'individualisme contemporain en empruntant plutôt à une sociabilité de type communautaire. Sauf dans le cas de César, prêt à se mobiliser avec ses confrères pour l'accès aux soins des étrangers sans-papiers, les visions du collectif ne débouchent pas sur un projet politique. C'est la qualité de prise en charge des patients et la qualité de la vie commune au cabinet qui constituent l'horizon ordinaire de la mobilisation, mais il est un peu difficile sur la base des seuls entretiens de déterminer la place

réelle de l'analyse des problèmes professionnels dans cette dynamique conviviale intégratrice³⁹.

Au-delà des quelques cas étudiés de près, ces façons de travailler correspondent à un idéal d'intégration informelle qui court dans les aspirations d'autres jeunes médecins attirés par la médecine générale : soit qu'ils aient un projet avec un autre interne⁴⁰, mais tous sont loin d'arriver à le réaliser (voir les aventures de Laetitia et de Célia, ou de Frédéric, relatées en partie 2) ; soit qu'ils aient été séduits par une expérience de stage ou de remplacement, qui leur a justement laissé entrevoir un collectif de ce type⁴¹. Le monde des cabinets libéraux peut alors se présenter comme un monde de relations professionnelles informelles et choisies, ce qui a de quoi faire rêver par rapport aux autres formes d'organisations... le risque que ces dernières s'avèrent très décevantes n'est toutefois pas négligeable. La quête peut être longue et infructueuse lorsque l'on a goûté à un tel collectif dont on se trouve précocement nostalgique.

Notons enfin que le partage entre ce type et le précédent engage des différences de dispositions durables des personnes, que l'on peut référer au caractère ou la personnalité (plus ou moins indépendante, plus ou moins portée à faire preuve d'esprit critique, à se fondre dans un groupe intégré) mais qui est aussi fonction d'éléments de contexte, beaucoup plus contingents. On peut facilement imaginer qu'une personne telle que Laetitia, pour peu qu'elle ait eu l'opportunité de s'installer dans un précédent cabinet au sein duquel elle a longtemps remplacé⁴², se serait laissée porter par un collectif médical intégrateur et stimulant. Ce sont des circonstances non professionnelles (un accident, des perspectives de grossesse, un conjoint sans travail et donc des craintes pour la sécurité économique de sa famille) qui l'ont poussée à s'en éloigner géographiquement pour pouvoir devenir propriétaire dans un secteur aux prix abordables, dans l'idée de sécuriser davantage l'avenir. Une fois établie à l'autre bout de la région, elle a eu l'opportunité de trouver ce remplacement permanent près de chez elle, compatible avec sa vie familiale (deux jeunes enfants désormais), mais elle a basculé dans le premier profil compte tenu de désaccords évidents sur le fond de la pratique.

³⁹ A. Van Zanten distingue bien à propos des enseignants deux modèles de collégialité : celui de recherche d'un consensus explicite fondé sur l'élaboration rationnelle d'instruments communs s'oppose à celui fondé sur les seuls rapports interpersonnels. Le premier est en vogue dans la « démarche qualité » et prisé par le management contemporain, mais risque de n'être qu'une coquille vide s'il n'est pas supporté justement par des affinités interpersonnelles mais imposé d'en haut dans le cadre d'une collégialité contrainte ressentie comme une agression par des professionnels qui se placent dès lors sur la défensive. Plus traditionnel, le second repose sur l'influence informelle et est spontanément mieux soluble dans la culture professionnelle des enseignants ou des médecins. Il atteint ses limites lorsqu'il manque trop de contenu formel, la fonction d'exutoire, de détente, de partage des émotions ne peut remplacer l'analyse des problèmes professionnels théoriques ou pratiques. (Van Zanten, 2003)

⁴⁰ Lorsque les conditions de choix le permettent, le fait de décider ensemble de ses stages hospitaliers successifs se rencontre parmi d'autres internes. Cela permet de limiter les risques de se retrouver dans un environnement de travail dégradé et de mieux aborder l'intégration dans le service. Les vraies amitiés forgées dans l'épreuve des premiers stages d'interne se distinguent d'une sociabilité médicale plus lâche. Elles semblent bien résister au temps car les co-internes proches, évoqués lors du premier entretien, sont à nouveau mentionnés lors des suivants et font un peu office de balises par rapport auxquelles on cadre sa propre trajectoire.

⁴¹ Citons le cas d'Anita, qui remplace depuis sa sortie de la faculté et est encore incertaine sur ses intentions. Elle avoue que le fait d'avoir été entraînée à fréquenter un groupe de pairs par un groupe de médecins l'a remotivée pour se poser des questions et reprendre un abonnement à *Prescrire*.

⁴² La trajectoire de Laetitia est davantage détaillée en partie 2.

- *Le profil « libéral conventionnel »* (Vanessa, Valentine, Stella)

Le troisième groupe identifié est plus conventionnel en médecine libérale. Il s'agit de jeunes praticiens, dans notre échantillon uniquement des femmes, qui privilégient l'exercice individuel (quand bien même elles sont dans des cabinets de groupe et apprécient une certaine dynamique du groupe, c'est le cas de Valentine, mais sur des échanges qui ne concernent pas principalement la médecine). L'activité libérale et ses valeurs traditionnelles d'autonomie leur conviennent bien, dans la mesure où elles ont réussi à s'organiser pour préserver un niveau d'activité raisonnable et n'effectuent pas de gardes. Vanessa en a beaucoup fait lorsqu'elle était remplaçante en milieu rural profond, dans un secteur où elles n'étaient pas régulées. Son choix de s'installer dans une autre région en milieu semi-rural a été motivé par une volonté de rapprochement familial mais aussi par le fait que ce nouvel environnement la libérait de la permanence des soins qui lui pesait beaucoup.

Toutes deux sont mères de deux jeunes enfants et contraintes dans leur disponibilité temporelle. Elles se livrent (comme d'ailleurs Justine et Laetitia dans les profils précédents) à un travail permanent de planification de leurs activités pour définir le temps du cabinet par rapport au temps familial, même si la présence proche d'une grand-mère mobilisable et mobilisée leur donne un peu de souplesse. L'équilibre de vie atteint est présenté comme une construction personnelle, que l'exercice libéral permet de soutenir sans stress économique majeur. Valentine a longtemps été remplaçante permanente dans ce cabinet avant de s'installer en tant que collaboratrice⁴³, Stella et Vanessa ont créé leur cabinet et ont vu leur activité démarrer rapidement.

Il s'agit de jeunes femmes mobilisées sur divers fronts, animées par le souci d'entretenir leurs connaissances et de bien s'occuper de leurs patients, mais cet investissement ne produit pas de mise en cause du fonctionnement de leur environnement médical. Les ingrédients de la bonne pratique sont pour elles ceux que l'on peut rencontrer chez la plupart des généralistes des générations antérieures. Elles ne développent pas vraiment de vision critique ou prospective du système de soins, leur énergie étant déjà bien absorbée par la clinique et la gestion de l'équilibre familial. Aucune n'est syndiquée (leurs collègues des autres profils ne le sont pas davantage) ni ne signale un engagement politique en faveur de la médecine libérale. On peut toutefois parler d'un conservatisme tempéré dans leur manière d'envisager la médecine générale libérale. Les valeurs ou traditions familiales ne semblent pas étrangères à ces dispositions plus ou moins explicitées : Valentine a été élevée dans la tradition catholique, la mère de Vanessa est visiteuse médicale, la famille de Stella fait partie des notables de la médecine locale depuis plusieurs générations. Pour les deux dernières, le soutien parental a facilité les conditions d'installation : Vanessa a été présentée aux confrères déjà installés ; Stella n'avait même pas besoin de l'être, elle a pris l'option de capitaliser sur son nom et son

⁴³ Valentine est atypique dans la cohorte, en cela qu'elle est la seule personne aujourd'hui installée (en collaboration, elle a refusé d'acheter des parts de la SCM) qui n'avait pas initialement prévu de passer un jour ce pas. Elle craignait que sa santé ne lui permette pas de se risquer dans l'exercice libéral et se voyait plutôt salariée en centre de santé. C'est vraiment en travaillant durablement dans ce cabinet qu'elle s'est enhardie jusqu'à passer du statut de remplaçante à celui de collaboratrice lorsque l'opportunité s'est présentée. Elle garde un peu comme une épée de Damoclès la crainte de ne pas pouvoir soutenir cette activité. Comme elle me l'explique joliment elle se dit qu'au moins elle aura pu faire un temps ce qui lui plaisait. L'absence de structure hiérarchique lui convient bien, même si elle se plaint de la « paperasserie » qu'elle évitait largement lorsqu'elle était remplaçante. C'est son mari qui fait désormais la comptabilité du cabinet.

réseau de connaissances familiales dans le milieu médical et paramédical. Elle a même bénéficié du soutien exceptionnel d'un laboratoire pharmaceutique pour l'inauguration de son cabinet. Elle a ainsi pu convier à cette occasion une centaine de professionnels locaux.

Il ne convient pas toutefois de figer ces personnes dans ce profil : la période où elles ont à mener de front le développement de leur activité libérale et l'éducation de jeunes enfants est bien particulière. Vanessa et Stella imaginent déjà des collaborations, même si on n'a pas l'impression que le travail solitaire leur pèse, pour parvenir à une gestion du temps moins sous pression et pouvoir prétendre à davantage de vacances, dans une meilleure synchronisation avec le calendrier scolaire de leurs enfants qui grandissent. D'ailleurs Stella a eu antérieurement un projet d'installation bien avancé au sein de groupe de trois jeunes médecins femmes où elle remplaçait et avait de fortes affinités, elle aurait pu rallier le deuxième groupe. La recherche d'informations et de formations de qualité n'est pas non plus cantonnée au premier groupe, même si l'on y trouve des personnes qui ont une position de principe ferme et se démarquent sur ses questions.

Devenir libéral

Pour un jeune médecin, formé pour l'essentiel à l'hôpital, seuls le stage chez le praticien et éventuellement le SASPAS (stage en autonomie proposé en fin d'internat) ont permis une prise de contact avec le milieu de la médecine libérale. La plupart de ceux et celles qui ont investi ces stages étaient partagés entre les réserves par rapport à la dimension marchande de cette médecine et la découverte d'un espace relationnel en consultation plus ouvert et plus consistant qu'à l'hôpital. Cette tension persiste chez ceux qui prolongent par des remplacements voire par une installation en médecine libérale. Comme chez la plupart des généralistes, la relation est généralement valorisée comme une composante forte du travail médical en médecine générale. Dans le même temps, les formes de la dépendance aux patients, en tout cas à certaines demandes de certains patients, sont diversement appréciées et présentées comme devant être contrôlées à la fois par un travail sur soi et par un travail « d'éducation » des autres.

Dans ce travail sur soi, il est généralement question de contrôle de l'investissement temporel, d'équilibre de vie, de préservation de soi. Les connotations sont différentes toutefois selon les motivations et les formes de l'engagement subjectif dans la pratique de la médecine. Pour certains, la préservation de la vie hors travail et d'un certain confort de pratique semblent l'emporter, mais nous ne rejoignons pas certaines généralisations faites à ce sujet sur les jeunes médecins, qui ne jureraient plus que par leur qualité de vie. Pour d'autres, ces positions sont associées à une certaine idée d'une médecine générale de qualité et à la crainte de la voir compromise si l'on se laisse absorber par la clinique et la multiplication des actes sans se confronter suffisamment aux autres professionnels. La régulation du temps d'activité clinique va alors avec un effort soutenu d'actualisation des connaissances et de réflexion sur sa pratique, pour entretenir son esprit scientifique et garder son âme. Il est nécessaire de préserver un temps non seulement pour le loisir ou la vie familiale, mais pour penser ou faire de la médecine autrement.

L'autre volet concerne la régulation de la demande des patients qu'il s'agit donc d'« éduquer ». La ligne de conduite semble être à la fois de ne pas se laisser « porter » par une facilité et une routine dans la multiplication des actes sans recul ni validation extérieure, et de

ne pas se laisser « envahir » par des patients ou des motifs de consultation dont on ne valide pas la pertinence. Le milieu libéral est de ce point de vue ressenti comme potentiellement délétère, offrant des opportunités de gains mal corrélées à la qualité du travail. Les jeunes médecins se plaignent de ne pas y arriver comme ils le voudraient, mais convergent sur l'idée qu'il faudrait apprendre à contenir certaines plaintes, à ne pas répondre n'importe comment à la demande, à « ne pas se laisser bouffer », à « savoir dire non », etc. Les patients sont attachants, dans tous les sens du terme. Ils sont envahissants et peuvent manquer de discernement dans leurs demandes de soins. Dans le cadre de l'exercice libéral, il est difficile au médecin de reprendre la main pour avoir la maîtrise véritable de la définition de la situation, comme la relevait déjà E. Freidson (1984). Cela crée forcément une tension dans les missions de la médecine de premier recours. La perte d'intérêt de nombreux généralistes pour les visites, suivie du recul effectif de cette pratique (soutenu par l'assurance-maladie), la régulation organisée de la permanence des soins, vont bien dans le sens d'une certaine reprise en main par les médecins des conditions dans lesquelles on les sollicite. On peut aussi faire l'hypothèse que la formation contemporaine en matière de prescription, qui repose sur les évaluations réalisées à l'aune de l'*Evidence based medicine* avec un principe de modération (pour ne pas dire de mépris) des traitements symptomatiques des affections bénignes, prend à rebours nombre d'habitudes de médication plus empiriques établies dans les générations antérieures. Cela complique probablement la conversion des jeunes médecins à cet art de composer avec les attentes du patient, par rapport à l'époque étudiée par exemple par I. Baszanger (1979, 1981, 1983).

Si presque tous raisonnent sur la légitimité de l'accès au médecin et valorisent certains profils de clientèle au détriment d'autres, en fonction de ce qu'ils supportent ou de ce à quoi ils veulent bien servir ou non, les types de patients ou les motifs de consultation qualifiés ou disqualifiés ne sont pas les mêmes selon les sensibilités et valeurs de chacun. On retrouve très peu, dans notre cohorte, les tendances à l'évitement des populations précaires et marginalisées, ou des toxicomanes, signalées dans d'autres travaux. Même si des jeunes praticiens peuvent faire état de situations dans lesquelles ils se sont trouvés en difficulté, à devoir faire par exemple une prescription de traitement de substitution aux opiacés sous la contrainte, et ont réalisé que le cabinet libéral isolé n'était pas un lieu idéal dans ces circonstances, peu cherchent à s'en protéger systématiquement. Plusieurs maintiennent leur volonté de soigner des populations défavorisées après avoir pu comparer des contextes de pratique socialement contrastés à l'occasion des remplacements. Une activité de médecine générale qui consiste à « écouter les problèmes de gens friqués » est ainsi assez unanimement décriée chez les jeunes qui ont choisi la médecine générale, tandis que leur sentiment d'utilité sociale grandit dans la prise en charge de populations en situation précaire. Si nous devons généraliser sur la base du petit échantillon des personnes de la cohorte qui s'est frotté à la médecine générale libérale, l'impression serait que nous sommes en présence de moins d'évitement social mais de plus d'évitement des motifs bénins de consultation que parmi les médecins plus anciens. Il resterait bien sûr à voir comment ces dispositions résistent au temps et à la constitution d'une patientèle propre.

Nous ne développerons guère ici les considérations des jeunes médecins sur la découverte des contraintes administratives liées à l'installation puis à l'exercice libéral. Hautement redoutées par les internes ou les remplaçants, elles paraissent « dantesques » et les futurs installés ne se sentent pas préparés ou accompagnés pour y faire face. Ce qu'ont pu en dire ou donner à voir quelques maîtres de stage ne rassure pas, les informations éventuelles fournies par la faculté

sont insuffisantes ou arrivent à contretemps des préoccupations des jeunes, nul guichet unique ne permet de faciliter l'accès à l'information et les procédures. L'épreuve est néanmoins surmontée lorsque le moment est venu. D'autres soucis arrivent ensuite avec la découverte de la comptabilité d'un cabinet, l'anticipation et la gestion des charges, les déclarations aux impôts, les relations avec l'URSSAF... L'ensemble est généralement mal vécu. Il faut se contraindre pour s'initier à des choses auxquelles les médecins n'ont pas été préparés, qui ne les intéressent pas et absorbent de l'énergie au détriment des « vraies » activités professionnelles ou extra-professionnelles. Il convient néanmoins, pour moins subir, d'arriver à un minimum de maîtrise et de prévision, en se faisant aider, en déléguant ce qui peut l'être. Le fonctionnement des administrations et le mode de calcul des charges réclamées paraissent au minimum opaques et désinvoltes, au pire arbitraires et malveillants. Il semble difficile d'accéder à un interlocuteur stable et de confiance, de faire valoir les particularités de sa situation et sa bonne foi. Le processus s'étire sur plusieurs années compte tenu du décalage de certains prélèvements sur les revenus tirés de l'activité, d'où l'impression d'un parcours du combattant où il faut sans cesse affronter de nouveaux dysfonctionnements de l'hydre bureaucratique. Les jeunes le savent mais ne savent pas évaluer les montants qu'ils doivent provisionner. Dans toutes ces phases, le salariat fait figure de paradis perdu. Chacun a des anecdotes originales à livrer mais le discours reste finalement très stéréotypé, hostile à un monde administratif qu'ils ne veulent pas investir et qui apparaît comme un empêchement de se concentrer sur les prises en charge médicales. Rien de bien nouveau ne se dégage des entretiens à ce sujet et nous n'avons pas d'analyse originale à proposer.

Il n'empêche qu'à l'arrivée, la situation financière des jeunes installée est jugée confortable, en rapport avec les arbitrages temps de travail/loisirs réalisés, à l'exception peut-être du cas de Justine qui fait face à de très lourdes charges dans le cabinet de groupe qu'elle a rejoint sur Paris sans avoir une activité dense. Elle se refuse à considérer son activité sous l'angle de la rentabilité, mais l'on sent que la situation de l'immobilier parisien impose de ce point de vue un régime beaucoup moins favorable qu'en province pour les médecins généralistes de secteur 1 qui n'arrivent pas à maximiser l'occupation de leurs locaux et prennent le temps de consultations suffisamment longues.

Parmi les libéraux

Sur un autre plan, les anciens internes qui investissent le milieu libéral découvrent un certain nombre de leurs confrères et le fonctionnement informel du milieu médical local. Bien qu'il s'agisse d'un monde professionnel qui valorise fortement l'indépendance, il organise une forme d'interdépendance, si ce n'est d'intégration, du fait de la régulation de la concurrence et de relations confraternelles minimales (et plus si affinités...) à entretenir. Les expériences sont ici contrastées. Les relations nouées peuvent être heureuses et déterminantes, comme dans le cas de nombreux remplacements, dont certains débouchent sur les associations très intégrées évoquées plus haut. Nous n'y reviendrons donc pas. Mais dans plusieurs autres histoires les relations entre médecins établis et nouveaux-venus en médecine libérale se présentent comme des mises à l'épreuve sur fond de rapports concurrentiels durs. Lors de remplacements, déjà, certains jeunes se font échauder. C'est le cas de Claudia, qui s'est fait critiquer au motif qu'elle avait sollicité l'avis de l'autre généraliste du village dans lequel elle remplaçait face à un tableau clinique incertain mais suffisamment inquiétant. C'est encore le cas de Léa qui a cru bien faire en prenant des initiatives pour améliorer la prise en charge de patients du cabinet où elle remplaçait en fonction de ses compétences propres en matière de

gestion de la douleur. Elle a instauré de la morphine chez une patiente et a cru opportun d'expliquer la situation au médecin en titre avant de se faire sérieusement recadrer. C'est sur une certaine conception du praticien qui a pris l'habitude de fonctionner seul et de marquer son territoire, au point de se fermer aux possibilités d'enrichissement des échanges professionnels, que ces jeunes femmes butent et se trouvent en désaccord profond. Claudia trouve aberrant que le souci d'une bonne prise en charge des patients ne puisse pas déboucher naturellement sur l'entraide qu'elle a sollicitée lorsqu'elle s'est sentie confrontée à ses limites. Léa réalise que le médecin qu'elle remplaçait s'inscrit dans une forme de rapport de propriété à ses patients, qu'il réagit agressivement à son encontre plutôt que de considérer l'intérêt du patient dans l'affaire. De telles expériences des relations « confraternelles » laissent des souvenirs marquants et engagent à bien discriminer au sein du milieu de la médecine libérale avant de s'y installer.

Lorsqu'il est question d'installation, justement, d'autres tensions peuvent survenir, qui posent la question des rapports concurrentiels de manière aiguë. Le candidat à l'installation peut faire alors les frais des dissensions entre confrères au sein du groupe lorsque la proposition d'installation qui lui est faite met en cause certaines habitudes de travail. L'exemple des tentatives d'installation avortées de Célia décrit en partie 2 en montre la mesquinerie. L'impression produite sur un jeune généraliste de bonne volonté est déplorable voire décourageante. Lorsqu'il s'agit de trajectoires incertaines ou de jeunes médecins partagés entre plusieurs propositions d'activité, de telles expériences produisent leurs effets « MG-fuges ».

Dans les cas rapportés, les attitudes hostiles au nouvel arrivant ne sont curieusement pas tempérées par le niveau d'activité pourtant élevé des « anciens », ni par la perspective de nombreux arrêts d'activité dans le secteur géographique à brève échéance. Des médecins surchargés (et se plaignant de l'être) peuvent voir d'un très mauvais œil l'arrivée d'un nouveau-venu. L'intégration dans la communauté médicale locale ne va donc pas toujours de soi. Dans certains cantons de province, le milieu paraît fermé autour d'une forme de notabilité qui parle peu aux jeunes diplômés s'ils n'y ont pas déjà leurs racines. Les mentalités locales entrent bien sûr en ligne de compte, sans compter la crainte d'une perte de revenus qui peut être redoutée. Mais on peut se penser que les réactions défensives de praticiens âgés et habitués à fonctionner entre eux face à un jeune frais émoulu de la faculté engagent d'autres ressorts identitaires. Les analyses anciennes d'E. Hughes sur les professions évoquent ce problème d'hostilité « classique » à un concurrent supplémentaire, éventuellement doublée d'un sentiment de méfiance par rapport à un *outsider* représentant une génération mieux formée et susceptible d'induire une forme de déclasserement des professionnels établis : « L'arrivée de collègues-concurrents relevant d'un type nouveau et spécifique, ou passés par une filière nouvelle, tend à susciter des inquiétudes. D'abord, on ne peut pas être tout à fait sûr de la manière dont réagiront les nouveaux – ceux qui relèvent du nouveau type – face aux circonstances variées qui mettent à l'épreuve la solidarité du groupe. » (Hughes, 1996, p. 191-193). On peut ainsi faire valoir que la transformation rapide des références en médecine (avec la médecine des preuves, la montée des recommandations de bonnes pratiques et du thème de l'évaluation, l'ouverture croissante à des considérations de santé publique) comme le renforcement de la formation des jeunes généralistes dans les DMG ne sont pas unanimement accueillis comme des progrès opportuns. Ces évolutions peuvent être en forte tension avec des formes traditionnelles de qualité ou de notoriété. Longtemps peu questionnées, elles étaient constituées essentiellement par l'accumulation de l'expérience clinique sur une patientèle bien

connue, dans une perspective où dominait le soin individuel curatif. Dans ce modèle ancien, le médecin de famille se bonifiait somme toute « naturellement » avec l'âge, ce qui paraît nettement moins évident au vu des standards de prise en charge actuels. Même les maîtres de stage se ressentaient de ce décalage, alors qu'ils étaient pour la plupart dans une démarche engagée pour ne pas décrocher de l'évolution des connaissances portées de leurs jeunes stagiaires. Le fait de travailler sur la transmission entre générations de la médecine générale et les problèmes qu'elle pose, ne doit pas conduire à perdre de vue la masse des généralistes qui n'a pas ces préoccupations et n'entretient pas de lien avec les milieux de la formation.

Les autres médecins de la cohorte, installés en libéral mais spécialisés en phlébologie, en nutrition ou en hypnose médicale ont également livré des récits édifiants. Les deux derniers sont attentifs à ne pas marcher sur le territoire des médecins généralistes ni risquer de détourner leur clientèle, d'ailleurs le Conseil départemental de l'Ordre leur a signifié qu'il y veillait. Mais Pierre-Alain en angiologie-phlébologie, Clothilde en nutrition, ou Benoît en hypnose ont essuyé des tentatives de déstabilisation de la part des confrères de la place auxquels ils risquaient de faire de l'ombre (et qui prennent des honoraires supérieurs aux leurs). Cela a compliqué les conditions de l'installation du premier et a valu à la seconde une convocation (de pure forme et sans conséquences) au Conseil de l'Ordre dans les premiers temps de son activité.

Déplacer les lignes : vers des identités plus fluides ?

Notre travail a essayé d'éclairer de diverses manières les tendances « MG-fuges » qui traversent la population des diplômés de médecine générale. Mais apposer cette étiquette suppose de savoir précisément ce qu'est exercé la médecine générale et ce que ce n'est pas, pour déterminer sûrement quelles sont les personnes « perdues » pour elle. Nous avons d'ailleurs souligné que la période semblait favorable à cet exercice de définition de la médecine générale, que l'on considère la loi HPST, le rapport que l'ONDPS (2008) a consacré à la médecine générale, ou encore le travail des représentants de la discipline autour d'un référentiel-métier. En se situant du point de vue des jeunes acteurs, d'autres choses se donnent parfois à voir. Nous attirons ici l'attention sur deux types de discours et pratiques rencontrés, sans préjuger de leur capacité à s'étendre et encore moins à se constituer en segment professionnel visible.

La première observation concerne la manière dont des personnes exerçant en institution se réclament de la médecine générale, à savoir d'une identité et de compétences de généralistes. Nous pouvons évoquer à nouveau les exemples de Célia et d'Adelaïde. Après les péripéties de ses tentatives avortées d'installation, Célia s'est vu proposer un poste de médecin généraliste dans un établissement de psychiatrie. C'est là qu'elle s'est finalement stabilisée, arrêtant au bout d'un temps les remplacements libéraux, développant des projets au sein de l'institution, jusqu'à obtenir un poste de PH titulaire. Nous avons vu également la manière dont Adelaïde avait fait son chemin dans une fonction particulière d'un service spécialisé, tout en continuant à se réclamer de la médecine générale. À un certain stade de sa trajectoire, elle réalise toutefois l'absence de perspectives qui est la sienne en tant que diplômée de médecine générale dans un service hospitalo-universitaire et lorgne vers une spécialisation en gériatrie. Sa situation devient problématique du fait de contraintes statutaires externes, et non d'une inflexion subjective. Elle continue à poser et valoriser son identité de généraliste, et si elle considère la gériatrie comme une spécialité attirante et valable c'est,

parce qu'à ses yeux il s'agit d'une forme de médecine générale. L'exemple de Elise, en poste dans un service de gastro-entérologie n'a pas la même netteté mais mérite quand même d'être pris en considération lorsqu'elle affirme que c'est en tant que généraliste, forte d'une bonne expérience chez le praticien, qu'elle interpelle les pratiques de ses collègues spécialistes en matière de retour à domicile ou de soulagement de la douleur.

On peut avoir fait un choix affirmé de la médecine générale et finalement exercer en institution sans le vivre comme une réelle bifurcation, encore moins comme un reniement : des jeunes médecins salariées à l'hôpital n'ont aucun problème personnel avec leur identité de généraliste... même s'il peut arriver qu'on leur en crée par la fermeture des perspectives ou par des formes de disqualification plus insidieuses. Elles se trouvent alors rattrapées par une forme d'indignité de leurs origines médicales. C'est le bilan aigre-doux qu'a fait Carole à l'issue d'années de pratique et de participation à des études cliniques auprès de patients infectés par le VIH dans un service d'inféctiologie réputé. Elle a pu tirer les leçons des épreuves plus ou moins vexatoires imposées à une généraliste plus âgée qui s'est accrochée dans l'attente d'une titularisation en tant que PH. Carole a finalement décidé de s'extraire de ce statut disqualifiant de généraliste (femme) dans un service tenu par des hospitalo-universitaires (hommes) en se réorientant vers d'autres structures.

La deuxième observation concerne toutes les personnes qui aimeraient pouvoir durablement concilier un exercice en cabinet de médecine générale et une pratique en équipe en institution. Ce vœu ressortait déjà de notre enquête sur le stage chez le praticien. Il se confirme que l'installation en médecine générale, considérée pour diverses raisons statutaires ou pratiques comme exclusive d'autres activités, est une modalité d'inscription professionnelle qui fait hésiter par les nombreux renoncements qu'elle induit, au moins dans la phase de constitution d'une patientèle propre. Parmi les combinaisons durables rencontrées sur le terrain, celle qui attire le plus l'attention fait voisiner l'exercice de la médecine générale et de la médecine d'urgence, sans qu'il y ait, au départ au moins, volonté de subordonner l'une à l'autre. L'activité est donc partagée entre des remplacements stables et appréciés et des vacations aux urgences, qui s'intensifient et se transforment en stages validants lorsque la capacité de médecine d'urgence est engagée. Christophe, Nils et Nathalie ont durablement présenté ce profil, avec un discours construit et cohérent sur la complémentarité de leurs activités et l'enrichissement constant de l'une par l'autre, en pointant que leur dissociation stricte conduit à maintes aberrations dans les prises en charge. Ils vivent leur double inscription comme une double exigence et non comme une dissonance et proposent de faire cohabiter sans tension deux normes professionnelles. La pérennité de ces situations n'est toutefois pas garantie : on observe que Christophe a finalement arrêté les remplacements en ville, même s'il multiplie à côté des urgences des activités médicales très variées ; quant à Nils, les dernières nouvelles qu'il donne par mail début 2010 font apparaître qu'il est en train de glisser vers les urgences et ne pense plus guère poursuivre la médecine générale au-delà de la cessation d'activité des médecins âgés qu'il remplace. Il tient à ce moment de son parcours un discours « libéral désenchanté » sur la mort programmée de la médecine générale, sans donner beaucoup d'éléments sur ce qui motive concrètement sa perte de motivation et d'intérêt. Une donnée forte, qui nous a été signalée par plusieurs jeunes médecins, est toutefois la faible rentabilité d'une activité libérale poursuivie à temps très partiel compte tenu du mode de calcul des charges, une fois la thèse soutenue.

D'une manière générale, les clivages (hôpital versus ville, ou salariat versus exercice libéral) dont sont porteurs les représentants de la profession et les généralistes-enseignants organisent peu les représentations et expériences des plus jeunes qui coupleraient davantage les contextes et modes d'exercice s'ils le pouvaient. L'humeur anti-hospitalière affirmée de leurs aînés est peu présente dans la cohorte, ou résiste mal au temps. On doit souligner que la jeune génération a connu, bien plus que celle décrite par I. Baszanger, l'expérience d'une réelle intégration hospitalière lors du troisième cycle. La page des années 70 est tournée au sens où les jeunes ne paraissent pas porteurs d'une critique forte et articulée de l'hospitalo-centrisme. Il apparaît même dans les derniers entretiens que plusieurs de ceux (celles) qui n'avaient pas très bien vécu leurs stages hospitaliers réévaluent finalement cet environnement de travail lorsqu'ils peuvent se trouver dans le service ou l'institution de leur choix, ou lorsqu'ils éprouvent les risques de l'isolement en libéral.

Les situations présentées dans cette sous-partie ont en commun d'introduire une dose de souplesse et de flexibilité dans ce qu'est une identité de généraliste. Qu'elles ne soient sans doute pas éternelles tient au moins en partie aux logiques institutionnelles qui ne favorisent pas forcément les « transfuges » de la médecine générale, lorsqu'ils voudraient s'établir dans des carrières atypiques par rapport à leur titre d'origine. Les conditions statutaires de la pluriactivité mériteraient peut-être réflexion et aménagement. Il est possible que ce soit une piste pour encourager des personnes à continuer à exercer la médecine générale à temps partiel - même si un mouvement symétrique, qui conduirait plus de généralistes à sortir de leur cabinet à la recherche d'autre chose, se produirait sans doute. Parmi les remplaçants ou les médecins de la cohorte qui hésitent encore pour savoir sur quelle activité ils vont se stabiliser, l'aspiration au poly-exercice reste vive. Après de longues périodes de remplacements, le besoin de retrouver le travail d'équipe et la stimulation intellectuelle des services hospitaliers est régulièrement exprimé, parfois par des personnes qui avaient rompu avec soulagement avec l'hôpital à la fin de l'internat. C'est l'exemple de Sonia qui sans vouloir précipiter les choses, projetait une installation au premier entretien, en médecine générale et de préférence à la campagne. Elle n'a fait que des remplacements depuis la fin du troisième cycle mais a renoué avec une équipe hospitalière de gynécologie pour son travail de thèse. Elle y a trouvé des possibilités d'échange intellectuel, une sorte de « bruit de fond » stimulant, qui sont totalement absents du cabinet de groupe traditionnel où elle exerce la plupart du temps. D'autres internes, qui avaient tourné le dos à l'hôpital avec jubilation à l'issue des stages d'internat, s'étonnent aujourd'hui que cet environnement commence à leur manquer, ou découvrent des possibilités de travail bien plus agréables et moins hiérarchiques dans des petits hôpitaux de proximité. Ce retour vers une considération de la suprématie intellectuelle et médicale de l'hôpital (mais pas forcément du « grand » hôpital), étonne parfois les intéressés eux-mêmes compte tenu de la volonté farouche avec laquelle ils s'en étaient détournés dans un premier temps.

Ces fluctuations, ces velléités de redéfinition partielle de ce qu'être généraliste veut dire, et de la nature des pratiques qui engagent des qualités et des compétences de généralistes, sont à la fois permises par les nombreux lieux du système de soins qui cherchent à embaucher des généralistes (en se gardant de leur octroyer systématiquement une pleine légitimité), et invisibilisées du point de vue de la médecine générale « officielle ». Les DMG ne peuvent pas ou ne veulent pas les voir. Même s'ils réalisent, lorsqu'ils portent un minimum d'attention à leurs internes, que la définition monolithique du médecin généraliste qu'ils défendent ne fait pas toujours recette, ils ont du mal à prendre acte de la plasticité des fonctions et milieux

d'exercice possibles. Au moment où ils doivent établir leur spécialité, peuvent-ils prendre le risque de faire de la formation en médecine générale une auberge espagnole aux frontières poreuses, offrant des ressources variées en vue d'équiper la capacité à choisir entre les projets de pratique les plus ouverts ?

Une dramatisation des oppositions (entre pro et anti-MG) est donc présente chez les enseignants et porte-parole de la discipline, fortement marqués par leur aventure militante. Une partie des promotions soumises à cet enseignement lors de l'internat vit mal ce qu'elle dénonce comme une tentative de conditionnement ou une stigmatisation des « impurs » qui ne se reconnaissent ni ne se projettent dans ce qui leur est désigné comme l'activité authentique d'un médecin généraliste.

Or, E. Hughes a bien attiré l'attention sur le fait que l'activité centrale d'un métier n'est jamais tout le métier : « Tout métier consiste inévitablement en une combinaison de cette activité et d'autres qui lui sont accessoires, soit par nature, soit en raison de l'organisation institutionnelle du travail. » (Hughes, 1996, p. 180) Cette combinaison donne des ressources aux individus qui savent en jouer, notamment au fil du temps en modulant leurs investissements et composant ainsi leur carrière propre. Plusieurs questions peuvent en découler : comment s'ordonnent pour un individu à un moment de son parcours les différentes composantes de son métier ? quelle est l'échelle de prestige qui ordonne a priori ces composantes ? quelle maîtrise a-t-il de l'agencement auquel il peut personnellement parvenir ? qu'est-ce qui s'impose au contraire à lui ? E. Hughes explique que tout cela débouche concrètement sur « un véritable mode de répartition du temps et de l'énergie consacrés aux diverses activités constituant ce métier. (...) Ainsi, en règle générale, une carrière correspond pour une part à des changements dans la répartition du temps et de l'effort entre les diverses activités constitutives d'un métier et les autres activités qui se créent au sein du système global dans lequel s'insère la carrière considérée ». (Hughes, 1996, p. 180-81). Il s'agit d'une donnée fondamentale transversale aux différents métiers, mais plus les savoirs, compétences, et organisations évoluent et se complexifient plus cela semble valable.

La question pour l'avenir est de savoir jusqu'où ces phénomènes de diversification, de fragmentation ou de fuite du métier de généraliste pourront ou voudront s'inscrire dans des groupements identitaires prenant la forme de mouvements sociaux au sein de la profession médicale. Les enseignements de R. Bucher et A. Strauss nous semblent particulièrement bien éclairer le processus actuel qui brouille potentiellement l'identité de médecin généraliste... à moins qu'il ne la renouvelle : « Chaque génération entreprend de déchiffrer à nouveau sa raison d'être et son avenir. Au cours de ce processus les limites se brouillent avec le chevauchement des générations, et la diversité des lieux d'activité professionnelle implique des définitions quelque peu différentes de la situation de travail. Cette fluidité est susceptible d'entraîner l'émergence de nouveaux groupements. (...) Comme dans tous les cas, l'existence de segments, leur émergence, acquièrent une signification nouvelle dès qu'on les considère comme des mouvements sociaux à l'intérieur d'une profession. (...) Ce qui ressemble à une agitation ou à une pure déviance peut représenter les débuts d'un nouveau segment qui obtiendra une place institutionnelle, un prestige et un pouvoir considérables. » (Bucher et Strauss, 1992, p. 82-84)

La conversion des jeunes médecins à la pratique de la médecine générale sur le modèle de leurs aînés n'est donc pas une sinécure. Leur socialisation est réussie du point de vue des

nombreuses fonctions médicales pour lesquelles les diplômés sont jugés valables et sollicités ; elle l'est moins du point de vue du projet d'origine de fabriquer des praticiens de médecine générale *stricto sensu*, disposés à travailler sur le modèle de leurs aînés. Il n'y a pas conversion générale à une envie ou un projet de pratique exclusive. Surtout, ceux qui s'installent se rallient peu à la nécessité de la filière universitaire de médecine générale, restent circonspects sur la pertinence de son institutionnalisation. Ils conçoivent bien la difficulté de soutenir durablement une pratique de qualité en médecine générale, mais sont éloignés de la « cause » de la défense de la médecine générale telle qu'elle a été construite. Que la faible légitimité aille chez certains de ses représentants avec une certaine prétention, et le projet d'une véritable grandeur scientifique pour la médecine générale est raillé et en passe d'être disqualifié parmi les jeunes générations munies de ce DES.

2 – Le lien formation-emploi pour les jeunes diplômés de médecine générale

Une polyvalence avant d'être une spécialité

Bien que la « spécialité médecine générale » soit la voie officiellement choisie pour revaloriser la discipline et son internat, la formation de troisième cycle en médecine générale fonctionne pour une partie importante de l'effectif des jeunes diplômés comme une ouverture qui les dote d'une véritable polyvalence médicale plus que d'une « spécialité » telle que les textes la proclament désormais. Ce constat est sans appel. À ce jour, l'expérience des acteurs n'est donc pas celle de la spécialisation. Ce qu'ils apprennent en médecine générale ne borne à aucun moment leur horizon professionnel, d'autant qu'ils fréquentent de stage en stage des services hospitaliers spécialisés variés qui stimulent leur appétit de formations complémentaires et sollicitent leur capacité d'adaptation et de résistance à des charges de travail nouvelles. La découverte de la médecine générale vient en plus, ajoute une corde à leur arc, provoque plus ou moins d'enthousiasme mais ne les contraint pas par rapport à l'avenir. On peut d'ailleurs penser que le succès, relatif mais confirmé, de la médecine générale aux ECN (Vanderschelden, 2009 ; Fauvet, 2010 ; Faure, 2010) tient pour partie à l'identification de ce potentiel de formation qui ouvre et ne ferme pas les possibles, qui préjuge peu de l'exercice professionnel futur. Choisir la médecine générale ne se fait donc pas avec le sentiment de renoncer à grand-chose d'autre. Le choix de cet internat offre même une sorte de moratoire sur les projets professionnels précis. À l'arrivée, il peut conduire à une orientation en libéral comme en exercice salarié, en hôpital ou non, dans une pratique polyvalente ou plus étroitement délimitée, individuelle ou en équipe, avec une activité clinique plus ou moins importante, etc.

Une conjonction exceptionnelle

La situation des jeunes diplômés de médecine générale en termes de possibilités d'accomplir des projets professionnels divers est très favorable. Elle s'explique par la conjonction des trois éléments suivants : leurs facilités d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires spécifiques ; les multiples demandes des organisations de santé et du « marché » du travail médical ; la valeur et la stabilité de leur titre de médecin enfin.

- Des facilités d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires

De nombreux créneaux de spécialisation sont accessibles aux diplômés de médecine générale, moyennant une formation complémentaire, sur le tas ou formelle. Pour les formations formelles, l'offre de diplômes est pléthorique, la liste des DU, DIU et capacités acquis au sein de notre cohorte en donne une petite idée et l'ONDPS a tenté une recension exhaustive sans pouvoir chiffrer leur fréquentation par les généralistes (ONDPS, 2008). Leur cursus universitaire passé fait que les médecins enquêtés hésitent très peu lorsqu'ils repèrent une formation qui les intéresse, pour elle-même ou pour les perspectives professionnelles supplémentaires qu'elle peut leur ouvrir. Les conditions matérielles de validation des épreuves et stages pratiques s'avèrent parfois compliquées, notamment par rapport aux charges de famille ou dans le cas d'une formation dispensée sur un site éloigné, les contenus peuvent se révéler décevants⁴⁴, mais les intéressés ont déjà fait toutes leurs preuves en matière de capacité et de méthode de travail et ne s'inquiètent jamais quant à l'obtention du diplôme convoité. Cette facilité à être performant dans le cadre de n'importe quel diplôme universitaire complémentaire tranche avec les situations de reprise de formations vécues par des travailleurs moins qualifiés. Alors que ces derniers s'y engagent souvent avec des incertitudes sur leurs capacités de réussite ou les évolutions professionnelles qui les attendent à l'issue, il s'agit pour les médecins d'un investissement parfaitement maîtrisé. Les formations complémentaires se prêtent d'autant plus à des usages stratégiques. E. Hughes avait pointé, il y a bien longtemps et de manière plus générale, que la formation professionnelle pouvait servir non à approfondir la maîtrise de compétences effectivement utiles dans le métier exercé mais à le contourner pour passer à autre chose : « On a soutenu, non sans raison que l'allongement de la formation professionnelle dans la plupart de ces domaines ne sert pas tant à accroître la compétence nécessaire à l'activité centrale qu'à échapper plus facilement à celle-ci. » (Hughes 1996, p. 183). Avoir fait son apprentissage dans l'activité centrale permet, dans certains milieux professionnels, et notamment en médecine, d'être légitime pour faire autre chose dans de bonnes conditions.

- Un marché du travail médical qui multiplie les opportunités et leur reconnaît une polyvalence remarquable

Ce deuxième point est essentiel et aucune analyse globale des questions sanitaires ne peut le négliger. Il ne porte plus sur les caractéristiques de l'offre mais de la demande de travail. Les « besoins » en médecins et leurs fonctions se sont multipliés, notamment au sein de la médecine salariée. Pour ceux qui restent sur un exercice classique de la médecine générale, les propositions de remplacement ou d'installation en cabinet se développent également, dans des conditions économiques favorables, alors même que l'effectif de médecins en activité, au moment de l'enquête, était le plus élevé jamais connu. Ils disposent au total d'une grande latitude dans leurs choix professionnels, dont ils ne se privent pas de faire usage. Le choix de la médecine qu'ils souhaitent exercer (soins primaires ou non, statut libéral ou salarié, lieu, etc.) semble donc leur appartenir. Cette situation a de grandes chances d'être durable compte tenu d'une part du reflux annoncé du nombre de médecins en activité et, d'autre part, de la progression de la population, de son vieillissement et de ses « besoins » sanitaires qui

⁴⁴ Ce sont parfois les mêmes personnes qui cumulent les titres, sans effort apparent voire avec une forme de boulimie, et qui en dévalorisent le contenu formatif ou informatif, dans une logique de certification maximale de leurs compétences plus que de développement.

paraissent infiniment extensibles. On ne voit pas en tout cas ce qui spontanément viendrait limiter les demandes dont ils vont être l'objet dans les vingt ans qui viennent.

Cette réalité du ou des marché(s) du travail qui s'ouvre(nt) à eux est perçue par les intéressés, qui observent les sollicitations qui leur parviennent, ainsi qu'à leurs camarades de promotions. Leur représentation des « besoins » en médecins, très éloignée des données démographiques objectives actuelles, donne généralement à voir une France dramatiquement sous-médicalisée dans tous les secteurs, comme le proclament nombre de médias grand public ou professionnels. Les jeunes médecins de l'enquête ont effectivement été sélectionnés sur un *numerus clausus* bas mais ils sont exposés aux informations de qualité médiocre circulant sur la démographie médicale. Ces appréciations erronées font pourtant sens du point de vue de l'expérience des convoitises qu'ils suscitent déjà. Ils constatent que le bouche-à-oreille fonctionne, là où ils sont connus, que des propositions affluent pour les retenir, là où ils ont exercé, que les CV envoyés spontanément s'ils veulent changer de ville ou d'orientation leur ouvrent rapidement des portes. Tout cela leur signifie régulièrement que leur socle de compétences générales a de la valeur, en consultation ou ailleurs, et pas seulement en médecine générale traditionnelle.

- Une stabilité remarquable et une forme d'universalité de la valeur de leur titre

Ce troisième point vient nouer un lien formation/emploi remarquable, car souple et fort à la fois : souple, on l'a vu, puisque les diplômés de médecine générale gardent un large éventail de choix possibles ; mais fort parce que leur titre leur vaut protection durable et sans équivalent sur le marché du travail médical, compte tenu du contrôle monopolistique dont bénéficie la profession. En tant que médecins, ils bénéficient pour l'essentiel des emplois accessibles sur un marché du travail fermé, abrité de la concurrence des non-médecins. S'ils sortent des fonctions médicales classiques, ils se voient crédités de fortes capacités pour effectuer des tâches éloignées des bases sur lesquelles ils ont été sélectionnés et formés. Cela traduit une grande confiance des recruteurs dans l'universalisme de la formation en médecine générale et/ou dans leurs capacités à acquérir très vite des notions, des compétences et savoir-faire qu'ils peuvent n'avoir jamais appréhendés auparavant (par exemple en droit, management d'équipe ou gestion des organisations, connaissance des politiques publiques et rouages administratifs...). Tout se passe comme si seul l'exercice médical au sens étroit de la pratique clinique devait faire l'objet de compétences certifiées. Avoir mené à bien des études de médecine fonctionne donc comme un gage de compétences générales de haut niveau, de méthode de travail, de résistance au stress et à la surcharge, d'adaptabilité. Le titre fonctionne comme un signal général de qualité sur le marché : « S'il s'agit de constater et de certifier la simple détention d'un capital de connaissances, le certificat serait très vite obsolète, puisque les connaissances peuvent évoluer très vite. En réalité, le certificat doit mesurer et garantir autre chose, c'est-à-dire la capacité du professionnel à mettre en œuvre la connaissance la plus actuelle, et donc son aptitude à développer et à renouveler son savoir. » (Menger, 2003, p. 238)

Sans nier la sélection et la charge de travail que subissent effectivement les étudiants en médecine au long de leur cursus, on voit ici la force d'une croyance sociale dans l'excellence et l'omnivalence des élites telles qu'elles se dégagent de concours sélectifs qui les distinguent

très jeunes sur leurs performances dans quelques matières scientifiques⁴⁵. Cette situation souligne la persistance de la légitimité symbolique et statutaire de la profession médicale qui ne souffre guère de concurrents pour tout ce qui touche de près ou de loin au domaine sanitaire (selon des définitions de la santé elles-mêmes extensibles au fil du temps). Enfin la valeur de leur titre est particulièrement stable, à l'abri des risques d'érosion, par exemple en cas de carrière discontinue (Hardy-Dubernet, 2005). Là encore, cette situation semble sans équivalent dans le monde économique contemporain, la profession médicale ne subit de ce point de vue aucune dévalorisation.

L'approche par les capacités : enfin incarnée ?

Quand on ajoute à ces éléments remarquables la forte autonomie professionnelle détenue dans la réalisation du travail médical, les ressources familiales dont disposent souvent les médecins de par leur milieu d'origine (capital économique et culturel, capital social avec des déclinaisons internes au monde médical particulièrement discriminantes⁴⁶), on est conduit à penser que l'on est en présence de conditions sociales optimales d'appropriation et d'accomplissement de l'idéal moderne de développement personnel que A. Sen a théorisé dans son approche par les capacités (*capabilities*)⁴⁷. Cette approche considère que la fin véritable du développement est (ou devrait être) que les individus jouissent véritablement de la liberté de choisir le mode de vie qu'ils ont de bonnes raisons d'apprécier, entre des opportunités de valeur réellement accessibles. La capacité considérée et visée est la capacité de développer des modes de « fonctionnements » (au sens d'accomplissements) humains

⁴⁵ Le parallèle avec le système des grandes écoles est évident. Le titre d'« ancien élève de » est un signe distinctif qui marque à vie, comme l'a analysé P. Bourdieu (1994). Dans le cas des écoles d'ingénieurs prestigieuses, il ouvre des possibilités de carrières de haut niveau dans le management, sans rapport direct avec les qualités intellectuelles sur lesquelles ont pu porter la sélection et les études à vingt ans. On peut toutefois penser que le *curriculum* des fonctions effectivement occupées est davantage réexaminé lors du recrutement et des évolutions professionnelles des ingénieurs que des médecins. Nous ne parlons évidemment ici que sur la base des CV de jeunes médecins généralistes qui ne sont pas engagés dans une activité de publication scientifique et s'inscrivent en marge du monde hospitalo-universitaire, et sans autre élément que la parole des intéressés. Les conditions de recrutement dans des hôpitaux périphériques, dans les services des conseils généraux, à la MSA, etc., telles qu'elles nous ont été décrites, paraissent lâches. Des postes sont vacants, le diplômé de médecine générale est présumé capable de « faire fonction », à même de prendre un poste au pied levé, d'apprendre sur le tas les caractéristiques règlementaires de tâches qu'il n'a jamais approchées auparavant, de savoir trouver sa place dans une équipe voire de la diriger d'entrée de jeu. La validation formelle par la voie des concours officiels est considérée dans un second temps. Si elle est incontournable pour pérenniser les personnes sur les postes, elle n'est pas considérée comme un révélateur de l'aptitude à exercer les fonctions.

⁴⁶ Je peux précisément identifier, chez plusieurs de mes informateurs, la présence et l'efficacité d'un « capital social médical ou sanitaire » local, parfois constitué sur plusieurs générations. Telle jeune femme a bénéficié à chacune des étapes de son « retour au pays » puis de son installation de la densité exceptionnelle de son réseau familial dans le milieu médical, qu'elle a mobilisé tantôt comme un matelas amortissant et sécurisant les transitions, tantôt comme un tremplin accélérant son début de carrière. Pour un autre informateur, ce sont des dispositions incorporées à une forme de *leadership* médical qui peuvent expliquer une propulsion extrêmement rapide dans des positions de management dans son secteur de pratique. De telles dispositions sont clairement à l'œuvre chez ses parents, également médecins, même si d'autres aspects de son histoire sont en faveur d'une prise de distance personnelle et plutôt douloureuse à l'héritage paternel.

⁴⁷ Je dois au séminaire de B. Zimmermann intitulé « Sociologie de la flexibilité et des parcours professionnels », que j'ai suivi en auditeur libre à l'EHESS en 2009-2010, d'avoir réalisé l'importance de cet auteur pour penser les parcours des personnes, de manière humaniste. B. Zimmermann et un certain nombre de sociologues et économistes du travail poursuivent sur la base de l'approche par les capacités des travaux empiriques sur la flexibilité et le développement professionnel à travers les organisations et les dispositifs de formation. Je suis seule responsable de la tentative d'application au cas des diplômés en médecine.

fondamentaux, ceux qui font la vie digne, sensée et valorisable pour soi, car la théorie de Sen préserve la pluralité des fins et objectifs que les hommes peuvent poursuivre. Les idées que nous avons de la bonne vie, de ce que nous désirons accomplir en propre sont donc diverses. La notion de qualité de vie, dont nous critiquions au début de ce travail le caractère tautologique et l'usage lâche dans la plupart des enquêtes sur les jeunes médecins, peut devenir pleine et riche dans cette approche humaniste et non réductrice, où les individus ne subissent nul formatage en vue d'aligner leurs préférences ou leur utilité. La qualité de vie selon Sen dépend donc de la capacité de l'individu à réaliser des accomplissements auxquels il a ses raisons d'accorder de la valeur. L'exercice de cette liberté suppose des ressources et des opportunités pour convertir les capacités en fonctionnements effectifs.

Dans ses applications empiriques, cette approche ambitieuse a plus révélé le manque de liberté (*unfreedom*) et de capacité (*uncapability*), qu'il s'agisse de la problématique du développement des pays dits du tiers-monde ou des questions d'accès à l'emploi et la formation plus près de nous. Dans ce dernier cas, les auteurs qui essaient de la rendre opérationnelle se trouvent aux prises avec la difficulté d'objectiver les capacités. Certains ont proposé de faire du critère « avoir pu refuser des offres d'emploi de qualité correcte » un indicateur de la marge de choix effective des personnes en entreprise ou sur le marché du travail⁴⁸. Ce critère simple vise surtout à l'opérationnalité dans le cadre d'approches quantitatives, nous devons néanmoins noter que nos anciens internes de médecine générale sont tous dans ce cas, sans exception. Cette situation n'est pas le fruit d'une politique d'emploi délibérée en faveur de ces diplômés, même si les pouvoirs publics n'y sont pas non plus complètement étrangers. Elle tient comme on l'a vu à la conjugaison remarquable de demandes sociales diverses et croissantes, de la sécurité rattachée à leur titre (garantie par l'État et consolidée par le « marché »), d'un financement collectif des soins médicaux (qui n'est pas indexé sur une évaluation de l'utilité sociale particulière de tel spécialiste décidant d'exercer à tel endroit à tel moment), et d'une liberté laissée aux intéressés.

Une logique des compétences en actes ?

Il n'y a pas jusqu'à présent en France de politique d'affectation ou d'emploi des médecins diplômés de médecine générale. Ce que nous avons reconstitué de leurs accomplissements et modes de circulation sur un marché de l'emploi médical sécurisé peut pourtant être rapporté à une logique dite des compétences. Cette dernière a été présentée depuis les années 90 comme un état avancé des politiques des ressources humaines, à même d'opérer la jonction entre les besoins de flexibilité des organisations, dans un monde marchand de plus en plus compétitif, et les aspirations modernes des individus à une multiplication d'expériences professionnelles au sein de parcours souples et choisis. La logique des compétences valorise cette combinaison et conçoit une sécurité dynamique : non plus celle de l'emploi ou de la carrière interne, régie par des statuts, rigides (et partant disqualifiés à l'aune des normes contemporaines), mais celle d'une mobilité à inventer entre des fonctions, des activités, des statuts, des lieux, etc., qui passe par l'entretien et le renouvellement permanent des compétences des professionnels.

Nous ne considérons pas ce discours de la logique des compétences, développé par le patronat français depuis la fin des années 90, au premier degré, mais le prenons néanmoins au sérieux, suite à différents auteurs (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Dubar, 2000 ; Reynaud, 2001 ;

⁴⁸ Voir les différentes contributions du numéro 98 de la revue *Formation Emploi* (avril-mai 2007) intitulé « Pour une approche par les capacités ».

Zimmermann 2008), comme révélateur d'une inflexion dans les manières de concevoir l'enrôlement des personnes au service de l'économie ou des organisations en jouant sur leur capacité d'engagement subjectif au travail. Dans cette visée, l'évolution des compétences au long de la vie est idéalement associée au développement professionnel personnel, qui figure dans cette rhétorique le nouvel horizon susceptible de faire se rencontrer, d'une part, les attentes de l'individu contemporain sans cesse en évolution, en projet, aspirant à être acteur/entrepreneur de son propre parcours et, de l'autre, les besoins de mouvement des entreprises ou des organisations réactives dans un environnement instable. L'aptitude au changement des organisations en lien avec les mouvements du marché est valorisée, comme celle des individus en quête d'eux-mêmes et de nouvelles expériences. L'individualisation des carrières, compétences et rétributions, permettrait de s'ajuster à ce que chaque individu a d'unique, à distance du modèle antérieur des qualifications certifiées, statutaire, rigide et partant obsolète... Les individus sont invités à bouger comme le monde bouge, à anticiper les évolutions pour éviter l'obsolescence programmée de leurs compétences. La nouvelle pensée manageriale parle le langage du potentiel d'évolution et du projet, conjointement pour les individus et les organisations dans une spirale dynamique supposée vertueuse. Les maîtres-mots en sont les notions de polyvalence, d'initiative, de responsabilité. La réalisation professionnelle est incluse dans un style de vie global qui vante la réalisation des personnes.

Même si elle comporte des menaces évidentes pour la sécurité économique et juridique des individus, par rapport à l'ancienne formule des qualifications, et si sa mise en œuvre dans le monde des entreprises est loin d'être idyllique, cette rhétorique peut entrer en résonance avec certains aspects de l'évolution des aspirations des individus et de leurs attentes en termes de subjectivation, dans leur vie professionnelle comme d'ailleurs dans leur vie privée. Tous les accords professionnels aujourd'hui, ou encore les textes sur la formation professionnelle, s'y réfèrent de façon plus ou moins explicite⁴⁹, et voici comment le sociologue C. Dubar la relie aux « singularisations » contemporaines de l'identité au travail, aussi difficiles que signifiantes : « L'engagement personnel dans un apprentissage expérientiel, la construction d'un projet professionnel qui soit assez souple pour s'adapter aux contraintes du marché de l'emploi mais assez ferme pour impliquer une argumentation convaincante et s'appuyer sur des réalisations 'soi', constituent des formes de rapport au travail qui tranchent avec le destin collectif imposé par un type de diplôme ou une reproduction familiale. Comprendre l'insertion ou les trajets professionnels nécessite d'analyser bien plus que le 'niveau de diplôme' et de déchiffrer la signification accordée au travail et les transactions mises en œuvre par 'soi-même', avec les partenaires de la relation d'emploi. Théoriquement, le 'modèle de la compétence' peut constituer un cadre facilitant cette 'subjectivation' du travail professionnel. » (Dubar, 2000, p. 197)

Ce détour par les métamorphoses contemporaines du monde commun du travail et les propositions plus ou moins utopiques qu'elles ont inspirées visait à donner du relief à la situation d'emploi atypique des jeunes diplômés de médecine générale. L'observation des parcours biographiques, à laquelle nous nous sommes livrés à une échelle beaucoup plus fine,

⁴⁹ On peut également relire rétrospectivement l'exercice de prospective du rapport Boissonnat (1995) sur le travail et l'emploi, comme une tentative pour imaginer des formes de sécurisation de cette flexibilité appelée à envahir nos vies, selon des modalités qui prennent suffisamment en compte les perspectives des travailleurs et les dote de supports sociaux résistants aux secousses et aléas de l'économie de marché capitaliste, grâce à l'invention d'un employeur référent de synthèse.

apporte toutefois des nuances importantes au tableau général très favorable dont nous avons fait ressortir les grandes lignes.

À nuancer

Un premier ordre de limitations provient de certaines situations familiales, dans le cas de couples potentiellement à double carrière mais où les rapports sociaux de genre s'avèrent fortement contraignants pour les femmes. Nous reviendrons spécifiquement sur ces situations dans la partie suivante, mais évoquons déjà pêle-mêle la carrière du conjoint prioritaire, le souci de la proximité géographique aux lieux de garde des jeunes enfants, l'attachement à la protection du droit du travail en matière de durée du travail lorsque la disponibilité pour la vie familiale revêt une place majeure et différenciée selon le sexe. Ces facteurs extra-professionnels sont impérativement à considérer dès lors que les travailleurs ne sont pas que des travailleurs, *a fortiori* si l'on veut prendre au sérieux les effets inégalitaires des normes de genre. Les études sur le genre ont abondamment montré que la représentation du professionnel tout entier voué à sa profession ne devenait réalité que pour autant qu'une autre partie de l'humanité accepte de se rendre disponible pour assurer la charge de la reproduction de la société et des soins aux plus faibles.

D'autres contraintes prennent leur source dans les conditions mêmes d'exercice du métier, que ce soit en libéral ou dans le cadre d'une relation salariée.

Les analyses sur les revenus médicaux montrent qu'un médecin en état physique et moral (et légal) de travailler est aujourd'hui protégé du risque économique, même lorsqu'il exerce en libéral. Sans verser dans un misérabilisme hors de propos sur la situation économique générale des médecins (Bloy, 2010b), on ne peut passer sous silence le risque de fragilisation économique et sociale des personnes qui exercent dans ce secteur lorsqu'elles sont confrontées à des problèmes de santé. Il est indéniable que la charge d'un cabinet peut s'avérer compliquée à assumer en cas de problème de santé imprévu, de grossesse au déroulement aléatoire, de remplacement qui se passe mal. Le salariat garde un réel avantage comparatif pour la tranquillité d'esprit avec laquelle il permet de ralentir ou interrompre son activité en cas de problème sérieux.

Autre nuance à introduire, certaines configurations de travail libéral, certes choisies ou acceptées à un moment donné et plus confortables, imposent des charges très lourdes et permettent difficilement de « réduire la voilure » si cela devient nécessaire ou souhaitable, sauf à mettre en péril la rentabilité financière de l'activité ou à sortir d'une association. La flexibilité à court terme de l'activité est loin d'être la règle, notamment dans le cadre de cabinets de groupe où les charges sont plus importantes et les règles de répartition de l'activité l'objet d'un accord collectif. On peut également citer ici les difficultés de certains praticiens pour conserver le contrôle de leur niveau d'activité face aux demandes de leur patientèle. Ces différents éléments peuvent aboutir au sentiment de se trouver « coincé » dans une situation vécue comme de moins en moins supportable et sur laquelle le médecin libéral n'a plus prise. Dans une vision macroéconomique de l'emploi et des revenus médicaux, il est tentant de ne pas s'embarrasser de ces phénomènes, mais les études consacrées aux cessations d'activité libérale invitent à considérer avec suffisamment d'attention ces expériences biographiques de saturation voire de *burn out* (Véga, 2007). C'est en tout cas à cette échelle micro de l'expérience individuelle, avec ses composantes subjectives complexes de

satisfaction ou d'insatisfaction au travail, que se prennent les décisions d'arrêt, de poursuite ou d'aménagement de l'activité, et donc que se joue pour partie le maintien du niveau de l'offre de soins primaires sur un territoire donné.

En ce qui concerne à présent le salariat médical, nous sommes en présence d'une forte hétérogénéité. Des postes de praticiens hospitaliers titulaires ou de médecins-conseils par exemple peuvent être considérés comme attractifs du point de vue des conditions d'emploi. Mais cela voisine avec la médiocrité de certains statuts au sein de la médecine salariée, hospitalière ou non, accessibles aux jeunes médecins, mais en décalage avec leur niveau de compétences et responsabilités. On propose de parler de sous-emploi médical relatif pour signaler l'existence d'un marché du travail secondaire (Doeringer et Piore, 1971) sur lequel les salaires et perspectives de carrières sont médiocres⁵⁰, pour lequel les jeunes diplômés de médecine générale constituent un réservoir de main-d'œuvre utile et non valorisée. Notre travail ne permet pas de chiffrer le phénomène, mais il aide à comprendre que certains postes trouvent preneurs (plus exactement preneuses, car l'écueil du genre ressurgit ici⁵¹), alors que c'est difficile à concevoir à considérer la valeur du titre universitaire obtenu et les alternatives disponibles sur le marché.

Toutes les personnes de la cohorte qui se maintiennent durablement sur des sous-statuts de médecins (assistants, attachés, vacataires, ou encore contractuels), à l'hôpital, en médecine scolaire ou dans des conseils généraux, sans perspective sérieuse de transformation de leur poste à court terme, sont des femmes qui s'inscrivent dans certaines normes de genre. Consentir à ces dernières conduit beaucoup d'entre elles à faire des choix surdéterminés par la contrainte de la disponibilité à maintenir pour la vie familiale et par le fait que leur revenu est second dans les ressources du ménage. À l'examen plus fin des parcours biographiques, apparaît également à ce niveau l'héritage (lui aussi genré) de certaines valeurs altruistes et de générosité mises en œuvre dans une conception peu mercantile du soin auprès de personnes fragiles. Ces valeurs peuvent s'inscrire dans une tradition familiale, parfois imprégnée de catholicisme social (avec des amères investies par exemple dans un bénévolat charitable, sans carrière propre, par exemple⁵²). La valorisation de l'aide et la protection des personnes vulnérables se combine bien avec une orientation vers la gériatrie, la prise en charge de la douleur, ou encore les soins palliatifs. Une autre forme idéologique, plus à gauche politiquement et qui favorise l'orientation vers les soins à des types de patients différents, est repérable chez d'autres jeunes femmes. Celles-là vont plutôt valoriser la prise en charge de personnes précarisées ou marginalisées (toxicomanes, migrants, personnes sans ressources). Certaines combinent d'ailleurs ces deux orientations, simultanément ou successivement. Leur démarche s'inscrit davantage dans une sensibilité et un engagement personnel adossés à certaines valeurs que dans un militantisme affirmé et affilié à des groupes associatifs.

⁵⁰ Les salaires ne sont pas médiocres dans l'absolu et certainement pas du niveau du salaire minimum, mais sensiblement inférieurs aux rémunérations des internes, ce qui est tout de même l'indice d'une dégradation matérielle et symbolique difficilement contestable.

⁵¹ On ne se prononcera pas ici sur la situation de médecins pouvant subir des discriminations liées à d'autres facteurs que le sexe, par exemple l'origine étrangère, la situation ne se présentant pas dans la cohorte.

⁵² J'ai à ce sujet péché par ethnocentrisme ou excès de modernisme, en commettant l'erreur de ne pas rechercher systématiquement auprès des jeunes femmes de la cohorte les informations sur la taille de leur fratrie et la continuité des carrières de leur mère lorsqu'elle ont exercé un emploi. J'ai supposé une certaine émancipation de la génération montante. Or, pour une partie de cette population, le processus semble beaucoup plus lent et complexe. J'y reviens dans la dernière sous-partie du rapport.

Quid d'une régulation publique ?

Autour de l'arrangement original des emplois et des qualifications que nous avons décrit se profilent aujourd'hui des velléités de régulation publique afin notamment de garantir la pérennité de l'accès aux soins primaires sur tout le territoire. Rien n'indique effectivement que la « main invisible » des ajustements spontanés entre l'offre et la demande, dans un système où la régulation concurrentielle joue très peu même pour le secteur libéral, attire les médecins là où l'intérêt général voudrait qu'ils dispensent des soins primaires où soient les plus utiles. Cela n'a jamais été le cas dans le passé, même si ce n'est que récemment que l'opinion et les pouvoirs s'en émeuvent⁵³. Que la puissance publique se préoccupe de la régulation d'une profession qui tire ses revenus de prélèvements obligatoires et remplit une fonction sociale jugée de première importance peut difficilement être disqualifié. Une certaine mise en ordre pourrait passer par une affectation géographique moins libre des médecins et par une rigidification du lien formation-emploi en médecine générale, dans l'espoir notamment de rendre l'offre de soins primaires pilotable à partir des postes mis à l'internat puis des DES de médecine générale décernés. Sur la base des observations réalisées sur une cohorte de diplômés qui a conduit son insertion professionnelle comme elle l'entendait, sans entrave institutionnelle, réfléchissons un instant aux conséquences prévisible de telles limitations si elles venaient à être adoptées. Nous ouvrirons donc, de manière interrogative et non prescriptive, sur les questions que pose cette perspective.

Les raisons macro-économiques et de santé publique sont solides : s'en remettre à des choix privés pour des revenus professionnels financés collectivement s'il y a des zones où l'accès aux soins n'est pas garanti serait irresponsable et incohérent. De par sa méthode et son objet, notre étude privilégie certes l'examen des attentes, de la subjectivité, des attaches, du détail des ressources et contraintes des jeunes diplômés, mais on ne peut prétendre raisonner dans le cadre de l'approche par les capacités sans arrimer la problématique de développement personnel des médecins à la question des droits des populations à l'accès aux soins. Qui pourrait défendre le modèle d'une société dans laquelle, pour que les médecins puissent poursuivre leurs objectifs propres et promouvoir leur liberté, des pans entiers de la population seraient confrontés à des obstacles majeurs dans l'accès aux soins ? Pouvoir consulter un médecin généraliste est évidemment essentiel pour l'approche des capacités appliquée à notre société. La préoccupation de la liberté d'accomplir doit concerner également chacun et ne saurait être valorisée que pour des professionnels dont les préférences seraient souveraines. A. Sen défend d'ailleurs une idée de la justice entendue comme égalité des capacités, et non la liberté de quelques uns. Il pose ainsi que « l'organisation sociale a pour tâche majeure de reconnaître les conflits d'intérêts et ensuite de leur trouver une solution équitable, en pourvoyant à de plus justes distributions de libertés individuelles » (Sen, 2003, p. 74). Si les politiques publiques doivent (ou devraient) être tendues vers la « capacitation » des personnes, c'est-à-dire chercher à leur donner au maximum les moyens d'orienter leur vie et leur travail comme bon leur semble, il ne s'agit pas de favoriser la capacitation d'un groupe au détriment d'autres, moins bien équipés. La préoccupation de justice sociale est omniprésente chez cet auteur, la vie en société imposant des limitations et restrictions aux individus, à répartir le plus équitablement possible. Dans sa conception haute et confiante de

⁵³ F-X. Schweyer rappelle que les inégalités régionales de densité de médecins étaient plus fortes il y a quelques décennies, quand personne ne s'en plaignait, qu'aujourd'hui, où elles sont unanimement (et à juste titre) jugées préoccupantes (Schweyer, 2010a).

la démocratie, A. Sen s'en remet toutefois à la participation et à la délibération de tous⁵⁴ et ne nous aide pas à examiner plus avant le conflit de perspectives et les rapports de forces qui peuvent en découler.

Des tensions prévisibles dans le management des soignants

À la lumière de notre travail, la perspective d'une régulation (plus) autoritaire des affectations des jeunes diplômés présente l'inconvénient majeur de faire peu cas des variations individuelles significatives dans les valeurs que poursuivent les jeunes médecins à travers les formes de soins qu'ils privilégient (quid du sens que le travail médical revêt pour eux ? des compétences et prises en charge spécifiques dans lesquelles ils se réalisent ?) ; peu de cas aussi du processus temporel dans lequel ils inscrivent leur début de vie personnelle et professionnelle (besoin d'expérimenter pour « se trouver », report de la perspective de la vie adulte comme établissement définitif) ; peu de cas enfin des contraintes inégales pesant sur les deux sexes dans les arrangements familiaux⁵⁵. Elle procède d'une vision manageriale issue des théories du capital humain dominée par une saisie quantitative et instrumentale des personnes, considérées dans leur adaptabilité aux besoins des organisations et formatées en conséquence. L'attention aux « individualités travaillant » (Zarifian, 2003), à leur capacité et à leur besoin d'engagement subjectif, à la singularité des parcours, des goûts, des contraintes de la vie hors travail n'ont pas de place dans ces modèles où font figure de sentimentalisme déplacé. Même si la fin n'est pas ici le profit mais l'accès aux soins primaires sur tout le territoire, objectif notoirement différent, la pensée de la relation entre les moyens humains et les fins est celle d'une flexibilité du capital humain déterminée par les besoins de l'organisation, qui raisonne sur l'extraction et la productivité du temps médical disponible sans faire de place à la qualité de vie ni de travail, au sens plein que leur donne A. Sen. Ses lecteurs le disent fort bien à propos des politiques du travail en général : « Circonscire la discussion et le débat dans des perspectives restrictives prenant uniquement en compte les objectifs organisationnels est révélateur d'une incapacité à replacer le travail dans le contexte

⁵⁴ Selon la lecture qu'en font J-M. Bonvin et N. Farvaque : « Le processus d'évaluation, au cours duquel les biens et les personnes sont qualifiés (c'est-à-dire se voient attribuer une valeur), doit donc être confié autant que possible aux acteurs directement concernés si l'on souhaite prendre au sérieux la dimension processuelle de la liberté. » (Bonvin et Farvaque, 2007, p. 14)

⁵⁵ Or, les effets inégalitaires par rapport au genre de politiques publiques apparemment neutres commencent à être connus. C'est la notion de discrimination indirecte qui la mesure, « entendue au niveau européen comme l'existence d'une disposition, d'un critère ou d'une pratique apparemment neutres mais susceptibles d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une race, d'un sexe, etc., sans qu'une justification objective et légitime puisse y être apportée. Elle est donc indépendante de la volonté des décideurs et concerne des mesures ou des pratiques qui respectent l'égalité formelle mais impliquent des désavantages particuliers pour certaines catégories, par exemple qui produisent un effet différencié sur les hommes et les femmes. » (Milewski, 2009, p. 127). Le pilotage des dernières réformes du concours de l'internat s'est déjà illustré par son « universalisme masculin », entendu comme une absence de prise en compte des effets différenciés sur les personnes des deux sexes des mesures adoptées. La réforme de 1982-84 a supprimé la voie principalement choisie par les femmes, celles des CES, pour pérenniser celles qu'empruntaient majoritairement les hommes. Elles ont mis une vingtaine d'années à s'en remettre, c'est-à-dire à rattraper la compétitivité et les performances de leurs homologues masculins au niveau de l'internat (Hardy-Dubernet, 2001, 2005). Depuis 2004, les femmes sont en revanche très performantes aux ECN, mais à rang de réussite donné les choix qu'elles effectuent ne se superposent pas à ceux de leurs collègues hommes. L'étude de Y. Faure (2010) attire l'attention sur les situations dramatiques qu'entraîne pour les couples la procédure de choix et sur le fait que les femmes restreignent davantage leurs ambitions (parfois d'ailleurs inutilement, compte tenu d'une procédure qui les contraint à faire des choix en semi-aveugle) pour prévenir le risque d'une séparation géographique.

de vie des individus et à appréhender les dimensions sociales et économiques associées au travail. » (Bryson et Merritt, 2007, p.45).

Les réflexions de P. Zarifian complètent cette perspective : « Bien davantage que la puissance du corps et de la pensée, le sens donné au travail est fragile : il faut en prendre soin. À tout moment, un individu au travail peut perdre le sens de ce qu'il fait et tomber dans un état d'aliénation. La pression du débit, l'impossibilité de comprendre les attendus et finalités de ce qu'il fait, l'opacité de l'organisation dans laquelle il est placé, voire les comportements des clients peuvent engendrer une forte difficulté à produire du sens. L'aliénation ne consiste pas à s'affronter à de l'hétéronomie, à ce qui nous est étranger. Elle surgit par perte de sens, enfermement dans une pure routine reproductrice dont on ne verrait plus ce qu'elle apporte au vivre commun, et dans un champ de pressions que l'on ne peut que subir ». (Zarifian, 2003, p. 10-11).

Si elle sait intégrer des indicateurs et des procédures de qualité, la perspective manageriale est muette sur la « qualité qualitative », du soin donné ou reçu, celle qui fait référence au sens des actes pour les personnes engagées, à leur inventivité et sensibilité, à leur capacité à apprécier une situation complexe singulière dans la temporalité signifiante du « temps-devenir »⁵⁶ (Zarifian, 2003). Ce qui domine dans les organisations est « le découpage spatiotemporel du travail, fondé sur une vision largement reproductrice du travail. (...) On continue de faire comme si 's'organiser' signifiait : mettre chacun dans une case, dans une fonction prédéterminée, et simplement coordonner entre elles de telles fonctions. » (Zarifian, 2003, p. 92). Les sociologues et économistes qui s'inspirent de Sen pour décrypter les politiques des ressources humaines valorisent au contraire le fait de se sentir professionnellement compétent c'est-à-dire « à sa place », dans un travail dont la qualité constitue pour l'individu une fin en soi, justifiant une mobilisation remarquable, et dont l'exercice renforce ses compétences et capacités et finalement contribue au développement de soi. Ils critiquent les parcours professionnels contraints, le détournement de l'esprit des lois sur le droit à formation professionnelle chez les salariés au nom de la seule recherche d'efficacité économique. Notons que ces analyses ont été développées pour le travail ou le salariat ordinaire. Sans chercher à mystifier particulièrement le travail médical et la relation de soins, il serait paradoxal d'en déconsidérer le contenu et la portée au point de ne pas leur accorder cette potentialité qualitative, même si prendre cela en compte vient compliquer les perspectives du management. L'efficacité de la dépense publique et des politiques de santé est un objectif, mais ne peut constituer la référence unique de l'action, exclusive d'autres finalités et idéaux légitimes. Le souci de bien faire, la capacité à « supporter les patients »⁵⁷ (particulièrement en soins primaires et dans une médecine centrée sur l'accompagnement et le suivi des personnes) ne doivent pas « compter » pour rien dans la constitution d'une offre de soins à positionner face aux « besoins » identifiés.

⁵⁶ P. Zarifian oppose au « temps spatialisé », c'est-à-dire chronométré, homogénéisé, discipliné, la perspective du « temps-devenir » : « C'est le temps des mutations qualitatives (...) en tension permanente entre la mémoire et l'expérience du passé et l'anticipation de l'advenir. (...) C'est le temps interne des inventions et transformations que le travail opère, ce qui fait que l'après n'est jamais identique à l'avant, que quelque chose se passe. » (Zarifian, 2003, p. 11). Il ajoute : « Ce n'est pas bien entendu que le calcul quantitatif du temps cesse d'être utile, mais il est ramené à sa juste valeur : être l'indicateur d'une dépense de temps, mais aucunement de la conduite réussie de l'activité professionnelle. » (p. 12)

⁵⁷ J'emprunte cette expression à F. Bouchayer.

Au terme de cette enquête, il faut peut-être rappeler que pour tous les diplômés de la cohorte le travail médical constitue un fonctionnement de grande valeur. Bien le faire est une fin à soi, et non un moyen pour réaliser autre chose ailleurs, même s'ils sont aussi sensibles à des considérations d'équilibre de vie, comme cela a maintes fois été souligné. Presque tous apprécient leur métier et en attendent beaucoup en espérances d'accomplissement et d'utilité. Les options qu'ils ont prises expriment des valeurs et pas seulement des considérations d'opportunité ou de confort. Le fait qu'une minorité seulement se soit inscrite dès le départ dans une « vocation » claire et durable pour un type de médecine, que la plupart ait hésité, expérimenté, avant de se stabiliser sans fermer la porte à des évolutions futures, ne doit pas être interprété comme le signe d'un mode d'engagement superficiel dans le métier, au sein duquel toutes les médecines pourraient leur convenir indifféremment. Que plusieurs types de médecine les attirent ou les aient attirés, que certains choix aient été fonction du hasard et d'opportunités ne signifie pas indifférence morale et flexibilité infinie des motivations. Comme je l'ai développé ailleurs, ils ne sont pas vierges, sans socialisation ou « sans intérieur », et pour chacun d'eux cela règle a priori un certain nombre de choses quant aux manières possibles d'exercer la médecine (Bloy, 2009, p. 201-202).

Une politique publique qui viendrait rigidifier la relation formation/emploi et contraindre strictement les choix des jeunes diplômés de médecine générale s'inscrirait aussi paradoxalement en porte-à-faux par rapport aux tendances aujourd'hui valorisées dans le reste du monde professionnel par la rhétorique néo-managériale sur la logique des compétences et le développement professionnel. « Enchaîner » les diplômés de médecine générale à la médecine générale supposerait de réduire de façon drastique toutes les passerelles qu'ils utilisent pour s'en éloigner, qui sont autant de possibilités d'évolution encouragées par le marché de l'emploi médical, et d'aligner les futurs médecins sur des couloirs de formation, dès l'internat, puis d'exercice, parallèles et contraignants. À supposer que cela puisse être assumé dans le rapport de forces avec la profession médicale et ses représentants, ou encore dans le cadre de la liberté de travail consacrée par le droit européen, cela est-il souhaitable ? Peut-on d'ailleurs statuer sans plus de précaution sur l'inutilité sociale des autres fonctions médicales dans lesquelles on les trouve engagés en nombre ? Sont-ils inutiles vraiment, pour la société d'aujourd'hui et de demain, ces emplois en gériatrie, en soins palliatifs, dans les services d'urgence, en PMI ou médecine scolaire, dans la gestion territoriale de la dépendance ? Si un passage en force semble peu réaliste, il reste à inventer un dosage de contraintes et un jeu d'incitations, dont il serait toutefois bon qu'il fasse quelque cas des motivations proprement médicales et professionnelles des intéressés pour choisir un exercice plutôt qu'un autre, de leurs ressources et cheminements biographiques, et prenne la peine d'anticiper les effets en termes de genre des mesures envisagées.

3 – La question du genre chez les jeunes diplômés de médecine générale

« La jeune femme vit qu'elle n'avancait plus au même pas que son mari. Ils ressemblaient à deux chevaux de course. On les avait pesés avant le départ, et on avait constaté que leurs poids étaient identiques ; ils avaient promis de courir à la même allure ; tout était si bien calculé qu'ils auraient dû terminer la course en même temps et quitter la compétition ensemble. Mais à présent, le mari avait déjà pris une longueur d'avance sur elle. Si elle ne se pressait pas, elle resterait en arrière... » A. Strindberg, *Dissensions*.

Le sociologue F. de Singly (1997) nous interpelle fortement avec cet extrait du dramaturge A. Strindberg, censé nous parler toutefois d'une tout autre époque. Lorsque nous avons démarré notre suivi de cohorte, la majorité des étudiants en médecine étaient déjà des étudiantes et elles n'accusaient plus de différentiel avec leurs homologues masculins dans la compétition des études de médecine. Elles se montraient notamment aussi performantes qu'eux à l'internat. Pour filer la métaphore incisive d'A. Strindberg, tout indique que nous sommes en présence de chevaux également sélectionnés, taillés et doués pour la course, sur lesquels les paris pour savoir qui aura la plus belle carrière pourraient être ouverts.

Les résultats des ECN, qui classent désormais tous les étudiants à l'issue du second cycle, sont même depuis 2004 à l'avantage des femmes. Elles y sont surreprésentées en tête de classement et minoritaires en queue. À rang comparable, la filière médecine générale a plus d'attrait à leurs yeux. Parmi les diplômés de cette filière, ce seraient donc les hommes qui pourraient accuser un éventuel handicap au départ. Il nous reste à voir si, au-delà du temps des épreuves communes, le mode de construction des débuts de carrière se différencie, et si oui en quoi. Autour de la trentaine, les conditions de la vie en couple et de l'entrée dans la parentalité, d'une part, les structures d'opportunités professionnelles qui se présentent aux unes et aux autres d'autre part, viennent-elles déséquilibrer l'allure de la course ? Quelles sont, autrement dit, les dynamiques de différenciation et/ou d'indifférenciation à l'œuvre entre les jeunes hommes et femmes de la cohorte ?

L'indifférenciation croissante des aspirations

Nous avons commencé à voir en première partie la richesse des analyses consacrées aux modalités et aux effets de l'accession des femmes aux professions supérieures. Dans le cas des jeunes médecins, la thèse de l'indifférenciation croissante des aspirations en termes d'équilibre de vie et de mode de pratique a ses partisans (Levasseur et Schweyer, 2004 ; Le Feuvre et Lapeyre, 2005 ; Robelet et al., 2006 ; Lapeyre et Robelet, 2007 ; Schweyer, 2010b). Elle se fonde principalement sur la transformation de l'*ethos* professionnel et en particulier de la norme de disponibilité temporelle aux patients parmi les nouvelles générations de médecins.

Les choses semblent effectivement bouger sur ce front parmi les jeunes professionnels, même si aucune diminution n'a pu être mesurée au niveau du temps effectivement travaillé. Jusqu'à présent, les jeunes disent vouloir travailler moins mais ne travaillent pas moins dans les faits (pour autant que les méthodes de mesure soient valables). Dans le discours symbolique et normatif en revanche, celui qui dit ce que doivent être le mode de travail et la prise en charge des patients, les inflexions sont fortes. La norme sociale du temps de travail extensible est aujourd'hui largement disqualifiée en tant que manière de bien pratiquer la médecine. On

s'accordera avec les différents auteurs pour penser que les femmes ont largement contribué à ces évolutions symboliques, parce que la division sexuelle du travail leur a historiquement imposé de vivre selon une temporalité polychronique⁵⁸, quand la plupart des hommes connaissait le luxe de fonctionner en mode monochrome (Bessin, 2004). Les études sur les femmes cadres en entreprise ont relevé cette capacité des femmes à questionner, si ce n'est à toujours réellement faire bouger, les normes de management du temps établies dans les organisations (Laufer, 2001, 2004, 2005). Elles ont introduit des formes plus distanciées de rapport à la carrière et commencé à récuser l'idée que le temps passé au travail, le « présentisme » et la disponibilité totale soient de bons indicateurs de la qualité de l'engagement professionnel et du travail fourni. « Du point de vue du temps comme projet, elles apparaissent souvent porteuses d'un nouveau modèle, plus harmonieux, d'articulation des temps de travail et hors travail. » (Laufer, 2001, p. 246)

Se fondant sur cette inflexion de l'*ethos* professionnel, N. Le Feuvre, N. Lapeyre, M. Robelet ou F-X. Schweyer concluent dans le sens d'une minoration de l'effet de genre par rapport à l'effet de génération dans les transformations en cours de l'exercice de la médecine. Certains auteurs osent même une lecture plutôt réjouissante selon une perspective de « dépassement du genre ». Même si elles reconnaissent qu'au vu de leurs données d'enquête la régulation du temps de travail pose des problèmes plus aigus aux femmes qu'aux hommes, et que les usages du temps effectivement libéré restent terriblement sexués, N. Lapeyre et M. Robelet par exemple veulent voir dans le discours construit par les hommes sur le changement de leur rapport au temps de travail un « témoin des prémices de changement dans les pratiques » (Lapeyre et Robelet, 2007, p. 29).

À l'épreuve des faits

N'est-ce pas aller un peu vite en besogne ? Peut-on se contenter des indices d'une symétrisation des postures repérables dans les discours et projections, du fait que tout le monde affirme aujourd'hui vouloir et travailler et « voir ses enfants grandir », et que les pères se satisfont de moins en moins d'une présence symbolique ? Cela nous semble insuffisant pour établir l'émergence de modèles nouveaux de division du travail domestique et éducatif, seuls à même de réellement libérer les possibilités de carrière féminine.

La mixité croissante des aspirations a pu être repérée depuis un certain temps par d'autres auteurs dans d'autres mondes professionnels très qualifiés, sans que les effets en termes d'égalisation des conditions effectives suivent. J. Laufer la voyait par exemple à l'œuvre dans les années 90, dans ses enquêtes sur les cadres comme dans celles sur les étudiant(e)s des grandes écoles de commerce ou d'ingénieurs. Comme leurs collègues hommes, les jeunes femmes anticipaient des stratégies d'acteurs quant à la construction de leur carrière, leur volonté de reconnaissance et de promotion était alignée sur le modèle des hommes. Cela n'a pas empêché que les arbitrages et réalisations ultérieurs ne soient pas les mêmes au masculin et au féminin, une fois pris dans l'emploi et dans les engagements familiaux. Les polytechniciennes et polytechniciens étudiés par C. Marry (1995) exprimaient une aspiration à un investissement fort dans la famille et l'éducation de leurs enfants, sans que cela ait la même traduction dans les chiffres sur le temps de travail comparé des unes et des autres ni sur

⁵⁸ Cela s'articule très bien avec l'approche par les capacités : « Seule l'approche par les capacités, au lieu d'en faire une sphère isolée, intègre le travail dans la vie et reconnaît qu'il absorbe une part importante de son temps. » (Corteel et Zimmermann, 2007, p. 7)

la pratique du temps partiel. Les arbitrages réalisés sous contraintes diffèrent, et le constat posé par F. de Singly dès les années 80 demeure valable, même dans ces populations extrêmement sélectionnées où les femmes ont fait la preuve de leur excellence et d'une pugnacité sans faille dans la compétition scolaire : l'investissement professionnel et la carrière des hommes progressent avec la taille de la descendance, tandis que c'est l'inverse pour les femmes (de Singly, 1997). « Plus leur salaire est élevé et plus les pères accordent la priorité à leur activité professionnelle, moins ils sont enclins à se conformer à l'image du 'nouveau père' répartissant de façon équilibrée ses activités entre son travail et ses obligations familiales » pointent encore J. Fagnani et M-T. Letablier (2003). On entrevoit un hiatus possible entre les effets de l'éducation qui conduisent les membres des classes favorisées à évoluer dans leur vision des différences de sexe, voire à représenter une possible avant-garde sur le plan des mentalités, et l'inscription économique des hommes très qualifiés dans des emplois très rémunérateurs, très prenants, et de plus en plus exigeants en termes de mobilité.

Pour toutes ces raisons, et même sans douter de la bonne foi des informateurs, il nous semble que prendre les déclarations au pied de la lettre pour affirmer la révolution à venir dans les rapports de genre est sociologiquement un peu naïf. Des décennies d'enquêtes sur l'inégale répartition des tâches ménagères et éducatives au sein des couples et de la famille (Kaufmann, 1992 ; de Singly, 2007 ; Déchaux, 2009) ont pointé la façon dont les manières de se répartir les tâches domestiques et éducatives se déposent insensiblement dans les corps et les consciences, au masculin et au féminin. Ces travaux montrent le volontarisme et l'hyper-vigilance qu'il faut pour espérer aller ensuite contre ces dispositions incorporées... *A fortiori* si l'égalité n'est pas soutenue par les structures d'opportunités qui se présentent aux unes et aux autres dans la vie professionnelle, même à diplôme équivalent, comme ce semble être le cas dans notre cohorte. D'autres auteurs attirent ainsi l'attention sur un fort décalage entre l'idéologie et la pratique des rôles parentaux et sur la façon dont les deux parties réussissent à s'accommoder de ce déséquilibre : « Une répartition sexuée s'opère fortement, y compris parmi les couples aux ressources socioculturelles élevées qui prônent une égalité domestique et un partage des rôles parentaux. Parce que le père a un salaire élevé nécessitant de longues journées professionnelles, la mère réduit son activité afin de prendre en charge l'ensemble des tâches domestiques. Pour autant, elle ne considère pas cette situation comme désavantageuse pour elle, pas plus qu'elle ne pense que son conjoint démissionne de son rôle de père. Ce dernier entretient, en effet, avec ses enfants une relation basée sur le jeu, les loisirs, le relationnel. Il s'amuse avec eux dès qu'il rentre le soir, termine de leur donner le bain ou le repas, les emmène au parc le week-end et donne ainsi l'illusion d'un investissement quotidien. » (Blöss et Odena 2005, p. 81).

Oublier la classe ?

Les sociologues qui concluent à une certaine confusion des effets de genre et de génération dans les transformations en cours de la médecine ne raisonnent pas vraiment sur la position de classe des personnes enquêtées. Ils abordent implicitement les médecins comme une frange de la bourgeoisie intellectuelle, potentiellement à l'avant-garde de l'évolution des rapports sociaux de genre au sein des nouvelles générations.

A-C. Hardy-Dubernet (2005) est sensiblement en décalage lorsqu'elle pointe au contraire la recomposition des normes de genre à l'œuvre dans l'orientation des femmes vers les facultés de médecine. Cet auteur croise la féminisation avec le recrutement social très privilégié des

médecins, qui n'a absolument pas évolué sous l'effet de la montée des femmes dans les études médicales. Elle pointe que le titre de médecin auquel accèdent désormais en nombre les femmes de ces milieux favorisés est de moins en moins convoité par leurs homologues masculins. Loin d'être un levier automatique d'émancipation des femmes dans les différents registres, professionnels et non professionnels, de leur existence, le fait qu'elles accèdent à un titre prestigieux, valorisant et valorisable pourrait constituer une « révolution respectueuse » de plus (Marry, 2004), se gardant de bousculer les modèles familiaux de la bourgeoisie traditionnelle. Voici ce qu'elle avance : « Dans certains milieux sociaux, la féminisation de la médecine est peut-être le reflet d'une nouvelle forme de reproduction des rôles sociaux de la femme et de l'homme, qui permet d'articuler des activités professionnelles supérieures avec une différenciation sexuelle des fonctions. » (Hardy-Dubernet, 2005, p. 57). Cette piste de réflexion a pris de plus en plus d'acuité au fur et à mesure de l'avancement de notre enquête.

Le suivi de cohorte offre une prise assez remarquable sur ces questions puisque les intentions, les réalisations et le ressenti des jeunes ont été sondés à plusieurs reprises au fur et à mesure que se mettaient effectivement en place les débuts de carrière et que simultanément se concrétisaient les projets familiaux et l'installation matérielle dans la vie⁵⁹. Nous avons donc l'avantage du recul sur la manière dont les rôles se décentent lors de la stabilisation dans la vie adulte, qui autorise certaines qualifications sociales qui auraient été difficiles à poser à 27 ou 28 ans.

J'ai systématiquement renseigné lors de cette enquête la position sociale des parents et des conjoints, qui confirme le recrutement social privilégié des étudiants en médecine et la forte homogamie des médecins, choses statistiquement bien établies par ailleurs (Breuil-Genier et Sicart, 2005 et 2006). En revanche, je n'ai pas toujours pris suffisamment d'informations sur la socialisation familiale d'origine de mes informateurs ni sur la façon dont ils/elles se positionnaient par rapport aux « modèles » symboliques et pratiques avec lesquels ils/elles ont grandi (taille des fratries, mères actives ou inactives, à temps plein ou à temps partiel, carrière continue ou discontinue, différence de revenus au sein du couple parental, etc.). J'ai au départ tenu naïvement pour acquises une certaine modernité des rapports de genre et une tendance à l'émancipation de la génération montante de la bourgeoisie éclairée par rapport aux modèles familiaux traditionnels. C'était négliger un peu vite les enseignements de C. Marry (2004), qui montre particulièrement bien (sur des générations certes un peu plus anciennes) le poids de l'héritage familial sur les jeunes femmes issues de familles nombreuses de la grande bourgeoisie traditionnelle, très bien dotées sur le plan scolaire mais porteuses d'un modèle conjugal et familial conservateur qu'elles ne remettent pas forcément en question. Le choix du conjoint, la taille de la descendance et le fonctionnement familial en portent souvent l'empreinte⁶⁰. Chez les femmes « héritières », issues des fractions supérieures de la bourgeoisie traditionnelle catholique, la carrière du mari peut rester prioritaire et la descendance nombreuse, comme d'ailleurs dans les familles populaires, mais selon une tout autre déclinaison sociale. À partir de son travail sur les ingénieurs polytechniciens et les

⁵⁹ J'ai par exemple souvent pu suivre les trajectoires résidentielles et les investissements immobiliers des couples.

⁶⁰ Une confirmation statistique est apportée par A. Pailhé et A. Solaz (2006) en population générale : « A diplôme et type d'emploi donnés, on note une transmission mère-fille de l'histoire professionnelle. Après une naissance, surtout la première, les filles dont les mères ont toujours travaillé connaissent moins souvent une baisse d'activité professionnelle liée à l'enfant, notamment une sortie du marché du travail, que celles dont les mères se sont interrompues ou n'ont jamais travaillé. »

normaliens scientifiques, C. Marry formule ainsi l'idée selon laquelle « les femmes en mobilité sociale ascendante sont davantage dans des couples égalitaires et ont tendance à limiter la taille de la famille » (2004, p. 55).

C'est assez tard dans l'enquête, en voyant se décanter les rôles sociaux de genre chez certaines de mes informatrices au fil de leur établissement familial que j'ai été frappée par la prégnance d'arrangements familiaux traditionnels, sous-tendus par un ensemble de normes et de valeurs relatives à la place des femmes dans la famille et une conception de la maternité⁶¹. Ces éléments axiologiques et culturels, efficacement inscrits dans la division matérielle des rôles et responsabilités au sein du couple parental, limitent les possibilités d'affirmation d'une carrière autonome des jeunes femmes, au moins à ce moment-là de leur vie. J'ai dû m'efforcer de reconstituer les configurations familiales d'origine à partir des éléments disséminés dans le détail des différentes conversations.

La représentativité des situations observées n'est bien sûr pas assurée, mais ce n'était pas davantage le cas dans les échantillons de nos collègues. Il est probable que le poids des facultés parisiennes *intra-muros* dans le nôtre (30 internes sur 51) ait accru la probabilité de rencontrer des jeunes gens issus de la meilleure bourgeoisie traditionnelle et il est clair que l'enquête qualitative n'est pas le meilleur outil pour établir les régularités en matière de différences sociales. Des analyses quantitatives « genrées » du ou des marché(s) du travail médical, plus précises que celles actuellement disponibles (Bessières, 2005), sont à produire pour pouvoir assurer la montée en généralité dans des meilleures conditions. Il serait bon qu'elles distinguent les différentes générations de femmes entrées dans la profession et qu'elles s'attachent à des variables permettant de caractériser finement la position sociale du conjoint, lorsque conjoint il y a, et de renseigner les origines sociales et familiales des deux membres du couple.

L'empreinte du genre sur les entrées dans la carrière

Revenons à nos propres résultats. Le tableau d'ensemble qui se dégage de notre cohorte met largement à mal l'idée d'une indifférenciation des modalités d'engagement professionnel des hommes et des femmes, et surtout celle d'une équivalence du point de vue de la liberté de poser des choix et de réaliser des accomplissements, dans les termes d'A. Sen. Si nombre d'inflexions par rapport au modèle du *male breadwinner* sont repérables, chez les hommes comme chez les femmes, si une tendance ne fait pas une loi, si l'engagement des femmes par rapport au travail médical est rarement en cause⁶², leurs réalisations respectives sur ces

⁶¹ Conception qui fait par exemple la part belle à l'allaitement maternel prolongé. Sans doute faut-il y avoir un phénomène générationnel.

⁶² Rebecca, Flavie, Sixtine et Clothilde en ont toutefois temporairement décroché. La première pour se consacrer un temps au yoga et aux massages dans un temps de recherche personnelle. Les deux suivantes selon des schémas familiaux plus traditionnels. Flavie a suivi son mari outremer et s'est consacré à ses deux jeunes enfants. Elle pensait reprendre là-bas une activité à temps partiel mais elle s'est donné du temps pour le faire et a finalement dû rentrer en métropole plus tôt que prévu. Sixtine a interrompu son activité à la naissance de son troisième, pour s'investir dans les gros travaux d'aménagement de sa maison, s'occuper de ses enfants et allaiter son bébé près de deux ans. Après une grossesse très difficile et la naissance des jumeaux qu'elle a eus avec Fabien, Clothilde a passé quasiment deux ans en congé parental, pendant lesquels elle a complété sa formation de nutritionniste. Quant à Adelaïde, elle se serait bien vue en congé parental après la naissance de son troisième enfant. Elle a réalisé que son statut d'attachée en CHU ne lui permettait même pas d'y prétendre sans mettre en péril ses perspectives de retour sur le poste qu'elle occupe. Le congé parental à temps partiel est un dispositif volontiers envisagé par les jeunes mères de la cohorte.

quelques années portent l’empreinte du genre. Cette dimension opère un peu comme une force de rappel au cours des premières années de la carrière qui sont aussi celles de la venue au monde des enfants, dont on sait par maints travaux combien elle introduit de ruptures dans les idéaux modernes d’égalité de réalisation de soi au sein des couples (Pailhé et Solaz, 2006 ; Bauer, 2006 et 2007 ; Brugeilles et Sebille, 2009 ; Régnier-Loilier, 2009)⁶³. Cela peut être mis en évidence à différents niveaux.

Le genre guide d’abord le choix des « spécialités » pour ceux et celles qui s’éloignent de la médecine générale *stricto sensu* : la gériatrie, la pédiatrie en PMI, la gynécologie au planning familial, la médecine scolaire ou de crèche n’attirent que les femmes dans notre cohorte, et ce n’est pas un aléa d’échantillonnage. On retrouve ensuite les femmes en nombre dans le salariat non hospitalier, tandis que seul un homme de l’échantillon s’y est engagé. Mais il y a bien sûr salariat et salariat et il est impératif de distinguer selon le détail des statuts qui est lourd de conséquences sur les protections et des revenus. C’est sur ce point que notre constat est le plus accablant, car seules des femmes acceptent certains postes statutairement et financièrement peu gratifiants. L’examen des situations occupées par les jeunes diplômés montre qu’un diplôme de médecin généraliste peut aujourd’hui rapporter peu ou beaucoup selon les choix d’activité effectués et l’intensité de son investissement professionnel. Le titre n’est pas globalement dévalorisé sur le marché du travail, il ne l’est que dans certains de ses compartiments qui n’attirent quasiment que des jeunes femmes. Leur « choix » de ces postes serait incompréhensible s’il n’était adossé à un système de rôles asymétriques fondé sur des normes culturelles.

Elles s’y engagent d’abord au nom de compromis réalistes à trouver entre leur rôle familial traditionnel et leur volonté de se maintenir dans l’emploi. Plusieurs sont prises dans un réseau serré de contraintes : rester à proximité du domicile et des lieux de vie des enfants, respecter les impératifs horaires liés à leur récupération, se rendre disponible en cas de maladie, gérer l’essentiel de la vie domestique et familiale, et pouvoir suivre le cas échéant la mobilité professionnelle de leur conjoint. Elles le font aussi parce qu’elles sont disposées à y trouver quelques avantages : par exemple à valoriser le contenu du travail, la bonne entente de l’équipe, ou les occasions de formation supplémentaire, indépendamment d’un objectif de rentabilité financière de leur activité. Elles le font enfin parce que ce sous-emploi relatif est relativement protégé (congés maternité et autres, temps de travail, possibilité de temps partiel, proximité d’une crèche, souplesse en cas d’enfants malades etc.)⁶⁴.

⁶³ L’enquête « Etude des relations familiales et intergénérationnelles » (ERFI) a permis de mieux isoler l’effet de l’arrivée d’un enfant dans un couple sur les tâches domestiques (ne sont pas considérées ici les tâches directement parentales que ce dernier amène), puisque les couples ont été interrogés avant et après. Les conclusions sont sans appel : « Une naissance accentue le déséquilibre du partage des tâches entre conjoints » et « l’arrivée d’un enfant conduit à des ajustements professionnels qui touchent principalement la femme » (Régnier-Loilier, 2009). Sur la base de l’enquête « Familles et employeurs » de 2004-2005, A. Pailhé et A. Solaz (2006) ont établi que « le fossé qui sépare la faible implication masculine du travail d’ajustement des femmes est considérable : les pères réduisent leur activité vingt fois moins souvent que les mères. »

⁶⁴ Ce qui contraste parfois avec les situations de leurs conjoints, plus lucratives mais plus exposées, où le stress professionnel est entretenu par des modalités de management plus agressives que celles auxquels elles sont exposées.

Les postes du marché du travail médical secondaire trouvent ainsi preneuses au nom de compromis qui évoquent plus des préférences adaptatives que des choix autonomes et sont à éclairer par les normes de genre. Nous ne sommes pas seulement dans une logique de goûts culturellement différenciés, structurés par l'identité traditionnelle de genre, dont on pourrait discuter le caractère aliénant ou la signification profonde pour les intéressées (est-il si évident, si « naturel » que les femmes médecins soient massivement attirées par la pédiatrie, par exemple ? s'épanouissent dans le travail relationnel et affectif que suppose le *care* ? quelle transgression doivent réaliser celles que cela ennuie ou rebute ?), mais dans la conformité à une norme sociale qui les conduit à accepter une moindre valorisation de leurs compétences pour ménager de la disponibilité pour leur famille, sans d'ailleurs nécessairement s'en plaindre.

Les femmes entre autonomie et hétéronomie

Cela ne concerne bien sûr pas toutes les femmes : d'autres font un début de carrière sur le modèle masculin, en travaillant énormément (comme Maggy, lancée sur une carrière de praticien hospitalier, multipliant les gardes, formations et activités supplémentaires, qui dit toutefois qu'elle prévoit d'accorder la priorité à son enfant le jour où elle sera mère...); d'autres encore limitent leur activité mais le font en posant un choix indépendant, comme Flavie, Clothilde ou Marion.

La première est médecin de crèche à temps partiel dans plusieurs structures géographiquement proches, au total pour une vingtaine d'heures par semaine très correctement rémunérées (les collectivités publiques qui l'emploient déclarent beaucoup plus d'heures qu'elle n'en fait, au motif que le taux horaire officiel ne leur permettrait pas de recruter du personnel médical ; ses interventions en crèches d'entreprise sont bien payées). Elle développe depuis de longues années une réflexion sur la « bientraitance » des jeunes enfants, a fait une formation de conseillère en allaitement, et ne souhaite pas travailler davantage, notamment pour rester très présente auprès de ses propres enfants.

Clothilde, installée en nutrition dans un département rural, limite son activité pour ne travailler que trois jours par semaine afin de garder du temps et pour ses enfants (des jumeaux) et pour elle-même, comme elle l'a toujours désiré et puisque cela correspond à ses attentes en matière de revenus (dans le respect des tarifs conventionnés, sans précipiter le rythme des rendez-vous parce qu'elle conçoit ainsi son travail de conseil et d'éducation et que sinon « c'est plus de la médecine »). Son conjoint Fabien, également suivi dans le cadre de cette cohorte, est installé en médecine générale. Il travaille davantage tout en veillant à contrôler son activité. Il y a donc un certain déséquilibre du temps de travail et des apports dans le couple, qui ne semble pas vécu comme problématique car chacun d'eux vit le rapport à son activité sur le mode d'un choix personnel libre et heureux.

Quant à Marion, elle s'est trouvée directement partagée entre sa passion pour les soins palliatifs, qu'elle ne peut vivre que dans un environnement humain suffisamment solidaire et chaleureux, et son conjoint, tenu de résider à des centaines de kilomètres du service où elle s'épanouit professionnellement en région parisienne. Ce dernier appartient aux « précaires de la recherche ». Il poursuit un post-doctorat dans l'attente d'un poste dans l'enseignement supérieur dont on ne peut prévoir la localisation future. Sans cesser son activité à temps partiel dans son service d'origine, Marion l'a rejoint à l'approche de la naissance de leur bébé,

a tenté de s'associer au développement des soins palliatifs localement avant de renoncer devant la multiplication des problèmes de personnes et d'institutions. Le choix vire alors au dilemme, puisque exercer la médecine dans la région où elle réside désormais avec conjoint et enfant signifierait renoncer aux soins palliatifs auxquels elle s'est formée et qui sont devenus le cœur de son engagement en médecine. Elle opte finalement pour une activité dans le service où elle se sent bien, sur un temps partiel concentré, qui l'oblige toutefois à traverser la moitié de la France et à laisser son enfant quelques jours dans la semaine. Si elle-même s'accommode plutôt bien de cette situation, ne ressent pas de fatigue excessive ni de retentissement négatif sur son bébé, elle se trouve fréquemment confrontée aux marques d'incompréhension de son entourage ou des professionnels de la petite enfance qui découvrent sa situation et la jugent « mère indigne ».

Dans ces trois cas, il est difficile de ne pas considérer la cohérence des choix qu'elles expriment en propre, quoi que l'on pense par ailleurs de la « solution » du temps partiel féminin⁶⁵. Clothilde refuse déjà de prendre de nouveaux patients, mais elle pourrait développer son activité sans difficulté si elle en ressentait l'envie ou le besoin. Flavie n'a augmenté son activité que de quelques heures (elle est passée de 18 à 20) après son divorce, pour atteindre le niveau de revenu qu'elle vise pour vivre correctement avec ses deux enfants. Marion a considéré que son engagement familial ne pouvait pas aboutir au renoncement à son idéal professionnel et trouvé une articulation, relativement acrobatique, mais dont elle assume parfaitement les conséquences. Le niveau de contrainte auquel chacune d'elles se trouve exposé varie, mais leur autonomie professionnelle et personnelle nous paraît bien établie à travers les choix très différents qu'elles ont posés.

Les situations plus préoccupantes par rapport à l'égalité entre les sexes sont celles qui maintiennent des jeunes femmes très qualifiées dans une forme de sous-emploi relatif pour des raisons principalement hétéronomes. Il faut relever qu'aucun des hommes de la cohorte n'a eu à envisager l'arbitrage entre revenu et temps dégagé des obligations professionnelles dans des conditions aussi contraintes. Soit ils travaillent beaucoup et gagnent très bien leur vie (c'est le cas des urgentistes qui multiplient les heures ou les activités complémentaires, comme Julien, André, Albert ou Nils), soit ils gardent le contrôle de leur temps de travail (comme Frédéric, Fabien, César ou Daniel) en échange d'une rémunération moindre mais néanmoins confortable à très confortable. Même s'ils peuvent faire des pères très impliqués, ils n'ont pas des conjointes engagées de manière offensive dans des carrières de cadres d'entreprise, aux aléas desquelles ils seraient soumis par ricochet. Aucun des hommes de l'enquête ne se retrouve non plus, avec ce titre de médecin, en position de second revenu dans son couple. Les choix d'activité auxquels ils procèdent intègrent certes une contrainte de compatibilité avec les souhaits et possibilités professionnelles de leurs conjointes, puisque toutes travaillent désormais, mais ces impératifs ne sont pas symétriques à ceux que les hommes engagés dans des carrières de cadres imposent à leurs conjointes médecins. En raison de leur sexe et des règles sociales qui président à la formation des couples, ils échappent donc

⁶⁵ En France, le temps partiel féminin est généralement considéré comme un piège par les spécialistes de l'emploi des femmes, du fait des nombreuses discriminations qui le sanctionnent dans la gestion des ressources humaines et du caractère souvent illusoire d'un rattrapage ultérieur de carrière. Il est présenté comme plus souvent contraint que choisi, les auteurs insistant sur les horaires déstructurés et incompatibles avec une vie familiale normale que subissent de nombreuses femmes peu qualifiées employées à temps partiel. Toutefois, 71 % des femmes travaillant à temps partiel disent ne pas souhaiter travailler plus (Garner et Méda, 2006).

aux processus sociaux qui poussent certaines de leurs consœurs à se satisfaire durablement de statuts bancals sans perspective de valorisation « normale » de leur travail.

La conversion des ressources dont les femmes disposent de par leur titre et leurs compétences se heurte donc à des contraintes multiples et l'acceptation de certaines conditions de sous-emploi reste intimement liée à des arrangements conjugaux et parentaux inégaux et stéréotypés. Même dans les milieux ou situations où l'égalité des sexes est en marche, elle reste fragile au sens où les facteurs d'incertitude sont plus nombreux pour les femmes : déroulement d'une grossesse, événements de la vie des enfants, désorganisation des modes de garde, mobilité du conjoint. Tout se passe comme si le droit à la carrière masculine allait de soi, même quand il rejaillit fortement sur l'organisation familiale, tandis que la capacité des femmes à décider et agir pour elles-mêmes et par rapport à elles-mêmes reste suspendue à maintes incertitudes et inférieure à celle des hommes.

On ne s'étonne plus vraiment que les contraintes de conciliation pèsent de manière inégalitaire sur les femmes, mais il est paradoxal que la valeur de leur titre universitaire et la facilité avec laquelle elles trouvent à travailler les entraînent à subordonner leurs choix professionnels à ceux de leur conjoint. Elles se savent partout employables et pourront toujours travailler plus en cas de besoin. C'est à la fois leur force et leur faiblesse. La valeur de leur titre, leur polyvalence et l'état du marché du travail très favorable, étudiés plus haut, se retournent pour partie contre elles. Cette valeur devient très ambiguë lorsqu'elle tient à une forme d'employabilité tous azimuts sur des postes variés sur tout le territoire, mais sous des statuts très inégaux. Renoncer à un plan de carrière propre pour suivre la mobilité d'un conjoint cadre auquel les organisations modernes ne laissent pas la même latitude s'impose alors presque naturellement et fait passer au second plan l'asymétrie des situations. On retrouve ainsi de manière saisissante à l'œuvre dans ces couples que l'on peut dire « biactifs mono-carrière » l'arrangement de genre et de classe pressenti par A-C. Hardy-Dubernet : « Au contraire d'une ingénieure, une femme médecin peut ralentir ou augmenter son rythme de travail, déménager, adapter ses horaires sans altérer durablement sa carrière. Du coup, la profession médicale autorise des modes d'exercice qui deviennent modulables selon les situations familiales, voire les mobilités géographiques et professionnelles des conjoints. (...) En se plaçant sur des marchés du travail différents, les femmes médecins et les hommes ingénieurs peuvent sans doute mieux négocier les baisses d'activité des unes et les mobilités des autres, sans que des frustrations ne viennent porter ombrage aux projets familiaux et professionnels du couple. » (Hardy-Dubernet, 2005, p. 56-57). Ce marché du travail favorable se conjugue finalement bien avec le recyclage des normes de genre entretenues dans une certaine société.

Variations sociales

Le diagnostic principal que nous avons posé dans cette partie porte sur les femmes les plus nombreuses au sein de notre cohorte, celles qui sont mères de deux voire trois jeunes enfants et vivent en couple hétérosexuel avec des cadres supérieurs du privé issus d'écoles de commerce ou d'ingénieur, ou encore juristes, qui occupent des postes très rémunérateurs. Leurs conjoints travaillent dans le domaine de la gestion, du conseil ou des finances, certains sont à leur compte. Qu'en est-il des situations qui s'écartent de cette modalité dominante dans l'échantillon ?

Au sein des trois couples de diplômés de médecine générale de la cohorte, issus des mêmes promotions, les contrastes sont moins accusés : Fabien travaille certes plus que Clothilde, on l'a vu, mais Daniel et Célestine ont globalement le même statut, les mêmes contraintes et sans doute des perspectives proches à la MSA qui les emploie tous deux, ils semblent bien partis pour faire mentir la parabole d'A. Strindberg. Frédéric est associé dans une structure de médecine d'urgence de ville et contrôle strictement son temps de travail clinique, mais les responsabilités qu'il a été amené à prendre dans le groupe font que des tâches de gestion lui incombent et qu'il peut être sollicité à tout moment en cas de difficulté ou d'imprévu. Il a choisi par ailleurs de faire ses visites surtout de nuit, et dégage beaucoup de temps disponible pour ses fils et ses loisirs. Margot, sa femme, s'est reconvertie en psychiatrie. Son activité salariée est pour le moment moins rémunératrice pour un temps de travail en fait supérieur.

J'ai aussi pu approcher la situation de quatre autres couples de jeunes diplômés de médecine générale, dont l'un des conjoints seulement fait partie de la cohorte. Alix, l'épouse de Julien, travaillait au départ avec lui aux urgences (suite à un stage chez le praticien particulièrement éprouvant). Elle a voulu suspendre temporairement son activité à l'arrivée de leur fils. Une seconde naissance s'est rapidement annoncée et de fil en aiguille, elle a laissé filer le temps sans passer sa thèse et sans pouvoir du coup valider la CAMU dans laquelle elle s'est réinscrite à plusieurs reprises. Comme le remboursement de l'emprunt pour la maison en pleine campagne au bout du monde (objet d'un gros coup de cœur initial) nécessitait deux salaires, Julien a beaucoup augmenté ses horaires de travail, dans une activité qui finalement ne le passionne pas comme prévu, dans des services dont il désapprouve le manque de rigueur... au point de ne pas pouvoir prendre une seule semaine de congé pendant trois ans du fait de la multiplication des gardes. Alix a commencé à s'ennuyer de plus en plus à la maison : « elle s'emmerdait franchement, on était à la campagne, devant y avait que du vert. Malheureusement elle était dans le vert toute la journée, avec ses deux enfants. Il pleuvait tous les jours et elle en avait ras le bol ». Elle aurait pu essayer de remplacer même si cela paraissait compliqué car « elle avait les deux enfants, mais surtout elle ne se pensait pas assez forte, elle se croyait incapable de faire de la médecine générale ». Ils constatent qu'ils finissent par vivre en parallèle et décident de quitter cette maison pour une région plus ensoleillée, à la recherche d'un équilibre de vie différent. Après deux ans et demi d'inactivité, Alix finit par passer sa thèse *in extremis* sous la direction de Julien, et vient de reprendre une activité en médecine scolaire lorsque je le revois.

Dans aucun autre cas, les débuts de carrières ne se présentent de manière aussi déséquilibrée. Ceux d'Anaïs et de son mari Gabriel sont presque exactement parallèles, en gériatrie et en soins palliatifs, au sein des mêmes institutions publiques puis privées, sous les mêmes statuts etc. Beaucoup de ressemblance initiale aussi entre Nils et sa femme Gaëlle, à ceci près qu'elle a eu un temps d'avance dans l'obtention de son poste de PH aux urgences et a pu négocier le virage d'une spécialisation en échographie qui lui donne des horaires moins contraignants, tandis que Nils poursuit en parallèle une grosse activité aux urgences et des remplacements concentrés sur des périodes intensives, avec de gros horaires et une rémunération en conséquence. Pour Simon, époux d'Hélène, comme pour Maryline et son compagnon, le déséquilibre entre l'activité salariée et éventuellement à temps partiel de la femme mère de famille et l'activité de médecine générale libérale sur des horaires qui ne peuvent pas trop déborder du fait du style d'association établi, est réel mais discret.

Il faut donc prendre en compte toute une palette de nuances possibles, en spécifiant bien les configurations professionnelles et conjugales dans lesquelles les personnes s'inscrivent. Caractériser les jeunes médecins par leur seule appartenance à la catégorie socioprofessionnelle des « cadres et professions intellectuelles supérieures » est trop grossier pour rendre compte des différenciations sociales et des aménagements complexes que connaissent les rapports de genre à l'échelle des couples. L'homogamie sociale (origines sociales semblables, niveau d'étude très supérieur) n'empêche pas une forme d'hypergamie économique et statutaire en faveur de l'homme, qui relègue au second plan dans le couple le développement professionnel propre de certaines femmes. Cela nous conduit à pointer ici les ressources paradoxales de l'hypogamie, c'est-à-dire des situations dans lesquelles la femme est plus diplômée et occupe une meilleure position professionnelle que son conjoint.

L'hypogamie est très minoritaire, dans notre échantillon, comme dans l'ensemble de la société. Les cas de Vanessa, de Claudia et de Sonia peuvent être caractérisés ainsi. Leur activité professionnelle est alors la principale source de revenus pour le ménage. Dans le cas de Vanessa, elle s'affirme effectivement comme prioritaire par rapport à un conjoint au cursus moins brillant. Elle a fait le choix de l'installation en médecine générale à quelques centaines de kilomètres de la région où elle remplaçait et où son conjoint travaillait, pour se rapprocher de sa famille et échapper à un système de permanence des soins non régulé. Cela a conduit son mari à démissionner, sans garantie de retrouver du travail dans sa branche. Il l'a accompagnée dans les premiers temps de son installation, s'est investi dans l'aménagement des locaux et a même rempli ponctuellement des fonctions subalternes au cabinet⁶⁶. Cela est présenté comme une aide naturelle. La chance lui a permis de retrouver du travail de façon inespérée, à une certaine distance de leur domicile mais chez un sous-traitant de son employeur initial. Ses horaires raisonnables lui permettent d'être plus tôt rentré à la maison que Vanessa, il s'occupe donc de récupérer et gérer les enfants. Les soirs où elle consulte un peu tard, elle n'a qu'à « se mettre les pieds sous la table » et profiter des enfants à son retour. Ce qu'elle présente comme un fonctionnement équilibré et harmonieux est suffisamment exceptionnel pour être détaillé lorsque la complémentarité des rôles s'organise dans ce sens.

L'ami de Sonia appartient lui aux professions intermédiaires du milieu médico-social parapublic. Lorsque nous réalisons le deuxième entretien elle est enceinte et évoque tranquillement la possibilité que son compagnon prenne un congé parental à la naissance de leur fils, pour se consacrer au bébé et aux travaux de leur future maison. C'est ce qu'il a fait finalement pendant six mois, en conservant une activité à quart temps.

Nous sommes loin dans ces deux cas des milieux des héritières des fractions supérieures de la bourgeoisie et de leurs modèles conjugaux classiques. Même si ces jeunes femmes ne sont pas d'origine sociale particulièrement modeste, l'accès à la profession médicale correspond pour elles à une certaine mobilité sociale ascendante. Conjugué à leur situation d'hypogamie, cela semble leur permettre plus de fluidité et d'inventivité dans la gestion des rapports sociaux de genre au sein de leur couple. Sans s'assurer des revenus exceptionnels, elles vivent confortablement de leur métier.

⁶⁶ Chez d'autres jeunes femmes installées, l'aide se situe beaucoup plus classiquement au niveau du conseil informatique, comptable, fiscal ou juridique (notamment dans les phases de négociations importantes et potentiellement tendues avec les prestataires de service, les administrations, ou parfois les associés), et dans le bricolage lors de l'aménagement des lieux.

Dans le cas de Claudia, le conjoint travaille dans le milieu artistique, avec des rentrées d'argent aléatoires et manifeste une certaine incompréhension devant les choix professionnels de sa compagne qui leur assurent à grand peine un revenu convenable pour deux, alors qu'elle ne ménage pas ses efforts au sein d'un centre de santé orienté vers les populations migrantes et précaires. Cet homme estime qu'en tant que médecin, sa femme devrait pourtant pouvoir y parvenir facilement. Sa lecture de la situation professionnelle de Claudia est curieusement proche de celles d'autres maris très bien pourvus de la cohorte, qui portent un regard critique ou condescendant sur la faible rentabilité de l'activité de leur conjointe. Comme nous l'avons vu dans le gros plan que j'ai consacré à Claudia, sa situation va finalement évoluer vers une séparation.

Conscience, intériorisation et réversibilité : les habits neufs de la féminité ?

Il reste à se demander comment les situations de subordination de la carrière féminine affectent les intéressées : comment les vivent-elles ? Est-ce que cela compromet durablement leurs perspectives d'avenir ?

Dans l'ensemble, ces arrangements de couple, plus ou moins explicites, sont vécus dans un relatif confort, ce qui contribue certainement à les pérenniser. Lorsqu'une bonne entente prévaut et que tout « tourne » suffisamment harmonieusement, le fait d'avoir un travail intéressant et des enfants qui grandissent bien, de bénéficier d'un certain niveau de vie grâce au revenu de son conjoint/ou et à ses ressources familiales, l'emporte sur les frustrations liées au statut et au revenu propres, qui peuvent être relativisées et considérées comme transitoires. Mais lorsque la pression monte parce que survient un problème dans l'équilibre familial (problème de santé, problème d'emploi du conjoint, mésentente conjugale, etc.), le simple fait de maintenir son engagement professionnel quotidien en faisant face sur tous les autres fronts devient héroïque. Le gros plan que nous consacrons à Bénédicte, en suivant cette fois-ci le fil des propos échangés lors du deuxième entretien, en donne une petite idée. Le détail du discours reflète les chemins sinueux de la conscience et de la réflexivité chez une jeune femme qui semble tout à fait préparée par son éducation et ses valeurs à se conformer à un modèle familial traditionnel. Au fil des entretiens, elle met elle-même en perspective par petites touches un parcours atypique et pose discrètement la question de la régulation des ambitions qu'elle a consentie et de l'autonomie des choix opérés en tant que femme.

De tous mes informateurs, Bénédicte est la personne dont le parcours me semble interroger le plus directement la notion de choix et de projet professionnel autonome, et défier les analyses habituelles de l'individuation contemporaine. Nous avons vu qu'elle n'est pas la seule jeune femme mère de plusieurs enfants à se trouver en sous-emploi par la conjonction de fonctionnements institutionnels et d'une répartition inégalitaire des fonctions domestiques et éducatives dans la sphère privée. Une objectivation édifiante de son parcours en termes de domination de genre est tentante, mais son discours propre n'est pas celui-là. Le parti-pris méthodologique et épistémologique qui guide ce travail est de ne pas porter de jugement normatif à la place des personnes sur les modes de vie qui sont les leurs. Il ne s'agit pas bien sûr d'enfermer l'analyse dans l'expérience, comme si elle contenait toute la vérité indépassable de la situation, mais de s'attacher à décrire ce qui « pour les individus fait sens et problème, ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas, ce qui est cohérent et ce qui l'est moins », selon les mots de F. Dubet (2007, p. 44). On gardera aussi en tête que la situation est saisie à un moment précis de la carrière conjugale et parentale, et que la réflexion de l'intéressée sur

son parcours est susceptible d'évoluer. Sur les questions de genre comme sur les autres, le fait de travailler dans une perspective de suivi de cohorte confère une certaine sérénité à l'analyse contre la tentation de précipiter l'interprétation : on retourne voir où en sont les choses, la façon dont elles se sont décantées confirme ou infirme les pistes initiales. Je donnerai d'ailleurs un rapide aperçu du troisième entretien.

Je présente donc la situation de Bénédicte au moyen d'une sélection de larges extraits du deuxième entretien - pour information, le dialogue « brut » livré ici correspond à une petite demi-heure des propos tenus. Les fragments du discours sont livrés dans l'ordre selon lequel ils sont apparus au cours de la rencontre. Les crochets signalent des coupes dans le propos, et le lecteur agacé par la transcription littérale peut se concentrer sur les passages les plus importants, mis en gras. On verra ainsi que les informations relatives à l'internat de spécialité et aux ambitions scientifiques initiales de Bénédicte ont constitué en quelque sorte la « chute » de l'entretien (formulée après le premier arrêt du dictaphone, selon une modalité bien connue de ceux qui pratiquent l'enquête par entretien). La comparaison de la carrière réelle et de la carrière imaginée s'est opérée sous l'effet de la mise en perspective inévitablement induite par ce genre d'entretien, sans que cela semble se faire dans la douleur dans le cas de cette jeune femme.

« JE REGRETTE RIEN, MAIS BON, C'EST VRAI QUE... »

GROS PLAN SUR LE DEUXIÈME ENTRETIEN DE BÉNÉDICTE, GÉRIATRE

- B : en fait, j'ai été externe à la médecine de R.
- GB : oui
- B : **j'ai passé l'internat que j'ai eu en médecine interne à R.... j'ai fait quatre semestres, j'ai demandé de partir enfin, une disponibilité d'un an pour mon internat de spécialité...**
- ouais...
- **pour suivre mon mari qui était sur Paris**
- ouais
- B : après cette disponibilité d'un an, pendant laquelle j'ai fait fonction d'interne, j'ai démissionné de mon poste d'interne de spécialité, pour réintégrer la médecine générale à Paris, et il me restait, avec les équivalences que j'avais déjà faites, à faire mon stage chez le praticien
- chez le prat'
- que j'avais déjà fait quand on s'était rencontrées
- oui
- plus un stage aux urgences, que j'étais en train de faire... Quand on s'était rencontrées, j'avais déjà réintégré ce cursus de médecine générale
- mmh, mmh, mmh... **et l'abandon de la spécialité, ça on l'avait pas... on n'en avait pas parlé**
- **benh, disons, que quand on se voit maintenant euh... (rires) ce que ça a donné... je regrette rien, je regrette rien... mais bon, c'est vrai que...**
- **et c'était quoi, c'était quoi... enfin, la nécessité ?**
- **B : pour suivre mon mari... c' était vraiment suivre mon mari, euh...**
- vous aviez déjà fait quatre semestres ...
- j'avais fait quatre semestres...c'est cinq ans la médecine interne
- c'est 5, c'est pas quatre ?
- voilà, c'est 5... **et je me voyais pas rester cinq ans sans mon mari ...**
- et y avait pas de possibilités de mobilité ?
- B : alors le problème, c'est que R. c'est l'internat Sud, Paris, l'internat Nord. C'est le sud de l'internat, c'était dans la région sud que tout le monde ne s'était pas mis d'accord... les fac n'étaient pas d'accord, que **j'avais trouvé une fac qui était prête à m'accueillir c'est surtout ma faculté qui ne voulait pas me laisser partir...**
- **c'est vrai ?**
- **du coup, j'ai quitté... euh, mais bon, je regrette, je regrette pas...**
- et quand vous aviez pris médecine interne, médecine interne, vous aviez un... enfin, une sous spécialisation... euh... particulièrement en tête ?
- j'avais fait beaucoup de rhumato
- ... vous aviez pensé faire

- j'avais fait beaucoup de rhumato, mais bon, je suis très contente de ce que je fais... donc, euh, au final
- oui, oui, oui...
- **B : maintenant, je suis un médecin gériatre, et il se trouve que j'aime, j'aime ce que je fais !**
- **(rires) et vous êtes sous quel statut alors ?**
- **B : alors, par contre, je suis praticien attachée**
- oui
- B : de toute façon, donc en fait, ce qui s'est passé, après qu'on se soit vues, j'ai fait...
- alors, dites moi dans l'ordre peut être. Donc fini, vous avez fini...
- B : j'ai fini mon internat...
- en mai 2003 ?
- B : voilà ... en mai, j'ai ré enchaîné en FFI en médecine interne à l'hôpital X. qui est là juste derrière... après euh...
- donc ça, un semestre ?
- B : un semestre
- près de chez vous
- B : après, voilà... **comme c'était dans le privé, j'ai pu avoir droit à six mois de CDD dans le privé, ça m'a donné droit au chômage, donc, j'ai passé ma thèse... J'ai enchaîné sur une grossesse [la deuxième]...**
- vous avez fait quoi finalement, vous avez fait sur ?
- B : la thèse, j'ai fait une étude sur les [...] c'était très, très intéressant
- d'accord
- B : à l'hôpital X.
- OK
- j'avais peut être 200 patients, donc vraiment une grosse étude
- voilà, donc, j'ai fait une thèse sur les [...] du sujet âgé. **J'ai enchaîné sur une grossesse, pendant ma thèse, et à la fin, quand j'ai été thésée, j'ai accouché, et j'ai après trouvé, en 2005. J'ai commencé en février 2005 en tant que praticien attachée.**
- **donc pour la grossesse vous avez arrêté ?**
- **B : j'ai arrêté ... En fait, j'ai eu des soucis avec mes grossesses... aussi plusieurs fausses-couches, donc en fait, euh, je me suis vraiment arrêtée parce que j'avais pas mal de soucis.**
- Okay, oui...
- c' était pas , j'ai trois enfants, c'est pas...
- ça n'a pas été...
- B : donc voilà, je me suis arrêtée un moment pour ma deuxième grossesse pour que tout se passe bien
- et la reprise du travail ?
- B : et j'ai repris voilà, en février 2005
- ouais
- B : alors que ma fille avait presque un an et demi, parce que ... **j'ai repris février 2005, en tant que praticien attachée plein temps à l'hôpital [gériatrique] Y. c'était intéressant, j'étais en soins de suite, réadaptation, médecine globale donc, on travaillait pas mal avec...je suis praticien attachée dans un service de médecine, et en fait... j'ai eu un troisième enfant, et au retour de mon congé maternité, encore le même caca amusée , on m'a changée d'étage, on m'a changée de poste, et en contrepartie, parce que on n'a rien sans rien, j'ai eu un 80 % à titre de congé parental d'éducation. Voilà, donc, j'ai eu mon mercredi, mais ils m'ont changée de poste, donc, j'ai vraiment un poste moins intéressant...**
- **Et ça vous l'avez, oui, vous l'avez subi ça quand même, la façon dont vous le présentez, c'est...**
- **ah, quand je l'ai su, ça a été quelque chose... c'est à dire que mon chef m'a dit... Benh il s'est posé un souci, j'avais un poste clé, et que j'étais enceinte. et c'est vrai que j'étais fatiguée...**
- **ouais, un poste clé dans l'organisation...**
- **voilà... et mon chef, mon chef, j'étais toute seule le mercredi sur tout un étage avec un poste clé, j'avais dit à mon chef : « benh si c'est comme ça, moi, je veux bien bosser, normal, mais si le mercredi je suis malade, je ne viens pas, tant pis ! Vous me remplacerez, c'est comme ça » et je crois que ça lui a pas beaucoup plu, et il m'a convoquée un peu avant mon congé maternité en me disant : « écoute, je suis obligée de prendre une décision, tu pourras certainement plus assurer la disponibilité, la présence que tu as avec trois enfants , il est possible que je t'accorde un congé parental, et tes mercredis, mais en contrepartie, je te change de service... et tu n'as pas le choix !» Alors, j'ai dit oui, parce que de toute façon, je n'avais pas le choix et je m'en fichais, j'étais fatiguée.**
- mmh
- et quand je suis revenue, c'est pas inintéressant de changer de service au sein du même hôpital, c'est un hôpital gériatrique d'environ 220 lits, j'ai les chiffres exacts
- d'accord
- environ 220 lits, et vous avez 4 services de soins de suite réadaptation, 10 lits de gériatrie aiguë et 4 services de longs séjours. On n'a pas de plateau technique d'examen complémentaires, on est un hôpital de jour avec un service de consultations, c'est un petit hôpital gériatrique de quartier
- ouais
- avec une ambiance sympathique... Ca a ses avantages et ses inconvénients d'être une petite structure. Et dans le même temps, **là, sur les années que j'ai passées à Y, j'ai passé ma capacité de gériatrie**, euh, avec l'hôpital X. Et parallèlement, une demie journée par semaine, je suis détachée sur l'hôpital Z pour recruter les malades qui viennent chez nous, je fais un travail d'évaluation.

- et la capacité, vous l'avez validée ?
- **je l'ai validée en octobre**
- **d'accord**
- **voilà, donc voilà... E en deux ans, en deux ans, j'ai fait pas mal de choses...**
- **benh oui, quand même !**
- **un bébé et une capacité !**
- alors les bébés, vous avez...
- un garçon et deux filles
- il y en a un, deux scolarisés ?
- les deux aînés sont scolarisés
- d'accord
- et ma dernière est à la maison avec une... j'ai la chance d'avoir une perle... ah ouais, qui est géniale... parce qu'en fait, l'avantage de Y, c'est que vous avez une crèche dans l'entreprise...
- mmh
- B : euh... où on a la place, mais en fait, moi, j'y avais mis ma seconde, mais qui a été tout le temps malade, ça a été un enfer ! Ma troisième, quand je l'ai mise, au retour de congé maternité j'ai mis Sonia et Mathilde, donc ma deuxième et ma troisième. Sonia, ça s'est super bien passé, donc, je l'ai laissée. **Mathilde, au bout d'un mois, elle a commencé à être malade. Elle a commencé à être malade, et on dormait plus la nuit**, et la nounou, qui était à la base là pour faire les sorties d'école...
- ouais
- m'a dit : « mais vous savez, moi, ça me dérange pas de garder votre fille toute la journée ». J'ai dit d'accord... donc quand Sonia est partie de la crèche, **moi j'ai dit : « j'arrête avec la crèche »**
- **oui, oui...**
- [...]
- B : moi, je regrette rien, j'aime beaucoup, j'aime beaucoup la gériatrie. Après c'est sûr que praticien attaché, on est très mal payés. Mais bon, on a le droit au congé maternité. L'un dans l'autre, je suis gériatre, j'ai la possibilité d'aller travailler dans du privé où je gagne quatre fois ce que je gagne, sauf que dans le privé, c'est des astreintes, une nuit sur trois, ou un week-end-end-end sur trois, ou une semaine entière...**
- **et là en termes de gardes, d'astreintes, vous avez un régime ?**
- **B : nous, c'est à dire que je travaille quatre jours par semaine, donc euh... c'est pas mal, j'ai mon mercredi pour une femme avec trois enfants, c'est bien, je fais 9H30 / 18H15, je ne suis pas obligée de prendre des gardes, et je fais un samedi matin sur 5, pour un médecin, c'est quand même pas beaucoup, mais par contre, on est très mal payés, mais bon, c'est un choix.**
- **ça veut dire quoi « très mal payés » ? donc, y a rien en termes de gardes, ou d'astreintes ... y a ?**
- **les gardes, si, si ! on peut en prendre ... mais c'est ... moi, j'en prends une par mois...**
- **OK**
- **parce que l'avantage de prendre le vendredi soir, ça me fait un petit plus, ça arrondit mes fins de mois, et en plus, ça me donne deux demies journées à récupérer quand je peux...**
- **d'accord**
- **c'est pratique avec les enfants, s'ils sont malades, finalement, les rendez vous, ou...**
- **ouais, d'accord**
- **B : ça me donne du temps, en plus les vacances, on a énormément de congés**
- ouais
- mais par contre, euh, on se remplace les uns les autres, on est contents de prendre des congés, mais quand les autres prennent des congés, ça fait plus de travail !
- vous êtes en ... en effectif correct par rapport à la charge de travail ou c'est assez tendu ?
- B : alors, le problème c'est qu'on est une petite structure, et on fait beaucoup, beaucoup de travail non médical
- oui
- beaucoup de secrétariat, classements... on n'a pas d'internes...
- oui
- B : moi, ça ne me dérange pas, parce que quand c'est fait, au moins, c'est moi qui l'ai fait, je sais que c'est bien, fait, que j'ai mes réseaux, que je connais l'endroit, les secrétaires, les médecins. Voilà... euh, non, on a un travail qui est très intéressant parce qu'on est en petite structure, on travaille beaucoup avec les assistants sociaux, avec les kinés, les ergothérapeutes. Notre but en fait, c'est après un problème aigu chez la personne âgée, c'est de faire en sorte qu'elle récupère son maximum d'autonomie.
- [...]
- B : et puis, j'ai eu... **c'est très bien la capacité de gériatrie, j'ai appris plein, plein de choses !**
- **oui ?**
- **c'est ce qui donne en fait, entre guillemets, le diplôme de gériatrie sans passer par la spécialité puisque maintenant y'a un DESC de gériatrie. Et ces gens là, dans le privé, on en cherche partout, des médecins coordinateurs, il y a un module de médecine de coordination. Alors voilà, effectivement, si j'avais pas d'enfants, j'irais travailler dans le privé, mais avec les enfants, je suis contente de pouvoir les emmener à l'école le matin... je suis peut être pas très, très représentative du milieu médical !!**
- **oui, mais moi, je ... je cherche pas la représentativité, je fais pas de statistiques !!**
- **non, non, donc euh... Effectivement, je me suis posée pas mal de questions là, j'ai passé mon diplôme de gériatrie, en me disant : « maintenant que j'ai un diplôme, je vais aller voir ailleurs, changer, essayer de remplacer »...**

et puis, euh, j'ai rencontré des médecins, j'ai eu des entretiens qui se sont très bien passés

– ah oui, donc, vous avez quand même fait des... vous avez quand même fait un peu des démarches pour commencer à ...

– alors, le problème c'est que moi, j'habite, je mets dix minutes en vélo, ou quinze, enfin, 20 minutes à pied. Je suis par là bas, et c'est vrai que tous les postes qu'on m'a proposés, c'était loin, et c'était beaucoup de temps. Ah c'est sûr que c'était bien payé, c'était beaucoup d'astreintes, c'était des pleins temps, c'était peu de congés, si je voulais prendre une semaine, enfin, c'est mes enfants, mais là je peux prendre une semaine à chaque vacance scolaire, et un mois d'été, c'est énorme, c'est énorme ! Je trouverais jamais ça ailleurs...

– mmh

– B : voilà... donc, j'en suis arrivée à la conclusion que je veux profiter, puisque c'est cool , d'avoir du temps libre, pour faire des formations, et quand les enfants auront moins besoin de moi... euh...

– oui...

– ils ont toujours besoin de moi, mais...

– vous réinvestirez dans ...

– voilà...

– B : mais pour Sonia, ça a été..., en fait, j'avais trouvé un poste qui m'intéressait, j'ai postulé comme ça, j'avais demandé à un médecin, qui était déjà formé en gériatrie, qui avait sa capacité , j'y suis allée au culot, en disant : « moi, je suis thésée, j'ai jamais exercé avant, à part en tant qu'interne, voilà ce que j'ai fait. La gériatrie, ça m'intéresse. » Et Monsieur A, donc mon chef, m'a dit : « okay, mais c'est le 15 juin » j'ai dit : 'Benh, je suis en congé maternité », il m'a dit : « benh écoutez, c'est une opportunité, c'est à vous de voir » Il m'a un peu eue là, parce qu'a posteriori, il m'a dit : « oh, mais même si tu étais venue dans un mois, je t'aurais gardée ! » (rires) Mais ça, je le savais pas. Et là, effectivement, bon, j'avais pas travaillé depuis longtemps, avec mes problèmes de santé,, je trouvais un poste à côté de chez moi, y'avait la possibilité de la crèche, ça correspondait exactement à ce que je voulais

– ouais

– B : c'était intéressant d'être embauchée sans les diplômes en plus, donc, c'est pour ça que j'ai accepté...

– et ce que vous avez perdu dans le changement de poste alors ? c'est quoi ? au niveau, euh, intérêt du métier, même stimulation, enfin... c'était quoi ?

– c'est à dire que c'était un poste, plus intéressant, je faisais plus de médecine

– oui

– B : et puis euh... c'est, c'est un poste clé qui évoluait, c'est à dire que la personne qui m'a remplacée, benh, on lui a proposé un poste plus intéressant, voilà... en clair, avec mon troisième, euh...

– Un peu coulée quand même ?

– oui ... ah j'ai coulé...

– et vous avez pas, ouais ... vous ne vous êtes pas rebiffée plus que ça ?

– B : ... je le voulais bien en fait...

– ouais

– B : benh, d'un autre côté, je vois toutes mes copines qui ont, qui ont repris, elles m'ont dit : « si tu passes à temps partiel... »

– ouais

– de toute façon, t'es grillée, ce qui est vraiment dégueulasse. Mais c'était un peu un deal, et puis ça l'arrangeait, de toute façon, pendant mon congé mat', il fallait bien me remplacer... Donc la personne qui m'a remplacée avait dit OK, et puis après elle voulait garder le poste, je peux pas lui en vouloir... En plus, c'était une de mes copines, qui n'avait rien demandé, qui voulait même pas changer, elle était venue me voir en catastrophe « écoute, Bénédicte, il m'a demandé de te remplacer, moi, j'ai rien demandé ». Effectivement, je vais pas elle vient d'arriver, elle a fait six mois dans un service, elle va faire six mois dans un autre, puis retourner six mois encore dans un autre, c'est pas logique, et j'ai tout à fait compris sa démarche. Non, mais bon... toutes mes copines qui ont repris à temps partiel, quand même, elles se rendent bien compte que c'est moins évident, et en plus, ce qui est pas très correct, c'est que j'ai plus de travail qu'avant, et j'ai un jour de moins pour le faire

– ça se traduit comment ? enfin, pour vous... ça veut dire que vous débordez sur vos horaires, ou c'est l'intensité ?

– B : c'est à dire que... Voilà, au lieu de sortir à 17h, avant, je sortais à 17h, je sors à 18h 15 tous les soirs en courant parce que j'ai pas le temps de finir

– ouais

– B : mais c'est aussi pour ça que je suis contente de prendre des gardes, ça me permet, les nuits où je suis de garde et où c'est calme de faire tout le travail de secrétariat

– de mettre à jour...

– B : le courrier... Ah c'est sûr que quand je suis sur place... Voilà, moi je trouve que j'ai trouvé un compromis... je travaille, j'exerce près de chez moi, je fais quelque chose qui me plaît, j'ai choisi quelque chose, je pense, qui est d'avenir, et je me suis formée, et euh... j'arrive à m'occuper de mes enfants. C'est sûr que heureusement que c'est mon mari qui fait bouillir la marmite, parce que sinon...

– ça veut dire quoi ça ... au point de vue salaire ?

– B : au point de vue salaire...

– en net, vous avez ...

– par mois... alors moi, je parle par mois... parce que j'arrive pas...

– moi aussi, moi aussi je parle par mois, et en net

– en net, et avec une garde, je suis à peine 2000 euros par mois...

– c'est quand même pas beaucoup

- c'est pas beaucoup, mais...
- une garde, une garde par semaine ? non ?
- par mois, par mois !
- une garde par mois, c'est-à-dire... la nuit de vendredi à samedi ? c'est ça ?
- B : voilà, une nuit du vendredi au samedi
- qui vont jusqu'au samedi midi ?
- **voilà, enfin, samedi matin... 8h, 9 H... c'est pas beaucoup, mais bon, d'un autre côté, je me dis qu'il y a d'autres personnes qui travaillent à ce salaire là, avec des horaires pas possibles, qui mettent une heure à y aller...**
- oui, oui, non mais...
- et mon chef, il le sait très bien que j'aurais du mal à trouver ... mais à côté de ça, **c'est vrai que l'ambiance est plutôt sympathique, enfin, entre médecins... (rires)**
- **c'est plutôt des femmes, c'est ça ? Alors, le chef de service, j'ai compris que c'était un homme...**
- **B : alors, le chef de service c'est un homme euh... il est aller, il est allergique aux femmes non ménopausées, mon boss ! (rires) parce que...**
- **(rires) c'est le critère de recrutement ?**
- **B : c'est le critère de recrutement non, il y en a beaucoup, beaucoup comme moi parce que c'est très, très mal payé, personne ne veut prendre ces postes là, c'est sûr que y'a aucun intérêt de prendre ces postes là...**
- **attendez, excusez moi, la plupart des gens sont sur le même statut que vous ?**
- **B : certains...**
- **y'a pas de...**
- **B : y'a des PH**
- **ouais.**
- **B : des praticiens hospitaliers qui sont bien payés, mais y'en a pas beaucoup... et ils occupent des postes clés, naturellement. Ils ne bougent pas, et c'est pas eux qui font le travail en salle , et c'est vrai que ce qui est intéressant...**
- donc là, c'est quelques hommes ? non ? je caricature...
- B : alors, les PH ... Sur l'établissement vous avez donc le chef de service, son adjointe. En plus, mon boss a fait une grosse bêtise, c'est qu'il y a des postes de PH qui sont partis, donc deux postes de PH qui se sont libérés, et donc, au lieu de promouvoir ses praticiens attachés qui l'attendaient, il a recruté des PH à l'extérieur donc y a eu... tous ceux qui attendaient le poste sont partis...
- des femmes ? des hommes ?
- il a recr', non, non, les hommes sont partis. Il a recruté... une femme, qui est très bien d'ailleurs, qui a beaucoup d'expérience, qui vient d'un autre hôpital et qui est très sympa
- ménopausée ?
- ménopausée ! (rires) et euh... un homme, que je ne connais pas, qui n'est pas encore arrivé, et sinon, non, ça bouge beaucoup, parce **qu'effectivement, praticien attaché, moi, si y'avait pas mes enfants, benh, ça ferait belle lurette que je serais partie... parce qu'effectivement, l'avantage c'est qu'il nous embauche avec peu d'expérience, et il le sait einh, il nous forme, et après on s'en va... alors, après... après... c'est pour ça qu'il y a beaucoup de femmes... c'est en général des femmes, de femmes habitant dans le quartier qui s'occupent de leurs enfants ... moi, je vois, j'ai une collègue, euh... qui malheureusement est en train de divorcer, donc elle est contente d'avoir un 80% parce que du coup, elle complète , sur ses gardes, elle a du temps libre, ça lui permet de faire trois demies journées en maison de retraite privée pour être médecin coordinateur, donc elle gagne autant sur ses... sur ces trois demies journées que sur... voilà, donc elle a deux travaux, enfin... deux boulots, et ... je pense qu'à terme de mon congé parental, je vais demander un 80 % euh... je vais demander de modifier mon contrat, parce que moi, je suis 100 %, c'est juste, là, j'ai 80 % mais dans le cadre de mon congé parental.**
- **oui**
- **B : jusqu'aux trois ans de la dernière, je pense que je vais demander un 80 % et je vais essayer peut être de faire comme ma collègue, voir pour prendre d'autres**
- **Compléter...**
- **voilà, compléter ailleurs, voilà... parce que c'est vrai que c'est la fonction publique. Quand je vois mon mari qui est dans le privé, tous les licenciements, fusions d'entreprises, nous, on sera jamais licenciés, enfin, c'est...**
- de statut, c'est un hôpital public ?
- on est public oui, c'est l'AP
- [...]
- **GB La gériatrie, enfin, ça se détachait pas dans vos projets... non, vous m'aviez parlé de médecine interne... comment ?**
- **alors, j'ai vraiment découvert que la prise en charge des personnes âgées en milieu médical n'a rien à voir avec la prise en charge des adultes..**
- ouais
- B : y a eu beaucoup d'études qui ont démontré que dans des services d'urgence, ou médecine quand vous prenez en charge des patients âgés, hors milieu gériatrie, c'était délétère, et ça peut devenir catastrophique
- ouais, ouais
- B : et c'est vrai que malheureusement on arrive euh... dans des situations où y a de plus en plus, enfin, on va arriver avec la démographie à des nombres de gens âgés avec des problèmes de santé vraiment très, très importants et ça c'est, je trouve que c'est important que les gens puissent euh... c'est un peu comme la pédiatrie, ils sont très fragiles, mais ils sont d'une résistance à toute épreuve et don ... effectivement, quand ça va pas du tout, ça va pas du tout ,
- oui

- B : mais on les rattrape souvent par le bout des cheveux, et y'en a qui repartent einh, c'est bien, qui rentrent chez eux, qui sont...
- ouais, ouais...
- on a beaucoup de contacts avec la famille, on travaille beaucoup avec la famille
- oui
- non, ça m'a pas... alors, bon, après, c'est différent je pense quand on aborde la gériatrie, quand on accompagne quelqu'un de sa famille, qui est âgé, qui va s'en aller, et qui souffre, que quand on est... parce qu'on est obligés de rester extérieur, bien sûr moi j'ai de l'affection pour mes patients, mais je peux pas m'investir plus que ça sinon je ferai pas bien mon travail...
- mmh
- mais j'essaie, non, ça m'a jamais... alors, effectivement, après ... euh... c'est vrai que c'est plus facile de voir mourir quelqu'un qui a 90 ans, en se disant : « je vais essayer de le faire mourir sans qu'il ait mal , avec le plus de confort possible »
- oui
- que de voir mourir quelqu'un qui a 5 ans, et qui a pas vécu quoi...
- oui, non c'est pas la même violence non plus ...
- et effectivement, c'est d'accompagner les personnes âgées, elles gardent le maximum d'autonomie, faut qu'elles aient des plaisirs à faire certaines choses, moi, j'aime bien, je suis contente quand je vois des personnes âgées, qui ont plaisir à faire, enfin, je sais pas, lire, écouter de la musique...
- oui vous y trouvez, ouais, quelque chose
- B : moi, ça me rebute pas, non, et moi, parallèlement, j'ai vécu le, on va dire l'envers du décor, puisque j'ai accompagné donc à Y ma grand mère qui est morte en... euh... en 2005 je crois, 2005, 2006
- vous étiez déjà là ?
- j'étais là, j'allais la voir tous les jours... je l'ai vue se dégrader, elle est morte en 6 mois... et donc effectivement, on peut comprendre, ça, on vit les choses différemment, ça n'a rien à voir, ça n'a rien à voir, mais ça aide à comprendre peut être le
- mmh
- l'accompagnement des familles, la difficulté, l'attachement... euh... y'en a, on a envie de leur dire : « mais écoutez, ils ont vécu , ils ont leur âge, on va pas... » , mais y'a peu, peu de familles qui demandent l'acharnement thérapeutique [...]
- **vous avez pas remplacé... sur les activités que vous avez enchaînées, la médecine générale vous en avez pas refait du tout, finalement**
- **non, du tout ...**
- **alors que c'était, enfin, c'est quelque chose...**
- **ça m'avait plu.**
- **voilà, qui pouvait vous convenir... y avait le salariat qui vous attirait, mais ...**
- **B : benh, c'est vrai que quand on est une... je me vois mal fermer mon cabinet en me disant à 18 h 30 : « c'est l'heure de chercher mes enfants » enfin, c'est...**
- **les enfants, le matin c'est vous, le soir, c'est vous, comment vous faites avec votre mari, comment vous vous ... ?**
- **en fait, je crois que c'est moi tout le temps ! (rires)**
- **c'est vous tout le temps ?**
- **non, en fait, le matin... non, non. Non, non... mon mari participe, j'ai de la chance d'avoir un mari qui...**
- **il fait quoi ?**
- **B : mon mari, il est dans la finance. Il est dans la finance, et puis c'est vrai que c'est un milieu qui est pas facile en ce moment, il a eu des soucis de boulot ... ben, quand j'ai repris à Y...**
- **oui..**
- **B : en fait j'ai repris à Y, j'ai failli démissionner, et à ce moment là, j'ai su que mon mari allait se faire licencier, c'est pour ça que j'ai continué...**
- **d'accord**
- **ce que je vous avais pas dit, en fait, ils m'ont embauchée, j'avais pas sevré Sonia, à Y, parce qu'elle avait qu'un mois et demi**
- **ouais**
- **j'ai fait une sorte de lymphangite quand j'ai repris le travail... l'horreur, je déconseille à toutes les mères de faire ce que j'ai fait... si c'était à refaire, je referai pas ! J'ai pas vu mon bébé, je m'en suis pas occupée, j'ai été malade physiquement, mais bon, à ce moment là, j'ai été embauchée à Y, j'ai failli donné ma démission, et à ce moment là, j'ai appris que mon mari allait se faire licencier, et du coup, c'est pour ça que je suis restée ... je vous le dis, mais c'est... je l'ai jamais dit aux autres là bas .. parce qu'en fait... mon mari, en fait, il a bien géré, ils l'ont licencié, alors qu'ils voulaient le licencier pour faute grave, donc euh...**
- **ah oui, en plus...**
- **donc, il a pris un bon avocat,**
- **okay...**
- **donc, il a bien joué, parce qu'il a récupéré des sous puis il a retrouvé... quelque chose de... il a retrouvé...**
- **ah benh c'est simple, en fait euh... rires , quand , rires quand j'ai attendu Mathilde ma troisième**
- **oui...**
- **c'était pas forcément programmé on va dire...**
- **ouais**
- **B : on habitait un tout petit appartement, mon mari était au chômage... et en fait, (?) quand elle est née, mon mari a retrouvé un boulot très intéressant qui lui plaisait bien, on a pu déménager, avoir un grand appart', ça s'est arrangé ?**

Mais bon, c'est sûr que ça fait un peu... Du coup, c'était un peu l'angoisse... quoi... se dire... un troisième enfant...

- ça a duré combien de temps le, la, la période là...
- en fait, j'ai trouvé ça très long, ça a duré six mois, mais en fait, six mois, on dit que c'est la moyenne
- oui, oui, c'est long.
- mais je trouve ça long ... et encore, j'ai de la chance, j'ai mon mari, il a la double casquette, il travaille, donc il fait de la finance, il est réserviste dans la marine, et il travaille pour le Ministère de l'Intérieur sur ses journées de RTT
- ouais
- et donc, pendant sa période de chômage, il a fait plein, plein de journées Donc en fait euh... il a fait, ouais... il en a profité pour faire justement des, des journées de formation... il me dit : « là, dans ma boîte, ça sent le roussi, parce qu'on s'est fait racheter là pour la troisième fois »
- là, maintenant ?
- voilà... « Et si jamais je me fais licencié, par contre, j'en profiterais pour partir en mission 6 mois pour l'armée... »
- alors partir en mission, ça veut dire... ça se passe où ?
- B : je le vois pas pendant six mois
- ah oui
- B : et je sais pas où il est, ce qu'il fait (*rires*)
- d'accord ... voilà... et donc en fait, comment on s'organise ? Il en a, excusez moi, il en a fait là, dans les années passées ?
- non, non... il est juste parti une semaine sur le Charles de Gaulle
- une semaine oui, mais c'est pas la même chose, oui...
- une semaine, moi, je savais qu'il était sur le Charles de Gaulle, qu'il était pas joignable, bon... voilà...
- okay...
- B : et , non, non, il aimerait bien (*rires*), il m'a dit, il m'a prévenue : « peut être que... » et c'est aussi pour ça que je peux pas prendre trop d'engagements
[...]
- voilà, donc euh... et donc, comment on s'organise avec mon mari ? le matin, c'est tous les deux, mais en règle générale, c'est moi qui conduis les enfants
- oui
- à l'école
- mmh
- la nounou arrive à 9 H, pour récupérer Mathilde ..
- mmh
- euh... et le soir, c'est moi qui rentre à 18 h 30, et mon mari rentre entre 20, 21, 22H, ça dépend, ça dépend. Voilà, donc, c'est vrai que je passe du temps avec les enfants...
- c'est toujours vous enfin, les soirées, le coup de feu du soir...
- le soir toute seule, c'est pas toujours ... encore, j'ai de la chance, je rentre à 18 h30 le soir, la nounou les a mis en pyjama, les a baignés, mis en pyjama, j'ai juste le dîner à faire, les coucher... non, mais c'est du boulot quand même parce que trois rapprochés .. y'a de l'ambiance !
- redites moi les âges là...
- alors, Patrice va avoir 6 ans, Sonia, euh... a 4 ans, et enfin, 4 ans, Sonia va sur ses 4 ans, elle a 3 ans et demie
- d'accord
- mais elle va avoir 4 ans en décembre, et Mathilde a 18 mois... donc, ça fait une belle petite troupe !
- oui, oui, non, c'est vraiment... vous êtes au complet là, ou ... ? (*amusée*) vous voyez ça comment ? vous savez pas ..
- j'en ai eu trois c'est déjà pas mal, parce que faut les élever, faut les... faut leur payer des études, faut s'occuper d'eux, y'a des devoirs, et puis, je me dis que c'est sympa aussi les enfants, et puis après, ça dépend si mon mari, si je veux avoir un boulot plus intéressant, c'est, enfin, je sais pas, honnêtement, j'en sais rien... mais là, c'est vrai que... c'est pas mal, on commence à sortir la tête de l'eau, je pense que si on s'y remet pas tout de suite, on s'y remettra jamais ! (*rires*)
- c'est la deuxième qui a été, c'est Sonia qui a été malade ?
- ah oui, ça a été très dur... on n'a pas dormi pendant des mois et des mois ..
- ah oui, ah oui ?
- B : ah oui, c'était
- mais sur des petites maladies, euh...
- elle a fait des otites
- ouais...
- à répétitions... c'était terrible, on a dû traiter par piqûres, elle pleurait des nuits entières, elle a été retirée de la crèche plusieurs mois, et en fait depuis qu'elle s'est fait opérée des végétations elle n'est plus malade, mais ça a été dur, parce qu'une enfant tout le temps malade, c'est pas une enfant qu'on a pas, auquel on s'attache pas, parce qu'elle vous empêchait de dormir, elle rechignait toute la journée, et à partir du moment où elle a plus été malade, j'ai découvert ma fille...
- c'est vrai ? à ce point ?
- je dormais pas la nuit, alors, j'étais incapable de réfléchir...je gardais le peu de... non, mais avec mon mari c'était terrible... on faisait des quarts euh... lui faisait le début de la nuit jusqu'à 2 h du mat', il me réveillait, je faisais la fin de la nuit...
- c'est pas vrai ? des tours de garde comme ça ?

- **B : elle pleurait**
- **mais elle dormait pas du tout ?**
- **non, elle avait mal, elle pleurait, elle était pas bien, elle était vraiment pas bien..**
- **et ça, ça pendant des mois**
- **B : souvent ma mère était sympa, à cette époque là, elle avait encore la pêche, elle me la prenait souvent, une semaine... pour qu'on puisse se reposer... c'était horrible, ah non, c'est l'horreur... mais bon, maintenant c'est fini ! (rires) ah oui, ah oui, mais c'était dur... et maintenant c'est une toute petite fille, elles se font tout le temps la guerre les filles ! c'est terrible rires mais elles sont mignonnes... non, on s'embête pas à la maison ! vous avez combien d'enfants, vous ?**
- deux, mais espacés ... 7 et 13.
- deux, mais c'est pas mal déjà.. je pense pas que je sois très représentative déjà des Parisiens... qui ont pas beaucoup d'enfants, et des médecins, qui ont des enfants tard, et pas beaucoup.
- mmh mais c'est pas... avec vos fonctions, c'est sûr que c'est pas du tout évident... **et donc, vous avez des supports familiaux sur Paris, enfin, sur les trucs, tous les imprévus... euh, voilà, alors les maladies etc, comment vous vous débrouillez là ?**
- **benh , la nounou, j'ai la nounou...**
- **vous appelez la nounou**
- **B : ah oui, j'ai ma nounou, et c'est génial... c'est génial**
- **mais au départ, vous aviez que la crèche ?**
- **ah la crèche, c'était l'horreur,**
- [...]
- **La nounou elle est géniale... ouais, j'ai vraiment de la chance . Du coup, quand je pars travailler, j'ai pas le souci des enfants, je sais qu'ils sont bien pris en charge...**
- **et vous n'avez jamais été complètement coincée avec euh... entre le travail et les enfants**
- **B : non, depuis que j'ai la nounou , non... ça m'est pas arrivée. Avant c'était l'horreur, moi, je dormais pas la nuit, j'étais tout le temps appelée la journée parce que ma fille était malade... moi, j'en pouvais plus, c'est pour ça que quand j'ai su que j'attendais le troisième, je me suis dit: « mais c'est pas possible ! comment je vais faire ? » Mes enfants dormaient pas, ils se gênaient dans la même chambre, et puis Paris, c'est compliqué pour avoir des enfants, je comprends que les gens aient pas beaucoup d'enfants, ou alors faut partir en province. Enfin... ou alors il faut être très, très riche (rires) , faut pas être praticien attachée ! (rires)**
- [...]
- non, mais par contre, la capacité de gériatrie, j'ai énormément appris
- énormément appris ? alors de quel point, de quel point de vue
- d'un point de vue médical ..
- et ça, ça s'est casé dans votre emploi du temps sans trop de ... ?
- B : benh oui c'est des journées de formations...
- Pas trop d'acrobaties ?
- Ben le mémoire, je l'ai travaillé pendant 15 jours, jour et nuit
- oui
- c'est pas facile...
- non, non ! parce que quand même...
- oui, oui , ça fait du boulot
- vous l'avez fait dans les délais... normaux ?
- **B : euh, c'est à dire que la plupart c'est sur deux ans. Je l'ai fait en deux ans, sauf que j'ai passé mon mémoire en septembre.**
- mmh
- **j'ai pas réussi à tout caser, donc, j'ai quand même euh... eu Mathilde euh... entretemps, donc euh... voilà... (rires)**
- **vous avez le temps pour vous faire des petits loisirs (rires) ?**
- **B : benh non, malheureusement, ça c'est dur, ça c'est dur**
- [...]
- **alors l'évolution... oui, bon, benh, vous m'avez dit là donc euh... dès que vous avez moins de... que vous êtes moins prise par les enfants, vous voyez des compléments d'activités ailleurs ?**
- **ah, j'aimerais bien, ouais...**
- **et pour être PH, qu'est ce que... qu'est ce qu'il vous faudrait ?**
- **B : alors, pour être PH, il faudrait que j'écrive des articles...**
- **Oui...**
- **... euh, que je passe le concours...**
- **publications, concours...**
- **et que je postule euh... sur un poste. C'est à dire que je serai jamais P.H là où je travaille actuellement, parce que mon boss m'a dit que je ne le serai pas, donc il a été clair et net sur ce point là... au moins il est franc !**
- mmh
- B : parce que j'ai une copine, il lui a fait miroiter pendant 5 ans qu'elle serait PH, elle l'a jamais été
- d'accord
- et le jour où elle est partie, il a donné le poste de P.H à quelqu'un d'autre
- d'accord ...

- et... bon, effectivement, l'idéal pour moi, ce serait ça
- vous, vous voyez rester en gériatrie là ?
- B : je sais pas, je ...
- non, c'est pas si évident ? parce que bon, y'a eu un investissement sur le... la capacité, non ? ça peut, ça peut...
- ... **ça peut bouger... j'ai beaucoup, beaucoup cherché y'a quelques mois, énormément cherché, euh... le seul poste qui m'intéressait, c'est le seul poste pour lequel...**
- **vous cherchiez concrètement ?**
- **B : ah oui, oui, en gériatrie, ça n'avait pas marché, le premier entretien que j'ai eu, j'y suis allée pour voir, on m'a dit : « faut jamais faire ça, quand on y va pour voir, ça se sent ! » et du coup, ça n'a pas marché, j'étais très, très déçue... et tous les autres qui m'intéressaient moins, ça a marché (rires), et c'est moi qui ai dit non,**
- d'accord, d'accord ..
- B : et du coup, j'ai arrêté.
- c'était quoi ce poste qui vous avait accrochée ?
- c'était euh... un poste dans une grande, dans une grande boîte de clinique de soins de suite, réadaptation privée, mais ils cherchaient plutôt un médecin qui avait de la bouteille et beaucoup de disponibilités...
- d'accord
- et j'ai été trop mauvaise à l'entretien... a posteriori, ça m'a servi de leçon, parce que maintenant, je sais exactement ce qu'il faudra plus faire... (rires) **mais bon, j'ai arrêté de chercher**, parce que le problème c'est que j'ai dit non deux, trois fois, et les gens finissent par, mon mari m'a dit : « tu peux pas postuler si, à partir du moment où tu sais que tu vas dire non, c'est complètement ridicule, les gens ils vont te dire: 'tu te fous du monde !' ils s'investissent sur ton dossier, et toi tu dis non » donc, j'ai arrêté là.
- ouais
- **j'ai arrêté... tant que je suis pas sûre et certaine...**
- [...]
- **Le stage chez le prat', rétrospectivement, par rapport à votre exercice actuel, ça, ça vous a donné quand même des ouvertures, ou...**
- **c'est, non, c'est bien... moi, je trouve ça vraiment bien, parce que déjà, on va au domicile des patients, ce qu'on fait pas forcément... en particulier les, enfin, notamment les personnes âgées d'ailleurs.**
- **Ca donne une vision...**
- **Voilà, euh, c'est pas du tout le même rapport de confiance, c'est important, parce qu'on peut pas faire accepter les mêmes choses quand on est médecin généraliste proche du patient, y'a une telle, y'a une confiance qui s'installe, y'a des choses qui passent plus facilement que nous médecins hospitaliers « qu'est ce que tu te ramènes avec tes gros sabots, il pourra dire ce qu'il veut, j'en ai rien à faire! » c'est vrai que souvent les gens âgés, on appelle les médecins traitants pour décider pour les décisions pas faciles,**
- vous avez gardé... vous avez des relations, enfin un peu régulières avec les généralistes du quartier ou c'est exceptionnel ?
- B : j'appelle beaucoup... je les connais pas, mais moi, je, j'hésite pas à prendre le téléphone, surtout pour les sorties un peu difficiles...
- ouais
- j'appelle trois jours avant
- oui
- je travaille beaucoup avec les généralistes non, **c'est bien le stage chez le prat', moi, j'ai bien aimé...**
- vous avez gardé des contacts minima avec eux [les maîtres de stage] ou pas du tout ?
- B : euh... j'envoie des mails à chaque naissance, mes vœux, euh....
- ouais ?
- des mails, des vœux .. mais bon, sinon, c'est vrai que j'ai pas vu depuis longtemps les médecins ... voilà... euh, non, non, c'est bien le stage chez le prat', c'est une bonne chose ...
- vous l'avez pas, vous l'avez pas revu, mais, ouais, vous gardez un souvenir...
- **B : c'est important je pense, ça montre vraiment ce que c'est que la médecine ...**
- **oui .. vous pensez pas y revenir .. vers [la MG] ..?**
- **B : qui sait ? j'ai pas la disponibilité, avec les enfants, je suis pas disponible**
- **oui**
- **B: c'est pas possible ... nous, notre rêve, ce serait de repartir en [région d'origine] (rires), mais bon pour mon mari ça se fera pas rapidement...**
- **non, je pense pas .. moi, je me serais bien vue médecin généraliste en [région]..**
- [...]
- **oh, je me dis que j'ai quand même pas trop, trop perdu mon temps, rires, j'ai quand même trois enfants et puis j'ai ma capacité**
- [...]
- Reprise après l'arrêt du dictaphone, en toute fin d'entretien
- **B : moi, j'étais partie pour faire une spécialité, un DEA, pour faire de la recherche, enfin devenir PH...**
- **Ah bon ? DEA ! recherche ?**
- **B : ah moi, mon... mon projet d'internat, c'était ça ...**
- **ah oui ? vous m'aviez pas dit ça...**

- B : et puis, quand je vois les prétentions que j'avais quand j'ai commencé, et ce que je suis devenue maintenant, je regrette pas, mais c'est un choix de mère, et à mon avis, c'est pas un choix... enfin... de toute façon, faut pas revenir en arrière... C'est sûr que je vois mes copines qui ont continué l'internat, c'est clair qu'elles ont pas les mêmes responsabilités que moi, pas le même cursus, pas le même salaire, pas le même...
- donc, vous étiez partie médecine interne, mais avec une perspective... universitaire, enfin
- benh, c'était pas les mêmes responsabilités, mais bon...
- ouais, et l'aspect publis aussi, publier, là, vous avez pas publié sur vos travaux ?
- B : oh non, non, non, non
- mais vous y pensez pas non plus ? enfin, vous y pensez, vous y pensez pour quand vous serez plus libérée ?
- B : j'aurais dû, j'aurais dû mon mari m'a dit cent fois « Mais pourquoi t'écris pas sur ceci, sur cela ? » je l'ai jamais fait parce que... publier pour publier, je trouve ça débile, j'ai envie de publier pour avoir des choses à dire...
- oui, mais enfin...
- j'en avais, mais... je l'ai pas fait... mais parce que j'ai pas...
- oui, oui, non, mais je comprends bien le problème d'organisation... Mais et pour être PH faudrait ça dans le dossier ?
- B : ah oui, oui... faut publier, faut passer le concours, faut faire plein de choses que j'ai pas le temps de faire...
- mais vous voyez...
- B : faut sortir le soir, à des réunions... des machins, se faire connaître, tout ça... je peux pas prendre une baby-sitter tous les soirs... euh.. si, si .. c'est compliqué, c'est cher...
- mmh
- B : on verra bien... mais c'est vrai que c'est pour ça, je pense que je suis pas tellement représentative, j'ai trois enfants, je suis quand même assez jeune pour avoir trois enfants, mais bon, c'est un choix... (rires)
- mmh
- je sais pas si y'a beaucoup de femmes médecins qui ont trois enfants, je me rends pas compte... non, je me sens pas... maintenant, quand je vois le milieu médical, je veux dire, j'ai pas du tout l'impression peut être d'avoir les même priorités que mes collègues... moins à Y, je retrouve plus... Bon, c'est comme ça !
- j'avais pas, j'avais pas la notion que vous aviez, en médecine interne, que vous aviez un projet quand même hospitalo-u ?
- B : oui ... c'est comme ça (rires) ! c'est vrai que l'internat, c'était de l'investissement hein, j'ai travaillé pour l'avoir
- et vous vouliez médecine interne, et vous avez eu médecine interne...
- B : et je voulais la région, j'ai eu tout ce que je voulais, pour tout laisser tomber deux ans après... mais je regrette pas, parce que c'est une bonne expérience, moi, ça m'a donnée une souplesse de changer comme ça ... je m'adapte facilement...
- vous n'allez pas dans les congrès, tout ça... là, pour le moment, ça s'est développé en gériatrie...
- si si on en fait mais je peux pas... c'est que les PH ... Moi je fais tout le travail de la salle, alors...
- ah c'est que les PH ?
- B : moi, je fais le travail de la salle
- ah d'accord, okay...
- B : les PH, ils foutent rien en salle, donc ils ont le temps d'aller aux congrès ! Bon là j'suis méchante rires
- oui d'accord.

L'entretien suivant a lieu deux ans plus tard. La situation professionnelle de Bénédicte n'a pas évolué d'un point de vue statutaire, mais la tension apparue lors du deuxième entretien s'est transformée pour donner à voir des choix de vie apaisés. Dans le quotidien, les enfants ont (bien) grandi, l'organisation de la vie famille fonctionne sans souci, Bénédicte et son mari ont réussi à renouer avec des loisirs et une sociabilité dont ils s'étaient écartés lorsqu'ils étaient trop absorbés par les charges et la fatigue liées aux enfants. L'environnement de travail n'est pas non plus le même, grâce à un changement important dans l'équipe qui a rétabli un meilleur fonctionnement du service: « on avait un cadre dans le service qui était inadapté, qui est parti et qui a été remplacé par quelqu'un d'extraordinaire, très compétent, très gentil... vraiment, quelqu'un qui a énormément de qualités, du coup, d'aller travailler, c'était quand même plus agréable... effectivement, c'est toujours un petit peu dur de voir après les plus jeunes arriver et de voir que ce sont eux qui ont les postes et les promotions, mais bon... j'ai fait un choix, et voilà, c'est... je vois pas comment j'arriverais et à m'occuper de mes enfants, et à avoir un travail très prenant, je pense que j'arriverai pas à faire les deux... ». Dans ces nouvelles circonstances, sa part de « conscience malheureuse » est comme envolée ou du moins mise en veille.

Réfléchissons pour finir à la signification de ces statuts diminués et peu rentables pour la suite de l'évolution professionnelle de ces jeunes femmes ? La compromet-elle ? La comparaison avec les femmes engagées dans des carrières de cadres aide à affiner l'analyse et fait ressortir l'avantage des médecins étudiés. On pense aux travaux de N. Lapeyre et M. Robelet (2010), comparant les femmes exerçant les professions de médecin généraliste, d'avocat ou d'architecte en libéral, ou encore de cadre supérieur. En médecine, le segment le plus prestigieux (le monde hospitalo-universitaire) est aussi celui qui accorde une prime à la

précocité et à un surinvestissement sans faille dans le début de carrière, sans offrir de réelle seconde chance, conformément au modèle français d'extraction des élites. Le démarrage de carrière des diplômés de médecine générale est relativement à l'abri de cette dramatisation, que connaissent également les cadres dits « à potentiel ». Dans ces différents cas de figure, ne pas progresser à ces âges là se solde par des mises à l'écart sans appel. Les carrières médicales des généralistes autorisent au contraire des pauses, des paliers, des phases de prise de distance. Le temps partiel, par exemple, n'a pas les mêmes implications que dans la plupart des organisations. J. Laufer a montré la tension que subissent les quelques femmes considérées comme « à potentiel » qui osent ce choix dans un contexte compétitif pour tenter d'en limiter les conséquences, les risques d'ostracisme et de déclassement futur (Laufer, 2005).

Lorsque la question des situations qui pourraient rendre indispensable une activité plus intense et plus lucrative est abordée avec les jeunes femmes médecins, elles ne montrent pas d'inquiétude sur leur capacité à y faire face, le cas échéant en se réorientant (s'installer à la campagne, partir dans une institution privée, embaucher une nourrice, etc.). Cela ne paraît effectivement pas irréaliste, même si le cas ne se présente pas encore dans la cohorte. La réversibilité des choix professionnels, compliquée pour les femmes cadres dirigeantes, est envisagée assez sereinement. Les jeunes femmes qui modulent leur activité ou s'accommodent durablement de statuts dévalorisés au nom des compromis que nous avons décrits, n'ont donc pas l'impression que leurs choix présents ferment l'avenir. Elles peuvent au contraire mettre en avant l'aspect formateur de leurs activités, qui rejoint opportunément la conception de cette phase de la vie en termes de poursuite des apprentissages dans différents contextes, de diversification des investissements, de maintien des possibles et d'aspiration au développement professionnel continu, que nous avons mise en perspective plus haut. Elles soulignent même la valeur ajoutée évidente que cela leur donne pour la suite, pour négocier par exemple un poste dans de bonnes conditions dans le secteur privé. Le sous-emploi présent n'exclut pas la constitution d'un capital de compétences transférables qu'il sera possible de valoriser en cas de besoin dans des contextes où le travail médical peut être bien plus rentable.

Mais il convient d'ajouter que cette valorisation d'un certain inachèvement professionnel, associée à une crainte de la sclérose, se combine chez la plupart des jeunes femmes concernées avec des modèles d'entrée dans la famille de procréation des plus classiques⁶⁷. Ce point s'annonce nettement moins réversible, car la division des tâches instaurée dans le couple à l'arrivée des enfants a peu de chances de connaître de révision spontanée, sauf crise ou changement de contexte radical. Si l'on pense qu'une certaine conscience des processus par lesquels s'instaurent puis se consolident les différences entre les sexes dans les couples est préalable à tout déplacement des manières de faire, surtout lorsqu'il s'agit de gestes et habitudes incorporées, une telle conscience semble très faible chez les intéressées.

Il nous a d'ailleurs paru malaisé d'aborder ces questions dans une démarche d'enquête compréhensive, qui met largement à contribution la réflexivité des acteurs. Les réponses aux questions les plus factuelles suffisent à engager une certaine tension entre la loyauté à l'enquêtrice et au conjoint. Cette tension peut être dénouée par des rires ambigus, qui tendent

⁶⁷ Notons que l'âge de la maternité ou de la paternité est plutôt plus précoce dans notre échantillon que dans la moyenne de la population. Nous nous garderons bien aussi de parler d'immatrité sur le plan des responsabilités professionnelles que nos informateurs ont coutume d'assumer. Il y a une forme de désynchronisation des différents calendriers.

à dédramatiser dans une recherche de complicité féminine des constatations finalement assez raides. L'analyse que nous présentons sur ces points est rendue possible par un sursaut d'objectivation, à distance des informatrices qui préfèrent valider globalement le modèle asymétrique par diverses rationalisations, dans une faible conscience des processus globaux de domination masculine en jeu dans les « choix » proclamés. De nombreux points d'appui peuvent être trouvés dans les différents travaux qui ont relevé le faible investissement dans un couple qui globalement « fonctionne » de la problématique de l'égalité effective des tâches, y compris par celles-là même qui en font les frais (Singly, 2001)⁶⁸. Les enjeux de la relation sont le plus souvent situés ailleurs, en particulier par les femmes : dans les sentiments, la bonne entente, la qualité des moments en coprésence, etc. Au nom de l'amour et de l'harmonie conjugale, diverses rationalisations peuvent être déployées sur la spécialisation et la complémentarité des rôles, l'équivalence des tâches en valeur, la référence à l'existence d'un partage, fût-il déséquilibré, et convoquées au service d'une impression d'équité. Il y a donc à la fois faible investissement pratique de la difficile mise en œuvre de l'égalité, et capacité à ne pas interroger les déséquilibres des contributions des différents membres. Le matériel et l'immatériel se conjuguent pour permettre un vécu « globalement positif » d'une organisation profondément inégalitaire, dès lors qu'elle nourrit un fonctionnement d'ensemble jugé harmonieux et qui permet le bon développement des enfants. Les griefs éventuels des femmes concernent alors le manque de temps pour soi et de loisir personnel, sans en faire un effet de la construction conjugale et parentale opérée.

La conformité aux normes de genre continue de surdéterminer le faisable et même le pensable, sauf exception dans un faible degré de conscience féministe. Nous sommes plutôt massivement en présence d'une conviction que la différenciation des rôles est légitime. L'équation « grand travailleur = bon père, bon époux »⁶⁹, selon laquelle les charges de famille ne font qu'accroître l'intensité de l'investissement professionnel au masculin, a pour pendant logique le sous-développement de carrières féminines moins lucratives. Le modèle du *male breadwinner* est à peine tempéré lorsque ces jeunes femmes très diplômées, après nous avoir décrit par le menu les multiples contraintes avec lesquelles elles doivent jongler du fait de leur inscription familiale et les limitations professionnelles qu'elles leur imposent, font valoir que « c'est un choix » et justifient le contraste avec la disponibilité professionnelle prioritaire de leur conjoint par le fait que « c'est lui qui fait bouillir la marmite, c'est pas avec mon revenu à moi qu'on pourrait vivre comme ça, j'ai de la chance ». Plusieurs ajoutent que leur conjoint

⁶⁸ F. de Singly cite un sondage d'opinion dans lequel les femmes classaient ce qu'elles recherchaient en priorité chez leur compagnon : parmi les items proposés « savoir partager avec vous les travaux ménagers » se trouvait classé en dernier ! Dans les entretiens conduits sur ces questions auprès de couples, on voit la capacité des femmes à réhausser symboliquement la contribution masculine à la bonne marche du ménage. Ces illusions protectrices du couple ne sont pas éternelles, mais il semble que les tensions ne surgissent vraiment que du fait d'un sentiment de délaissement et d'échappement volontaire de l'homme aux tâches communes pour ses loisirs propres (Singly, 2001, p. 152-53). Les résultats d'un sondage réalisé auprès des 25-34 ans au milieu des années 90 sur leurs conceptions et attentes relatives à « la place des femmes » vont dans le même sens : « L'inégale répartition des charges familiales suscite peu de revendications de la part des femmes en faveur d'un partage des rôles plus égalitaires (...) La résistance ne vient pas que des hommes. » Si les cadres (hommes et femmes confondus) y faisaient état d'attentes plus égalitaires que les autres catégories socioprofessionnelles, les jeunes femmes étaient globalement plus nombreuses que les jeunes hommes à trouver normal que la mère d'un jeune enfant ralentisse son activité professionnelle (Bozon et al., 1995, p. 144-45).

⁶⁹ J'emprunte l'expression à J. Laufer (2004,) qui prolonge elle-même F. de Singly (2001) sur le « bon père » qui a beaucoup d'enfants et s'investit complètement dans son travail. Elle ajoute : « Je n'ai pas souvent entendu une femme cadre me dire 'je travaille 12 heures par jour, je ne suis jamais chez moi, je suis une très bonne mère.' » (Laufer et al., 2004, p. 56).

très occupé rapporte leur faible valorisation professionnelle à la longueur et la difficulté des études médicales, et s'en étonne. Certains en font un sujet d'amusement (« autant d'années d'études pour gagner aussi peu, fallait le faire... »), d'autres d'indignation voire de critique (« qu'est-ce que tu fous, qu'est-ce que tu attends pour publier, pour passer PH ? »). Un conseil une réorientation (« faut que tu t'organises pour avoir une activité plus rentable, tu ferais mieux de faire de l'homéopathie dans les beaux quartiers ») qui conduit mon informatrice à réaffirmer la nature de ses motivations par rapport à la médecine. Le fait que leur titre de médecin ne tienne pas forcément toutes ses promesses économiques peut soit être intégré dans un *lamento* général (et non fondé, même si le décalage avec l'envolée des revenus du monde de la finance ou du management est objectif) sur la dégradation supposée de la condition économique des médecins (Bloy, 2010b), soit être renvoyé aux responsabilités des jeunes femmes qui font les mauvais choix. Quelques jeunes femmes se trouvent ainsi en position de devoir défendre au sein de leur couple une éthique du travail médical et justifier paradoxalement des choix d'activité qui ne sont pas les plus lucratifs. Le lien avec l'état du partage des charges domestiques et familiales est beaucoup moins fait. Elles sont dans certains cas encouragées par leur conjoint à avoir une vraie carrière et plus d'ambition, notamment en termes de réalisation économique, sans que ces injonctions soient converties en soutien pratique.

Sur ces questions d'ambition, aucune femme de la cohorte ne se présente comme « carriériste », n'assume une ambition de réussite professionnelle, comme on en rencontre dans différents travaux sur les cadres d'entreprise. Le modèle de la virilité (Le Feuvre, 2001) ne fait pas recette dans notre population. Sans doute des femmes optant pour cette posture ont-elles existé et existent-elles toujours en médecine. J'en avais rencontré quelques unes en médecine générale, par exemple parmi les maîtres de stage, et la confrontation aux engagements conjugaux et familiaux de leurs stagiaires femmes provoquait parfois des étincelles (Bloy, 2004, 2005). Au sein de la jeune génération, celles qui ont ce profil doivent préférer de nos jours éviter la filière médecine générale. Les « *superwomen* » de la cohorte sont des *superwomen* de la conciliation au quotidien mais n'ont pas de geste politique. Elles ne portent pas de contestation féministe et ne se mettent pas en situation de s'exposer à un déchirement identitaire entre leur engagement généralement fort dans la maternité et une brillante carrière. Elles choisissent des modes d'activité qui leur permettent de vivre leur engagement en médecine à la fois selon leurs goûts et intérêts et selon leur conception de l'utilité de leur travail auprès de la population qu'elles prennent en charge. Aucune n'a constitué en *challenge* personnel le fait de pouvoir s'inscrire dans un modèle de carrière masculine, ou de réussir à s'imposer à parité face à des confrères hommes. Les seules lectures en termes de rapports sociaux de genre qu'elles produisent concernant les places qui risquent de leur revenir du fait de leur sexe ont trait aux relations avec d'éventuels associés hommes (Célia et Laetitia) ou aux pratiques sexistes à l'œuvre dans certains services hospitaliers (Carole et Bénédicte). Il est intéressant de noter que la ligne qu'elles adoptent dans ces différents cas est d'ailleurs l'évitement ou l'*exit*, plutôt que de chercher à s'imposer et à en découdre en contexte hostile. Une seule de mes informatrices a affirmé explicitement son souci constant de ne pas dépendre du revenu d'un homme. Elle-même relie directement ce point à l'expérience douloureuse qu'elle a vécue enfant avec sa mère lorsque son père les a laissées sans trop de ressources.

Faut-il le rappeler, il n'appartient pas au sociologue de décerner des blâmes ni des palmes en fonction de la modernité des arrangements conjugaux rencontrés. Il ne s'agit pas de pointer ici

la malignité ou la naïveté des personnes mais des processus sociaux très contemporains et peu visibles (si ce n'est dans leurs effets), qui continuent de relever d'un système de rapports de genre profondément inégalitaire, quand bien même les acteurs (les actrices) s'en accommodent voire les intègrent et s'en satisfont. A défaut de pouvoir observer les négociations au sein des couples, leur produit doit être objectivé en lien avec les marchés du travail médical qui dessinent les structures d'opportunités des jeunes diplômés, et avec la gestion des ressources humaines qui articule les carrières au sein des organisations où travaillent leur conjoint. Les conventions de genre traversent autant l'espace conjugal que les univers professionnels, ce qui contribue à les stabiliser en en masquant l'arbitraire : une fois les hommes lancés sur une carrière de cadre dirigeant ils doivent vivre objectivement sur les modalités de disponibilité au travail requises pour rester dans cette carrière et tâcher de compenser leur faible présence domestique par leur contribution majeure au niveau de vie du groupe familial. Qu'elles en soient conscientes ou non, le choix du conjoint parmi les (futurs) cadres dirigeants scelle pour beaucoup des femmes médecins qui n'ont pas d'impératif simultané de carrière l'espace des arrangements conjugaux qu'elles pourront composer aux âges des maternités, sauf à faire preuve d'une conscience égalitariste et d'une énergie exceptionnelles. Malgré la vague de fond de leur progression dans les facultés puis dans l'exercice de la médecine, les jeunes femmes pencheraient ainsi du côté de la féminité en cherchant à concilier l'exercice de la médecine et l'attachement à des valeurs et une conception des rôles assez traditionnelles. Certaines métamorphoses des matières de pratiquer la médecine accompagnent bien les processus par lesquels elles doivent équilibrer un engagement professionnel indéniable et leur valorisation de la vie maternelle et familiale. Plutôt que d'indifférenciation, on proposera donc de parler des « habits neufs de la féminité » en écho à un article fameux de F. de Singly (1993) sur les habits neufs de la domination masculine.

Bibliographie

- Arliaud M. (1987), *Les médecins*, Paris, La Découverte.
- Baszanger I. (1979), *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, Thèse de doctorat de 3ème cycle, Paris, EHESS.
- Baszanger I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, XXII.
- Baszanger I. (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail*, n° 3.
- Battagliola F., Bertaux-Wiame I., Ferrand M. et Imbert F. (1993), « A propos des biographies : regards croisés sur questionnaires et entretiens », *Population*, n° 2.
- Bauer D. (2006), « Le temps des parents après une naissance », *Etudes et résultats*, n° 483.
- Bauer D. (2007), « Entre maison, enfant(s) et travail : les diverses formes d'arrangements dans les couples », *Etudes et résultats*, n° 570.
- Becker H. S. (2002), *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- Bertaux D. (1997), *Les récits de vie*, Paris, Nathan.
- Bessière S. (2005), « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, mars, n° 1.
- Bessin M. (2004), « Rétrospective et prospective de la fonction paternelle. Points de vue de chercheurs », *Recherches et prévisions*, mars, n° 75.
- Bidart C. (2006), « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 1.
- Blöss T et Odena S. (2005), « Idéologie et pratiques sexuées des rôles parentaux. Quand les institutions de garde des jeunes enfants en confortent le partage inégal », *Recherches et prévisions*, n° 80, juin.
- Bloy G. (2004), *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre du programme « Sciences bio-médicales santé et société » CNRS/DREES-MiRe/INSERM, 282 p.
- Bloy G. (2005), « Savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1.
- Bloy G. (2008a), « Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence », in : ONDPS, *Rapport 2006-2007*, tome *Médecine générale*, Paris, ONDPS.
- Bloy G. (2008b), « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, n° 1.
- Bloy G. (2009), « Décisions au long cours en médecine générale : quels modèles pour l'analyse sociologique ? » *Journal d'Economie médicale*, juillet, n° 37.
- Bloy G. (2010a), « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Bloy G. (2010b), « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Bloy G. (2010c), « Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.

- Bloy G. (2010d), « Quand les étudiantes abordent la médecine générale » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Boissonnat J. (1995), *Le travail dans vingt ans*, Paris, Odile Jacob/La Documentation française.
- Boltanski L. et Chiapello E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- Broclain Dominique (1994), « La médecine générale en crise ? » in P. Aiach, D. Fassin (éd.) *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica.
- Bonvin J.-M. et Farvaque N. (2007), « L'accès à l'emploi au prisme des capacités. Enjeux théoriques et méthodologiques », *Formation Emploi*, av-juin, n° 98.
- Bouchayer F. (1994) « Les voies du réenchâtement professionnel », in : Aiach P., Fassin D. ed. *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 201-225.
- Bouchayer F. (2010), « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Bourdieu P. (1986), « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63.
- Bourdieu P. (1994), *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- Bozon M., Laufer J. et Villeneuve-Gokalp C. (1995), « La place des femmes. Une enquête auprès des jeunes adultes », *Revue française des affaires sociales*, Août.
- Breuil-Genier P. et Sicart D. (2005), « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Etudes et Résultats*, n° 439, septembre.
- Breuil-Genier P. et Sicart D. (2006), « L'origine sociale des professionnels de santé », *Etudes et Résultats*, n° 496, juin.
- Brugeilles C. et Sebillé P. (2009), « La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants. L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations », *Politiques sociales et familiales*, n° 95, mars.
- Bryson J et Merritt K. (2007), « Le travail et le développement des capacités », *Formation Emploi*, av-juin, n° 98.
- Bucher R. et Strauss A. (1992), « Les segments d'une profession considérées comme mouvements sociaux », in Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Castel R. et al. (2009), Symposium autour de *Le travail, une sociologie contemporaine* de M. Lallement, *Sociologie du travail*, n° 1.
- Coninck (de) F et Godard F. (1990), « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie*, janv-mars n° 1.
- Corteel D. et Zimmermann B. (2007), « Capacités et développement professionnel », *Formation Emploi*, av-juin, n° 98.
- Dahan B. (2009), *Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants*, Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine, Université Paris VI.
- De Munck J. et Zimmermann B. (dir.) (2008), *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris EHESS, Raisons pratiques 18.
- Déchaux J.-H. (2009), « Les femmes dans les parentèles contemporaines : atouts et contraintes d'une position centrale », *Politiques sociales et familiales*, n° 95, mars.
- Demazière D. et Dubar C. (1997), *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Paris, Nathan.
- Di Sarli Kucawca M. (2008), *Le choix de la médecine générale en Ile-de-France à l'issue des ECN*, Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine, Paris, Université Paris-Descartes.

- Doeringer P. & Piore M. (1971), *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*. Lexington Massachusetts, DC Heath and Company.
- Dubar C., (2000), *La crise des identités*, Paris, PUF.
- Drancourt-Nicole C. (1989), « Stratégies professionnelles et organisation des familles », *Revue française de sociologie*, vol. XXX.
- Dubet F. et al. (2006), *Injustice, l'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil.
- Dubet F. (2007), *L'expérience sociologique*, Paris, La Découverte.
- Fagnani J. et Letablier M-T. (2003), « Qui s'occupe des enfants pendant que les parents travaillent ? » *Recherches et prévisions*, n° 72.
- Faure Y. (2010), « Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principe des choix et genèse des goûts », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Fauvet L. (2010), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 », *Etudes et Résultats*, n° 720.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Galland O. (2001), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, A. Colin (3^{ème} éd.).
- Garner H. et Méda D. (2006), « La place du travail dans l'identité des personnes », *Données sociales. La société française*, Paris, INSEE.
- Giami A. (2010), « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Glaser B. et Strauss A. (1967), *The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine,
- Grossetti M. (2006), « L'imprévisibilité des parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 1.
- Guillaume C. (2007), « Avant-propos », *Sociologies pratiques*, n° 14.
- Hall O. (1948), « The stages of a medical career », *American Journal of Sociology*, n° 53.
- Hardy-Dubernet A-C. (2000), « Faire (quelle ?) médecine. A propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales », in F. X. Schweyer, G. Cresson, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. ENSP, Rennes, 2000.
- Hardy-Dubernet A.-C. (dir.), Arliaud M., Horellou-Lafarge C. Le Roy F., Blanc M.A. (2001), *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Rapport de recherche du programme INSERM/CNRS, MiRe 98, nov.
- Hardy-Dubernet A-C. (2003), « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in G. Cresson, M. Druhle, F.X. Schweyer *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Editions de l'ENSP.
- Hardy-Dubernet A-C., Gadéa C. (dir.), Divay S., Horellou-Lafarge C et Le Roy F. (2005), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, Rapport d'étude pour la DREES.
- Hardy-Dubernet A-C. (2005), « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1.
- Hardy-Dubernet A-C. (2009), « A propos d'une minute décisive : le choix des spécialités », *Journal d'Economie médicale*, n° 4.
- Hassenteufel P. (2010), « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Hughes E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Ed. de l'EHESS.
- Kaufmann J-C. (1992), *La trame conjugale*, Paris, A. Colin.

- Kaufmann J-C. (2004), *Sociologie du couple*, Paris, PUF.
- Lahire B. (2002), *Portraits sociologiques*, Paris, A. Colin.
- Lahire B. (2004), *La culture des individus*, Paris, La Découverte.
- Lallement M. (2007), *Le travail, une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard.
- Lapeyre N. (2006), *Les professions face aux enjeux de la féminisation*, Toulouse, Octarès.
- Lapeyre N. et Robelet M. (2007), « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, n° 14.
- Lapeyre N. et Robelet M. (2010), « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? » in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Laufer J. (1998), « Les femmes cadres entre le pouvoir et le temps ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.
- Laufer J. (2005), « La construction du plafond de verre : le cas des femmes cadres à potentiel », *Travail et emploi*, avril-juin, n° 102.
- Laufer J. et Fouquet A. (2001), « À l'épreuve de la féminisation », in Bouffartigue P. (dir.), *Cadres, la grande rupture*, Paris, La Découverte.
- Laufer J., Marry C. et Pochic S. (2004), « Histoire de chercheuses. Les sociologues face aux inégalités professionnelles », *Cadres-CFDT*, janvier.
- Le Feuvre N. (2001), « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », in Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Patrick C. (eds), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP.
- Le Feuvre N. et Lapeyre N. (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, janv-mars n° 1.
- Le Feuvre N. et Guillaume C. (2007), « Le processus de féminisation au travail : entre différenciation, assimilation et 'dépassement du genre' », *Sociologies pratiques*, n° 14.
- Lesnard L. et de Saint Pol T. (2008), « Organisation du travail dans la semaine des individus et des couples actifs : le poids des déterminants économiques et sociaux », *Economie et statistique*, n° 414.
- Levasseur G. et Schweyer F-X. (2004), « Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne », Rapport de recherche LAPSS ENSP-Université Rennes 1.
- Marry C. (1995), « Polytechniciennes = polytechniciens ? » Cahiers du Mage, n° 3-4.
- Marry C. (2004), *Les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*, Paris, Belin.
- Martuccelli D. et de Singly F. (2009), *Les sociologies de l'individu*, Paris, A. Colin.
- Méda D., Cette G. et Dromel N. (2004), « Les pères, entre travail et famille. Les enseignements de quelques enquêtes », *Recherches et prévisions*, n° 76, juin.
- Menger P-M. (2003) « Deux physiques sociales du travail. L'invention d'un espace continu des cotations du travailleur et des états individuels d'activité », in Menger P-M. (dir.) *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Ed. de la MSH.
- Milewski F. (2009), « Parcours de femmes en emploi. L'impact des politiques publiques », *Informations sociales*, n° 156, nov-déc.
- Niel X. et Perret J-P. (2003), « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix », *Données sociales*, INSEE.
- ONDPS (2008), *Rapport 2006-2007*, tome *Médecine générale*, Paris, ONDPS.
- Pailhé A. et Solaz A. (2006), « Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes », *Population et société*, n° 426, septembre.

- Passeron J-C. Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, janv-mars, n° 1.
- Peneff J. (2005), *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Régnier-Loilier A. (2009) « L'arrivée d'une enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple », *Population et société*, novembre, n° 461.
- Reynaud J-D. (2001), « Le management par les compétences : un essai d'analyse » compétences, *Sociologie du travail*, n° 43-1.
- Robelet M, Lapeyre N. et Zolesio E. (2006), *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*, Rapport pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Schweitzer S. (1995), « Questions en débat : comment, où et pourquoi les femems travaillent-elles ? », *Cahiers du Mage*, n° 1.
- Schweyer F-X. (2008), « Les enquêtes sur les souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale », in : ONDPS, *Rapport 2006-2007*, tome *Médecine générale*, Paris, ONDPS.
- Schweyer F-X. (2010a), « Démographie de la médecine générale », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Schweyer F-X. (2010b), « Ni artisan ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP.
- Sen A. (2003), *L'économie est une science morale et politique*, Paris, La Découverte.
- Sicart D. (2008), *Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2008*, DREES, Série Statistiques, n° 127.
- Singly F. de (1997), *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris, PUF.
- Singly F. de (1993), « Les habits neufs de la domination masculine », *Esprit*, novembre.
- Singly F. de (2001), « Charges et charmes de la vie privée » in J. Laufer, C. Marry et M. Maruani (dir.) *Masculin/féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris PUF.
- Singly F. de (2007), *L'injustice ménagère*, Paris, A. Colin.
- Strauss A. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Testenoire A. (2001), « Les carrières féminines : contingence ou projet ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 5.
- Van de Velde C. (2008), *Devenir adulte, sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF.
- Vanderschelden M. (2009), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *Etudes et Résultats*, n° 676.
- Van Dessel M. (2009), *Le vécu des dispositifs pédagogiques de l'internat en médecine générale. Une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine générale au sein de trois facultés de médecine à Paris*, Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine, Université Paris Paris-Descartes.
- Van Zanten A. (2003), in Menger P-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Ed. de la MSH.
- Véga A. (2007), *Les Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, tome 1, Document de travail, DREES, série *Études* n° 73.
- Weber M. (1959), *Le savant et le politique*, Paris, Plon.
- Welzer-Lang D. (2005), *Les hommes aussi changent*, Payot.
- Zarifian, P. (2003), *À quoi sert le travail ?*, Paris, La Dispute.

Zimmermann B. (2008), « Capacités et enquête sociologique » in De Munck J. et Zimmermann B. (dir.) *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris EHESS, Raisons pratiques 18.