



HAL
open science

Place de la relation dans l'exercice du métier de chirurgien-ne

Régine Bercot

► To cite this version:

Régine Bercot. Place de la relation dans l'exercice du métier de chirurgien-ne. Penser l'expérience du soin et de la maladie. une approche par l'activité, éducation thérapeutique, soin et formation, De Boeck, pp.35-54, 2015. <halshs-01349426>

HAL Id: halshs-01349426

<https://shs.hal.science/halshs-01349426v1>

Submitted on 27 Jul 2016

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

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



HAL Authorization

Pour citer ce texte

R.Bercot *Place de la relation dans l'exercice du métier de chirurgien-ne*, in « Penser l'expérience du soin et de la maladie », De Boeck, Collection Pratiques éducatives dans le champ du soin, sous la direction de Joris Thievenaz et Catherine Tourette-Turgis, 2015

Place de la relation dans l'exercice du métier de chirurgien-ne

Régine BERCOT,

Résumé :

Notre recherche porte sur le métier de chirurgien, métier de prestige, peu accessible aux femmes, véritable bastion masculin (Maruani, Nicole 1989). On a pu constater que le choix de la chirurgie est un choix lié à la dimension technique et intellectuelle de la spécialité (cf. *livre blanc des médecins*) ce que corroborent nos propres entretiens. Quelle est la place de la relation dans ce métier ? Pour le comprendre, il est nécessaire de revenir sur la définition de la relation.

La relation ne peut être définie exclusivement par l'interaction, le temps passé en face à face, la parole échangée. Si cette dimension importe et est bien présente, la relation est aussi marquée par son inscription dans plusieurs rapports sociaux. Nous rendrons compte des conséquences de son inscription dans deux rapports sociaux, le rapport de genre et le rapport de pouvoir chirurgien-ne/malade.

Introduction

On assimile couramment les relations et les interactions. Cependant, si les relations englobent les interactions, elles ne s'y réduisent pas. En effet, la relation ne peut être définie exclusivement par l'échange que ce soit en face à face, ou à distance. Elle est une mise en rapport de deux entités (personnes ou états). La mise en rapport de deux ou plusieurs situations (états dans lesquels existent les acteurs) ne suppose pas toujours une interconnaissance ou un échange ; mais elle est un lien social. Ainsi la relation de parenté repose sur un lien social mais ne suppose pas de fréquentation des uns et des autres, la relation de fournisseur à client crée un lien mais ne suppose pas systématiquement d'interconnaissance ; dans certaines configurations, la relation peut se faire dans l'anonymat complet, par exemple lors des échanges sur internet.

Le rapport social de soin s'inscrit dans un rapport de pouvoir qui rejaillit sur la relation entre profane et expert. Dans cette relation, le rapport de pouvoir est plus important que dans celui qui se tisse généralement entre médecin et patient. En effet, l'acte chirurgical est un acte intrusif qui suppose de confier son corps endormi dans une totale confiance. Cette forte dépendance du malade révèle une dissymétrie et fait du malade un interlocuteur dépendant et affaibli (Bloch, 2008). La relation se situe également dans et autour de l'acte technique. Le sens de la relation se saisit dans le rapport à la maladie et au service rendu, dans le rapport à la personne pour certains alors que pour d'autres elle s'articule essentiellement à un rapport à l'organe ou au corps devenu objet technique (Callon, Rabeharisoa, 1999).

Pour analyser cette relation nous prendrons en compte également le fait que le métier est peu féminisé, traditionnellement construit autour d'un ethos masculin. En outre, les spécialités choisies par les femmes diffèrent de celles choisies par les hommes (Jaisson, 2002). Ainsi les femmes sont en proportion plus nombreuses en ophtalmologie et en chirurgie infantile, en maxilo faciale (Sicart, 2005). Elles sont en faible proportion dans d'autres spécialités telles la chirurgie générale,

orthopédique, traumatologie, thoracique, cardiaque, vasculaire, urologie. Les chirurgiennes connaissent des difficultés importantes pour intégrer ces milieux à dominante masculine. Dans la période d'apprentissage, il est nécessaire pour les jeunes d'être adoubés par les seniors. Or, ceci peut s'avérer très problématique pour des femmes qui se trouvent face à des chirurgiens qui leur contestent une place dans la sphère de travail, dans leur métier ou dans leur spécialité ; elles mettent en œuvre des stratégies variées pour se faire une place. Par ailleurs, nous y reviendrons, les femmes doivent se faire reconnaître comme telles par les patients.

Dans ce contexte, qu'en est-il de la relation entre les malades et les chirurgiens ? Les représentants du métier comme les professionnels évoquent peu cette dimension du travail. Ils ne considèrent pas la relation comme une compétence centrale ; ils mettent plutôt l'accent sur la dimension intellectuelle et savante considérée comme plus prestigieuse¹. En effet, devenir chirurgien-ne dans le système de formation français suppose l'acquisition de savoirs sophistiqués durant treize années d'études, une formation très longue, marquée par deux concours (l'examen d'entrée en médecine et l'Examen National Classant), plusieurs moments de certification (examens par matières, évaluations de stages etc.). Ce métier se caractérise également par sa technicité, une activité manuelle requérant une grande pratique et une virtuosité. Ce rôle essentiel de la pratique pourrait conduire à estomper l'importance de la relation avec le malade dans l'exercice du métier.

Pourtant, la relation est une dimension essentielle de l'exercice du métier de médecin ou de chirurgien car pour effectuer un diagnostic, tous se réfèrent à la plainte et aux explicitations du patient puis ils fondent dans un deuxième temps ce diagnostic à l'aide des examens techniques.

On constate différentes modalités revendiquées par les chirurgiens dans leurs relations au patient, qui ont toutes en commun d'être liées à l'acte :

- La chirurgie réparatrice : pour les chirurgiens hommes et femmes et quel que soit le type de chirurgie, le service rendu est lié à l'intervention et la relation s'établit le plus souvent dans la courte durée.
- La relation est marquée par le rapport à la mort, lui-même fonction de l'âge des personnes concernées par la pathologie : personnes âgées, enfants. L'investissement du chirurgien dans la relation peut être lié à la trajectoire de vie du patient ; en effet, s'il apparaît dans l'ordre des choses de mourir lorsqu'on est âgé, la mort est plus difficilement acceptée lorsqu'elle concerne les jeunes patients. La maladie est parfois appréhendée comme une déviance, le jugement moral joue alors également un rôle sur la manière dont le (la) professionnel.le peut mettre à distance la mort ou la souffrance d'autrui.

¹ Concernant l'analyse des critères et dynamique de prestige dans les métiers on pourra se reporter à l'ouvrage : BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A. *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*, éd. Hermann, collection société et pensées, 313 p., 2008.

- Enfin, la relation a une autre finalité. Il s'agit de préparer psychologiquement le malade, d'expliquer ce qui va se passer, mais aussi de recueillir la demande ou les aspirations du malade, d'explicitier les risques et les types de résultats que l'on peut attendre. Dans ces contextes, le chirurgien cherche à expliquer les risques et les limites de l'intervention, réduire les possibilités de déception, désamorcer le mécontentement du malade après l'intervention, il s'agit d'informer mais aussi de prévenir les recours en justice.

En quels termes donc, les chirurgiens et chirurgiennes abordent-ils la place de la relation lorsqu'ils parlent de leur métier ? S'ils l'évoquent peu de manière directe parce qu'ils ne la situent pas au cœur du métier, ils y font référence pour évoquer le phénomène de judiciarisation qui prend actuellement de l'ampleur (Bercot, Mathieu-Fritz, 2008). La relation devient alors une préoccupation dans la mesure où elle est associée à l'évaluation que le patient et son entourage peuvent effectuer d'un incident ou des suites négatives d'une intervention.

Cette dimension cependant n'est pas la seule à prendre en compte. En effet, le cadre et les modalités de la relation s'intègrent dans des moments différents de la trajectoire : la prise de renseignements par le patient concernant les différents chirurgiens susceptibles de l'opérer, la prise de contact pré opératoire, l'intervention et le post opératoire. Nous allons étudier successivement ces différentes configurations de la relation ; elles participent toutes du soin mais elles ne peuvent toutes être perçues de la même manière par le professionnel et le patient. En effet, ces deux parties prenantes de la relation n'ont pas chacune la même connaissance de l'action de l'autre, aux différentes étapes de la trajectoire du patient.

Notre analyse repose sur deux séries d'entretiens. Une première série menée en 2006 auprès d'une vingtaine de professeurs, maîtres de conférences et chefs de cliniques de l'AP-HP sur le thème du métier et de ses conditions d'exercice. En 2009-2010 des entretiens menés auprès d'internes en chirurgie avec C. Horellou-Lafarge sur la question du choix de la spécialisation en chirurgie et des raisons de ce choix ; nous souhaitions mettre à jour les difficultés rencontrées par les femmes et de ce fait nous avons essentiellement interrogé des femmes. Au total donc plus de 40 entretiens approfondis avec des chirurgiens et des chirurgiennes d'1h30 à 2h (de type semi-directif et biographique) dont

- 16 avec des chirurgiens (salariés et libéraux) [5 femmes entre 40 et 45 ans, 5 femmes entre 55 et 60 ans]
- 4 externes
- 18 internes (dont 3 hommes et 15 femmes) nés entre 1979 et 1983 (27-31 ans)

Les entretiens pour les chirurgiens en poste étaient orientés vers les récits concernant le métier, les compétences qui doivent être développées pour exercer la chirurgie, les modalités de la carrière, les problèmes et les satisfactions liés à l'exercice de ce métier. Les entretiens avec les jeunes (internes et externes) reposaient plus sur les conditions de l'apprentissage, celles de l'orientation vers une spécialité. Les entretiens se sont déroulés pour les seniors sur leur lieu de travail et les jeunes ont été rencontrés dans des lieux divers (leur domicile, un café, mon bureau). La très grande majorité de ces jeunes sont des enfants de cadres supérieurs.

Les relations s'articulent autour des quatre configurations en lien avec la trajectoire du patient.

1/ La mise en rapport naît en amont de la rencontre, dans l'information qui est donnée au patient concernant le chirurgien ; le patient est actif, ce qui n'est pas le cas du chirurgien à ce stade ; une relation donc déjà mais pas de mise en interconnaissance. 2/ La relation se développe ensuite en face à face à deux moments, en pré opératoire et en post opératoire ; les deux parties sont alors

présentes, donc actives dans la mesure où le malade est conscient. 3/ La relation change de configuration lorsque le patient est endormi et subit l'intervention du chirurgien (à ce stade seul le chirurgien est actif, le patient étant objet d'intervention). Ce moment ne peut être défini comme interaction mais comme intervention de l'un sur le corps de l'autre. 4/ La quatrième est celle de la veille et du suivi par le chirurgien ou l'équipe sans que ce suivi soit toujours rendu visible au patient.

Nous expliciterons la manière dont cette place varie en fonction du positionnement des professionnels inscrits dans des rapports sociaux. Nous mettrons l'accent sur deux dimensions qui contribuent à fonder des cadres sociaux et des situations diversifiées : a) le secteur d'appartenance [public ou privé] ; b) le genre. Ces dimensions modifient les termes de la relation dans les différentes configurations.

1. L'entrée en relation

La relation s'inscrit dans un marché ouvert. Ainsi que le précise Freidson (2005), le malade fera le choix d'un chirurgien en fonction de la confiance dont il investit ce spécialiste. Celle-ci se construit au niveau d'une réputation générale, d'un retour et d'une publicisation des autres patients ; mais elle fait aussi l'objet d'une discussion ; elle s'inscrit dans une relation triangulaire entre malade, médecin référent et chirurgien.

Notons que le choix du chirurgien ou de la chirurgienne n'est pas uniquement lié à la question de la compétence et de la réputation. Comme dans d'autres métiers, les représentations des patients et de leur famille peuvent jouer un rôle non négligeable. Le sexe du professionnel et les attributs qui lui sont *a priori* conférés jouent un rôle. Ainsi, les femmes disent la difficulté pour une chirurgienne en urologie de faire sa place et d'avoir une clientèle dans le privé, les hommes ayant tendance à s'adresser à des urologues hommes. En outre, certains patients n'auront confiance qu'en un chirurgien et d'autres en une chirurgienne

Nous voudrions initier à l'occasion de cette réflexion sur la relation, un débat concernant le type de confiance qui préside à la relation entre le malade et le chirurgien. S'agit-il au sens de Luhmann (2001) d'une confiance assurée ou d'une confiance décidée ?

Rappelons que **la confiance assurée** est la plus courante. Dans cette perspective, nous nous comportons comme si nous étions assurés que nos attentes ne seront pas déçues : les feux tricolores ne tomberont pas en panne, les trains arriveront à destination ; chacun accomplira la fonction qu'il a l'habitude de remplir. On ne peut pas vivre sans former des attentes par rapport aux événements contingents et on le fait sans tenir compte de la possibilité qu'elles soient déçues. Si on ne tient pas

compte de la possibilité d'être déçu dans nos attentes c'est d'une part parce que la probabilité d'être déçu est faible, mais aussi parce qu'on ne sait que faire d'autre (Luhmann 2001). Dans tous ces actes de la vie quotidienne, on fait confiance au « bon fonctionnement social » : au boulanger pour avoir fait du pain, à l'hôpital pour nous soigner, à l'équipe chirurgicale pour se comporter au mieux dans le cadre du bloc et du suivi post opératoire. Si ce type de confiance, cette sorte de fond de certitude sociale n'existait pas, on serait dans un état d'incertitude totale et permanente. Nous serions obligés de renoncer à nos attentes et nous n'aurions rien à mettre à la place. Voilà pourquoi nous vivons avec une confiance assurée. Celle-ci existe dans tous les contextes sociaux, tous les champs de la société (le politique, l'urbain, la santé, le travail etc.).

La deuxième sorte de confiance est la confiance décidée. Celle-ci se distingue de la précédente car elle requiert un engagement préalable de notre part. Elle présuppose une situation de risque. On peut ou non acheter une voiture qui s'avèrera être une épave, on peut ou non décider de se faire opérer ou de choisir tel chirurgien ou chirurgienne. Ainsi que le fait remarquer Luhmann on peut éviter de prendre le risque mais seulement si on accepte de renoncer aux avantages associés. On a ainsi la conscience forte de prendre un risque que l'on cherche à mesurer et à maîtriser. Mais dans le cas de l'intervention la mesure du risque est pour une part illusoire. Ainsi la différence entre confiance assurée, et confiance décidée dépend de la perception et de l'attribution. Si on n'envisage pas d'alternative, si on quitte son domicile chaque matin sans s'armer on est dans la confiance assurée. Si on décide de suivre l'avis du médecin traitant sans connaître les alternatives et les effets négatifs éventuels, on est là aussi dans une confiance assurée, liée à la confiance en l'expertise (vue comme une unité, un donné social). Si on choisit une action de préférence à une autre, l'intervention chirurgicale plutôt que le traitement à base de médicaments proposé comme alternative, on est dans une situation de confiance décidée. Ainsi, une relation de confiance assurée peut devenir une relation de confiance décidée, s'il devient possible d'éviter cette relation. La relation de confiance assurée repose sur une certitude générale du type « les interventions réparent » et peut devenir une relation de confiance décidée du type « elles peuvent avoir des effets bénéfiques ».

La confiance décidée ne devient possible que parce que les dommages éventuels peuvent être plus importants que l'avantage que l'on recherche. Il ne s'agit pas d'un simple calcul rationnel. « La confiance décidée n'est requise que si un mauvais résultat vous ferait regretter votre action (Luhmann, 2001, p.22)».

A partir de cette distinction on peut privilégier deux constats parmi ceux effectués par Luhmann :

1) On peut tout d'abord constater que le libéralisme politique essaie de faire passer les attentes du rang de la confiance assurée à celui de la confiance décidée. Il insiste sur la liberté de choix, et

met l'accent sur la responsabilité individuelle en matière de décision entre confiance et méfiance vis-à-vis des politiciens, des partis... mais on trouve cette relation également dans le travail où on tente parfois de faire accréditer l'idée de choix alors que celui-ci n'existe pas.

2) Autre constat, la confiance décidée suppose l'existence d'un risque évalué. L'idée est qu'en agissant on décide de prendre le risque d'être déçu, trompé, tout n'étant pas contrôlable. Or, l'évaluation du risque apparaît comme une affaire hautement subjective.

Il est difficile de conclure sur la manière dont se construit la confiance dans le cadre du suivi médical ou du soin. Elle est tantôt une confiance assurée, tantôt une confiance décidée. La relation suppose souvent une confiance assurée. On pense ainsi grosso modo que le chirurgien ou la chirurgienne quel (le) qu'il soit remplira ses objectifs. Mais dans certains contextes cette confiance est une confiance décidée et c'est de celle-ci que nous parlerons ici car c'est celle qui donne lieu à des engagements dans l'action et à la mise en œuvre soit de procédures, soit d'initiatives pour assurer qu'elle se fera dans de bonnes conditions et justement permettra de minimiser les risques. Dans cette relation, les engagements vis-à-vis des autres, prennent la forme de contrats qui formalisent les relations. Faire selon les règles professionnelles, effectuer une traçabilité des produits, des interventions par exemple. Le non respect du contrat donne lieu à des pénalités. Le contrat est donc important pour acter des relations et des engagements.

Fondamentalement, le respect d'un contrat suppose néanmoins autre chose que le contrat lui-même ; il fait référence à une morale ou à des valeurs communes. En outre, tout ne peut se ramener au contrat et la vie de tous les jours dans le travail et hors du travail - ce qu'on appelle le lien social - n'est pas le fruit d'un contrat qui par définition est limité dans ses termes et dans sa temporalité. La confiance de base, à l'origine du lien social ne repose pas sur le contrat, elle relève de la morale intégrée socialement par les individus (cf. Durkheim). Elle relève de références culturelles communes, des valeurs qui fondent les proximités sociales selon Weber.

La confiance permet d'assurer une stabilité sociale et fait l'objet de réciprocités qui tendent alors à lier confiance et don. La confiance induite peut générer des risques.

Les chirurgiens se réfèrent quant à eux au fait que le malade et le médecin généraliste choisissent un chirurgien. On est bien ici dans une analyse en terme de confiance décidée. Pour cette raison, ils confèrent au processus d'entrée en relation une dimension symbolique forte, révélatrice de leur place et de leur pouvoir de décision. C'est le prestige et la place du professionnel qui se jouent.

Cependant ce point de vue ne fait pas l'objet d'un consensus ; on constate l'existence de deux types de controverses se développant au sein même du corps médical.

Première controverse : Comment se construit le lien entre malade et chirurgien ? Qui recrute le malade ? Est-ce une institution ? Dans ce cas le patient consulterait un chirurgien en se référant à l'institution ayant une bonne renommée ou au contraire fuirait une clinique ou un hôpital du fait de sa renommée ; le choix du patient ainsi serait fondé sur l'existence de réputations dont l'ombre portée englobe tous les acteurs d'un établissement. Ce mécanisme est bien connu : l'image de l'institution bonne ou mauvaise rejaille sur l'ensemble des acteurs qui y travaillent. Ce phénomène n'est pas propre au secteur de la santé ; on le retrouve par exemple dans le secteur de l'éducation. Autre possibilité, le choix du chirurgien est lié à la recommandation par le médecin généraliste de ville ou le médecin spécialiste. Dans ce cas, le chirurgien en effet « recrute » mais l'entrée en relation est médiatisée par l'image que les confrères ont de son excellence et de sa pratique.

Les chirurgiens revendiquent clairement le fait qu'ils « recrutent » les malades et que c'est sur leur nom, leur renommée, leur spécialisation que les malades viennent les consulter. . . On choisit un chirurgien et non un anesthésiste ou une clinique. L'expertise du chirurgien est liée selon les professionnels à plusieurs facteurs. Intervenir beaucoup permet ainsi « d'avoir la main ». Le nombre d'interventions permet de maintenir un haut niveau de dextérité, d'être à l'aise dans les différents modes opératoires. L'expertise est aussi liée au fait de se spécialiser sur un type d'intervention ou une partie d'organe. Ainsi en ophtalmologie, les professionnels insistent sur l'importance de se spécialiser sur un type spécifique d'interventions pour obtenir de meilleurs résultats.

La construction de la relation au patient est préparée par un ensemble de jeux d'écriture favorisant l'interconnaissance entre médecins et entre médecins et patients. Ainsi on peut distinguer deux sortes d'écrits. Les articles scientifiques permettent aux chirurgien.nes de se faire connaître et reconnaître. Ils informent les confrères sur les *sur-spécialisations* au sein même des spécialités. L'autre type d'écrit plus interpersonnel concerne le chirurgien et les médecins qui leur adressent les malades. Ces écritures sont les lettres d'adressage et de réponse concernant le patient et son état. Tous ces écrits sont des ponts au sens de Simmel. Ils sont des vecteurs de liens, des relations parfois personnalisées, parfois plus invisibles.

Une deuxième controverse traverse les discussions entre professionnels. Qui va poser les indications, autrement dit qui effectue un diagnostic et indique si l'intervention est souhaitable et quel type d'intervention est nécessaire ? Est-ce le chirurgien, est-ce le médecin spécialiste ? Cette question n'est pas uniquement celle de la compétence à établir un diagnostic ; elle est aussi celle de

la place qu'occupe un segment donné de la profession de médecin dans l'arc de travail. Celui qui pose les indications est celui qui prescrit et la prescription est un acte de décision en amont de l'intervention qui confère l'autonomie professionnelle. Cette question du diagnostic et de l'orientation vers l'intervention est essentielle pour poser la place des uns et des autres dans l'arc de travail. Elle confère au professionnel son autonomie (Flexner 1915). Elle est un élément de la valorisation du métier (Pinnel, 2005). L'importance de la prescription est intériorisée par certains internes qui disent avoir choisi leur spécialité chirurgicale en fonction de cette autonomie à poser un diagnostic (dans certaines spécialités telle la cardiologie, les spécialistes médicaux auraient beaucoup de poids sur la décision d'intervention du chirurgien) ; l'appartenance au secteur privé ou public a également un impact non négligeable. Une jeune interne nous a confié qu'elle n'ira jamais exercer dans le privé car les médecins qui prescrivent une intervention, peuvent sanctionner le chirurgien qui établit un autre diagnostic et refuse de pratiquer l'intervention. La sanction prend la forme d'une suppression de clientèle à venir pour le chirurgien. Ainsi la décision d'opérer le malade participe du prestige ; les controverses entre médecins –controverses dont le patient est l'objet et non pas toujours le sujet- modifient la relation qui n'est pas uniquement celle d'un colloque singulier.

2. La relation de face à face en pré ou post opératoire

Le deuxième type de relation s'exprime dans le face à face, lors de la rencontre entre le malade et la personne qui opère. Les relations liées à la co-présence se situent avant et après l'intervention. Ces deux moments sont ceux dans lesquels chirurgiens et chirurgiennes explicitent la nature du problème, leur intervention, les résultats escomptés, les incertitudes. L'information donnée par le ou la professionnelle ne sera pas la même selon que l'objectif principal est de rassurer et d'éviter d'alarmer le malade ou selon qu'il s'agit de se prémunir en tant que professionnel contre un risque d'intervention judiciaire. Dans le premier cas les risques sont minimisés dans le discours du chirurgien². En revanche, si le chirurgien redoute les suites juridiques, il avertira abondamment le patient des effets indésirables même si cela peut conduire à l'inquiéter.

Dans certains contextes les risques ne font pas l'objet d'un exposé mais sont donnés à voir dans un document qui devient vecteur de relation. Pas toujours commenté ou objet de débat, le papier est signé par le malade et devient élément de preuve quant à son information et son acceptation.

² ou même de l'anesthésiste

La question du risque juridique ne se pose pas dans les mêmes termes en secteur privé et en secteur public. En effet, dans le secteur public, le chirurgien est couvert par son institution qui prend en charge les procès d'un point de vue financier et juridique. En outre, pour le secteur privé, la relation de soin est aussi une relation commerciale et facteur potentiel de risque juridique ; il s'agit d'articuler une information sur les risques en introduisant l'idée d'incertitude. La difficulté pour le spécialiste est d'explicitier qu'il existe une incertitude et un risque lorsqu'on intervient sur la matière vivante tout en ne mettant pas en cause la mise en confiance et la réassurance du malade. Ainsi une chirurgienne esthétique cherche à minimiser la déception possible de la patiente en dialoguant sur les attentes de celle-ci, en précisant avec elle le plus possible quels doivent être les résultats qui conduiront à une évaluation positive. Des effets secondaires de l'intervention peuvent apparaître, effets qui conduiront à des appréciations divergentes quant au résultat de l'intervention : ainsi un-e chirurgien-ne pourra considérer son intervention sur une tumeur comme réussie ; pourtant si le malade ne parvient plus à respirer de manière autonome du fait d'une faiblesse cardiaque, le résultat ne sera pas considéré de la même manière par le malade et son entourage. L'évaluation est liée au bien être attendu de l'intervention. Si certains malades attendent une réparation totale, d'autres peuvent comprendre qu'il existe des imperfections dans le résultat, des séquelles ou des dommages collatéraux ou de mauvaises surprises au moment de l'intervention. Aussi l'échange avec le malade apparaît essentiel pour informer, prévenir, expliquer, justifier, désamorcer d'éventuels recours. Mais le ou la chirurgienne doivent aussi prendre en charge le malade, ce qui signifie ne pas l'alarmer, le rassurer. Ces deux démarches alerter et rassurer sont à mener de manière concomitantes même si elles apparaissent antinomiques. Elles montrent la subtilité de la construction des relations. Les référents cognitifs du malade et du chirurgien supposent une traduction parfois difficile demandant un chemin de part et d'autre (Callon, 1986).

Dans ce métier, la construction d'une relation s'articule à la construction d'un rapport au corps de l'autre. N'est-il pas surprenant de constater que les jeunes ne réalisent parfois qu'après leur entrée en médecine qu'être médecin suppose de s'approcher du corps de l'autre et le toucher ? Les travaux d'A.C. Dubernet avaient montré que c'est ce côté repoussoir qui conduit parfois les étudiants à choisir des spécialités dans lesquelles le corps est mis à distance –comme en radiologie -. Nous reviendrons sur ce rapport au corps lorsque nous évoquerons le moment de l'intervention. Notons qu'en ce qui concerne la relation pré ou post opératoire, certaines spécialisations chirurgicales induisent un rapport plus ou moins distancié au corps. Intervenir avec une certaine distance pour certaines interventions sur l'œil mais tenir dans ses bras l'enfant qu'il faut rassurer et le toucher pour communiquer avec lui en associant les parents.

La relation ne se construit pas que sur le registre médical, loin s'en faut, car le patient ne juge pas que des effets des interventions mais prend en compte dans ses évaluations l'ensemble des services qui accompagnent l'acte médical. Ainsi Mme Deau (neurochirurgienne) livre son amertume, son exaspération mais aussi son découragement lié à l'attitude de certains patients :

Mme Deau : Il y a de plus en plus de plaintes.

Question : Quelles plaintes ?

Deau : « On leur a mal parlé, l'heure d'opération qui ne leur a pas convenu, on ne leur a pas dit que..., ils ont mal...un malade porte plainte car on l'a opéré de la tumeur mais on a pas soigné l'entorse à la cheville.

Ils ont un abcès au cerveau, on les opère et on réussit. Et ils se plaignent parce que le malade dans la chambre d'à côté est mort et qu'ils jugent que c'est traumatisant. Mais qu'est-ce qu'on y peut si le malade d'à côté meurt.

Certains malades déposent plainte alors qu'ils ont déjà quitté l'hôpital. Selon elle les plaintes sont liées au fait que les gens cherchent à avoir « de l'argent facile ».

On vient de faire un acte lourd, la plainte ça nous contrarie, on a l'impression d'une ingratitude folle.

Pour une part, ces plaintes conduisent à détérioration de la relation. En effet, pour des raisons légales et pour éviter d'être accusés de ne pas avoir tout dit et de ne pas laisser le choix au patient, les médecins sont amenés à informer le malade, ce qui revient aussi à moins le protéger, en lui faisant partager la connaissance des risques. Aussi « on dit au malade, vous avez une tumeur vous risquez de mourir dans l'opération. Quand l'opération sera faite vous aurez de la chimio à faire. Il faut expliquer les risques, la mort qui guette, quelles infections guettent, ceci sans compassion ». Avant cette chirurgienne prenait des précautions, maintenant c'est terminé. D'une certaine manière on a l'impression qu'elle regrette de ne plus pouvoir ménager le patient, le protéger au sens paternel ou maternel. On peut parler d'une relation désenchantée. Certains patients supportent mal de tout savoir. Mais l'objectif est de désamorcer les plaintes. Mais cela ne les supprime pas toutes, ce qui donne lieu à un commentaire désabusé de Mme Deau « *Les gens cherchent des responsables à tout. Il n'y a plus de gratitude. Le chirurgien ce n'est plus celui qui rend la vie et qui sauve...c'est un besogneux qui rend service. C'est démotivant ces procès et ces mécontentements. Avant il y avait un retour humain de la part des patients qui faisaient des cadeaux. Avant j'avais cinq cadeaux par jour. Maintenant j'en ai un tous les deux mois. Avant les infirmières avaient des cadeaux et maintenant non* ».

Après l'intervention, le chirurgien est d'autant plus présent et visible pour le malade que survient une complication suite à l'intervention.

Ici aussi les chirurgiennes ont à convaincre et à imposer une place. Nombre d'entre elles disent la difficulté de se faire repérer et reconnaître comme chirurgienne par le malade. Ainsi, si un homme infirmier entre avec la chirurgienne dans une chambre, le malade spontanément inversera les rôles et pensera que l'homme est le chirurgien et la femme l'infirmière. Parfois le malade se plaint de ne pas avoir vu « le » chirurgien de toute la semaine alors que la chirurgienne qui s'occupe de lui vient tous les jours mais le malade n'a pas identifié ou plus probablement pas intériorisé sa fonction et son

titre. Ceci conduit les jeunes chirurgiennes à mettre en scène leur rôle et leur statut en se promenant avec un stéthoscope ostensiblement jeté autour du cou, afin de construire un signe distinctif (Peneff, 1992). Au moment de l'amorce de l'interaction, la chirurgienne aura plus qu'un chirurgien besoin de construire une reconnaissance. Elle préparera une phrase de présentation etc.

En fonction des situations, les chirurgiennes choisissent d'expliquer ou de menacer. Une jeune femme explique qu'elle a fait comprendre à un jeune délinquant qu'il lui devait un peu de respect et pour obtenir satisfaction, elle a expliqué qu'elle était en position de force du fait qu'elle allait l'opérer. Ainsi la douceur n'est pas toujours du côté des femmes qui savent aussi montrer de la fermeté avec les malades ou avec les autres professionnels quand elles se retrouvent dans des situations difficiles.

3. Le patient endormi

La troisième configuration est celle où la relation s'exprime de manière « unilatérale » lorsque le patient est endormi.

La relation pendant l'intervention est connue du patient, même s'il est endormi et réputé passif ; il sait ce qu'on lui fait. L'intervention chirurgicale cruciale pour l'état futur du patient est une intervention sur un corps. Dans ce segment de l'arc de travail la relation fait l'objet de l'intervention d'une seule des parties qui prend en charge l'autre.

Pour analyser la place de la relation dans le métier de chirurgienne revenons sur la manière dont elle joue un rôle dans le choix de la chirurgie, la manière dont les jeunes internes ou les chirurgiennes PH la mobilisent dans le récit de leurs parcours. Lorsque nous avons interrogé les jeunes sur les raisons du choix du métier, sur 30 personnes rencontrées, une seule fait état d'un choix de métier en lien avec la volonté de relation. Les femmes internes qui ont choisi chirurgie font état de raisons semblables à celles des hommes. Quelles sont-elles ?

Le choix de la chirurgie est très souvent lié à une fascination pour l'entrée dans le corps ou pour une ambiance de bloc, proximité et travail d'un groupe autour du patient endormi.

La modalité d'intervention joue un rôle essentiel et toujours premier dans les raisons invoquées pour le choix de la chirurgie. La chirurgie est perçue comme permettant un acte qui transforme dans l'immédiat l'état du patient ; les internes en chirurgie l'opposent à la médecine qui suppose un changement incertain, fait d'essais et de tâtonnements, s'inscrivant dans la durée.

« Mme Teisse (33 ans- chirurgie infantile) « C'est un peu bête ce que je vais dire, mais... la chirurgie on rend service. Un patient qui a un problème x, une tumeur, un truc qui ne va pas,

on le voit à l'instant T, on l'opère et le patient est guéri, le problème est réglé. Un patient qui a une hypertension ou du diabète, on ne peut pas dire qu'on le guérit. On lui donne un traitement qu'il va prendre à vie. On ne peut pas dire qu'on ait un côté radical, efficace. On donne un traitement palliatif, parce qu'on n'arrivera jamais au bout de l'hypertension. La seule exception, ce sont les pathologies infectieuses : pneumopathies, traitement antibiotique, c'est réglé, on ne voit plus le patient. Mais pour la rhumatologie, la cardiologie etc., ce sont des traitements qu'on va donner à vie à un patient, sans pour autant dire qu'on a vraiment réglé un problème. Je trouvais que la chirurgie avait ce côté très satisfaisant de se dire : il y a un problème, on le règle, on rend vraiment service au patient. Et après, il n'a plus besoin de venir nous voir.

Question : Et est-ce que c'est vrai dans les faits ?

Mme Teisse : Oui. On a pas mal ce côté. Une tumeur, on opère. On rend service.

Question : Mais on n'a pas forcément réglé le problème ? Après il peut y avoir de la chimio...

Mme Teisse : Oui. Mais la chirurgie est une étape indispensable pour beaucoup... Je pense à ce qui constitue l'essentiel de l'ORL pédiatrique : des soucis d'oreille moyenne ou autre chose. On opère, on règle le souci. De temps en temps, on a besoin d'une certaine surveillance, mais schématiquement, on identifie le mal et on arrive à le juguler.

Question : on supprime la cause du mal

Mme Teisse : Voilà. On la supprime. On n'apprend pas à vivre avec, comme l'hypertension ou le diabète. On est efficace. Ça coulait de source que je voulais faire de la chirurgie ».

On comprend au travers de cet extrait que l'intervention se fonde sur l'immédiateté, la recherche d'une solution qui serait plus efficace puisqu'il s'agit d'éradiquer les causes du mal. Dans cette perspective, le suivi du patient, la dimension éducative qui accompagne tout soin notamment pour les maladies incurables, ne fait pas partie de la perspective adoptée. La relation directe au travers de l'échange est donc peu présente dans les raisons du choix de la chirurgie. Sur 30 personnes rencontrées, une seule fait état d'un choix de métier en lien avec la volonté de relation. Les professionnels font le choix d'une spécialité en fonction des savoirs qui s'y rattachent et de l'intérêt qu'ils portent à un organe. Cet intérêt est tout autant intellectuel que pratique car certains d'entre eux ont révélé des compétences particulièrement au sein d'une spécialité. La relation dans certaines spécialités s'articule fondamentalement à la mort. Il en est ainsi de la neuro chirurgie où la mort est très présente ainsi que le confie Madame Deau, professeure d'université PU-HP, chef de service et fille d'ouvrier immigré :

« Quand le malade vient en consultation et qu'on projette de l'opérer, on sait que de toute manière il va mourir. Peut-être un peu plus tard grâce à l'intervention. La mort est très dure à assumer car elle est proche de vous. Si l'opération tourne mal, le malade sera au mieux paralysé. Sinon il mourra. C'est un métier gratifiant car si on le tire d'affaire, on l'arrache à la mort certaine. Il allait de toute manière mourir, c'est un gain sur la mort à chaque fois. Tous les malades qu'on opère vont mourir. On les tire d'affaire. Si on échoue on peut dire seulement que l'on n'a pas brisé le cours du destin. On aura alors passé 10 heures d'intervention pour rien et c'est très démoralisant. »

Et à propos du choix de la spécialité elle précisera ensuite :

« Etre toujours avec la mort ce n'est pas gratifiant pour les étudiants mais moi ça m'a tout de suite plu ce rapport avec la mort. Arracher les malades à la mort c'est miraculeux, c'est magique ».

Question : qu'est-ce qui est magique, en quoi est ce magique ?

Réponse : « sauver les gens », c'est magique

Ces deux moments de l'entretien mettent en évidence le caractère ambivalent du rapport avec la mort, le challenge que constitue le fait de sauver une personne et de combattre la mort, la difficulté à assumer l'échec, le fait de perdre face à sa puissance et malgré un lourd travail, un long combat qui épuise.

Néanmoins, il existe une volonté d'intervenir auprès d'une population donnée, ce qui est une forme de motivation pour la relation : « le rapport à ». Ainsi certaines internes font le choix de la chirurgie infantile car les enfants sont dignes plus que toute autre personne d'être secourus. Leur éviter la mort ou le handicap est considéré comme une cause parmi les plus nobles et les plus légitimes. Leur sort touche notamment les futures chirurgiennes. A l'inverse certaines femmes choisissent une spécialité en fonction du peu d'attachement qu'elles vont éprouver pour les personnes concernées, par l'absence d'empathie ou d'émotions pourrait-on dire qu'elles vont ressentir pour elles. Ainsi Mlle Mine a choisi le vasculaire car même si des personnes meurent suite aux interventions cela lui paraît moins difficile à supporter car elles sont âgées ; en outre les pathologies sont souvent liées à des modes de vie et des comportements qui donnent lieu à un jugement moral de la part de la future chirurgienne, lui permettant d'éviter ainsi de développer un trop grand attachement à la personne. Nous avons comparé les entretiens menés avec les chirurgiens et ceux menés avec les chirurgiennes et ce que disaient les uns et les autres de la relation au malade. Nous avons pu constater que les internes, les hommes comme les femmes, expriment un jugement moralisateur quant à l'état du patient. Ils expriment une distance au patient d'autant plus grande qu'ils le pensent responsable de son état par ses conduites addictives ou son mode de vie.

Le choix de la spécialité de chirurgie est aussi lié à l'ambiance rencontrée dans certains blocs, certaines chirurgies étant plus accueillantes pour les femmes. Le choix est aussi lié pour les internes femmes rencontrées à l'intérêt qu'elles développent pour un organe ou l'interférence entre un organe et l'état général du patient ; en effet, certaines chirurgies supposent une bonne connaissance médicale de l'ensemble du corps du fait des interférences entre un organe et l'état général du patient.

Si ces différentes raisons d'entrer en chirurgie différencient peu les hommes et les femmes, nous avons repéré une différence dans les récits des hommes et des femmes concernant la question de l'interconnaissance des patients.

Les chirurgiens interrogés expriment l'importance de minimiser l'investissement émotionnel sur la personne opérée pour intervenir dans de bonnes conditions. Ainsi certains font état de la difficulté (parfois l'empêchement) à intervenir sur un ami ou un membre de la famille.

Mr Belau (Homme ophtalmologie PU-PH, 40 ans) : Il faut une grande lucidité pour l'acte et en effet de la froideur pour l'acte. Les circonstances difficiles pour une intervention c'est par exemple opérer le père de quelqu'un qu'on connaît bien. Il faut acquiescer de l'exercice, faire le même geste répété, le même mouvement, ne pas se laisser impressionner. On apprend à s'endormir la veille, bien que l'opération soit difficile et que les enjeux soient importants. C'est comme pour un précipice, il faut imaginer que l'on suit une bande blanche sur une route sans problème particulier.

Cette volonté de non investissement affectif se traduit aussi par une volonté de ne pas personnaliser la relation avec le malade. Ne pas trop le connaître, ne parler que de ce qui concerne l'intervention proprement dite.

Le discours des chirurgiennes est un peu différent. Elles ne redoutent pas une grande proximité. Certaines voient dans l'intervention une relation d'intimité comme le montre l'extrait d'entretien qui suit.

Mme Pae (38 ans- Chirurgie infantile) : un chirurgien a une relation un peu plus privilégiée ou plus intime avec son patient. Il va l'opérer quand même. Donc, ce n'est plus tout à fait le même...Chez l'enfant, c'est encore plus fort parce que mes petits patients ont de 0 à 15 ans, mais j'ai surtout des petits. Les bébés, parfois, je les prends dans mes bras...Il y a vraiment un rapport physique. Et avec les parents, c'est pareil, c'est aussi un peu plus intense. Mais les petits patients, quand même, il y a un rapport affectif aussi, qu'on n'a pas en adulte. Le chirurgien adulte ne va pas prendre son patient dans ses bras.

Et encore : « c'est un rapport de confiance, il y a un lien qui s'établit ».

La préoccupation du patient s'inscrit particulièrement dans le long terme en chirurgie infantile. ****

Mme Pae (38 ans chirurgie infantile) : « on est des chirurgiens qui soignons des enfants, mais on est pas des pédiatres non plus. Mais, pour prendre un exemple, une malformation chez un petit : maintenant, la plupart du temps, on fait le diagnostic avant la naissance. Je mène des consultations prénatales ; ça veut dire que je vais voir les parents, la femme enceinte et le papa s'il est là. A la maman, je vais lui expliquer : votre bébé a telle malformation, voilà comment on va s'en occuper après la naissance. Après le bébé va naître. Je vais m'en occuper après la naissance, l'opérer tout de suite ou après. Après c'est un suivi. Ce n'est pas comme la chirurgie adulte où on opère un patient...La plupart du temps, on a un patient qui a une tumeur ou un reflux, une hernie etc. On va le voir pendant peut-être un an après, tout va bien, il est guéri et c'est fini. Nous, nos patients on les voit jusqu'à la puberté. Et on pense toujours : ce bébé va devenir un adulte et mon but, c'est que sa vie soit « normale »-

je n'aime pas trop ce mot-, qu'il puisse faire comme ses petits camarades. Je m'occupe beaucoup d'enfants qui ont des polyhandicaps. Notre but, c'est de les protéger, de les soigner, mais on pense toujours à leur avenir. C'est un côté qu'on n'a pas du tout en adulte.

Les chirurgiennes remarquent qu'elles passent plus de temps avec les malades que leurs confrères ; elles acceptent de parler des circonstances sociales et d'une blessure affective, ou d'un problème physiologique. Lorsque nous les avons interrogées sur cette relation entre investissement affectif et prise de distance au moment de l'intervention, elles n'ont pas confirmé la nécessité d'une non connaissance pour parvenir à une intervention sereine. Nous l'interprétons comme le fait que les femmes chirurgiennes ont un mode d'élasticité relationnelle permettant d'être tantôt dans l'écoute et la proximité, tantôt dans la distance ; cette élasticité permet au moment de l'intervention d'avoir cette distance affective que suppose l'intervention afin d'éviter de mettre de côté les émotions au moment où il est nécessaire de se concentrer.

A noter que pendant l'intervention le patient peut ne pas être endormi. Ceci est courant en ophtalmologie où le patient est le plus souvent conscient et sous anesthésie locale.

Mr Belau (Homme ophtalmologie PU-PH, 40 ans) : « Le patient suit ce qu'on fait ou dit, on lui parle, il peut parler. J'ai du faire avec mon équipe un travail sur la parole, car il ne faut pas affoler le patient. On ne dit pas qu'il y a une incertitude ou un problème mais on dit qu'il y a un message 304 qui s'affiche sur l'écran. Il n'est pas question de dire par exemple que la machine ne marche pas car il faut éviter d'alerter le patient ».

4. Quatrième configuration, les coulisses de la relation. Le malade comme préoccupation intime...

L'intervention est une préoccupation pour le chirurgien. Avant de la mener, il y a un stress, voire une inquiétude.

« On appréhende le risque de la même façon si c'est un enfant ou un adulte. Après c'est peut être dans la façon de le gérer. L'autre week-end, quand j'avais le petit de dix jours, c'est sûr que si ça avait été un papy de 90 ans ce n'est pas la même chose ! j'ai pas mal de copains qui font de l'adulte, c'est pareil. Quand ils ont de grosses interventions, ils font comme moi, ils sont stressés la veille » (Femme chirurgie infantile).

La relation se construit également en différé et n'est pas toujours visible du patient. Tout en faisant partie du soin ou du service, elle est un acte d'information de suivi de l'état du malade que celui-ci ignore parfois. On peut distinguer deux cas de figure de cette relation en différé.

En situation post opératoire courante, la visite est souvent faite par l'interne qui fait une première analyse de l'état des patients. La relation est alors celle du pas de course. L'arrêt devant le malade concerne surtout les cas problématiques. Le professeur qui a pratiqué l'intervention est informé mais ce n'est pas lui qui assure toutes les visites ; il s'appuie sur des internes ou des chefs de clinique. Il intervient en arrière plan, comme un ressource, c'est la première circonstance de la relation en différé.

Le deuxième cas de figure concerne un post opératoire à risque. Nombreux sont alors les chirurgiens qui pensent au malade une fois l'intervention faite. S'éloigner du patient et rentrer chez soi, cela signifie confier le patient au personnel de garde mais parfois emmener la préoccupation du patient chez soi. S'il arrive au chirurgien de téléphoner pour s'informer, il cherche aussi à prendre sur lui pour éloigner la préoccupation et mener sa propre vie. Cette empathie post opératoire a été décrite par des chirurgiens et des chirurgiennes dans des disciplines différentes : en chirurgie infantile, en urologie ou en chirurgie générale, en gynécologie... Le patient ne sait pas toujours que l'on se préoccupe de lui ou qu'on intervient en différé, par exemple en affinant un diagnostic. Dans ce cas la relation n'est pas réciproque mais unilatérale.

« La pathologie peut être plus grave qu'on ne pensait. Par exemple, j'opère beaucoup de malformation du rein chez les petits. On se dit qu'on va réussir à l'opérer pour le bébé arrête de détruire son rein, parce que si on ne fait rien il va perdre son rein. Et quelquefois, on fait l'intervention et on espérait un résultat mieux, mais c'est comme ça. Et ce n'est pas parce qu'il y a une faute technique ou une prise en charge qui n'est pas bonne. ...C'est un peu décourageant... On n'est pas à l'abri d'une complication, d'une infection. Mais il n'y en a pas tant que ça heureusement (chirurgie infantile).

On peut par généralité –et ceci quel que soit le métier concerné- penser que toute réflexivité concernant l'état de la personne est de l'ordre de la relation de soin en différé. Veiller, observer, suivre fait partie de la relation de soin sans qu'il soit toujours besoin d'entrer en contact directement.

Conclusion

Nous avons voulu montrer que ce métier technique et savant, qu'est le métier de chirurgien présentait une articulation originale et spécifique à la question de la relation. Les professionnels ne la considèrent pas comme au centre du métier. Ils font souvent état de l'interaction pour évoquer les processus de la judiciarisation.

Mais si on considère la relation comme un rapport on constate qu'elle vit tout au long de la trajectoire du patient et selon des configurations différentes. Le métier est bien souvent défini autour du recrutement et de la responsabilité par les chirurgiens et chirurgiennes. Mais il apparaît

plus collectif qu'ils ne le présentent -y compris dans la relation- puisque d'autres personnes interviennent notamment les internes, les chefs de clinique, les plus faiblement gradés de la hiérarchie pour n'évoquer ici que le segment chirurgical et sans aborder d'autres métiers tels que ceux du para médical. La réputation joue un rôle important. Nous l'avons analysé pour l'entrée en relation, mais on peut faire l'hypothèse que tout au long du parcours cette dimension pèse de manière importante sur le jugement du patient et sa capacité à entrer en controverses avec le chirurgien de référence. Les demandes du patient qui cherche à comprendre et mieux connaître les alternatives qui s'offrent à lui ne sont pas sans incidence sur les relations avec les professionnels. Ceux-ci peuvent mal supporter le fait qu'on discute ou interprète leur travail, ils y voient parfois une attitude de défiance à leur endroit, une absence de confiance. L'ancienne figure de l'expert, celui entre les mains duquel on se remettait « les yeux fermés », a été déstabilisée et désormais les malades revendiquent le droit de savoir et de juger, voire contester l'action des professionnels. Cet exercice du jugement autonome du patient se traduit par un développement de la judiciarisation. En retour les professionnels pour se protéger de possibles procès et désamorcer les critiques s'orientent vers une information du patient concernant tous les risques encourus en lien avec les interventions. Cette information pour légitime et démocratique qu'elle paraisse, peut avoir des effets pervers. Elle peut en effet faire fi de la fragilité du malade, ne pas permettre de ménager ses craintes et renforcer ses angoisses. Si l'information est légale et est revendiquée par les malades, cela ne signifie pas que ceux-ci sont en mesure de l'assumer. Une telle politique d'information concernant les risques ne va pas sans difficultés pour les professionnels qui doivent apprendre les différentes manières d'informer les patients. Les malades eux-mêmes sont parfois très déstabilisés par les annonces ou les informations qui leur sont dispensées étant donné leur caractère anxiogène mais aussi la complexité parfois des savoirs à assimiler pour bien les interpréter. Les relations s'en trouvent ainsi déstabilisées.

Le positionnement des professionnels par rapport à la connaissance qu'ils ont acquis de la personne du patient apparaît être une des dimensions discriminantes entre pratiques d'hommes et pratiques de femmes. Les femmes paraissent ne pas craindre d'intervenir sur une personne qu'elles connaissent bien ou avec laquelle elles ont des échanges interpersonnels. Elles maîtrisent ainsi plus aisément les émotions que leur procure la connaissance du patient, tandis que les hommes rencontrés mettent en avant la difficulté à intervenir sur un patient que l'on connaît et tentent d'éviter ce type de situation. Ce jeu avec la prise de distance apparaît moins évident aux hommes qui semblent se prémunir de toute relation affective avec les futurs opérés. Il ne semble pas que

l'expérience leur ait permis de modifier ce rapport à l'émotion puisqu'ils se situent dans le dernier tiers de leur vie professionnelle.

L'ouverture du corps est en outre un élément fort de la relation, il révèle un rapport à l'action, une puissance propre du spécialiste, un acte de confiance (décidée ?) de la part du malade.

Bibliographie :

Bercot R., Mathieu-Fritz A. (2007), La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités, *Revue Française de Sociologie*, n° 4.

BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A. *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*, éd. Hermann, collection société et pensées, 313 p., 2008.

Callon M. (1986), « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs en baie de Saint-Brieuc », *L'Année Sociologique*, 36.

Callon M., Rabeharisoa V., (1999), « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du travail*, n° 41, (pp. 143-162).

Flexner A., (1915) « Is Social Work a Profession ? », *School and Society*, vol. 1, n° 26, 1915, p. 901-911.

Freidson Eliot (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

Jaisson Marie (2002), « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin, (pp. 44-52).

Luhmann Niklas, (2001) Confiance et familiarité. Problèmes et alternatives, *Réseaux*, volume 19, n°108/

Luhmann Niklas, *La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale*, Economica, 2006

Peneff J. (1992), *L'hôpital en urgence, Étude par l'observation participante*, Paris, Métailié.

Pinell Patrice (2005), « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, (pp. 4-36).

Sicart D. (2005), *Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série statistiques, n° 88, octobre 2005.

Simmel G. (1999), *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*, PUF, sociologies.