

LA PROFESSION DE CHIRURGIEN ET SA MATRICE DE SOCIALISATION

Emmanuelle Zolesio

Université Lille 3 / Université Lyon 2
UFR des sciences de l'éducation
Université Charles-de-Gaulle - Lille 3
Domaine universitaire du "Pont de Bois"
Rue du Barreau - BP 60149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex
emmanuelle.zolesio@ens-lyon.fr

Mots-clés : socialisation professionnelle, dispositions, transmission, chirurgie

Résumé. Dans une perspective dispositionnaliste et dans le but de contribuer à l'étude sociologique de la socialisation professionnelle, nous nous proposons d'étudier quelques dimensions de la matrice de socialisation chirurgicale. Notre travail s'appuiera sur la soixantaine d'entretiens réalisés avec des chirurgiens et sur le matériau ethnographique accumulé lors de nos six stages d'observation en chirurgie. Au-delà du simple contenu de la socialisation (qu'est-ce qui se transmet ?), nous aimerions éclairer les modalités effectives de sa transmission (comment cela se transmet concrètement ?) au travers des interactions observées sur le terrain. Il ressort que règne en chirurgie une dynamique agonistique des rapports interpersonnels. La formation se fait « à la dure » et génère un certain profil dispositionnel chez les professionnels. Ainsi, au travers de la socialisation professionnelle, la chirurgie sélectionne-t-elle ses candidats. Ceux – et surtout celles – dont la socialisation primaire était trop en décalage avec les normes comportementales exigées par le métier sont facilement évincés.

Emile Durkheim écrivait que « chaque profession (...) constitue un milieu sui generis qui réclame des aptitudes particulières et des connaissances spéciales, où règnent certaines idées, certains usages, certaines manières de voir les choses ; et comme [l'apprenant]¹ doit être préparé en vue de la fonction qu'il sera appelé à remplir, l'éducation, à partir d'un certain âge, ne peut plus rester la même pour tous les sujets auxquels elle s'applique » (Durkheim, 1922, p.48). Autrement dit, tout apprentissage professionnel est spécifique et génère des façons de voir, dire et penser qui lui sont propres. Pour reprendre la distinction opérée par Peter L. Berger et Thomas Luckmann entre socialisation primaire et socialisation secondaire, la formation professionnelle est bien un type particulier de socialisation secondaire (au même titre que la socialisation conjugale). Pour notre part, c'est la matrice de socialisation chirurgicale que nous souhaiterions présenter à partir du matériau que nous avons accumulé dans le cadre de notre D.E.A. puis de notre thèse de sociologie sur les femmes chirurgiens (le corpus est composé d'une soixantaine d'entretiens avec des hommes et des femmes chirurgiens digestifs² et de nombreuses données ethnographiques issues de nos six stages d'observation en milieu hospitalier et en clinique dans ville de plus de 300 000 habitants en France).

¹ Durkheim écrit « l'enfant ».

² Le taux de féminisation de la spécialité de chirurgie digestive en France est de 10 %.

C'est donc dans une perspective dispositionnaliste que nous nous inscrivons et nous aimerions contribuer à une sociologie de la socialisation professionnelle. En effet, la plupart des travaux sociologiques traitant de la socialisation au métier³ l'abordent exclusivement dans le cadre de la formation scolaire et souvent de façon relativement « désincarnée » en termes d'identifications aux rôles, de projections personnelles (Merton, Rossi, 1953) ou de visées vers lesquelles tend l'action⁴. Rares sont les travaux qui voient comment les individus sont socialisés dans le cadre professionnel lui-même, au-delà de la période des études. Quelques travaux sur la profession médicale y ont travaillé cependant. On pense par exemple pour la chirurgie à la contribution de Charles L. Bosk (1979) qui étudie à partir des situations de travail observées comment sont classifiées et sanctionnées concrètement les erreurs chirurgicales par le groupe professionnel tout au long (et selon les étapes) de la carrière. Isabelle Baszanger évoque également les débuts de l'insertion professionnelle des jeunes médecins généralistes, au-delà de la phase des études (Baszanger, 1981, 1983) mais son analyse est centrée sur « *l'organisation progressive d'un univers conceptuel* » plutôt que sur les pratiques et les dispositions à agir propres à la profession. Nous nous démarquons également pour cette raison de l'approche subjectiviste de Claude Dubar qui porte sur les configurations identitaires des professionnels à partir de l'étude du « monde vécu du travail », de la trajectoire professionnelle et des mouvements d'emploi (Dubar, 1998).

On l'aura compris, c'est pour notre part la socialisation professionnelle *en actes et en situation* que nous voudrions étudier. Autrement dit, il s'agit de voir les effets du travail éducatif dans le contexte professionnel lui-même, au-delà de la seule période des études et de répondre à un enjeu de l'étude de la socialisation professionnelle encore peu défriché (c'est là en effet un point encore relativement aveugle dans le champ de recherche des travaux sur la socialisation), à savoir déterminer si la socialisation professionnelle de type chirurgical est plutôt une socialisation de renforcement, de transformation ou de conversion des dispositions des enquêtés (Darmon, 2006).

1. La matrice de socialisation chirurgicale

Bernard Lahire et Mathias Millet ont identifié des matrices de socialisation scolaires en montrant que les cadres pédagogiques et disciplinaires préfiguraient des vrais « styles de vie » liés à des positions dans la division du travail (Lahire, 1998 ; Millet, 2003). De la même façon, on peut caractériser la profession chirurgicale par sa matrice socialisatrice en considérant que ce contexte professionnel a tendance à générer un certain type de dispositions chez ses participants. Mais étudier la matrice de socialisation professionnelle, c'est aussi étudier les modalités de transmission de ces dispositions.

1.1 Dispositions chirurgicales typiques

Quelques traits de la socialisation professionnelle en chirurgie ont déjà été pointés par des auteurs nord-américains. Dispositions à l'action, au leadership, à la combattivité ou encore à l'endurance physique sont en effet attendues de tout candidat au métier (Cassell, 1986 ; Cassell, 1987 ; Katz, 1999). Nous avons pu retrouver ces dispositions sur notre terrain. Pour ne développer qu'une de ces dispositions, apparemment centrale dans le choix d'orientation des enquêtés, voyons comment se manifeste la disposition à l'action des chirurgiens.

³ A quelques exceptions près (parmi lesquelles compte le travail de Charles L. Bosk sur la chirurgie).

⁴ On pense aux « perspectives » étudiées par les auteurs de *Boys in White* qui décrivent nous semble-t-il bien plus les représentations, les buts et visées vers lesquels tend l'action que les pratiques elles-mêmes.

La récurrence des verbes, et des verbes d'action, pour décrire ce qu'« est » un chirurgien, indique très clairement que celui-ci se définit d'abord par le faire comme le soulignait déjà Pearl Katz⁵ : « t'opères, tu ré pares », « décider puis faire », « faut qu'on opère, qu'on fasse quelque chose de concret ». Encore faut-il caractériser cette action. Elle est « rapide », marquée par l'« énergie », le « dynamisme ». Nombre d'expressions vont dans ce sens : « y a un truc un peu d'hyperactif », « tout le temps dans le mouvement », « envie que les choses avancent », « pouvoir être sur la brèche », « faut être réactif rapidement », « faut pas être mou », « faut pas avoir les deux pieds dans l'même sabot », « des chirurgiens lymphatiques, j'en connais pas ». Cette action doit en outre être « adaptée », « la plus juste possible et dans un délai assez court » ce qui implique un raisonnement « très pragmatique » (ce que les enquêtés désignent parfois comme du « bon sens »), « synthétique », qui va « directement au but ». Homme d'action, le chirurgien est indissociablement un « décideur ». Ce sens de la décision est la première des qualités morales qui définissent le « tempérament » chirurgical pour Jean-Charles Sournia (1998, p.79).

Paul⁶ (interne, 29 ans) : *En fait, t'as une manière d'raisonner en médecine ; t'as une manière d'raisonner chirurgicale. Très pragmatique. Très, très carrée. Globalement : t'opères, t'opères pas. Et quand t'opères, tu ré pares. Et l'mec il sort de salle, c'est réparé. Alors qu'en médecine, on se... on s'prend la tête, on réfléchit, on demande 50.000 examens complémentaires... Les tours en médecine durent 3 heures... (3 heures ?) Oui parce qu'ils s'arrêtent à chaque patient, ça dure 20 minutes... (pour autant de malades ?) Oui pour autant d'malades. Et euh, « Est-ce qu'on a dosé l'sodium ? », « Est-ce que ça serait pas une maladie du machin chose ? », (il souffle) Vraiment, vraiment j't'assure, la manière d'penser en médecine, c'est vraiment une manière... complètement différente des chirurgiens.*

Le pragmatisme, la simplicité biblique du raisonnement chirurgical, sont associés à sa rapidité et son efficacité. « On n'est pas trop des contemplatifs », « pas tergiverser souvent pendant trop longtemps », « le chirurgien, c'est pas l'intellectuel qui se masturbe » sont autant de façons de désigner par contraste le modèle repousseur, à savoir celui de la médecine, en tout point opposée à ce mode de raisonnement par l'analyse, la réflexion, la discussion qu'elle suppose et qui la placent du côté de la complexité et/ou de l'inefficacité. On retrouve ainsi les aphorismes classiques de la salle de garde (où chaque spécialité stigmatise l'autre) déclinés dans la version chirurgicale : « Le médecin parle, le chirurgien agit », « Le médecin préfère le verbe et s'éloigne du corps, le chirurgien traite le corps et refuse le verbe » et, dans sa version médicale : « Le médecin doit être intelligent, il suffit au chirurgien d'être adroit »⁷. Pearl Katz comme Joan Cassell rappellent encore que le chirurgien est un « curer » plutôt qu'un « healer », reprenant cet antagonisme médecine/chirurgie.

Non seulement les enquêtées arguaient systématiquement du fait qu'ils aimaient agir, et avaient détesté leurs stages en médecine (parce qu'on discutait des heures autour du cas d'un patient et qu'on patientait des jours avant de voir les effets d'un traitement), mais il était manifeste dans les observations qu'ils étaient « comme un poisson dans l'eau » lorsqu'ils étaient au bloc opératoire (contrairement à leur présence dans les services, qui était source d'ennui si elle perdurait).

1.2 Conception bio-médicale de la santé et distanciation à l'égard du patient

La conception de la santé qu'intériorisent les candidats à la chirurgie est fortement imprégnée du modèle biomédical de l'éducation à la santé. Nos travaux montrent que la dimension relationnelle est très peu développée dans le rapport avec le patient : loin de voir la santé comme relevant aussi

⁵ L'auteur parle de « posture active » ou de « posture interventionniste » chirurgicale (p.32), laquelle serait basée sur trois croyances culturelles, à savoir : 1) qu'il est possible d'influencer et de contrôler les événements par sa propre action, 2) qu'il est meilleur d'agir plutôt que de s'en priver, 3) que l'action humaine directe – opposée à l'intervention divine – est importante dans la médecine occidentale moderne.

⁶ Tous les noms d'enquêtés ont été anonymisés et ceux qui sont cités sont bien évidemment fictifs.

⁷ Aphorismes cités par Jean-Charles Sournia (1998, p.78) et entendus fréquemment sur le terrain.

d'un « *bien-être psychologique et social* », les praticiens l'envisagent sur le seul plan physique, ce qui a des répercussions dans le mode de traitement des patients. Grâce aux observations ethnographiques, nous avons pu relever comment les jeunes entrants dans le métier apprennent progressivement à occulter les données personnelles (situation matrimoniale, situation professionnelle, histoire de vie individuelle et familiale...) des patients pour ne voir plus que les données strictement biologiques (sexe et âge biologiques, antécédents médicaux). Par exemple nous avons pu noter l'effacement de ces données dans les cahiers de notes d'internat d'un chirurgien : alors qu'au tout début de sa formation il donnait en face de chaque cas opératoire de nombreux éléments de la situation privée du patient, ceux-ci disparaissent au fil des pages pour ne laisser la place qu'aux seules mentions de l'âge et du sexe, considérées alors comme des données biologiques et non sociales. Nombreux sont également les témoignages d'internes qui nous expliquent comment ils ont appris à ne pas réagir avec empathie, à ne pas s'identifier au patient ni à y voir un de ses proches (tel patient faisant penser à une grand-mère ou à un parent...). La mise à distance des affects du patient est sans arrêt pratiquée et apprise aux jeunes internes. La division du travail chirurgical est telle que les chirurgiens peuvent se décharger sur le personnel médical (anesthésistes-réanimateurs) mais surtout paramédical (infirmières, aides-soignantes, secrétaires) pour gérer les dimensions psychologiques et sociales de la santé des patients. Toutefois l'incompréhension de ces derniers se manifeste de façon particulièrement aiguë en certaines situations. Ainsi un patient s'insurge-t-il de ce qu'un des chirurgiens du service ne veuille entendre sa plainte, dépassant le seul cadre chirurgical. Il s'offusque ainsi de ce « *que pour vous on est qu'un cœur, un ventre !* », traduisant bien les catégories de l'entendement chirurgical dominant.

Toutefois, au-delà de la mise en exergue des dispositions professionnelles exigées et couramment développées dans le métier, c'est-à-dire du contenu de la socialisation (qu'est-ce qui est transmis ?), il faut voir, grâce aux observations ethnographiques recueillies, quelles sont les modalités de transmission de ce patrimoine dispositionnel (comment cela se transmet ?), ce qui est relativement peu étudié par les études antérieures sur la chirurgie.

1.3 Modalités de transmission de la socialisation chirurgicale

La matrice de socialisation chirurgicale inculque aux candidats un sens poussé de la hiérarchie et en cela elle s'avère en profonde affinité avec la matrice de socialisation militaire (le développement historique de la discipline médicale, en lien avec l'histoire des champs de bataille, n'y est sans doute pas pour rien). Il règne également en chirurgie une dynamique agonistique des rapports interpersonnels, particulièrement prégnante dans les rapports sociaux de sexe, ce qui n'est certainement pas favorable à l'entrée des femmes dans le métier (Cassell, 1998 ; Cassell, 2000 ; Rosende, 2008). Les scènes de conflit sont fréquentes : l'altercation semble une modalité sinon modale du moins complètement intégrée dans les rapports interpersonnels en chirurgie. Une certaine brutalité dans les rapports sociaux est encore manifeste dans le cadre des rapports hommes/femmes. La domination masculine est en effet constante en chirurgie et est généralement ouvertement affirmée et assumée. Vues comme des concurrentes non sérieuses et de toute façon non désirables, les femmes en chirurgie doivent donc d'autant plus faire leurs preuves et s'imposer sur le marché des concurrents masculins. La conséquence est que les candidats et en particulier les candidates à la chirurgie doivent développer un certain goût pour le *challenge* et la compétition pour adhérer aux cadres professionnels chirurgicaux et aux rapports sociaux agonistiques qu'ils génèrent. Ceux et celles qui ne « jouent pas le jeu » concurrentiel apparaissent bien vite comme « sur la touche » professionnellement.

Par ailleurs, il est d'autres modalités de la transmission et de l'incorporation chirurgicale qui sont facilement repérables. Injonctions humoristiques ou sarcastiques, réprimandes et violence symbolique visent à « *pousser le candidat dans ses retranchements* » si bien que l'on pourrait décrire une formation chirurgicale qui se fait « *à la dure* ». La provocation et le « test » permanent sont au cœur des conditions de transmission professionnelle. Loin d'être une socialisation euphémisée, la socialisation chirurgicale se fait donc selon des modalités relativement brutes et brutales. La hiérarchie est omniprésente et les internes rapportent souvent comment leurs

supérieurs les ont réprimandés vertement ou humiliés publiquement à leurs débuts, ce qu'ils ont dû apprendre à encaisser avec le temps mais qui les a bien souvent fait (ou leur a donné envie de) pleurer (à l'insu des collègues, généralement le soir en rentrant chez eux). Elodie Beautrelet (assistante chef de clinique, 32 ans) analyse en effet la situation par le fait que les chefs de service « [ont] vécu des choses très difficiles, [qu']ils [ont] eu des internats difficiles... comme, 'fin comme tout l'monde, [qu']ils estim[ent] que c'[est] une espèce de victoire, une espèce de force un peu virile comme ça, d'être passé au-dessus de toutes ces épreuves » et qu'ayant surmonté cette expérience initiatique douloureuse ils la transforment en vertu pour leur exercice professionnel, l'imposant à leur tour à leurs internes. De fait, la succession de ces petits faits censés endurcir les candidats à la chirurgie et les « blinder » n'est effectivement pas sans générer un certain style dispositionnel chez les enquêté(e)s, fait d'endurance, de persévérance, de ténacité voire de rudesse. Les modalités de la transmission et de l'incorporation chirurgicales apparaissent une fois de plus en affinité avec la socialisation masculine et l'on comprend aisément que la profession attire plus difficilement les femmes que les hommes (quand bien même celles-ci excellent aux Epreuves Nationales Classantes).

Les dispositions que nous avons soulignées sont suffisamment généralisées en chirurgie pour que les acteurs professionnels et profanes identifient un « *tempérament chirurgical* ». Dès lors on peut se demander comment il se fait que les candidats à la chirurgie intériorisent à ce point les catégories de perception chirurgicales. Il nous semble possible de répondre à cela par le fait que toutes les professions n'ont pas la même capacité structurante sur les individus qui l'investissent – parce que les différentes professions sont inégalement structurées, inégalement valorisantes ; parce que toutes les professions ne sont pas aussi « prenantes » en termes de charge horaire et de charge mentale ; parce que le contenu des tâches et le titre de l'emploi en tant que tel autorise avec plus ou moins de bonheur une identification réussie à la sphère professionnelle – et il faut reconnaître que la chirurgie, en vertu de la longueur de sa formation spécifique (cinq années d'internat suivies de deux à quatre ans de clinicat sont nécessaires à l'apprentissage du métier), du degré d'investissement qu'elle induit sur le plan horaire (avec des gardes impliquant de longues heures de présence à l'hôpital) et sur le plan émotionnel, du prestige qui lui est attaché, a sans doute un fort pouvoir structurant sur l'identité de ses membres comme le soulignait déjà Erving Goffman : « [le chirurgien] peut fort bien être un père, un époux, ou un fou de baseball à la maison, il n'est ici qu'une seule et même personne – un chirurgien, et le fait d'être chirurgien fournit une impression complète sur l'homme. Si la perspective fondée sur la notion de rôle est opérationnelle quelque part, c'est bien ici, car dans notre société, le chirurgien, plus que tout autre, est autorisé et invité à se projeter dans son travail et à en retirer un moi ». Aussi peut-on comprendre que le candidat à la chirurgie soit particulièrement disposé à intérioriser les dispositions professionnelles attendues du corps chirurgical. Toutefois l'incorporation des dispositions chirurgicales n'est pas effectuée au même degré et selon les mêmes modalités selon les candidats.

2. L'incorporation des dispositions chirurgicales

Comme toute socialisation secondaire, la socialisation professionnelle chirurgicale ne se fait pas *ex nihilo* mais doit faire avec les produits antérieurement incorporés au cours de la socialisation primaire qui ont fait des entrants en chirurgie ce qu'ils sont devenus. C'est ce qu'écrivait déjà Emile Durkheim en 1922 : « l'éducation ne fait pas l'homme de rien (...) ; elle s'applique à des dispositions qu'elle trouve toutes faites » (p.61). Autrement dit, selon que le candidat est un homme ou (plus rarement il est vrai) une femme, un membre issu des catégories supérieures ou (plus rarement encore) un membre des catégories populaires, les dispositions professionnelles spécifiques attendues et portées par le corps professionnel se transmettent avec plus ou moins de facilité et sont intériorisées avec plus ou moins de force et d'évidence. L'articulation entre socialisation primaire et socialisation secondaire professionnelle est donc essentielle pour mieux comprendre les degrés inégaux de réussite de la seconde. Car la socialisation secondaire de type professionnel prend appui sur les socialisations antérieures des candidats à la chirurgie pour les retravailler et/ou les prolonger.

2.1 La plupart du temps la socialisation chirurgicale agit comme une socialisation de renforcement

On s'aperçoit que, la plupart du temps, les entrant(e)s en chirurgie ne sont pas démunis et arrivent déjà avec un patrimoine dispositionnel en adéquation avec ce qu'exige le métier. Nombre d'enquêtées décrivent en effet une socialisation primaire marquée par des jeux agonistiques avec leur entourage masculin (frères, cousins, camarades...). L'apprentissage de la dynamique agonistique des rapports sociaux de sexe a donc pu se faire de façon antérieure à la chirurgie et les candidates au métier étaient déjà préparées à cet aspect-là de la profession. Dans ces cas-là, le travail éducatif chirurgical ne fait donc que se surajouter à la socialisation primaire, renforcer une dynamique de socialisation déjà amorcée dans les cadres de socialisations antérieures (familiales, amicales, scolaires...). Certaines enquêtées, à l'instar de Michèle Gavaggio ou Claire Valméras, disent même l'avoir recherché consciemment en s'orientant vers la chirurgie : « *J'ai fait ce métier-là avec au départ un sens un petit peu du défi, du challenge (...) au départ ce qui m'intéressait, c'était ÇA : tout ce qui est...presque conflictuel* » (Michèle Gavaggio, praticienne hospitalière, 55 ans) ; « *Moi j'étais plutôt à faire la course avec les garçons, donc ça allait bien de paire avec ça* » (Claire Valméras, chirurgien libérale, 35 ans). D'autres enquêtées décrivent encore comment elles n'étaient pas portées par le relationnel, avant même d'entrer en chirurgie, ayant grandi dans une « *famille de sauvages* ». On constate également que les enquêtées qui ont été habituées de façon précoce à l'humour grivois, courant en chirurgie, semblent entrer plus facilement que d'autres dans la surenchère avec les hommes en adoptant la posture participative : elles ont déjà constitué un répertoire et des habitudes de répartie dans l'enfance et peuvent les réinvestir en étant à l'aise arrivées en médecine. C'est le cas par exemple pour Denise Bourgain (praticienne hospitalière, 36 ans) qui explique sa facilité à surenchérir sur les plaisanteries sexuelles : « *Moi je viens du 93, c'est bon, les cochonneries et les horreurs je les connais, depuis que je suis toute petite je les connais donc...* ». Florence (interne, 29 ans) : « *Pour l'humour grivois, les blagues scato, c'était à peu près tous les jours à la maison entre mon frère, ma sœur et mon père* ». Julie Malau (praticienne hospitalière, 41 ans) explique également avoir été habituée jeune à côtoyer ces plaisanteries grivoises du fait de l'environnement amical de ses parents : « *Mais j'avais l'esprit, cet esprit chir, comme je côtoyais beaucoup les chirurgiens, qu'ils venaient beaucoup à la maison. Quand ils venaient manger à la maison tout ça c'était, y avait toujours des conneries dans l'air donc... Ils étaient très joueurs et donc je voyais très bien ce que ça pouvait représenter. Ça m'a pas choquée* ». Au contraire, celles qui n'ont pas été habituées précocement à cette forme d'humour le pratiquent avec plus de réserve ou se contentent d'en sourire.

Autre signe que cette socialisation professionnelle est une socialisation de renforcement et qu'elle est particulièrement structurante pour nombre de chirurgiens : le fait que celle-ci ait des répercussions notables sur les sphères extra-professionnelles (notamment familiales, conjugales et amicales) investies par les individus. On peut en effet constater pour un certain nombre d'enquêtées une très forte cohérence entre les influences socialisatrices des différentes sphères traversées. C'est le cas en particulier pour celles qui ont épousé ou qui vivent en couple avec un chirurgien (soit un quart de notre échantillon). Dans ces cas, c'est le choix de la profession qui est antérieur au choix du conjoint et ce dernier traduit déjà une sorte de parachèvement de la socialisation professionnelle, agissant comme un fixateur de ses effets. Les effets de la socialisation professionnelle se voient alors prolongés jusque dans la sphère privée. Dans les cas de mariages homogames (pour des couples de chirurgiens), on peut dire que « l'enveloppement chirurgical » est alors à son comble puisque l'individu est entouré de collègues chirurgiens, d'un conjoint chirurgien et développe généralement une sociabilité amicale majoritairement (sinon quasi exclusivement) chirurgicale.

2.2 Lorsque la socialisation chirurgicale est une socialisation de transformation

Certaines enquêtées n'étaient absolument pas préparées *a priori* à l'humour grivois développé en chirurgie et, cependant, investissent ce domaine dans le cadre professionnel. Le degré d'intériorisation de ces dispositions apparaît toutefois comme plus tenu que pour les enquêtées qui

y ont été habituées de façon précoce : elles sont souvent moins à même d'entrer dans des mises en scène corporelles et se limitent au registre verbal, leurs performances dans le domaine relèvent plus souvent de l'allusion grivoise que de la surenchère sexuelle. Chantal Mondor (praticienne hospitalière, 37 ans) explique ainsi avoir découvert cet humour dans le contexte professionnel. Signe de son acculturation progressive aux normes « masculines » du métier (rappelons qu'elle a également un mari chirurgien) : il lui arrive désormais d'en rire et parfois même de le pratiquer – timidement et devant des publics avertis. Là encore, on peut faire le constat que les expériences socialisatrices passées aident à rendre compte de ce manque d'évidence dans l'intériorisation des dispositions chirurgicales les plus « masculines » : l'éducation catholique et bourgeoise reçue par Chantal dans le contexte familial ne l'a pas dotée des ressources pour être tout à fait à l'aise dans le domaine. La difficulté pour certaines enquêtées dans une posture de retrait par rapport à l'humour scatologique et sexuel à « avouer » ces pratiques (« *mais bon...* ») témoigne bien souvent de l'inertie de leurs cadres de socialisation familiaux pour lesquels cette forme d'humour manque totalement de légitimité.

Si le contexte chirurgical peut amener à transformer certaines des dispositions des enquêtées, on s'aperçoit également qu'il est des enquêtées qui « résistent » en partie à l'intériorisation de dispositions professionnelles. Ainsi, à contre-courant des pratiques professionnelles habituelles, Chantal Mondor s'avère-t-elle particulièrement attentive à la personne du patient. Elle insiste en effet sur la dimension humaniste de son père et d'un de ses anciens chefs de service dont elle dit s'inspirer. Elle importe ainsi à Dominique Larrey un style professionnel quelque peu différent de celui du service (ce qui lui vaut d'ailleurs d'être mise sur la touche professionnellement) et fait la preuve qu'il est possible d'exercer la chirurgie autrement.

La socialisation chirurgicale est donc généralement une socialisation de renforcement des dispositions sexuées que ses candidats ont intériorisées lors des socialisations antérieures à cette socialisation secondaire qu'est la socialisation professionnelle, et parfois une socialisation de transformation qui compose avec les dispositions antérieurement incorporées par les individus. Mais ceux (et surtout celles) dont la socialisation primaire est trop en décalage avec les dispositions mentales et comportementales attendues par le contexte professionnel sont bien souvent évincé(e)s. C'est ce que nous allons voir maintenant en étudiant le cas de Marie Laborie, l'enquêtée de notre échantillon dont les dispositions étaient les plus éloignées de celles attendues par le contexte professionnel de la chirurgie. Or celle-ci ne parvient pas à convertir son patrimoine dispositionnel pour qu'il soit en adéquation avec le milieu chirurgical et se reconvertisse finalement en médecine générale alors que son cursus d'interne en chirurgie est déjà bien avancé.

2.3 *Echec de conversion chirurgicale*

Le cas de Marie Laborie est intéressant car il constitue un exemple concret de socialisation professionnelle ratée du fait d'une trop grande divergence entre les dispositions intériorisées dans le cadre de la socialisation primaire et celles requises par le milieu professionnel (Zolesio, 2009) et qu'il vient confirmer le caractère de renforcement des dispositions antérieurement acquises de la socialisation chirurgicale.

Marie Laborie abandonne son cursus de chirurgie en quatrième année, soit à un stade avancé de son internat, ce qui est rarissime. On peut dire que pour elle la tentative de conversion à la socialisation chirurgicale a échoué. Pour cette enquêtée, l'intériorisation des dispositions chirurgicales s'avère loin d'être évidente. Sa socialisation primaire, très traditionnelle du point de vue du genre, l'enjoint en effet à être une épouse et une mère de famille avant d'être une professionnelle investie. Très « famille » (et c'est sans doute le degré d'intériorisation de cette disposition qui explique l'échec de l'intériorisation de la socialisation chirurgicale), Marie n'envisage absolument pas le surinvestissement professionnel exigé par la chirurgie. Son premier poste en CHR ne semble d'ailleurs pas exiger un tel investissement et renforce une orientation familiale chez cette enquêtée (son patron est décrit comme assez atypique, particulièrement « paternaliste » et ouvert à la présence de femmes dans le métier, il ne valorise pas

particulièrement l'endurance physique). Confrontée ultérieurement à des services plus légitimes, elle se révélera incapable de convertir ses anciennes manières de penser et de faire pour s'ajuster aux nouvelles attentes du contexte professionnel. Par ailleurs, voyant davantage la santé dans ses dimensions psychologiques et sociale que comme une seule donnée biomédicale, Marie est choquée la plupart du temps du traitement accordé au patient en chirurgie. Elle abandonne donc la spécialité après plusieurs semestres d'internat chirurgicale pour se réorienter vers la médecine générale, une spécialité qui lui paraît plus en adéquation avec les dispositions relationnelles qu'elle a intériorisées dans le cadre de sa socialisation primaire. Les chirurgiens commenteront son départ en disant que « *c'était un service à rendre à la profession* ».

On s'aperçoit ainsi que les socialisations antérieures aux expériences chirurgicales que Marie connaît à VilledeFrance⁸ ne l'ont pas préparée aux conditions d'exercice typiques de la chirurgie : elle ne semble pas avoir été entraînée aux conflits et aux jeux de compétition, que ce soit dans le cadre de sa fratrie (composée exclusivement de filles), de sa famille (le climat familial apparaît comme paisible) ou de ses stages (son premier patron en CHR est particulièrement « paternaliste »). Relativement protégée depuis son enfance des situations de compétition et d'altercation, Marie n'apparaît pas prête à y faire face et développe un manque d'ambition, une sensibilité émotive et un excès de modestie (pour reprendre les catégories de perception chirurgicales) peu compatibles avec la profession chirurgicale. De même, familialement et amicalement, Marie n'a pas été habituée aux plaisanteries et à l'humour grivois. Elle semble s'en accommoder quelque peu en entrant à l'internat, mais de toute évidence l'intériorisation de ce relâchement langagier n'est pas aussi affirmée que pour les enquêtées qui y sont accoutumées depuis l'enfance. On peut ajouter que le fait que Marie n'ait pas un mari dans le milieu médical (contrairement à Chantal Mondor ou à Chloé qui, si ont connu une transformation de leurs dispositions par les effets de la socialisation chirurgicale) ne facilite pas non plus sa conversion chirurgicale.

Ces résultats nous permettent de dire, en reprenant la distinction opérée par Muriel Darmon entre les différents effets que les socialisations continues ont sur les individus (Darmon, 2006, pp.113-121), que la socialisation chirurgicale agit généralement comme une socialisation de renforcement⁹, parfois comme une socialisation de transformation¹⁰ et peut-être exceptionnellement¹¹ comme une socialisation de conversion¹². Le fait que le stage de chirurgie soit si clivant pour les externes est en effet révélateur de ce que la spécialité consolide des inclinations déjà présentes chez les étudiants plus qu'elle ne les transforme pour en faire des candidats à l'internat. Comme nous l'avons vu dans notre travail, la socialisation professionnelle de type chirurgical vient bien souvent prolonger et confirmer les produits des socialisations antérieures (ce qui invite à ne pas considérer la sphère professionnelle comme déconnectée des autres sphères dans lesquelles est socialisé l'individu). De toute évidence, les enquêtées les plus « masculines » de notre échantillon sont celles pour lesquelles la mise en conformité et la

⁸ Ville de plus de 300.000 habitants.

⁹ Définie comme « *une opération donnée de socialisation [qui] peut être un processus puissant de modelage de l'individu sans être nécessairement transformatrice [et dont les effets sont] avant tout fixateurs* » par rapports aux effets des socialisations antérieures (Darmon, 2006, p.114). Les deux exemples développés par l'auteur pour illustrer ces processus sont ceux de la « fabrique des énarques » de Jean-Michel Eymeri et de la socialisation de genre.

¹⁰ Définie comme « *les processus qui impliquent, à un degré ou à un autre, une transformation de l'individu, sur un plan ou sur un autre, cette dernière étant par définition limitée au regard de ce qu'impliquerait un processus de conversion* » (*ibid.*, p.118).

¹¹ En réalité nous n'avons rencontré sur le terrain aucun cas de conversion à la chirurgie (que ce soit pour les femmes ou pour les hommes). On imagine toutefois qu'il est possible, même si cela est rarissime, de rencontrer des cas de conversions chirurgicales. Ceci n'est en tous les cas manifestement pas fréquent aux dires de tous les enquêtés qui disent que l'on est « *fait ou pas* » pour la chirurgie.

¹² « *C'est-à-dire des [processus] de transformation radicale et totale, sur le modèle de la conversion religieuse* » (*ibid.*, p.116).

conformation avec le milieu professionnel a été la plus facile. Pour les plus « féminines », une certaine transformation a dû être nécessaire, comme par exemple l'adhésion à des formes d'humour grivoises mais cette masculinisation des dispositions semble s'estomper avec le temps, une fois que l'autonomie professionnelle est acquise.

3. Conclusion

En conclusion, on peut dire que la socialisation chirurgicale, socialisation de renforcement, apparaît comme prioritairement structurée par les catégories de genre : ses produits (dispositions à l'action, au *leadership*, à l'endurance physique et morale, à la compétition, à l'humour grivois et faible inclination au contraire pour le relationnel avec le patient...) comme ses modalités de transmission et d'incorporation (une formation « à la dure » et un apprentissage « par claques ») sont socialement construits comme masculins et justifient bien souvent l'inadéquation des femmes au milieu. Les chirurgiens hommes seraient les seuls aptes à exercer dans un tel contexte. Soucieux de leur reproduction sociale et conscients de leur pouvoir sur les autres acteurs du contexte chirurgical, ils imposent leurs manières de faire, dire et penser.

Mais si les dispositions professionnelles – qui sont aussi bien souvent des dispositions « masculines » ou au moins qui sont perçues comme tel par les praticiens – sont suffisamment répandus pour être caractéristiques de la socialisation chirurgicale. Cependant, si l'on étudie la singularité des individus en chirurgie, et notamment des femmes qui l'investissent, on s'aperçoit que l'incorporation des dispositions chirurgicales se fait à des degrés divers selon la trajectoire antérieure de l'enquêtée. Il existe en effet des cas d'intériorisation évidente des cadres de socialisation chirurgicaux comme nous avons pu voir un cas de résistance marquée aux dispositions professionnelles avec le portrait de Marie Laborie. Ces cas pourraient laisser penser qu'il n'est pas de transformation par la socialisation secondaire, mais que les socialisations enfantines et dans l'adolescence orientent durablement les individus (il n'y aurait de socialisation chirurgicale que de socialisation de renforcement des socialisations primaires). Il est vrai que les processus de socialisation qui ont lieu dans l'enfance laissent des traces durables. Toutefois on aurait tort de considérer qu'il n'existe aucune retraduction ou aucune modification des dispositions acquises pendant l'enfance dans l'exercice professionnel ou dans les autres sphères investies à l'âge adulte. Il est en effet d'autres enquêtées pour lesquelles l'intériorisation des dispositions chirurgicales est moins évidente que pour les premiers cas d'enquêtées que nous avons décrits, mais qui pourtant n'en est pas moins réelle : les plus « féminines » de notre échantillon gardent effectivement un peu plus de distance avec ces normes professionnelles mais n'en ont pas moins intériorisé certaines dispositions chirurgicales. On peut dire dans leur cas que la socialisation chirurgicale a joué comme une socialisation de transformation.

4. Bibliographie

- Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. *Revue française de sociologie*, XXII, 223-245.
- Baszanger, I. (1983). La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du travail*, 3-83, 275-294.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (2006). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.
- Bosk, C. L. (1979). *Forgive and Remember. Managing Medical Failure*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cassell, J. (1986). Dismembering the Image of God. Surgeons, Heroes, Wimps and Miracles. *Anthropology Today*, 2(2), 13-16.
- Cassell, J. (1987). Of Control, Certitude and the "Paranoïa" of Surgeons. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(2), 229-249.

- Cassell, J. (1998). The Woman in the Surgeon's Body : Understanding Difference. *American Anthropologist*, 1, 41-53.
- Cassell, J. (1998). *The Woman in the Surgeon's Body*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cassell, J. (2000). Différence par corps : les chirurgiennes. *Cahiers du Genre*, 29, 53-81.
- Darmon, M. (2006). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (1998). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Durkheim, E. (1922), *Education et sociologie*. Paris : PUF.
- Goffman, E. (2002). La distance au rôle en salle d'opération (traduction de Y. Winkin). *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, 80-87.
- Katz, P. (1999). *The scalpel's edge. The culture of Surgeons*. Boston : Allyn and Bacon.
- Merton, R. K., Rossi, A. (1965[1953]). Contributions à la théorie du groupe de référence, in *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris : Plon, 202-236.
- Rosende, M. (2008). *Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine*. Genève : Seismo.
- Sournia, J.-C. (1998). *De la chirurgie*. Paris : Editions Privat.
- Zolesio, E. (2009). Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée. *Sociétés contemporaines*, 74, 147-165.