

**Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés (L.A.T.T.S.)  
Genre Travail et Mobilités (G.T.M.)**

**Les chirurgiens**  
**Eléments pour une analyse sociologique**  
**d'une crise de recrutement professionnel**

**par**

Régine Bercot, professeure de sociologie à l'Université de Paris-8 et  
Alexandre Mathieu-Fritz, maître de conférences en sociologie  
à l'Université de Marne-la-Vallée

**Septembre 2006**

**Contrat de recherche entre l'A.P.-H.P. et le LATTS et GTM , n° 05CTR024**

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier Sophie Cohen, Francine Portenguen et Jérôme Antonini (du département du personnel médical de la direction de la politique médicale) qui nous ont guidés avec précision dans notre travail d'enquête.

Nous remercions également tous les praticiens (chirurgiens, anesthésistes, etc.) et les étudiants en médecine qui ont accepté de nous rencontrer dans le cadre d'un entretien pour évoquer leur activité.

Nos remerciements s'adressent aussi à Catherine Quetier, du service de la bibliothèque du LATTS, pour sa grande efficacité dans le cadre de la constitution de la bibliographie et de la mise à disposition des documents. Nous remercions aussi Yves Lichtenberger et Alain Quemin pour leur soutien.

Enfin, nous exprimons toute notre gratitude à Marie-Jo Deal (du service du personnel médical) et à Silvia Pontone, anesthésiste et démographe, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils.

## Sommaire

<b>Introduction générale</b>	<b>6</b>
<i>Méthodologie</i>	8
<b>1<sup>ère</sup> partie : Morphologie professionnelle et sociale des chirurgiens</b>	<b>10</b>
<b>Introduction à la première partie</b>	<b>11</b>
<b>1. Les évolutions du <i>numerus clausus</i> et du nombre de postes au concours de l'internat</b>	<b>12</b>
<b>Tableau 1</b> : L'évolution du <i>numerus clausus</i> de 1972 à 2005	12
<b>Tableau 2</b> : Nombre d'étudiants inscrits en PCEM2 de 1971 à 1980	12
<b>Tableau 3</b> : Evolution détaillée du nombre d'étudiants admis en PCEM2 en France, en province et en Ile-de-France de 1981-1982 à 1999-2000	13
<b>Tableau 4</b> : Evolution du nombre total de postes d'internes en France et en Ile-de-France	15
<b>Graphique 1</b> : Evolution du nombre de postes d'internes en chirurgie mis au concours en Ile-de-France de 1985 à 2003	16
<b>Graphique 2</b> : Evolution du nombre de postes d'internes en chirurgie mis au concours en France de 1985 à 2004	16
<b>Tableau 5</b> : Evolution du nombre de postes (par discipline) au concours de l'internat en médecine en Ile-de-France de 1985 à 2005	17
<b>Tableau 6</b> : Evolution du nombre de postes (par discipline) au concours de l'internat en médecine en France de 1985 à 2004	18
<b>2. L'évolution des effectifs de la chirurgie</b>	<b>19</b>
<b>Tableau 7</b> : Evolution des effectifs de médecins entre 1989 et 2002 en France métropolitaine	20
<b>Tableau 8</b> : Evolution des effectifs de médecins entre 1997 et 2002 en Ile-de-France	20
<b><i>La proportion de médecins et de chirurgiens libéraux</i></b>	21
<b>Tableau 9</b> : Proportion de médecins libéraux selon la spécialisation au 1 <sup>er</sup> janvier 2005	21
<b>Tableau 10</b> : Proportion de médecins par spécialité et secteur d'activité	22
<b>3. L'âge des chirurgiens, les flux d'entrée et de sortie (par la retraite) et le renouvellement du corps professionnel et des postes au sein de l'A.P.-H.P.</b>	<b>23</b>
<b>Tableau 11</b> : Evolution et perspective des effectifs de médecins par spécialité jusqu'en 2025	23
<b>Graphique 3</b> : Pyramide des âges des praticiens hospitaliers de chirurgie à l'A.P.-H.P. en 2004	25
<b>Tableau 12</b> : Les départs en retraite des années 2000 à 2020	26

<b>4. Le niveau de rémunération des chirurgiens</b>	<b>29</b>
Tableau 13 : Emoluments bruts mensuels des praticiens hospitaliers (PH) au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	31
<i>L'évolution du revenu libéral des chirurgiens sur la période récente</i>	32
Tableau 14 : Revenus nets moyens annuels des chirurgiens libéraux en 2003	32
Encadré : Revenus du public et revenus du privé, quelles différences ?	34
<i>L'évolution des revenus et du pouvoir d'achat des chirurgiens libéraux : une baisse au cours des années 1990, puis une hausse au début des années 2000</i>	35
Tableau 15 : Evolution entre 1993 et 1999 des éléments entrant dans le calcul du revenu (net) libéral moyen des médecins et pouvoir d'achat (en % annuel)	35
Tableau 16 : Revenu libéral des spécialistes en 2004	37
<i>L'augmentation des charges</i>	38
<i>La hausse du montant des cotisations pour les assurances</i>	38
<b>5. Le choix des internes au concours de l'internat et aux épreuves classantes nationales</b>	<b>40</b>
Tableau 17 : Classement au concours de l'internat du premier et du dernier lauréat ayant choisi chirurgie en Ile-de-France de 1995 à 2005	40
<i>Taux d'inadéquation par discipline chirurgicale et stratégies de réorientation des internes</i>	43
Tableau 18 : Proportion de postes pourvus par rapport au nombre de postes offerts en Ile-de-France (A.P.-H.P. et hors A.P.-H.P.) et taux d'inadéquation annuel global	44
<b>6. Origine sociale et répartition sexuée des chirurgiens</b>	<b>45</b>
<i>La très difficile féminisation des chirurgiens</i>	46
Tableau 19 : Taux de féminisation des professions médicales au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	47
Tableau 20 : Taux de féminisation par discipline chirurgicale	49
Tableau 21 : Part des femmes par discipline pour les postes pourvus suite aux E.C.N. de 2004	52
<i>L'impact de la féminisation des études médicales sur les choix pour la chirurgie</i>	52
Graphique 4 : Répartition par sexe par rang de classement aux E.C.N. de 2004	53
<b>7. La répartition géographique ou l'inégale « densité » des chirurgiens par région</b>	<b>56</b>
Carte : Nombre de chirurgiens pour 100 000 habitants en France au 1 <sup>er</sup> janvier 1999	57
<b>8. Le recrutement de médecins et de chirurgiens étrangers</b>	<b>58</b>
<b>9. Les changements récents des conditions de travail</b>	<b>60</b>
<i>L'ARTT, le rapport au travail et au « hors travail »</i>	60
<i>Le risque médico-légal et la judiciarisation de l'activité</i>	63
<b>Conclusion de la première partie</b>	<b>65</b>
<b>2<sup>ème</sup> partie : L'entrée dans la carrière chirurgicale et l'exercice du métier (résultats de la partie qualitative de l'enquête)</b>	<b>67</b>
<b>Introduction</b>	<b>68</b>
<b>1. La place du chirurgien dans la hiérarchie sociale, symbolique et professionnelle</b>	<b>70</b>

<b>1.1 La figure mythique du chirurgien</b>	<b>71</b>
<b>1.2 La fin du chirurgien généraliste</b>	<b>72</b>
<b>2. Le pouvoir, la responsabilité et le risque</b>	<b>77</b>
<b>2.1 La chirurgie comme acte de pouvoir au sens de puissance sur les êtres</b>	<b>78</b>
2.1.1. Puissance au sens du pouvoir sur les êtres et les choses	78
2.1.2. La responsabilité	78
L'amour du stress, le challenge	81
La souffrance et le doute	81
2.1.3. Le risque lié à l'exercice du métier	83
<b>2.2 La puissance, ou la capacité à agir</b>	<b>92</b>
2.2.1. La décision d'opérer	93
2.2.2. La décision en acte, dans l'instant	94
2.2.3. Le rôle du chirurgien lors de la période postopératoire	95
<b>2.3 Le rapport à la mort</b>	<b>96</b>
<b>3. Le métier comme un art</b>	<b>97</b>
<b>3.1 Expérience et fluidité du geste</b>	<b>99</b>
<b>3.2 L'enseignement et l'apprentissage</b>	<b>103</b>
<b>4. Le métier comme une profession</b>	<b>104</b>
<b>4.1 La formation de base des chirurgiens</b>	<b>104</b>
<b>4.2 Différence de formation avec les anesthésistes</b>	<b>109</b>
<b>4.3 La carrière des chirurgiens</b>	<b>111</b>
4.3.1 Description du système de classification	111
4.3.2 Carrière et missions de l'hôpital	112
4.3.3 La carrière des chirurgiens et les opportunités offertes à l'A.P.-H.P. par rapport à d'autres groupes (médecins divers, anesthésistes)	122
<b>5. Le rapport au public</b>	<b>124</b>
<b>5.1 L'image extérieure et la valorisation</b>	<b>124</b>
<b>5.2 L'opéré entre dépersonnalisation et droit d'information</b>	<b>125</b>
<b>6. Le regard sur le métier de quelques étudiants</b>	<b>130</b>
<b>6.1 Le prestige qui se fissure</b>	<b>130</b>
6.1.1 La perte relative de prestige et le changement des valeurs	130
6.1.2 La lassitude liée à la longueur du parcours et à ses embûches	134
<b>6.2 Les modalités de choix</b>	<b>139</b>
<b>6.3 La vocation pour la chirurgie ?</b>	<b>141</b>
<b>En conclusion</b>	<b>151</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>156</b>
<b>Annexes</b>	<b>166</b>

## Les chirurgiens. Éléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel

Plusieurs rapports<sup>1</sup> dressent le constat de la crise de la chirurgie et le phénomène a même gagné une plus large audience avec de nombreux articles dans la presse grand public. Le métier de chirurgien perdrait de son prestige et s'avèrerait de moins en moins attractif auprès des jeunes internes. Depuis la fin des années 1990, il est communément admis par le corps médical, ainsi que par les responsables administratifs des hôpitaux et par les instances politiques de tutelle qu'il n'y a plus assez de chirurgiens. Autrement dit, tous s'accordent à constater que des postes de chirurgiens au sein d'hôpitaux, aussi bien publics que privés, demeurent vacants et qu'il faut prendre des mesures pour combler ce manque afin de garantir le bon fonctionnement des services chirurgicaux. Faut-il voir, à travers ce phénomène, une forme de désaffection pour la profession de chirurgien – certains parlent de « crise des vocations » –, et à son origine, une perte de son prestige ? Si tel est le cas, comment expliquer cette éventuelle perte de prestige, alors que la chirurgie semble toujours offrir (visiblement) des résultats plus satisfaisants au fil du temps et être à la pointe du progrès ? Cette première perspective d'analyse invite notamment à s'interroger sur les conditions actuelles d'entrée dans la profession et d'activité, ainsi que sur les principaux changements qui, au cours des dernières décennies, les ont affectées. On peut se demander si les divers problèmes liés aux conditions d'exercice (judiciarisation, augmentation des primes d'assurance, baisse du pouvoir d'achat, revalorisation de l'acte chirurgical, (ré-)organisation du fonctionnement des hôpitaux avec la R.T.T., etc.), n'expliqueraient pas à la fois le mécontentement des chirurgiens – observables à travers leurs diverses prises de position publiques au cours des années 2000 – et la désaffection (supposée) des étudiants en médecine pour l'activité chirurgicale. D'aucuns voient dans le recul relativement récent du rang du premier – parmi les impétrants reçus au concours de l'internat et aux E.C.N. – qui choisit de devenir chirurgien, un des symptômes de la crise que traverserait aujourd'hui la chirurgie.

---

<sup>1</sup> Nous pouvons mentionner, entre autres, les rapports du Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M.) du 3<sup>ème</sup> Jeudi de l'Ordre des médecins : *Gros plan sur la démographie médicale*, 27 mai 1999 et du 10<sup>ème</sup> Jeudi de l'Ordre des médecins : *Spécialités en crise : quelles solutions pour l'avenir ?* », 18 janvier 2001, ainsi que l'enquête intitulée « La désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires », placée sous la direction de Louis Hollender (cf. *Bull Acad Natle Med.*, 2000 ; 184 : 1749-1753), le rapport réalisé par Jacques Domergue et Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, (rapport remis à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées), février 2003, et, enfin, Louis Hollender, *La chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie*, 2005.

Au-delà de tels phénomènes, peut-on déceler, plus simplement, à travers les difficultés à pourvoir tous les postes en chirurgie au sein des hôpitaux, une crise liée cette fois à un déphasage entre le nombre d'individus formés à la chirurgie et les besoins effectifs en chirurgiens ? Existe-t-il de réelles difficultés à pourvoir les postes de chirurgie étant donné que les internes les mieux classés choisiraient moins prioritairement cette discipline ?

Les phénomènes de réduction, puis d'augmentation des postes d'internes en chirurgie laissent penser que les besoins en chirurgiens ne sont pas estimés correctement à moyen terme par les instances compétentes chargées de les évaluer, ou, à tout le moins, que celles-ci ne parviennent pas à prendre des décisions permettant de garantir le renouvellement démographique du corps chirurgical – sachant que ce renouvellement présente des contraintes spécifiques liées principalement à la longueur des études qui mènent à l'activité de chirurgien.

L'objectif de ce rapport est de tracer des pistes de réflexion permettant d'offrir des éléments de réponse à toutes ces questions. Certaines de ces pistes – à l'image de celle consacrée à l'analyse en termes de morphologie sociale et professionnelle des chirurgiens –, ont été approfondies, la quantité de données disponibles sur le sujet nous autorisant des développements relativement importants. D'autres pistes ont été explorées de façon plus synthétique, s'appuyant, principalement, sur des travaux menés par d'autres sociologues, mais également à partir des entretiens que nous avons réalisés auprès de chirurgiens. Enfin, certaines des pistes de recherche que nous avons empruntées ont débouché sur de nouvelles hypothèses de recherche que seules des enquêtes sociologiques ultérieures permettront de confirmer, d'infirmer ou d'amender.

Nous exposerons les résultats de notre travail en deux temps. La première partie est consacrée à la présentation et à l'analyse de la morphologie sociale et professionnelle des chirurgiens. Nous analyserons notamment l'évolution du nombre d'étudiants en médecine et de chirurgiens, du *numerus clausus* à l'entrée de la 2<sup>ème</sup> année d'études en médecine et de celui de l'internat, les choix des internes suite aux épreuves classantes nationales, la répartition des chirurgiens entre les différentes spécialités, leur origine sociale et leur (difficile) féminisation (et ses conséquences), ainsi que le recrutement de chirurgiens étrangers et la répartition territoriale des praticiens. A partir des données existantes, il s'agit d'objectiver – *i.e.* de constituer en objet d'analyse en s'appuyant sur des données et des sources fiables – le plus possible les principales transformations qui affectent la chirurgie, afin à la fois de prendre la mesure du problème de recrutement des chirurgiens, de tenter

d'identifier ses principaux facteurs explicatifs et d'observer les liens qui l'unissent aux autres transformations ou problèmes affectant le corps chirurgical (perte de prestige, problèmes de reconnaissance et crises des identités professionnelles, féminisation, etc.).

La deuxième partie de notre étude est une réflexion menée à partir des entretiens et des sources bibliographiques et vise à saisir principalement les évolutions de l'activité chirurgicale et des conditions de travail des chirurgiens, ainsi que les parcours et les motivations qui mènent aujourd'hui à la chirurgie.

Tout au long du rapport, nous avons cherché à montrer ce qui se transformait. Il est important de souligner, dès cette introduction, que certaines des transformations observées sont liées au champ médical, à sa structuration en disciplines, aux modes de création et de transformation des postes. Mais d'autres transformations concernent plus largement le devenir de la société, l'évolution des valeurs, la place et le rôle dévolu à la figure de l'expert en son sein. Des questions de fond sont ainsi soulevées qui dépassent le cadre proprement dit de la chirurgie, et concernent la société dans son ensemble. On pourrait ainsi parler de « crise de la chirurgie » si le mouvement était circonscrit au champ couvert par la place des chirurgiens ; cependant, il nous semble que le terme de « transformation » est plus approprié. Les nombreuses mutations qui sont à l'œuvre ne se déroulent pas sur le court terme et sont le résultat de lames de fond qui touchent toute la société. Ainsi, par exemple, et nous y reviendrons, le statut ne protège plus, et ce, quel que soit le secteur ; l'expert ne bénéficie plus systématiquement d'une confiance aveugle et doit expliciter son point de vue, voire se justifier. Les malades ont acquis des droits ; ils en usent et... parfois en abusent. En outre, l'émergence de la « culture du hors travail », qui consiste à privilégier la « réalisation de soi » dans la sphère extraprofessionnelle et/ou privée, constitue un phénomène qui touche la société française dans son ensemble et, de plus en plus, l'univers médical.

Nous avons donc clairement affaire à des mutations qui frappent de plein fouet différentes professions ... dont les chirurgiens. Effet de la démocratie, effet pervers diront certains, tel est le contexte socioculturel (et politique) qui nous paraît contribuer à former et à déformer le statut social, ainsi que le devenir de la profession de chirurgien.

## ***Méthodologie***

Les recherches que nous avons réalisées reposent sur le traitement de matériaux de natures diverses. Nous avons tout d'abord consulté différents rapports (de démographie médicale, mais aussi des productions émanant de praticiens comme le rapport « Domergue

Guidicelli », etc.), ainsi que de nombreux articles de presse, spécialisée ou non (*Le Monde, Le Figaro, L'Humanité, Le Quotidien du médecin*, etc.), afin de comprendre globalement les évolutions qui affectaient la sphère de la chirurgie. Même si, comme nous le verrons, ces matériaux empiriques ou éléments d'analyse ont contribué parfois à nous donner une vision très déformée de la réalité, il nous ont permis de prendre connaissance de ces changements (judiciarisation, augmentation des primes d'assurances, problème de recrutement, etc.).

Nous avons parallèlement réalisé une douzaine d'entretiens approfondis (de type semi-directif et biographique) avec des chirurgiens, mais aussi des anesthésistes, des internes et des externes. Nous avons rencontré, à plusieurs reprises, des responsables administratifs de l'A.P.-H.P. concernés par le problème de recrutement des chirurgiens. Nous avons aussi consulté et synthétisé un grand nombre de statistiques conçues par l'I.N.S.E.E., la D.R.E.E.S. et le C.N.O.M.. Enfin, toute une partie de notre travail a consisté à synthétiser certains résultats d'enquête en sociologie du travail et de la santé.

**1<sup>ère</sup> partie :**  
**morphologie professionnelle**  
**et sociale des chirurgiens**

## Introduction à la première partie

Nous proposons, dans cette partie, de présenter, puis d'étudier sociologiquement les différentes caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des chirurgiens, ainsi que leur évolution des années 1970 jusqu'à nos jours, période au cours de laquelle d'importants changements sont apparus. Si de nombreuses données chiffrées sont disponibles, il faut remarquer qu'aucune analyse d'ensemble portant sur la morphologie sociale et professionnelle des chirurgiens français n'a été entreprise jusqu'à ce jour. Or, celle-ci s'avère indispensable si l'on souhaite étudier l'évolution de la profession, car elle permet d'en apprécier précisément les formes concrètes, grâce à des analyses chiffrées, et constitue ainsi une étape fondamentale de l'étude sociologique du problème de recrutement des chirurgiens.

L'hypothèse principale sur laquelle repose cette première partie de notre analyse est la suivante : la réduction du *numerus clausus* à l'entrée de la deuxième année des études de médecine et du nombre de postes ouverts au concours de l'internat au cours des années 1970 et 1980 mise en œuvre pour mettre fin à la « pléthore médicale » serait la cause principale du problème de recrutement des chirurgiens rencontré au sein de l'hôpital public. Ce problème serait totalement indépendant de la « crise » professionnelle actuelle (ou des mutations actuelles des conditions d'activité) qui est liée à l'augmentation du montant des cotisations pour les assurances, à la judiciarisation de l'activité qui témoigne de l'élévation du niveau d'exigence des bénéficiaires de soins, aux problèmes organisationnels des services, etc. Ce problème de recrutement ne serait donc pas lié à une « crise des vocations » – dont l'existence même doit nécessairement être mise en question dans le cadre de la présente étude –, « crise » souvent présentée comme la conséquence des changements actuels ou récents (ou un des principaux symptômes de la « crise » de la profession chirurgicale).

En résumé, notre hypothèse est que le problème actuel de recrutement des chirurgiens ne serait autre que l'expression d'un *effet mécanique lié à l'évolution de la structure démographique de la population des chirurgiens depuis une vingtaine d'années*, effet directement en lien avec les processus de sélection des futurs praticiens.

## 1. Les évolutions du *numerus clausus* et du nombre de postes au concours de l'internat

Afin de réguler l'augmentation du flux des étudiants dans les facultés de médecine constatée dès 1967, est décidée, en 1971, l'instauration du *numerus clausus*. Cette décision a conduit à la réduction des effectifs d'étudiants autorisés à accéder en 2<sup>ème</sup> année de médecine (PCEM2). La baisse ne débutera qu'en 1977 ; en 1976, le Parlement vote une loi conduisant à une réduction du *numerus clausus* de 10 % par an. Cette baisse, progressive et continue, a duré une quinzaine d'années, jusqu'en 1993. « *Au plus bas, en 1992, le numerus clausus n'était que de 3 500 en France métropolitaine.* »<sup>2</sup>. La même année, le nombre d'étudiants admis en PCEM2 en Ile-de-France – lui aussi au plus bas – était de 886.

**Tableau 1 : L'évolution du *numerus clausus* de 1972 à 2005**

Année	1972	1979	1985	1992	1998	2004	2005
Nombre de places en 2 <sup>ème</sup> année de médecine	9401	8500	4754	3500	3700	5500	6200

Sources : INSEE, *Les tableaux de l'économie française (2004-2005)* ; Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action. Projet de plan stratégique 2005-2009*, octobre 2004, (p. 56) ; Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 2).

**Tableau 2 : Nombre d'étudiants inscrits en PCEM2 de 1971 à 1980**

Année	1971-1972	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980
Effectifs en 2 <sup>ème</sup> année de médecine	12 872	11 335	11 218	10 732	10 680	10 486	10 188	9489	env. 8 900

Source : Martine Bungener, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n° 1, février 1984.

L'écart observé entre le *numerus clausus* et le nombre d'étudiants inscrits en PCEM2 s'explique par le nombre de redoublants en 2<sup>ème</sup> année.

<sup>2</sup> Voir le rapport de Pascal Maury et Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action. Projet de plan stratégique 2005-2009*, octobre 2004, (p. 56).

**Tableau 3 : Evolution détaillée du nombre d'étudiants admis en PCEM2 en France, en province et en Ile-de-France de 1981-1982 à 1999-2000**

Année	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88	88-89	89-90	90-91
France	6409	5900	5000	4750	4754	4460	4100	4100	4000	4000
Province	4682	4324	3688	3518	3510	3307	3043	3043	2973	2973
IDF	1727	1576	1312	1236	1236	1153	1057	1057	1027	1027

Année	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-2000	Dimi- nution
France	3750	3500	3570	3576	3576	3576	3583	3700	3850	40 %
Province	2787	2614	2673	2676	2679	2686	2686	2803	2950	37 %
IDF	963	886	897	900	897	890	897	897	900	48 %

Sources : Commission médicale d'établissement, Direction de la politique médicale, *Evolution de l'internat au sein de l'A.P.-H.P.*, septembre 2000, (p. 7).

On constate, à la lecture de ce tableau détaillé, que le numerus clausus en Ile-de-France, au plus bas en 1992-1993, n'a pas augmenté de façon continue jusqu'en 2000, contrairement à ce que l'on observe en province, mais a connu de faibles fluctuations, oscillant entre 886 et 900.

L'instauration du numerus clausus et sa réduction progressive reposent sur la conjonction de plusieurs facteurs : le sempiternel discours sur la pléthore médicale, l'importante hausse des dépenses de santé, ainsi qu'un contexte de crise économique marqué par un ralentissement du rythme de la croissance<sup>3</sup>. Mais les problèmes liés à la démographie médicale sont en réalité bien plus complexes : à la sensation (discutable) de *pléthore* de l'exercice libéral s'ajoute celle de la *pénurie* de l'exercice hospitalier<sup>4</sup>. Bui Dang Ha Doan note que : « *la pénurie des internes et des FFI [faisant fonction d'interne] frappe d'abord les CHG [centres hospitaliers généraux], dès le milieu des années 80 (...), elle atteint les CHU à partir de 1990 (...)* »<sup>5</sup>. Le sentiment de pléthore<sup>6</sup> a très largement dominé jusqu'à la fin des

<sup>3</sup> Martine Bungener, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n° 1, février 1984, (p. 77).

<sup>4</sup> En 1996, le rapport Choussat estime à 30 000 le surplus de médecins libéraux ; en 1998, le rapport Nicolas met en évidence les problèmes de recrutement des médecins et des chirurgiens au sein du système hospitalier public ; ainsi, en quelques années seulement, on assiste à un revirement complet dans la façon de représenter le nombre des médecins en France ; cf. Bui Dang Ha Doan, « L'évolution de la démographie des médecins de 1970 à 2000 », in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (p. 278).

<sup>5</sup> *Ibid.*, (p. 285).

<sup>6</sup> Pour une illustration, voir l'article de Jean-Yves Nau, « Médecins : l'insupportable pléthore », *Le Monde*, 24 janvier 1990.

années 1990, période à partir de laquelle certains acteurs du système de santé s'inquiètent publiquement des conséquences du manque de médecins au sein des hôpitaux<sup>7</sup>.

La réduction de postes ouverts au concours de l'internat constitue la conséquence logique de la réduction du *numerus clausus*<sup>8</sup> et accompagne la réforme de l'internat de 1982, qui entre en vigueur en 1984. Cette réforme est basée sur « *la recherche de la qualité* » et sur « *les impératifs de l'harmonisation communautaire au sein de l'Union européenne* »<sup>9</sup>. Elle impose le passage par l'internat des C.H.U. à tous ceux souhaitant se spécialiser<sup>10</sup>. Auparavant, l'internat n'ouvrait ses portes qu'aux étudiants s'orientant vers la pratique hospitalo-universitaire. L'ancien régime des C.E.S. (certificat d'études spéciales) a fonctionné jusqu'en 1991 – afin que les derniers inscrits terminent leur cursus –, parallèlement au nouvel internat issu de la réforme de 1982. En 1995, la diminution des effectifs en formation dans le cadre de l'internat n'est plus compensée par le nombre de spécialistes détenant un C.E.S. et, dès 1997, « *les responsables de la formation en diverses spécialités commencent à s'émouvoir du processus de réduction des postes d'internat* »<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> Voir notamment Jean-Michel Bezat, « Les médecins hospitaliers dénoncent la « pénurie » dans certaines de leurs spécialités », *Le Monde*, 3 décembre 1998 ; Paul Benkimoun, « Les chirurgiens s'inquiètent du renouvellement de leurs effectifs », *Le Monde*, 20 mars 2002.

<sup>8</sup> Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné notent, à ce propos, que « *le nombre de places de spécialistes au concours de l'internat ayant décréu moins fortement, le ratio entre le nombre de postes de spécialistes au concours de l'internat et le numerus clausus cinq ans avant a augmenté entre 1988 et 2003* ». In « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 352, novembre 2004, (p. 6).

<sup>9</sup> Bui Dang Ha Doan, « Les médecins spécialistes » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *op. cit.*, (p. 314).

<sup>10</sup> Cette restructuration de la formation médicale s'accompagne d'un changement des conditions de réalisation du début de carrière. « *Désormais, la quasi-totalité des jeunes spécialistes commencent leur carrière à l'hôpital [en tant que salarié]. La durée de cette carrière à l'hôpital atteint seize ans en moyenne, avec peu de changement depuis 1984* » ; pour les chirurgiens concernés, cette moyenne s'élève à 11 années. L'attractivité grandissante de l'hôpital qui s'exerce sur les jeunes spécialistes s'explique notamment par « *la création de nombreuses places de post-internat* » (assistants) et l'obligation d'exercer plusieurs années à l'hôpital avant de s'installer en secteur à honoraires libres » ; il semble que la création des postes d'assistants soit venue combler en partie la réduction progressive du nombre de postes d'internes afin d'assurer le bon fonctionnement des services. Depuis 1994, les jeunes spécialistes débutent à l'hôpital dans plus de 80 % des cas, « *(contre 45 % à la fin des années 80)* ». « *Cette augmentation de la proportion de jeunes médecins qui commencent leur carrière à l'hôpital (...) est particulièrement marquée en gynécologie obstétrique, en psychiatrie et parmi les spécialités chirurgicales, où environ neuf diplômés sur dix s'orientent désormais vers l'hôpital au début de leur carrière, au lieu de trois à cinq sur dix en 1988* ». Annick Vilain, Xavier Niel, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 145, novembre 2001, (p. 1 et 4).

<sup>11</sup> Bui Dang Ha Doan, « Les médecins spécialistes » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *op. cit.*, (p. 312). Annick Vilain et Xavier Niel notent que « *si l'on cumule les promotions de résidents (internes de médecine générale effectuant des stages à l'hôpital pendant deux ans et demi) et d'internes de spécialité (pendant quatre à cinq années de stages selon la spécialité), il y aurait actuellement [i.e. en 2001] environ 13 000 étudiants associés au travail de l'hôpital, contre à peu près 30 000 stagiaires au début des années 1980* » ; Annick Vilain, Xavier Niel, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *op. cit.*, (p. 3). Au cours de la première moitié des années 1980, les médecins (spécialistes et généralistes) salariés de l'hôpital sont environ 45 000. Au début des années 2000, les hôpitaux français emploient 15 000 omnipraticiens et 41 000 spécialistes.

En 1985, la réduction du nombre de postes au concours de l'internat a été beaucoup plus importante en Ile-de-France que dans le reste du pays, afin de tenter de réguler la densité médicale qui est nettement plus forte dans cette région – autrement dit, de rééquilibrer la répartition des internes entre Paris et la province : « *La progression des spécialistes a été nettement plus lente en Ile-de-France (1,1 % par an) qu'en France métropolitaine (1,7 % par an) au cours de ces cinq dernières années. Ceci est la conséquence directe de la réduction drastique du nombre de postes au concours de l'internat en Ile-de-France au profit des autres régions françaises. Ainsi, cette réduction a été de – 44,2 % en Ile-de-France contre – 24,8 % en France depuis 1985* »<sup>12</sup>. Cette réduction a touché de façon inégale les différentes filières. « *Le nombre de postes au concours de l'internat pour la France a diminué aussi de 2 568 à 2 002 entre 1985 et 2003, soit une baisse moyenne de – 1,3 % par an. C'est en 1997, que le nombre d'internes était le plus bas à 1 815. En Ile-de-France, cette décroissance a été nettement plus accentuée, près du double. Ainsi, le nombre de postes est passé de 579 à 372 en 2003, soit une décroissance moyenne de – 2,3 % par an. Ainsi, entre 1985 et 2003, la part représentée par l'Ile-de-France s'est réduite de 22,5 à 18,6 %. (...) En chirurgie, la réduction a été de – 0,5 % contre – 1,2 % par an en Ile-de-France (...)* »<sup>13</sup>. Un mouvement inverse est observable depuis 2003, année au cours de laquelle le nombre de postes d'internes en chirurgie ouverts au concours a augmenté<sup>14</sup>.

**Tableau 4 : Evolution du nombre total de postes d'internes en France et en Ile-de-France (I.D.F.)**

Année	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Nombre de postes en France	2568	2500	2400	2350	2300	2340	2330	2235	2130	2050
Nombre de postes en I.D.F.	579	549	526	517	511	527	527	505	451	447

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de postes en France	2050	2000	1815	1843	1843	1843	1843	1900	2002
Nombre de postes en I.D.F.	440	437	378	378	337	336	333	357	372

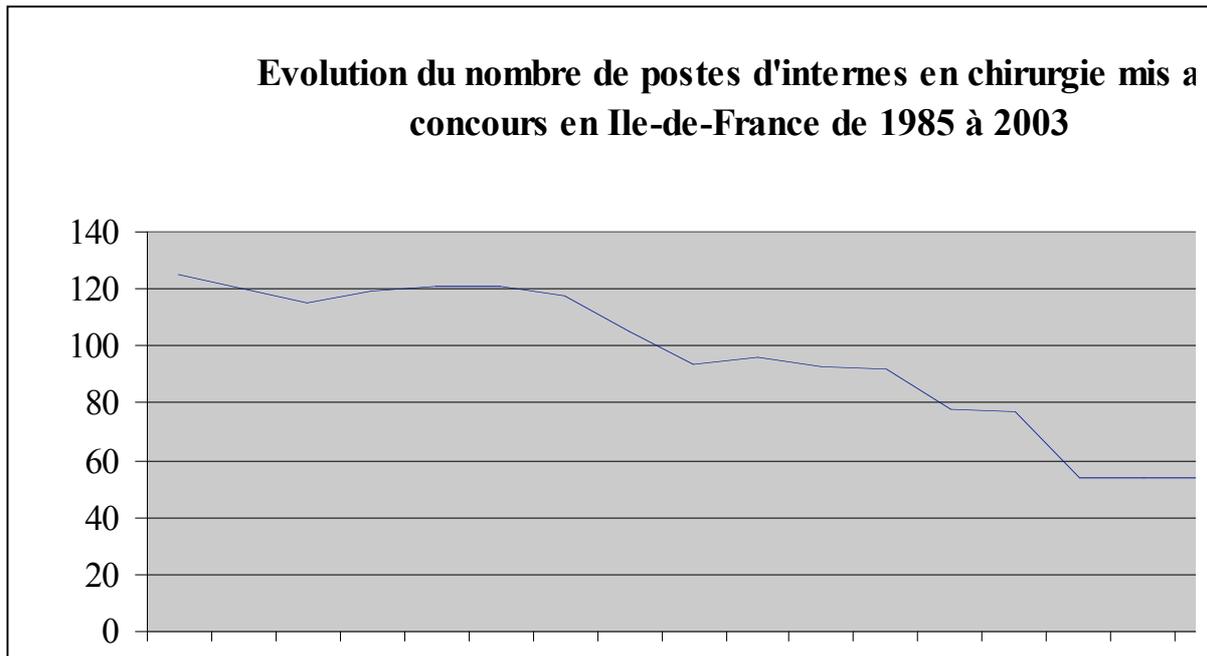
Sources : « Evolution du nombre de postes d'internes en médecine mis au concours sur la France », document du bureau des internes, 2003 (A.P.-H.P.).

<sup>12</sup> Voir Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit., (p. 14). C'est nous qui soulignons.

<sup>13</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit., (p. 56). « L'analyse par grande filière entre 1985 (instauration de l'internat nouveau régime) et 2003 montre : - En médecine, une réduction moyenne de – 0,7 % par an en France métropolitaine et de – 2,2 % par an en Ile-de-France, (...) - En psychiatrie, une réduction du même ordre en France métropolitaine et en Ile-de-France (– 0,9 % et – 1 % par an), - En biologie, une réduction très forte de l'ordre de – 8 % par an tant en France métropolitaine (235 postes en 1985 et seulement 50 en 2003) qu'en Ile-de-France (59 postes en 1985 et 13 en 2003). », (p. 56).

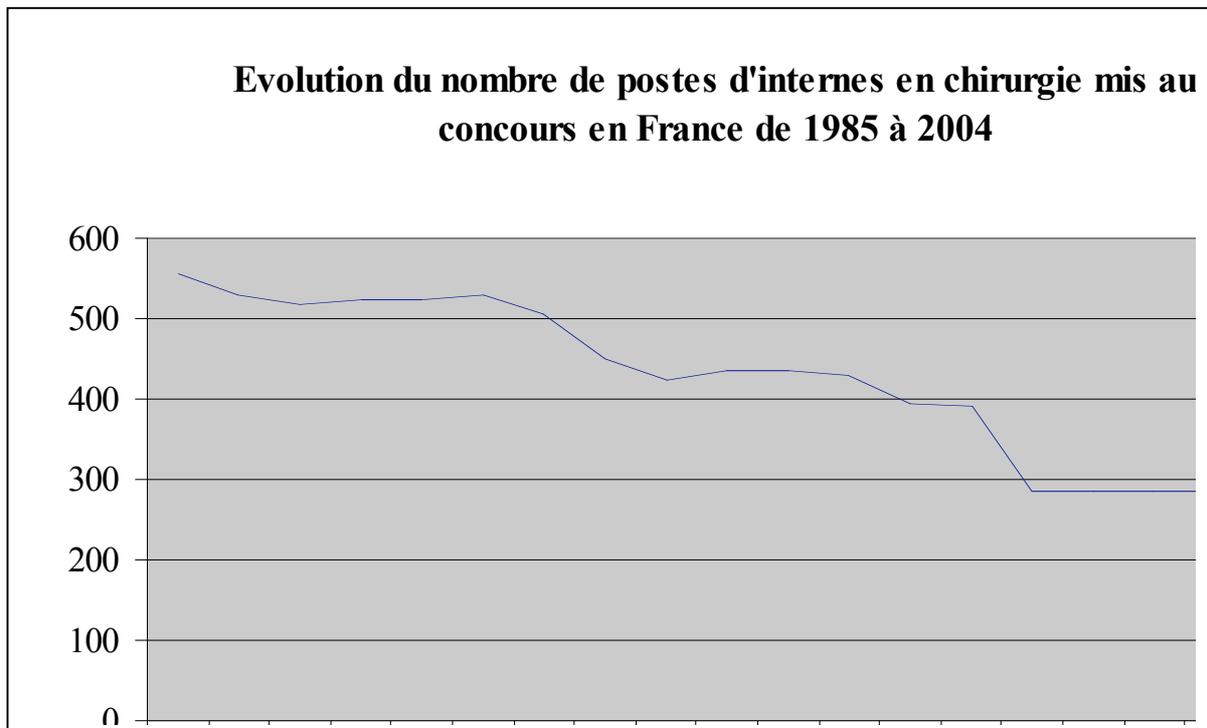
<sup>14</sup> Cf. « Evolution du nombre de postes d'internes en médecine mis au concours sur la France », document du bureau des internes, 2003 (A.P.-H.P.).

**Graphique 1**



Sources : « Evolution du nombre de postes d'internes en médecine mis au concours en Ile-de-France », document du bureau des internes, 2003 (A.P.-H.P.).

**Graphique 2**



Sources : « Evolution du nombre de postes d'internes en médecine mis au concours sur la France », document du bureau des internes, 2003 (A.P.-H.P.) ; Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 7).

La croissance du nombre de postes de chirurgie ouverts au concours de l'internat s'est effectuée – pour la France entière – au rythme de 5 % par an entre 2000 et 2002 et de 3,2 % par an de 2002 à 2004. En Ile-de-France, ce rythme ne s'élève qu'à 4 % et 1,7 % pour les deux périodes évoquées<sup>15</sup>.

**Tableau 5 : Evolution du nombre de postes (par discipline) au concours de l'internat en médecine en Ile-de-France de 1985 à 2005<sup>16</sup>**

Année	1985	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
Discipline											
Biologie médicale	59	55	55	55	47	42	42	37	29	29	30
Spécialités chirurgicales	125	120	115	119	121	121	118	105	94	96	93
Spécialités médicales	302	297	285	292	292	292	292	292	223	212	237
Psychiatrie	39	44	59	51	51	46	45	42	42	45	43

Année	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Discipline										
Biologie médicale	29	23	25	20	15	13	13	13	15	11
Spécialités chirurgicales	92	78	77	54	54	54	54	57	77	89
Spécialités médicales	236	202	200	117	116	115	119	121	149	144
Psychiatrie	42	34	34	32	32	32	32	32	36	40

Sources : Commission médicale d'établissement, Direction de la politique médicale, *Evolution de l'internat au sein de l'A.P.-H.P.*, septembre 2000, (p. 9) ; document interne du Service du personnel médical de la Direction de la politique médicale de l'A.P.-H.P., 2005.

Si une baisse globale du nombre d'internes est constatée pour la chirurgie, cette réduction s'est aussi manifestée par à-coups en 1992, 1997 et 1999. Le nombre de postes d'internes en chirurgie en Ile-de-France a connu une baisse de 56,8 % entre 1985 et 2000, ce qui est un taux très élevé<sup>17</sup> ; avec plus de la moitié des postes d'internes qui ont disparu en 15 ans, c'est le bon fonctionnement même des services de chirurgie qui se trouve menacé. Pour la plupart des disciplines, 2003 et 2004 marquent une sorte de « tournant démographique », dans la mesure où la hausse d'effectifs observable est censée se pérenniser au cours des années qui suivent.

<sup>15</sup> Silvia Pontone, « La démographie médicale. Le cas de la chirurgie orthopédique et traumatologique » document du département du personnel médical, Gestion et prospective, 25 novembre 2005, (p. 1).

<sup>16</sup> Nous avons sélectionné les disciplines pour lesquelles les nombres de postes d'internes sont comparables sur toute la période étudiée.

<sup>17</sup> Toutefois, ce taux demeure inférieur à celui d'autres disciplines : la baisse pour les médecins spécialistes et les biologistes s'élève, au cours de la même période, respectivement à 61,6 % et à 74,6 % ; entre 1987 et 2000, la baisse enregistrée pour les postes de psychiatrie est de 45,8 %.

**Tableau 6 : Evolution du nombre de postes (par discipline) au concours de l'internat en médecine en France de 1985 à 2004<sup>18</sup>**

Année	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Discipline										
Biologie médicale	235	220	220	220	190	150	150	130	115	115
Spécialités chirurgicales	555	529	518	525	525	529	505	450	425	435
Spécialités médicales	1305	1260	1222	1275	1275	1281	1275	1265	1030	980
Psychiatrie	221	300	380	330	310	280	270	235	225	210

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Discipline										
Biologie médicale	115	110	96	105	90	72	50	50	50	58
Spécialités chirurgicales	435	430	393	392	286	286	286	286	306	380
Spécialités médicales	1140	1110	1003	1000	685	670	660	660	677	760
Psychiatrie	210	200	176	176	176	176	176	176	185	200

Sources : document du bureau des internes de l'A.P.-H.P. (18/06/2003) ; Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 7).

Si le nombre de postes d'internes en chirurgie avait été maintenu à 555 chaque année de 1985 à 2004, il y aurait eu 2624 chirurgiens de plus entre 1990 et 2010 ; ainsi, en 2025, le nombre de chirurgiens aurait été proche de celui des années 2000.

Pour tenter de remédier aux conséquences de la réduction du *numerus clausus* et des problèmes de recrutement rencontrés dans les centres hospitaliers généraux, ont été créées, en 1999, dans le cadre du concours de l'internat, les filières de la pédiatrie, de l'anesthésie-réanimation et de la gynécologie obstétrique. Entre 2000 et 2005, le *numerus clausus* (pour le passage en PCEM2) est passé de 4 100 à 6 200<sup>19</sup>. De nouveaux relèvements du *numerus clausus* sont prévus pour les années à venir : « *un objectif de 8 000 en 2008* »<sup>20</sup> a été annoncé en 2004. Cependant, en raison notamment de la structure par âges de la population des chirurgiens et de la longueur des études, il faudra attendre une vingtaine d'années<sup>21</sup> avant que les augmentations du nombre de postes ne viennent combler les manques d'effectifs qui sont prévus. Nous reviendrons sur ce point.

<sup>18</sup> Comme précédemment, nous avons sélectionné les disciplines pour lesquelles les nombres de postes d'internes sont comparables sur toute la période étudiée.

<sup>19</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 4).

<sup>20</sup> *Ibid.*, (p. 4).

<sup>21</sup> Selon les projections de Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné, il faudra attendre 2025 pour que le nombre de chirurgiens soit à peu près équivalent à celui de 1990 (soit plus de 21 000 praticiens). Voir « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *op. cit.*, (p. 8).

Le nombre de postes d'internes offerts en 2004 a quant à lui augmenté très fortement par rapport à celui de 2003, passant de 2002 à 3988. Cette hausse subite s'explique en réalité très largement par l'obligation qui est faite désormais aux futurs omnipraticiens de passer par l'internat ; si l'on retranche ces postes au nombre de postes de l'année 2003, on obtient 2140 postes d'interne offerts – la hausse n'est donc pas si importante que cela. En 2005, le nombre de postes s'élève à 4 803 et, en 2006, à 4 760. Si l'on retranche les postes de médecine générale, on obtient respectivement 2403 et 2407 ; la hausse est donc beaucoup plus nette pour ces deux années. L'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie est, elle aussi, significative : elle passe de 380 en 2004 à 550 en 2005 et en 2006<sup>22</sup> et, ainsi, atteint presque sa plus haute valeur depuis 20 ans.

Si l'on postule que le niveau de difficulté des épreuves est stable depuis les années 1990, ainsi que le niveau global de l'ensemble des candidats au passage en PCEM2 et à l'internat, il faut remarquer qu'à une phase d'« hyper-élitisme » consistant à réduire le nombre des meilleurs candidats reçus (aux deux épreuves) succède une phase d'« hypo-élitisme » consistant à augmenter ce nombre. Cette deuxième phase a débuté en 1992, lorsque le *numerus clausus* a été augmenté, et a franchi un cap important en 2003, au moment où le nombre de postes ouverts au concours de l'internat est entré à son tour dans une période d'augmentation.

## 2. L'évolution des effectifs de la chirurgie

Entre 1989 et 2002, les effectifs des chirurgiens, dans leur ensemble, n'ont crû que de 1,6 %, ce qui est peu, comparé au taux de variation des spécialités médicales, qui s'élève à 3,2 % pour la même période. Le taux de variation de l'ensemble des spécialités chirurgicales et médicales s'élève, quant à lui à 3,3 %. « *En chirurgie, la progression moyenne de 1,6 % par an a bénéficié essentiellement à l'urologie (45,3 % par an), à la chirurgie orthopédique (8,5 %), à la gynécologie obstétrique (6,2 %) et à la neurochirurgie (4,1 %). La stomatologie et la chirurgie générale, digestive et viscérale ont, quant à elles, régressé respectivement de – 1,9 % et – 1 %* »<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Cf. le *Journal officiel de la République française* du 31 mai 2005 et du 28 juin 2006.

<sup>23</sup> Voir le rapport de Pascal Maury et Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 9). Bien que les spécialités médicales se caractérisent par un taux de variation deux fois plus élevé, toutes n'ont pas connu la même progression : « (...) la rhumatologie (1,3 %), la radiologie (1,7 %), l'anesthésie-réanimation (1,8 %) et la dermatologie (1,9 %) ont progressé deux fois moins vite que la moyenne », *ibid.*, (p. 9).

**Tableau 7 : Evolution des effectifs de chirurgiens entre 1989 et 2002 en France métropolitaine**

Spécialités chirurgicales	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Taux de variation annuel	Taux de variation annuel	Taux de variation annuel
	1997	2000	2002	1989-2002	1997-2002	2000-2002
Chirurgie générale, digestive et viscérale	5 014	5 192	5 119	-1,0 %	0,4 %	-0,7 %
Chirurgie orthopédique	1 741	1 953	2 158	8,5 %	4,3 %	5,0 %
Chirurgie pédiatrique	49	59	73	-	8,0 %	10,6 %
Chirurgie plastique reconstructrice	185	235	282	-	8,4 %	9,1 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	115	146	150	-	5,3 %	1,4 %
Chirurgie urologique	253	310	387	45,3 %	8,5 %	11,1 %
Chirurgie vasculaire	328	368	406	-	4,3 %	4,9 %
Gynécologie-obstétrique*	5 213	4 800	4 972	6,2 %	-0,9 %	1,8 %
Neurochirurgie	289	320	341	4,2 %	3,3 %	3,2 %
Ophthalmologie	5 259	5 346	5 437	0,4 %	0,7 %	0,8 %
ORL	2 827	2 862	2 917	0,4 %	0,6 %	1,0 %
Stomatologie	1 576	1 473	1 434	-1,9 %	-1,9 %	-1,3 %
Total spécialités chirurgicales	22 849	23 064	23 676	1,6 %	0,7 %	1,3 %

Source : extrait du tableau n° 1 p. 10 du rapport de Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit. ; source : conseil national de l'ordre des médecins (C.N.O.M.).

**Tableau 8 : Evolution des effectifs de chirurgiens entre 1997 et 2002 en Ile-de-France**

Spécialités chirurgicales	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Taux de variation annuel	Taux de variation annuel
	1997	2000	2002	1997-2002	2000-2002
Chirurgie générale, digestive et viscérale	1 187	1 270	1 231	0,7 %	-1,6 %
Chirurgie orthopédique	441	469	508	2,8 %	4,0 %
Chirurgie pédiatrique	16	16	17	1,2 %	3,0 %
Chirurgie plastique reconstr. et esthétique	60	73	82	6,2 %	5,8 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	34	40	40	3,3 %	0,0 %
Chirurgie urologique	52	59	73	6,8 %	10,6 %
Chirurgie vasculaire	55	64	70	4,8 %	4,5 %
Gynécologie-obstétrique*	1 665	1 196	1 251	-5,7 %	2,2 %
Neurochirurgie	71	74	72	0,3 %	-1,4 %
Ophthalmologie	1 453	1 480	1 502	0,7 %	0,7 %
ORL	809	823	830	0,5 %	0,4 %
Stomatologie	494	465	452	-1,8 %	-1,4 %
Total spécialités chirurgicales	6 337	6 029	6 128	-0,7 %	0,8 %
Total spécialités chirurgicales hors GO	4 672	4 833	4 877	0,9 %	0,5 %

\* : Pour la spécialité de gynécologie et d'obstétrique, les effectifs comportent 569 gynécologues-obstétriciens et 682 médecins ayant la double compétence de gynécologie médicale et d'obstétrique.

Source : extrait du tableau n° 3 p. 16 du rapport de Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP.. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit. ; source : C.N.O.M..

### ***La proportion de médecins et de chirurgiens libéraux***

Il est important de prendre en considération la répartition des médecins et des chirurgiens en fonction du secteur (public ou privé) d'activité, car le secteur lui-même peut constituer un facteur d'attractivité ou au contraire de désaffection. Choisir, par exemple, l'ophtalmologie peut témoigner, notamment, du souhait d'exercer sur le mode libéral. L'exercice libéral peut être considéré comme une fin en soi et s'expliquer principalement par la volonté d'être indépendant et autonome. Ce type d'exercice peut également être envisagé par les futurs praticiens comme un moyen de percevoir des rémunérations plus élevées<sup>24</sup>. Opter pour le secteur public, peut traduire la recherche de sécurité (dans le cadre de l'activité, en cas d'erreur médicale, par exemple, et dans celui de la carrière) et la volonté de poursuivre des activités d'enseignement en tant que titulaire d'un poste d'enseignant au sein d'une U.F.R. de médecine et devenir peut-être un jour P.U.-P.H.. Un tel choix peut témoigner également du refus d'être rémunéré directement en fonction de son niveau de productivité.

**Tableau 9 : Proportion de médecins libéraux selon la spécialisation au 1<sup>er</sup> janvier 2005**

Omnipraticiens	67,7 %
Spécialités médicales	51 %
Spécialités chirurgicales	65,5 %

*Source* : (analyse secondaire) Daniel Sicart, *Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série statistiques, n° 88, octobre 2005, (p. 20).

La part des salariés hospitaliers parmi l'ensemble des médecins n'a connu que de faibles variations depuis le milieu des années 1980 : cette proportion s'élevait à 32 % en 1984, était légèrement supérieure à 27 % en 1992, et équivaut à 28,6 % en 2001<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Voir sur ce point Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 157, février 2002.

<sup>25</sup> Annick Vilain, Xavier Niel, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *op. cit.*, graphique 3, (p. 3).

**Tableau 10 : Proportion de médecins par spécialité et secteur d'activité**

	Hôpital public	Hôpital privé PSPH	Hôpital privé non PSPH	Centre de santé	Cabinet individuel	Cabinet de groupe ou Société	Prévention	Autres	Total en %	Effectifs en nombre
<b>Omnipraticiens</b>	<b>15,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>38,3</b>	<b>28,8</b>	<b>5,6</b>	<b>8,4</b>	<b>100</b>	<b>100 646</b>
Libéraux	0,3	0	0,4	0	56,4	42,5	0,1	0,3	100	68 154
Salariés	47,4	5	2,2	2,5	0,3	0,1	17,1	25,4	100	32 492
<b>Spécialités médicales</b>	<b>40,3</b>	<b>4,9</b>	<b>2,9</b>	<b>0,5</b>	<b>21,6</b>	<b>26,6</b>	<b>0,8</b>	<b>2,3</b>	<b>100</b>	<b>57 771</b>
Libéraux	1	0,2	4,1	0	42,2	52,1	0	0,3	100	29 491
Salariés	81,4	9,7	1,7	1	0,1	0,1	1,6	4,3	100	28 280
<b>Spécialités chirurgicales</b>	<b>30,8</b>	<b>2,7</b>	<b>4,5</b>	<b>0,6</b>	<b>30,6</b>	<b>29,8</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>100</b>	<b>24 285</b>
Libéraux	0,9	0,2	6,4	0,1	46,7	45,6	0	0,1	100	15 904
Salariés	87,5	7,4	0,8	1,6	0,2	0	0,7	1,7	100	8 381
Chirurgie générale	51,7	5,3	8,5	0	18,9	14,9	0,1	0,6	100	4 405
Chirurgie infantile	82,8	0,9	1,5	.	9,3	5,4	.	.	100	129
Chirurgie maxillo-faciale	36,6	.	.	.	21,7	41,6	.	.	100	55
Chirurgie orthopédique et traumatologique	37	3	8,9	.	22,9	27,7	0,1	0,4	100	2 178
Chirurgie plastique et reconstructrice	13,7	2,7	4,1	.	45,4	33,6	.	0,4	100	458
Chirurgie thoracique et cardiaque	61,7	2,5	4,3	.	14,7	15,5	.	1,3	100	251
Chirurgie urologique	29,4	3,6	6,5	0,2	23,4	36,8	.	.	100	597
Chirurgie vasculaire	35	3,2	7,4	.	24,2	29,9	.	0,3	100	367
Chirurgie viscérale	55,5	5,2	8,2	.	14,8	16	.	0,4	100	642
Gynécologie obstétrique	34,6	2,7	3,5	0,5	28,3	29,3	0,3	0,7	100	5 032
Neurochirurgie	72,9	2	3,7	.	10,6	9	.	1,8	100	377
Ophtalmologie	11,7	1	1,1	1,3	42,1	41,7	0,4	0,6	100	5 457
Oto-rhino-laryngologie	20,5	2,5	2,9	0,6	33,2	39,2	0,5	0,7	100	2 973
Stomatologie	10	0,4	1,9	2,1	55,8	28	0,4	1,5	100	1 361

Sources : Daniel Sicart, *Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005*, DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 88, octobre 2005, (p. 20).

En résumé, parmi les activités qui sont exercées majoritairement sur le mode libéral, on trouve (par ordre d'importance)<sup>26</sup>, tout d'abord, l'ophtalmologie (dont 83,8 % des

<sup>26</sup> Nous ne prendrons pas en compte ici l'oto-rhino-laryngologie, la stomatologie, la gynécologie obstétrique afin de nous intéresser exclusivement aux onze filières chirurgicales (ensemble dans lequel nous rangeons l'ophtalmologie).

praticiens exercent en cabinet), la chirurgie plastique et reconstructrice (79 %) ; viennent ensuite, plus loin derrière, la chirurgie maxillo-faciale (63,3 %), la chirurgie urologique (60,2 %) et la chirurgie vasculaire (54,1 %). Il faut remarquer que la répartition entre activité privée et publique est déterminée, pour une part, par le type de matériel et d'infrastructure nécessités par la spécialité.

### 3. L'âge des chirurgiens, les flux d'entrée et de sortie (par la retraite) et le renouvellement du corps professionnel et des postes au sein de l'A.P.-H.P.

La démographie médicale et, plus précisément, le manque d'effectifs annoncé dans certaines spécialités, constitue, au moins depuis les années 2000, une source de préoccupation permanente des représentants professionnels officiels de la médecine (syndicats, associations de spécialistes, C.N.O.M., etc.) à en juger le nombre de rapports et de réunions qui lui sont consacrés. La période de baisse des effectifs médicaux dont le début est prévu pour 2010<sup>27</sup>, annoncée dès 1985 par les démographes, soit 25 ans à l'avance, ne semble avoir eu que très peu d'échos dans la sphère politique et médiatique au cours des années 1990. Ce n'est qu'à partir de l'an 2000, face au manque de médecin en ville et à la réduction du nombre d'internes et de faisant fonction d'internes (F.F.I.) qui pesait lourdement sur l'organisation hospitalière, que les principales composantes du système de santé se sont orientées vers un consensus<sup>28</sup>.

**Tableau 11 : Evolution et perspective des effectifs de médecins par spécialité jusqu'en 2025<sup>29</sup>**

	1990	2002	2010	2015	2025
Total	177 470	205 185	202 130	196 737	185 966
Médecine générale	93 387	100 541	100 514	99 665	97 119
Spécialités médicales	48 033	57 127	56330	54 453	50 595
Spécialités chirurgicales	21 393	24 528	23 788	23 023	21 149
Psychiatrie	11 897	13 727	12 291	11 008	8 816
Biologie médicale	1 960	3 109	3 037	3 060	3 079
Santé publique et travail	800	6 153	6 171	5 528	5 208

Source : I.N.S.E.E. (source : ministère de la Santé et des solidarités, Drees). *Tableaux de l'Économie Française - Édition 2005-2006* ; Champ : France métropolitaine.

<sup>27</sup> 2010 correspond à l'année de départ en retraite d'une partie des promotions fort nombreuses des années 1975-1990 ; elle marquera, selon les prévisions, le début d'une période de réduction importante des effectifs médicaux.

<sup>28</sup> Voir sur ce point Bui Dang Ha Doan, « De quoi sera fait l'avenir ? » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (p. 287 et s.).

<sup>29</sup> Effectifs au 31 décembre. Ces projections reposent sur l'hypothèse que le numerus clausus s'élève à 7000 en 2006, qu'il reste constant à partir de cette date, de même que les comportements observés habituellement (choix de spécialité, choix d'installation, de départ en retraite et de cessation d'activité, etc.).

Entre 2002 et 2025, la baisse d'effectifs s'élèverait à 13,8 % pour la chirurgie et 11,4 % pour les spécialités médicales. La médecine générale serait moins touchée avec une baisse de 3,4 % de ses effectifs. La psychiatrie affiche la baisse la plus spectaculaire : 35,8 %. De façon plus précise, en décomposant la chirurgie, on observe que les projections indiquent une hausse des effectifs de 2 % pour la gynécologie obstétrique, et une baisse de 31 % pour l'O.R.L. et de 43 % pour l'ophtalmologie ; les autres spécialités chirurgicales connaîtraient une baisse des effectifs de 2 % seulement<sup>30</sup>. Enfin, il ne faut pas oublier que la baisse annoncée des effectifs médicaux va s'accompagner du vieillissement et de l'augmentation de la population française, qui recourra de plus en plus aux systèmes de soins<sup>31</sup>.

La réduction du nombre de médecins est la conséquence d'un renouvellement insuffisant des effectifs et, partant, du vieillissement des praticiens. En 1965, les moins de 40 ans représentaient 29 % des effectifs ; en 1979, 51 %. Durant les années 1980, les moins de 40 ans et les plus de 40 ans représentent chacun la moitié des effectifs médicaux. A partir de 1990, les moins de 40 ans deviennent minoritaires ; en 1999, ils ne représentent plus que 17 % des membres des professions médicales et leur proportion avoisinera 12 % d'ici 2010<sup>32</sup>.

La moyenne d'âge des chirurgiens en 2004 varie grandement selon ceux qui en estiment la valeur ; celle-ci va de 47,3 ans<sup>33</sup> à 57 ans<sup>34</sup> ! Au sein de l'A.P.-H.P., les chirurgiens ont en moyenne 45,6 ans en 2004. Leur moyenne d'âge a augmenté de façon progressive depuis 1989, où elle ne s'élevait qu'à environ 41,5 ans. En 1998, elle équivaut à 43,9 ans<sup>35</sup> et, en 2004, cette moyenne d'âge, qui, avec les praticiens hospitaliers de radiologie (44,5 ans), figure parmi les plus basses, est inférieure à celle des anesthésistes-réanimateurs

---

<sup>30</sup> Parmi ces autres spécialités sont classées les chirurgies générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, la neurochirurgie et la stomatologie. Voir Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », D.R.E.E.S., *op. cit.*, (p. 8).

<sup>31</sup> Comme le notent Pascal Maury, Silvia Pontone, « la baisse à venir des effectifs médicaux est rendue plus préoccupante en raison de l'accroissement de la population (+ 6 % d'ici 2020 selon les projections de l'I.N.S.E.E.) et des conséquences de son vieillissement sur la demande de soins qui pourrait être majorée d'environ 15 % ». In *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, perspectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 5).

<sup>32</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'évolution de la démographie des médecins de 1970 à 2000 » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (p. 276).

<sup>33</sup> Source : C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, 2<sup>ème</sup> partie du rapport annuel sur la démographie médicale française, 2004, (p. 73). Cette estimation est, bien évidemment, la plus fiable.

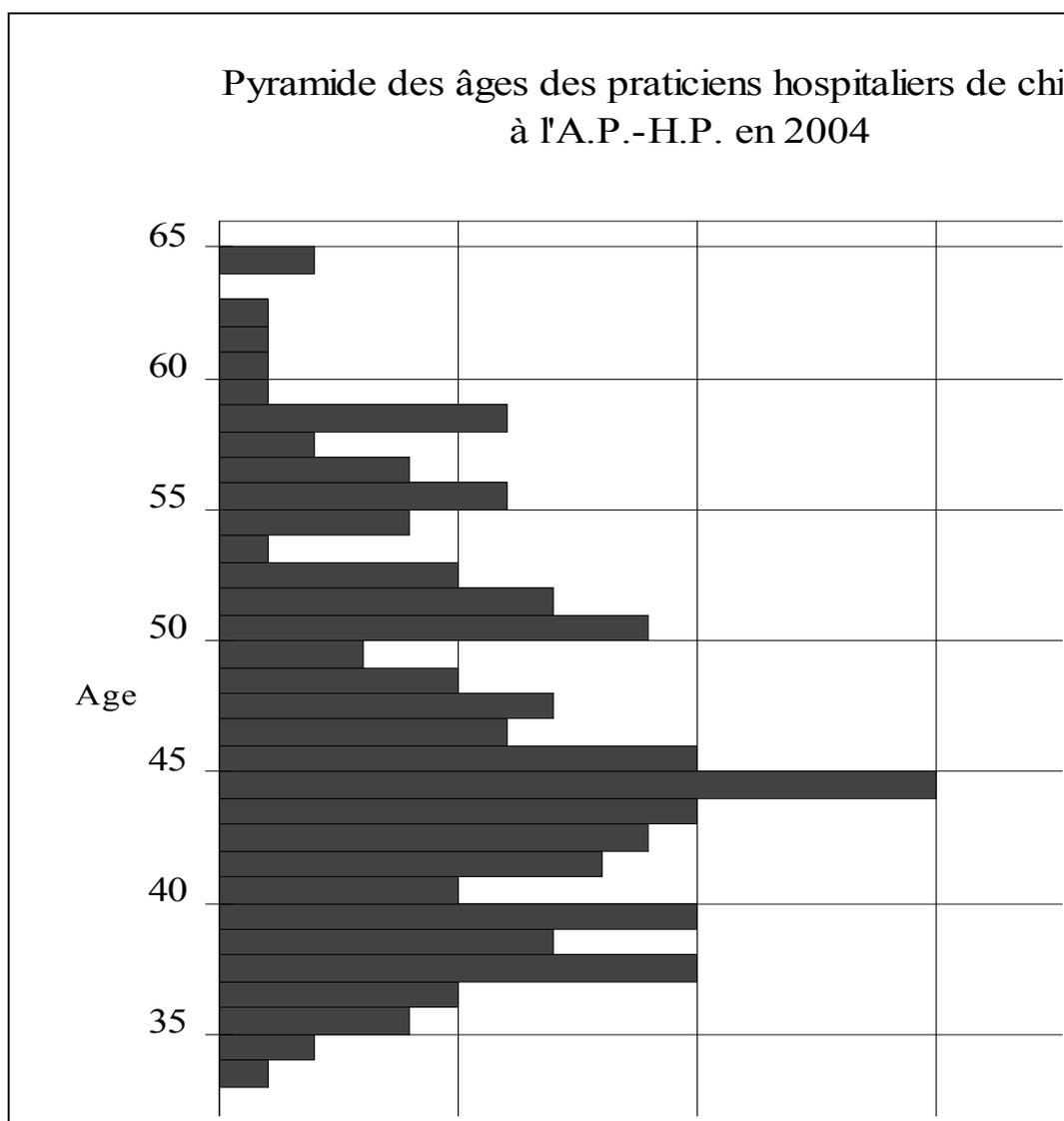
<sup>34</sup> Voir notamment sur le site de l'Union des chirurgiens de France, « Pour les chirurgiens : la grève ou l'exil », jeudi 19 août 2004 ; [http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER\\_DOCCHIR/DOC\\_04\\_08\\_19\\_LIBE\\_BODEN.htm](http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_19_LIBE_BODEN.htm).

<sup>35</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, perspectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 29).

(49,1 ans), des praticiens hospitaliers de médecine (47,1 ans), des praticiens hospitaliers de biologie (49,3 ans). Cette moyenne d'âge est quasiment identique à celle des praticiens hospitaliers de psychiatrie (45,5 ans) et de pharmacie (45,3 ans)<sup>36</sup>.

L'analyse de la structure par âge des chirurgiens de l'A.P.-H.P. est, elle aussi, éclairante. En 2004, la proportion de chirurgiens âgés de moins de 50 ans s'élève à 75,4 %. Cette proportion s'élève à 86,3 % pour la radiologie, à 70,5 % pour la psychiatrie, à 67 % pour la médecine, à 57 % pour la biologie et à 49,8 % pour les anesthésistes-réanimateurs<sup>37</sup>.

**Graphique 3**



Sources : Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit., (p. 34).

<sup>36</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, op. cit., (pp. 32-38).

<sup>37</sup> Voir Silvia Pontone, « Les médecins à l'AP-HP aujourd'hui et demain : comment réduire la contrainte démographique dans le fonctionnement de l'hôpital ? », document de travail, 2005, (p. 2).

La pyramide des âges des chirurgiens exerçant au sein de l'A.P.-H.P. s'apparente très nettement à celle établie par le C.N.O.M.<sup>38</sup> : sa base, réduite, témoigne du vieillissement des chirurgiens. Ce vieillissement est également observable à travers l'augmentation progressive du nombre de départs en retraite.

**Tableau 12 : Les départs en retraite des années 2000 à 2020<sup>39</sup>**

Age en 2003	Année de départ	Nombre par tranche de 5 années	Moyenne annuelle
65	2003	77	77
64	2004	643	129
63	2005		
62	2006		
61	2007		
60	2008		
59	2009	1334	266
58	2010		
57	2011		
56	2012		
55	2013		
54	2014	1494	299
53	2015		
52	2016		
51	2017		
50	2018		
49	2019	1485	297
48	2020		
47	2021		
46	2022	-	-
45	2023	-	-

Sources : C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, 2<sup>ème</sup> partie du rapport annuel sur la démographie médicale française, 2004, (p. 71).

L'arrêté du 30 avril 2004<sup>40</sup> a élevé le nombre de postes d'internes à 380, mais ces places incluent celles de l'O.R.L., de l'ophtalmologie (dont les problèmes de renouvellement

<sup>38</sup> Cf. C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, op. cit., (p. 73).

<sup>39</sup> Seules huit spécialités chirurgicales ont été étudiées pour constituer ce tableau (générale, digestive, orthopédique, plastique reconstructrice et esthétique, urologique, pédiatrique, thoracique et cardiovasculaire, vasculaire). Pour une prévision des départs en retraite par type de statut au sein de l'A.P.-H.P., voir le rapport de Pascal Maury et Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP... op. cit.*, (p. 38 et s.).

sont très importants), de la stomatologie et de la neurochirurgie. Selon le C.N.O.M., le maintien du nombre d'internes à ce niveau devrait à *moyen terme* parvenir à combler les flux de sorties. Néanmoins, il faudra récupérer le retard accumulé et le retard à venir. Pour les huit spécialités chirurgicales concernées, le nombre de places était de 140 en 2000 ; si l'on se reporte au tableau précédent – en gardant à l'esprit qu'il faut 266 entrants pour combler le flux annuel de sorties et que les entrants exerceront seulement 9 ans (environ) plus tard – on s'aperçoit que le manque de praticiens va s'accroître encore<sup>41</sup>. Comme nous l'indiquions précédemment, il faudra attendre 2025 pour que le nombre de chirurgiens soit à peu près équivalent à celui de 1990 (soit plus de 21 000 praticiens)<sup>42</sup> – autrement dit, pour que le « retard » accumulé soit enfin comblé.

Si, comparativement aux autres praticiens hospitaliers, le niveau de la moyenne d'âge des chirurgiens semble autoriser, au premier abord, un certain optimisme sur le plan de l'attractivité (et de l'accessibilité) de leur activité, elle ne doit cependant pas conduire à occulter les disparités existant entre les chirurgiens en fonction de leur statut au sein du système hospitalier et de leur spécialité.

Les chirurgiens P.U.-P.H. verront 22,8 % de leurs effectifs partir en retraite entre 2005 et 2010<sup>43</sup>. Entre 2005 et 2020, 65 % de cette population partira à la retraite<sup>44</sup>, 39 % des chirurgiens P.H. seront dans la même situation<sup>45</sup>, ainsi que 49 % des praticiens attachés<sup>46</sup>. Concernant le renouvellement des effectifs de la chirurgie, Pascal Maury et Silvia Pontone précisent que :

*« le flux annuel de formation égal à 88 DES devrait permettre d'assurer globalement le renouvellement des 13 départs annuels de titulaires à l'AP-HP dont 10 par la retraite. Cependant, certaines spécialités seront confrontées à des difficultés de renouvellement. Ainsi :*

- la chirurgie pédiatrique dont le nombre de départs annuels (0,7) est égal au flux de formation,
- la neurochirurgie avec un flux de formation égal à 1,3 par an pour un nombre de départs moyen égal à 1,

---

<sup>40</sup> Cf. le J.O. du 04/05/2004.

<sup>41</sup> C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, 2<sup>ème</sup> partie du rapport annuel sur la démographie médicale française, *op. cit.*, (p. 72).

<sup>42</sup> Cf. Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *op. cit.*

<sup>43</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 40).

<sup>44</sup> *Ibid.*, (p. 41).

<sup>45</sup> *Ibid.*, (p. 47).

<sup>46</sup> *Ibid.*, (p. 50).

- la chirurgie vasculaire avec 0,7 départs par an pour un flux de formation égal à 1,3 mais seulement 31 % des effectifs dans le secteur public. On peut cependant moduler cette analyse considérant que l'attractivité des postes offerts en favorise le renouvellement,  
- la chirurgie viscérale avec 2 départs par an pour un flux de formation égal à 6,3 DESC et 63 % des effectifs dans le secteur public. La situation déjà tendue va s'aggraver. »<sup>47</sup>

Des problèmes se poseront également pour le renouvellement des praticiens attachés, surtout en ophtalmologie<sup>48</sup>. La chirurgie générale, viscérale et digestive risque de connaître des problèmes de renouvellement du même ordre : « si l'on considère l'ensemble des chirurgiens titulaires et praticiens attachés, des tensions sont prévisibles »<sup>49</sup>.

En revanche, le nombre de diplômés en ophtalmologie et en O.R.L. permettra d'assurer le renouvellement des postes de titulaires au sein de l'A.P.-H.P.. A propos du cas des chirurgiens orthopédiques et traumatologiques, Silvia Pontone note qu'à l'échelle nationale, « de 1997 à 2002, la croissance des chirurgiens orthopédiques reste soutenue eu égard aux autres spécialistes (1,7 % par an en France) même si elle est inférieure en Ile-de-France (2,8 % par an) par rapport à la France métropolitaine (4,3 % par an) »<sup>50</sup>. « La confrontation purement arithmétique [des] départs avec les flux de formation ne semble pas de nature à compromettre le renouvellement des effectifs à l'AP-HP à l'horizon 2010 »<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> *Ibid.*, (pp. 59-60).

<sup>48</sup> « Le renouvellement des postes de titulaires à l'AP-HP ne devrait pas poser de problème (0,3 départ par an pour 12,7 diplômés en ophtalmologie et 0,5 départ par an en O.R.L. pour 12 diplômés). Toutefois, en ophtalmologie, dans un contexte connu de réduction massive des effectifs de plus de 40% à l'horizon 2020, des tensions vont apparaître dans le renouvellement des effectifs de praticien attaché. », *ibid.*, (p. 71).

<sup>49</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 73). Silvia Pontone rappelle, par ailleurs, que « les postes de PU-PH [gardent] une attractivité suffisante pour espérer un renouvellement » ; in « Les médecins à l'AP-HP aujourd'hui et demain : comment réduire la contrainte démographique dans le fonctionnement de l'hôpital ? », document de travail, 2005, (p. 3). Dans leur article intitulé « Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (2002), Silvia Pontone et alii mettent en évidence l'impact de la réduction des flux de formation des anesthésistes-réanimateurs sur leur renouvellement. Ce problème se conjugue à celui de l'attractivité du secteur privé sur le plan salarial.

<sup>50</sup> Silvia Pontone, « La démographie médicale. Le cas de la chirurgie orthopédique et traumatologique », document du département du personnel médical, Gestion et prospective, 25 novembre 2005, (p. 1).

<sup>51</sup> *Ibid.*, (p. 1).

#### 4. Le niveau de rémunération des chirurgiens

Nous étudierons davantage ici l'évolution des revenus libéraux des chirurgiens. Outre la quasi absence de données chiffrées détaillées des salaires des chirurgiens praticiens hospitaliers, une telle étude se justifie d'un double point de vue. D'une part, une minorité de chirurgiens praticiens hospitaliers perçoivent des honoraires dans le cadre d'une activité libérale – qui est exercée bien souvent au sein de l'hôpital<sup>52</sup> ; d'autre part, et c'est là la principale raison, si « chirurgiens du privé » – ou libéraux, payés à l'acte – et « chirurgiens du public » – salariés – apparaissent comme deux segments professionnels parfois antagonistes<sup>53</sup>, nous faisons l'hypothèse que les problèmes de « reconnaissance sociale »<sup>54</sup> des uns – les chirurgiens du privé – affectent pour une large part les autres, qui, *a priori*, ne seraient pas concernés. Par exemple, le problème des assurances – *i.e.* l'augmentation sans précédent au cours des années 2000 du montant de la cotisation concernant la responsabilité civile professionnelle – ou encore celui de la judiciarisation ne concernent pas directement les chirurgiens hospitaliers dont l'établissement auquel ils appartiennent prend en charge les assurances et demeure poursuivi en cas de dépôt de plainte. Par ailleurs, sur le plan des rémunérations, les chirurgiens se différencient également selon leur appartenance au privé ou au public ; les chirurgiens libéraux sont payés à l'acte alors que les chirurgiens hospitaliers connaissent, en effet, une évolution de carrière à l'ancienneté<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> Selon le C.N.O.M., la part des chirurgiens à la fois « libéraux » et « hospitaliers » représente près de 10 % des effectifs de la profession. Cf. *Les spécialités en crise, op. cit.*, (p. 75).

<sup>53</sup> Nous faisons nôtre, ici, la perspective développée par Rue Bucher et Anselm Strauss, qui proposent de considérer les professions comme des « processus » – *i.e.* sous l'angle de leur dynamique – ; les auteurs mettent notamment l'accent « sur les conflits d'intérêts et sur les changements » que ceux-ci peuvent engendrer. A partir d'une analyse de la sphère médicale, les auteurs utilisent le terme de « segment » pour désigner « ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » et conçoivent toute profession « comme [une] agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire ». Cf. Rue Bucher et Anselm Strauss, « La dynamique des professions » in *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 1996, (p. 67 et 69).

<sup>54</sup> Les problèmes des chirurgiens sont objectifs et objectivables ; nous verrons que la baisse du pouvoir d'achat des chirurgiens libéraux est réelle. Nous tenterons de montrer que cette baisse pose *in fine* un problème symbolique – qui s'apparente à un problème de reconnaissance sociale.

<sup>55</sup> Ce mode d'évolution de carrière fait parfois débat chez les chirurgiens, ceux du privé (ou du public) dénonçant l'absence de reconnaissance des mérites du praticien hospitalier, c'est-à-dire à la fois de la qualité et de la quantité du travail qu'il fournit, les lourdeurs du système administratif de l'hôpital public, etc. Pour des illustrations de ces points de vue, cf. l'article de Laurent Neumann, « La fuite des cerveaux », paru dans *l'Express* du 13/09/2001. A ce propos, les auteurs du rapport « Domergue-Guidicelli » notent que « le statut unique dans les hôpitaux publics ne [prend] pas en compte la pénibilité de certaines spécialités (anesthésie réanimation, chirurgie, gynécologie-obstétrique,...). L'absence de reconnaissance du travail représente un manque d'incitation évident (...) Seule l'ancienneté est prise en considération alors que le mérite ne l'est pratiquement jamais » ; ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, (rapport remis à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées), février 2003, (p. 18). Le professeur Guy Vallancien dira

On peut encore approfondir la présentation des différences intraprofessionnelles en soulignant celles existant entre les chirurgiens libéraux en fonction du secteur auquel ils sont affiliés. Appartenir au secteur 1 implique de respecter le montant des honoraires fixés par la Sécurité sociale qui finance une partie des charges sociales et de la retraite. L'affiliation au secteur 2 permet au chirurgien de fixer librement ses honoraires, mais celui-ci doit verser ses cotisations obligatoirement à une caisse autonome pour l'assurance maladie et pour sa retraite. Comme nous le verrons, des différences de niveau de rémunération entre les secteurs apparaissent nettement<sup>56</sup>.

Si toutes les différences que nous venons d'évoquer constituent des facteurs de division du corps professionnel – en segment du public et segments du privé –, les chirurgiens sont néanmoins capables de développer d'importantes capacités de mobilisation collective. On peut prendre pour exemple le mouvement organisé durant l'été 2004 par le collectif Chirurgiens de France – dont le mot d'ordre est « Tous à Wembley » –, qui a réuni des chirurgiens hospitaliers et des chirurgiens libéraux, au-delà des différences des problèmes qui les touchent, autour de la reconnaissance de leur profession par les pouvoirs publics et en vue d'alerter l'opinion<sup>57</sup>. Les principales revendications concernent les tarifs des chirurgiens libéraux du secteur 1, qui pendant plusieurs années n'ont pas été revalorisés, la forte augmentation, depuis une dizaine d'années environ, des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle et, enfin, le problème de recrutement et du renouvellement des chirurgiens.

---

également : « *les grilles de salaire de l'hôpital public se font à l'ancienneté et tuent la chirurgie hospitalière. L'activité et la qualité, rejeté dans l'hôpital public par les syndicats, sont la clé du sauvetage de notre métier* », in Agnès Verdier, « Entretien avec le professeur Guy Vallancien « Les syndicats hospitaliers font peur : ils sont capables de mettre le feu à l'hôpital » », *Société Civile* n° 40, octobre 2004.

<sup>56</sup> Ceci n'est pas sans poser problème – au cours des années 1990 et de la première moitié des années 2000 – puisqu'il est quasiment impossible de changer de secteur une fois affilié. Cf. *La voix du Jura*, « Dans le Jura, les chirurgiens libéraux se disent prêts à participer à la grève nationale qui pourrait se dérouler début septembre, pour sauver leurs salaires, mais aussi pour protester contre la dévalorisation d'un métier qui désormais ne séduit plus les étudiants en médecine », 19/08/2004.

[http://www.voixdujura.fr/archives/voir\\_archive.asp?archive=1131&dossier=oui&chronologie=oui&page=84](http://www.voixdujura.fr/archives/voir_archive.asp?archive=1131&dossier=oui&chronologie=oui&page=84)

<sup>57</sup> Dans un premier temps, les chirurgiens annuleront leur exil symbolique – cf. « Après la conclusion d'un accord, les chirurgiens annulent leur exil volontaire », *Le Monde*, 24 août 2004 ; Cécile Prieur, « Philippe Douste-Blazy débloque 113 millions d'euros pour calmer la grogne des chirurgiens », *Le Monde*, le 26 août 2004 – ; mais ensuite, face à l'insuffisante concrétisation des promesses formulées par le ministre, le projet de grève reprendra et, cette fois, aboutira – cf. « Quelque 2 500 chirurgiens français en « grève du bistouri », *Le Monde*, 9 mai 2005 –.

**Tableau 13 : Emoluments bruts mensuels des praticiens hospitaliers (PH)  
au 1<sup>er</sup> janvier 2004**

	PH Temps plein		PH Temps partiel		PH Attaché		PAC*	
1 <sup>er</sup> échelon	1 an	3 875,40 €	1 an	2 113,82 €	1 an	2 380,42 €	1 an	2 174,06 €
2 <sup>ème</sup> échelon	1 an	3 941,17 €	1 an	2 159,88 €	1 an	2 503,83 €	2 ans	2 537,16 €
3 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	4 033,27 €	2 ans	2 212,50 €	2 ans	2 725,76 €	2 ans	2 725,76 €
4 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	4 138,50 €	2 ans	2 278,27 €	2 ans	3 080,17 €	2 ans	3 080,17 €
5 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	4 322,67 €	2 ans	2 383,51 €	2 ans	3 339,45 €	3 ans	3 339,45 €
6 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	4 625,25 €	2 ans	2 528,23 €	2 ans	3 502,13 €	4 ans	3 502,13 €
7 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	4 954,13 €	2 ans	2 712,40 €	2 ans	3 725,12 €	retraite	3 725,12 €
8 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	5 111,16 €	2 ans	2 804,48 €	2 ans	3 875,40 €		
9 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	5 296,16 €	2 ans	2 909,72 €	2 ans	3 941,17 €		
10 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	5 690,82 €	2 ans	3 139,94 €	2 ans	4 033,27 €		
11 <sup>ème</sup> échelon	2 ans	5 927,62 €	2 ans	3 297,80 €	3 ans	4 138,50 €		
12 <sup>ème</sup> échelon	4 ans	6 738,95 €	4 ans	3 756,73 €	4 ans	4 322,67 €		
13 <sup>ème</sup> échelon	retraite	7 037,27 €	retraite	3 923,05 €	retraite			
Indemnité d'engagement de service public exclusif	462,85 €							
Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements	394,85 €							

Sources : site de l'union des chirurgiens de France (ucdf)

([http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER\\_DOCCHIR/DOC\\_04\\_08\\_06\\_PH.htm](http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_06_PH.htm))

Voir également l'arrêté du 18 décembre 2003 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé. *Journal officiel de la République française*, 1<sup>er</sup> janvier 2004, (pp. 111-114).

\* praticien attaché contractuel

Le niveau de rémunération des chirurgiens hospitaliers, pour certains, serait aujourd'hui satisfaisant : on peut citer pour exemple la position de Jacques Domergue et Henri Guidicelli : « les conditions de rémunération des Praticiens Hospitaliers (PH) sont *satisfaisantes*, elles ont été nettement améliorées en 2000, notamment avec la prime de renoncement au secteur privé. »<sup>58</sup>. D'autres pensent le contraire, puisque, comme le rappelle Agnès Verdier dans son entretien avec le professeur Guy Vallancien : « après les accords passés entre le ministère de

<sup>58</sup> Ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 18). Les auteurs précisent ensuite : « Il en est de même des conditions de retraite ». *Ibid.*, (p. 18).

*la Santé et les chirurgiens libéraux* [le 24 août 2004], *les chirurgiens hospitaliers se sont engouffrés dans la brèche en demandant des augmentations de salaire* »<sup>59</sup>.

Comme le suggère cet extrait, la consécution des événements amènent à s'interroger sur les liens pouvant exister entre les protestations des différents segments du groupe professionnel chirurgical ; ces segments se rejoignent sur l'idée que les conditions d'activité se dégradent, que les pouvoirs publics n'y prêtent pas (assez) attention – et n'offrent aucune solution pour tenter d'y remédier – et que, finalement, la profession n'est pas suffisamment reconnue. Un autre argument commun, qui vient à l'appui de ces protestations, est celui du problème de recrutement –, qui témoignerait d'un manque d'attractivité des disciplines chirurgicales lié directement à tous ces problèmes. Comme nous le verrons, il semble que la « crise des vocations » constitue un argument infondé.

### ***L'évolution du revenu libéral des chirurgiens sur la période récente***

**Tableau 14 : Revenus nets moyens annuels des chirurgiens libéraux en 2003**

	Secteur 1	Secteur 2
Chirurgie viscérale et digestive	55 514 €	101 991 €
Chirurgie générale	70 781 €	132 073 €
Chirurgie infantile	*	45 775 €
Chirurgie maxillo-faciale	*	109 192 €
Chirurgie maxillo-faciale & stomatologie	96 112 €	106 594 €
Chirurgie orthopédique traumatologie	75 981 €	134 676 €
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	126 952 €	147 167 €
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	75 552 €	96 430 €
Chirurgie urologique	89 384 €	123 377 €
Chirurgie vasculaire	83 390 €	105 096 €
Gynécologie obstétrique	62 694 €	96 905 €
Neurochirurgie	74 708 €	108 773 €
Ophtalmologie	85 394 €	124 274 €

Sources : C.A.R.M.F. (statistique arrêtée au 14 avril 2005) – Caisse autonome de retraite des médecins de France.

<http://www.carmf.fr/Publications/infocarmf/52-2005/Stats/tout.htm>

\* La faiblesse des effectifs pour les chirurgies infantile et maxillo-faciale nous interdit de réaliser des comparaisons avec les autres disciplines chirurgicales ; ceci est valable également pour le secteur 2 où les effectifs sont faibles.

<sup>59</sup> *In Société Civile* n° 40, octobre 2004. Quelques mois plus tard, les chirurgiens hospitaliers obtiendront gain de cause : « Au lendemain de la journée de grève observée, mercredi 19 janvier, par les chirurgiens des hôpitaux publics, un premier accord a été trouvé entre Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et les responsables du collectif "Chirurgie hôpital France". Les termes de cet accord, qui devait être rendu public le 20 janvier, se situent dans le prolongement du protocole signé le 24 août 2004 entre le ministre de la santé et les représentants des chirurgiens. Ils concernent, outre une meilleure rémunération des astreintes, une série de mesures visant à augmenter le recrutement des chirurgiens ainsi que la mise en œuvre d'un plan de modernisation des blocs opératoires. » C'est nous qui soulignons. Cf. « Premier accord conclu avec les chirurgiens hospitaliers », *Le Monde*, le 21 janvier 2005.

Si l'on compare le niveau de rémunérations des différentes disciplines chirurgicales, on constate des écarts importants par secteur et entre les secteurs<sup>60</sup>. La chirurgie plastique et reconstructrice est celle qui procure les revenus les plus importants pour les deux secteurs, l'écart avec les autres disciplines étant toutefois beaucoup plus marqué pour le secteur 1. A l'autre extrême se trouve la chirurgie digestive et viscérale. Pour le secteur 1, cette discipline chirurgicale semble être de loin la moins rémunératrice ; et elle reste très « mal placée » dans le secteur 2<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> Il ne faut pas oublier que ces moyennes dissimulent parfois d'importantes disparités, certains chirurgiens libéraux affichant des revenus très élevés : « *Quelques stars de l'orthopédie, spécialisées dans les interventions sur des sportifs de haut niveau, annoncent (...) un bénéfice de plus de 300 000 euros annuels* ».

Cf. [http://www.lepoint.fr/special\\_salaires2004/document.html?did=141353](http://www.lepoint.fr/special_salaires2004/document.html?did=141353)

<sup>61</sup> Jacques Domergue et Henri Guidicelli notent que les actes techniques des chirurgiens viscéraux sont « *longs et moins bien cotés* » in *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 16). L'Union des chirurgiens de France semblait aussi de cet avis en 2004 et indiquait sur son site « *qu'il est très important de noter qu'à échelon égal, il n'y a pas de différence de salaire entre praticiens hospitaliers de différentes disciplines médicales ou chirurgicales malgré des charges de travail souvent très diverses. En particulier la charge de travail de nuit et de week-end est très différente d'une spécialité à l'autre, entre une astreinte tous les deux jours (en chirurgie dans les petits hôpitaux) et pas d'astreinte du tout. C'est plutôt là qu'il faut chercher la cause réelle du malaise des chirurgiens hospitaliers* ». Une telle prise de position sous-entend que le niveau des rémunérations est globalement satisfaisant, le véritable problème étant que les modalités de rémunération ne permettent pas d'établir de distinction entre les praticiens hospitaliers en fonction de leurs mérites – i.e. de la quantité du travail qu'ils réalisent – ou des sacrifices auxquels ils ont consenti. Par ailleurs, selon l'Union des chirurgiens de France, le niveau des rémunérations des chirurgiens hospitaliers équivaldrait celui de leurs confrères du privé (cf. encadré n° 1).

[http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER\\_DOCCHIR/DOC\\_04\\_08\\_06\\_PH.htm](http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_06_PH.htm)

## Encadré : Revenus du public et revenus du privé, quelles différences ?

### Chirurgiens de France

« (...) [La] différence de revenus entre chirurgiens du public et chirurgiens du privé est-elle une réalité ou un fantasme ? Souvent cité par les syndicats hospitaliers, et largement repris par les médias, à quoi correspond le chiffre de salaire de 45 000 € annuels pour les chirurgiens hospitaliers ?

On trouvera ci-dessous la grille des salaires des praticiens hospitaliers pour l'année 2004. Il s'agit des chiffres bruts auxquels il faut retrancher 17 % de charges.

Un praticien hospitalier premier échelon gagne de façon annuelle :

- $3875,40 \text{ €} \times 12 = 46\,500 \text{ €}$  brut soit environ **38 600 € net**, hors garde, et sans activité libérale à l'intérieur de l'hôpital, ce qui est autorisée pour une partie du temps des praticiens.

**Les chirurgiens, pour la plupart anciens assistants des CHU, démarrent leur carrière à l'échelon quatre, ce qui correspond à un salaire de démarrage de :**

- $4\,138,50 \text{ €} \times 12 = 49\,662 \text{ €}$  brut soit environ **41 220 € net**, toujours hors garde, et sans activité libérale.

Si le chirurgien ne fait aucune activité libérale, il perçoit en plus une indemnité compensatrice dite "d'engagement de service hospitalier exclusif" de 462,85 € par mois ce qui correspond à :

$462,85 \text{ €} \times 12 = 5\,554,20 \text{ €}$  brut, soit **4 610 € net**.

On voit donc que le minimum que peut gagner un chirurgien hospitalier est de :  $41\,220 + 4\,610 = \mathbf{45\,830 \text{ €}}$ . Mais ce salaire est théorique : il correspond à celui d'un chirurgien débutant, qui ne ferait aucune activité libérale et ne prendrait aucune garde. (Ce qui est en réalité hautement improbable, les chirurgiens débutants faisant plus de gardes que les autres)

Peut-on estimer les revenus moyens d'un chirurgien hospitalier ?

Si on considère qu'un chirurgien a terminé sa formation vers l'âge de 32 ans, on peut considérer qu'il est à mi-parcours professionnel au bout de 15 ans.

Ayant démarré à l'échelon 4, après quinze ans et selon la grille, le chirurgien sera à l'échelon 11 ce qui correspond à un salaire de :

$5\,927,62 \text{ €} \times 12 = \mathbf{71\,131,44 \text{ €}}$  soit environ **59 000 € net**, toujours hors garde, et sans activité libérale. S'y ajoute au moins l'indemnité d'engagement de service hospitalier exclusif de **4 610 € soit au total d'un minimum de : 63 610 €**.

Si le chirurgien a une part d'activité libérale, il ne perçoit pas bien sûr l'indemnité compensatrice, mais par contre les revenus de son activité libérale s'ajoutent à ses revenus de salarié. S'y ajoutent aussi quasi systématiquement le revenu des gardes ou astreintes, ceci faisant partie intégrante du métier de chirurgien.

**Au total, on obtient une moyenne tout à fait comparable à celle des chirurgiens libéraux, dont on trouvera les revenus ci-dessous.** S'y ajoutent un certain nombre d'avantages moins quantifiables : pas de soucis de gestion, un établissement plus pérenne, une prise en charge de la formation continue, une couverture sociale et une retraite de bien meilleure qualité. »

Sources : site de l'Union des chirurgiens de France

[http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER\\_DOCCHIR/DOC\\_04\\_08\\_06\\_PH.htm](http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_06_PH.htm)

Si l'on compare cette estimation des émoluments d'un chirurgien hospitalier à mi-carrière avec celle des chirurgiens libéraux qui apparaissent dans le précédent tableau, il semble qu'il faille contredire les propos conclusifs figurant dans cet encadré : les émoluments des chirurgiens hospitaliers paraissent assez nettement inférieurs au montant des rémunérations de

leurs confrères libéraux – et ce, de façon très marquée, si l'on établit la comparaison avec les chirurgiens du secteur 2<sup>62</sup>.

***L'évolution des revenus et du pouvoir d'achat des chirurgiens libéraux : une baisse au cours des années 1990, puis une hausse au début des années 2000***

**Tableau 15 : Evolution entre 1993 et 1999 des éléments entrant dans le calcul du revenu (net) libéral moyen des médecins et pouvoir d'achat (en % annuel)\***

	activité globale	tarif	dépassements	montant moyen des charges	taux de croissance du revenu par tête	revenu par tête en euros en 1999	pouvoir d'achat
Omnipraticiens	0,7	1,9	- 0,1	3,6	0,8	50 000	- 0,5
Anesthésistes	2,4	0,6	9,4	5,8	1,9	<u>113 800</u>	0,6
Cardiologues**	.	.	- 0,3	3,1	2	80 600	0,7
Chirurgiens	1,6	0,5	<u>6,5</u>	3,1	0,8	<u>92 100</u>	<u>- 0,5</u>
Dermatologues	1,3	0,9	3	3,3	- 0,1	51 600	- 1,4
Gastro-entérologues	1,3	0,4	3,5	2,2	0,4	68 700	- 0,9
Gynécologues	0,4	1	3,5	3,3	1,1	61 200	- 0,2
Ophthalmologues	2,1	0,8	5	4,6	2,5	83 200	1,2
ORL	- 0,1	0,6	3,1	3	0	64 700	- 1,3
Pédiatres	- 0,1	1,1	1,9	4,1	0,3	44 500	- 1
Pneumologues	2,1	0,5	1,4	2,8	1,2	53 200	- 0,1
Psychiatres	0,9	2,1	4,7	4,3	1,5	45 900	0,2
Radiologues	3,1	0,2	1,7	0,9	4	<u>149 700</u>	2,7
Rhumatologues	0,7	1	2,7	3	1	53 100	- 0,3
Stomatologues	- 0,1	0,6	- 1,5	2,6	0,7	76 000	- 0,6

Sources : Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 157, février 2002, (p. 2 et 3). Extraits.

\* Sont concernés ici l'ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

\*\* Il est impossible de distinguer chez les cardiologues activité globale et tarif (en raison d'un changement de nomenclature).

<sup>62</sup> De plus, la C.A.R.M.F. ne distinguant pas les libéraux « purs » des praticiens à activité mixte, les chiffres présentés dans le précédent tableau sont donc nécessairement minorés. En 2004, le revenu libéral moyen des chirurgiens est de 115 520 euros ; cf. Nadine Legendre, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 » D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 457, janvier 2006, (p. 3).

Si l'on s'en tient à ces premières observations, il apparaît que les revenus libéraux des chirurgiens placent ces derniers dans le trio de tête des praticiens les mieux rémunérés. Cependant, l'écart avec les deux premiers (les radiologues, puis les anesthésistes) est tout de même très marqué. De plus, il s'avère que le revenu réel – ou pouvoir d'achat – des chirurgiens libéraux a baissé en moyenne de 0,5 % par an de 1993 à 1999, alors que le pouvoir d'achat des anesthésistes, des cardiologues, des ophtalmologues et, surtout, des radiologues a, lui, augmenté.

Dans son étude des revenus libéraux des médecins, Sophie Audric note également que : « *L'importance des dépassements dans les honoraires des chirurgiens a augmenté de près de quatre points entre 1993 et 1999 alors qu'elle diminuait légèrement pour l'ensemble des médecins. Ce poids élevé des dépassements pour tous les chirurgiens s'explique surtout par leur niveau élevé (37,2 € en 1999) qui atteint près du triple du dépassement moyen pratiqué par l'ensemble des médecins* »<sup>63</sup>. Il est important de souligner qu'au cours de cette période, les dépassements d'honoraires des chirurgiens – autorisé pour ceux appartenant au secteur 2 – (de surcroît associé à une hausse de l'activité) ne leur ont pas permis de connaître une augmentation de leur pouvoir d'achat<sup>64</sup>.

En 2004, les chirurgiens se placent encore une fois en troisième position des revenus les plus élevés derrière les radiologues et les anesthésistes, comme le montre le tableau suivant.

---

<sup>63</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », *op. cit.*, (p. 5).

<sup>64</sup> Si l'on prête attention aux revenus des « actifs à part entière », on remarque que les revenus annuels moyens des chirurgiens les placent toujours dans le trio des trois disciplines les mieux rémunérées (avec la radiologie et les anesthésistes). Ils occupent toujours la troisième position, mais cette fois, se placent beaucoup plus près des anesthésistes. S'intéresser aux « médecins actifs à part entière » constitue une deuxième approche qui « *exclut les médecins qui viennent de s'installer ou qui cessent leur activité en cours d'année, les praticiens hospitaliers à temps plein dont l'activité libérale à l'hôpital ne procure qu'un revenu d'appoint, les médecins non conventionnés et ceux âgés de plus de 64 ans* ». Voir Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », *op. cit.*, (p. 8). Selon cette seconde perspective d'analyse, les chirurgiens connaissent également une baisse de leur pouvoir d'achat de l'ordre de 0,5 % par an sur la période étudiée. Une fois encore, le niveau de revenu libéral des chirurgiens demeure parmi les plus élevés, sans être toutefois le plus élevé. Pour 1999-2000, le pouvoir d'achat des chirurgiens libéraux « actifs à part entière » a baissé de 0,6 %. Cf. Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 200, novembre 2002, (p. 2).

**Tableau 16 : Revenu libéral des spécialistes en 2004**

	Revenu libéral en 2004 (en euros)
Anesthésistes	<u>150 177</u>
Cardiologues	103 960
Chirurgiens	<u>115 520</u>
Dermatologues	60 581
Gastro-entérologues	90 239
Gynécologues	78 832
Omnipraticiens	63 666
Ophthalmologues	111 252
ORL	79 698
Pédiatres	63 056
Pneumologues	68 062
Psychiatres	57 207
Radiologues	<u>196 126</u>
Rhumatologues	68 062
Stomatologues	102 346

Sources : Nadine Legendre, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 » D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 457, janvier 2006, (p. 3).

En 2000, le revenu réel des chirurgiens est resté identique à celui de 1999. Si le pouvoir d'achat du revenu libéral moyen des chirurgiens a baissé de 0,2 % en moyenne par an entre 1993 et 2000<sup>65</sup>, entre 2000 et 2001, le taux de croissance du revenu réel par tête a augmenté de 1,8 %<sup>66</sup> ; et, entre 2000 et 2004, le taux de croissance annuel moyen du pouvoir d'achat est égal à celui de l'ensemble des spécialistes : 3,1 %<sup>67</sup>. Nadine Legendre note que « les revenus réels des chirurgiens, qui ont bénéficié simultanément, en 2004, d'une évolution favorable des tarifs, de l'activité et des dépassements, ont nettement plus augmenté qu'en 2003 »<sup>68</sup>.

En résumé, après avoir baissé au cours des années 1990, le pouvoir d'achat des chirurgiens libéraux a connu une hausse au cours de la première moitié des années 2000.

<sup>65</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », *op. cit.*, (p. 3).

<sup>66</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002 », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 284, janvier 2004, (p. 3).

<sup>67</sup> Nadine Legendre, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *op. cit.*, (p. 4).

<sup>68</sup> *Ibid.*, (p. 10).

### ***L'augmentation des charges***

Au cours des années 1990, les charges professionnelles des chirurgiens libéraux augmentent<sup>69</sup>. Entre 1993 et 1999, le montant des charges par chirurgien a crû de 3,1 % par an alors que cette proportion s'élève à 2,9 % pour l'ensemble des médecins spécialistes<sup>70</sup>. En 1993, la part des charges dans le montant des honoraires s'élève à 42,5 % – cette part équivalant à 50,8 % pour l'ensemble des médecins spécialistes<sup>71</sup>. Entre 2000 et 2001, le montant des charges par chirurgien a crû de 5,1 % – contre 3,7 % pour l'ensemble des spécialistes<sup>72</sup> – et, de 2000 à 2003, la part des charges dans le montant des honoraires est relativement stable et s'élève à environ 46,5 %<sup>73</sup> ; valeur presque identique à celle valable pour l'ensemble des médecins étudiés.

### ***La hausse du montant des cotisations pour les assurances***

A l'augmentation des charges et à la baisse du pouvoir d'achat au cours des années 1990, s'ajoute la hausse des cotisations concernant la responsabilité civile professionnelle. En toile de fond, c'est le problème de la judiciarisation de l'activité qui apparaît : les assurances se montrent plus que prudentes face à l'éventualité d'avoir à assumer le coût d'une condamnation pécuniaire de leur client. Le problème est que la hausse du pouvoir d'achat et la stabilisation de la part des charges ne compensent pas la hausse des cotisations. A cet égard, le problème se pose avec acuité pour les chirurgiens du secteur 1 – qui ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires et qui ne peuvent donc pas compenser, ne serait-ce qu'en partie, la forte hausse de la cotisation pour les assurances<sup>74</sup> ; de plus, le montant des actes n'a pas beaucoup évolué au cours des années 1990<sup>75</sup>.

---

<sup>69</sup> Les charges « sont composées des cotisations sociales personnelles, des frais de personnel, des loyers, de l'achat de matériel chirurgical souvent à la charge du chirurgien, de la redevance aux cliniques, des impôts et taxes sur l'activité (TVA, taxe professionnelle, CSG, CRDS...) ». Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, *op. cit.*, (p. 14).

<sup>70</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », *op. cit.*, (p. 2).

<sup>71</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », *op. cit.*, (p. 6).

<sup>72</sup> Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002 », *op. cit.*, (p. 3).

<sup>73</sup> Nadine Legendre, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *op. cit.*, (p. 8).

<sup>74</sup> Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, *op. cit.*, (p. 16 et 28).

<sup>75</sup> Au cours des années 1993 à 2000, les tarifs des chirurgiens font partie de ceux qui ont le plus faiblement augmenté ; ils n'ont crû que de 0,4 % par an en moyenne ; cf. Sophie Audric, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », *op. cit.*, (p. 4).

Les principales raisons de l'insatisfaction des chirurgiens (libéraux) concernant leur rémunération sont l'absence de revalorisation de leurs tarifs au cours des années 1990 et la baisse de leur pouvoir d'achat. Il semble que ce problème se situe également au niveau symbolique : la profession reine de la médecine n'est plus celle qui procure les revenus les plus importants à ses membres. A cet égard, les sacrifices consentis par les chirurgiens pour exercer le mieux possible leur activité (nombre d'heures de travail très élevé, gardes, astreintes, disponibilité à l'égard des malades, etc.) et les enjeux de leurs interventions (amélioration notable de la qualité de vie du patient, enjeu vital, complications, etc.) sont également avancés par certains praticiens pour protester contre la baisse du pouvoir d'achat ; s'il est difficile de trouver un mode de calcul logique permettant d'estimer le montant des rémunérations reflétant le niveau des sacrifices, de qualité, ainsi que des enjeux de l'activité chirurgicale, absolument rien ne semble justifier une baisse de leur pouvoir d'achat. Il apparaît que ce que les chirurgiens ont attendu, à travers des revendications d'ordre économique, soit aussi un supplément de reconnaissance sociale.

La reconnaissance du mérite est parfois avancée pour expliquer l'orientation vers le secteur libéral :

« Docteur François Hacquin, 56 ans, chirurgien général à la clinique Santa Maria et à la clinique Saint-Georges à Nice - En 2002 : 115 000 euros

Ce spécialiste de chirurgie générale a progressivement évolué dans son exercice, d'abord vers la gynécologie médicale et l'obstétrique, et actuellement il ajoute une corde à son arc en pratiquant la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Une discipline rémunératrice. « *La qualité des consultations n'est pas identique en fonction du médecin, donc les honoraires n'ont pas à l'être*, insiste le chirurgien, qui considère que le milieu de la santé est aussi un marché où la concurrence s'exprime. *Je suis contre cette volonté d'égalitarisme en médecine. Si certains ont choisi le service public, tant mieux pour eux, mais ce n'est pas une raison pour vouloir niveler le montant des honoraires par le bas.* »

Sources : [http://www.lepoint.fr/special\\_salaires2004/document.html?did=141353](http://www.lepoint.fr/special_salaires2004/document.html?did=141353)

Outre la perspective lucrative, de tels propos reflètent bien l'idée qu'une équivalence qualitative des prestations chirurgicales paraît à certains plutôt illusoire. De façon générale, le niveau des rémunérations est irréductible au pouvoir d'achat dans un univers social où l'élitisme ou l'excellence constitue une valeur cardinale, excellence dont les modalités de reconnaissance demeurent au principe de la différenciation et de la hiérarchisation des praticiens au cours de leur carrière.

## 5. Le choix des internes au concours de l'internat et aux épreuves classantes nationales

Il est aujourd'hui fréquemment admis parmi les médecins et les chirurgiens que les étudiants en médecine ayant réussi le concours de l'internat délaissent la chirurgie au profit d'autres disciplines ; il y aurait une véritable « crise des vocations ». L'objectif de cette partie de notre analyse est de tenter d'objectiver ce phénomène (supposé) de désaffection pour la chirurgie à partir de données chiffrées fiables. Pour ce faire, nous allons examiner, dans un premier temps, les résultats concernant le classement du premier et du dernier lauréat de la région Ile-de-France ayant choisi chirurgie au cours de la période récente.

**Tableau 17 : Classement au concours de l'internat du premier et du dernier lauréat ayant choisi chirurgie en Ile-de-France de 1995 à 2005<sup>76</sup>**

Année du concours	Rang du premier ayant choisi chirurgie	Rang du dernier reçu en chirurgie
1995	8 <sup>ème</sup>	506
1996	6 <sup>ème</sup>	511
1997	7 <sup>ème</sup>	427
1998	5 <sup>ème</sup>	456
1999	3 <sup>ème</sup>	412
2000	5 <sup>ème</sup>	358
2001	26 <sup>ème</sup>	559
2002	14 <sup>ème</sup>	428
2003	14 <sup>ème</sup>	399
2004	1 <sup>er</sup>	53
2004 ECN	11 <sup>ème</sup>	1005
2005 ECN	4 <sup>ème</sup>	1426

Sources : document interne du Service du personnel médical de la Direction de la politique médicale de l'A.P.-H.P.

<sup>76</sup> L'interprétation des résultats de ce tableau se heurte à différents problèmes. Ces problèmes sont liés à la transformation du concours de l'internat qui est devenu, en 2004, « Epreuves classantes nationales ». Pour l'année 2004, les deux concours ont eu lieu, ce qui rend difficile l'appréciation des résultats. Le concours de l'internat était subdivisé en deux zones géographiques, la « zone nord » et la « zone sud » ; avec la mise en place des épreuves classantes nationales, le concours s'étend à la France entière et, partant, le classement doit être rapporté à environ deux fois plus d'individus. Par ailleurs, si les résultats auxquels nous nous intéressons ici ne concernent que la région parisienne, ils demeurent néanmoins assez emblématiques des changements qui touchent la chirurgie. Les facultés de médecine parisiennes sont, en effet, celles qui sont réputées le mieux préparer à l'internat et regroupent, pour une part, l'élite des étudiants français. A cet égard, il apparaît que la relative désaffection pour la chirurgie concerne directement cette élite – nous reviendrons sur cette idée au cours de l'analyse – ; en tout cas, c'est très souvent en fonction de ce changement de comportements que les chirurgiens en exercice (ou encore d'autres professionnels du champ médical, qu'ils soient praticiens ou administratifs) en déduisent une « crise des vocations » pour l'activité chirurgicale ou une « crise de la chirurgie ». Il paraît donc pertinent, dans un premier temps, de se focaliser sur le concours de l'internat (ou sur les E.C.N.) se déroulant au sein de la région parisienne, afin de prendre finement la mesure des changements qui s'y produisent. Ensuite, il importe de s'intéresser aux choix de tous les internes (pour toutes les disciplines) à partir de tranches d'individus classés, la position du premier et du dernier ayant choisi chirurgie ne constituant qu'un indicateur relativement grossier des orientations suivies par l'ensemble des candidats reçus.

Ces résultats d'ensemble montrent, d'une part, que le premier qui choisit chirurgie est toujours bien, voire très bien classé au concours de l'internat. Cependant, un léger (et momentané) « décrochage » est observable à partir de 2001 : le premier ayant choisi chirurgie passe du 5<sup>ème</sup> rang au 26<sup>ème</sup> rang, puis se classe au-delà des 10 premiers au cours des deux années suivantes. Les rangs du dernier reçu en chirurgie connaissent des fluctuations et laissent apparaître une amplitude relativement faible. Par ailleurs, les résultats aux E.C.N. de 2004 et de 2005 semblent peut-être présager d'une sorte de « retour à la normale » ; en 2005, le premier ayant choisi chirurgie se classe au 4<sup>ème</sup> rang des épreuves classantes nationales.

Nous pouvons faire l'hypothèse que la publicisation des problèmes liés à l'activité chirurgicale, via différentes formes de médiatisation – au sein, mais aussi à l'extérieur du champ chirurgical et, plus largement, médical –, à partir de la fin des années 1990 et du début des 2000, a eu des répercussions sur les choix de l'élite des internes. Toutefois, un tel phénomène ne semble pas avoir réellement bouleversé l'ensemble de ces choix (*cf.* le « décrochage » évoqué plus haut), les futurs chirurgiens étant ensuite toujours très bien classés au concours et tous les postes de chirurgie ayant été pourvus (théoriquement)<sup>77</sup> à l'issue du concours<sup>78</sup>.

L'étude, réalisée par Anne Billaut, des affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales permet d'approfondir notre analyse. Cette étude montre que les spécialités médicales constituent la « discipline la plus prisée »<sup>79</sup>. Viennent ensuite immédiatement les spécialités chirurgicales : « la discipline regroupant les spécialités médicales pourvoit la moitié de ses postes dès le 703<sup>ème</sup> candidat et les trois quarts dès le 1 243<sup>ème</sup> candidat. Elle est suivie par la discipline regroupant les spécialités chirurgicales dont 50 % des postes sont pourvus dès le 1 094<sup>ème</sup> candidat et les trois quarts dès le 1 739<sup>ème</sup> »<sup>80</sup>. Par ailleurs, si la chirurgie n'occupe pas la première place dans les choix et les affectations des étudiants en médecine, tous ses postes sont pourvus

---

<sup>77</sup> Nous verrons plus loin que tous les postes choisis ne sont pas nécessairement pourvus immédiatement dans les faits.

<sup>78</sup> Plus précisément, nous faisons ici l'hypothèse que la publicisation et la médiatisation des problèmes de recrutement des chirurgiens – fréquemment présentés (à tort, selon nous) sous l'angle d'une « crise des vocations » – a conduit à une modification des orientations des tout premiers reçus à l'internat. Cette hypothèse doit être affinée et demande, bien entendu, à être validée ou invalidée. Pour ce faire, il paraît pertinent de réaliser une enquête auprès des praticiens qui, au début des années 2000, ont réussi le concours de l'internat, afin de comprendre quelles étaient les représentations associées à la chirurgie dans l'esprit des jeunes internes.

<sup>79</sup> Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (E.C.N.) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 5). Pour une analyse plus détaillée, voir Anne Billaut, *Caractéristiques et résultats des Epreuves classantes nationales de médecine 2004*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série Etudes, n° 52, octobre 2005.

<sup>80</sup> Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (E.C.N.) », *op. cit.*, (p. 5).

(n = 380). Ainsi, la chirurgie est loin de connaître la situation de la médecine générale dont un tiers des postes offerts – soit 609 postes – ne sont pas pourvus. Dans une moindre mesure, la médecine du travail, la médecine de la santé publique, la psychiatrie ne parviennent pas à pourvoir tous les postes mis au concours – avec respectivement 8,2 %, 6,7 % et 0,5 % de postes non pourvus par rapport au nombre de postes ouverts. Ainsi, au regard des résultats des E.C.N. de 2004, le déclassement de la chirurgie doit donc absolument être qualifié de *relatif*.

L'analyse des choix n° 1 – dans la liste des vœux émis par les candidats classés aux E.C.N. – montre que les spécialités médicales l'emportent avec 32,1 % des vœux, alors que les spécialités chirurgicales ne représentent que 13,5 % des choix n° 1. Cette différence de proportion témoigne également de la préférence accordée aux spécialités médicales : alors que le nombre de postes mis au concours est le double (n = 760) de celle des spécialités chirurgicales (n = 380), la proportion des choix n° 1 pour les spécialités médicales représente plus du double de ceux en faveur des spécialités chirurgicales (rapport de 2,4)<sup>81</sup>. Anne Billaut note que « *l'attraction de la discipline des spécialités médicales est particulièrement forte. Alors qu'elle propose 19 % des postes ouverts, elle est choisie par plus de la moitié des 350 premiers candidats et par plus de 40 % des 750 premiers (...) Pour des disciplines comme les spécialités chirurgicales, la pédiatrie, ou encore l'anesthésie-réanimation, l'afflux des étudiants dès les premières places est moins marqué, et les choix se répartissent plus dans la première moitié du classement et également au-delà (...)* »<sup>82</sup>.

En résumé, ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats aux E.C.N. choisissent tendanciellement les spécialités médicales, puis les spécialités chirurgicales. Les premières attirent proportionnellement davantage les personnes les mieux classées aux E.C.N.. Au seul vu des choix des étudiants aux E.C.N., il ne semble pas y avoir de « crise des vocations », mais plutôt une *perte relative de prestige*, l'élite étudiante ne choisissant plus prioritairement chirurgie et se tournant désormais, préférentiellement, vers les spécialités médicales. Cette perte de prestige est relative, car la chirurgie occupe encore une position de second rang.

Nous apporterons, au cours de la première et de la deuxième grande partie de notre analyse, des éléments permettant d'expliquer ce changement d'attitude de la part de l'élite de l'internat.

---

<sup>81</sup> Cf. Anne Billaut, *Caractéristiques et résultats des Epreuves classantes nationales de médecine 2004*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série Etudes, n° 52, octobre 2005, (p. 27).

<sup>82</sup> *Ibid.*, (p. 32).

## ***Taux d'inadéquation par discipline chirurgicale et stratégies de réorientation des internes***

Si l'on observe de façon plus détaillée les parcours réalisés au cours de la période récente par les praticiens durant leur internat, il semblerait que certaines disciplines chirurgicales soient plus prisées que d'autres. Pour tenter d'appréhender les stratégies de spécialisation, voire de changement d'orientation au cours de l'internat, il paraît pertinent de s'intéresser à l'évolution du taux d'inadéquation pour chaque discipline chirurgicale ; le taux d'inadéquation est la proportion que représente le nombre de postes non pourvus par rapport au nombre de postes offerts aux internes. Selon le rapport du groupe de travail de la commission médicale d'établissement du 12 septembre 2000 de l'A.P.-H.P., « *les internes et les résidents souhaitent une inadéquation importante de l'ordre de 10 % afin d'avoir un choix plus large, le ministère et les hôpitaux souhaitent une inadéquation faible pour mieux réguler le choix entre disciplines et services : une inadéquation forte amplifie les écarts entre les disciplines et les services au profit des plus attractifs* »<sup>83</sup>. Cette « inadéquation » consiste, pour le dire simplement, à ouvrir plus de postes qu'il n'y a d'individus afin d'offrir une gamme de choix plus large aux internes au cours de leur cursus. Ces postes sont ouverts dans des services de spécialité (chirurgie viscérale, orthopédique, etc.) et sont pourvus en fonction du rang de classement à l'internat et de l'ancienneté du jeune praticien.

Pour valider son diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) en chirurgie générale, l'interne doit réaliser en tout 10 semestres en chirurgie. La préparation du D.E.S. de chirurgie générale constitue la voie qui ouvre à celle des diplômes d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) en chirurgie de la face et du cou, en chirurgie infantile, en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, en chirurgie orthopédique et traumatologie, en chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique, en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, en chirurgie urologique, en chirurgie vasculaire, et, enfin, en chirurgie viscérale et digestive<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup> Cf. (p. 14). Les auteurs poursuivent en précisant que « *des circulaires ministérielles préconisent une inadéquation inférieure à 5 %, ce que la DRASS d'Ile-de-France n'a jamais fait respecter (à la différence de la DRASS d'Aquitaine, par exemple)* ». Pour quelques éléments factuels et quelques pistes d'analyse concernant les logiques de formation des internes, voir Jean-Daniel Gatignol, Emmanuel Pitsilis, *L'interne en chirurgie à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris : Chronique d'une crise annoncée*, mémoire de l'Ecole des Mines de Paris, option Gestion scientifique, juin 1993, (p. 11 et s.). Pour une illustration relativement récente des mobilisations des étudiants en médecine face à la répartition des postes d'internes, voir Sandrine Blanchard, « Critiques autour de la répartition des postes d'internes en médecine », *Le Monde*, 25 février 2005.

<sup>84</sup> La formation à d'autres disciplines très proches de la chirurgie, comme la gynécologie obstétrique, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie cervico-faciale, s'effectue par le biais d'un D.E.S. ; on dit de ces disciplines qu'elles sont « filiarisées ».

Pour valider le diplôme d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.), le jeune praticien doit avoir réalisé au moins 6 semestres dans la spécialité choisie, dont 4 au moins au cours de l'internat et deux ensuite en tant que chef de clinique-assistant des hôpitaux ou assistant des hôpitaux<sup>85</sup>.

Comme nous allons le voir, la marge de manœuvre offerte aux internes à l'issue de chaque semestre peut leur permettre, parfois, d'adopter une nouvelle perspective de carrière en changeant de spécialité chirurgicale.

**Tableau 18 : Proportion de postes pourvus par rapport au nombre de postes offerts en Ile-de-France (A.P.-H.P. et hors A.P.-H.P.) et taux d'inadéquation annuel global**

	Novembre 1996			Novembre 2001			Novembre 2002			Novembre 2003			Mai 2005		
	Offerts (O)	Pourvus (P)		O	P		O	P		O	P		O	P	
chir. générale	45	40	89 %	20	19	95 %	18	10	56 %	18	10	56 %	20	13	65 %
chir. infantile	26	19	73 %	16	13	81 %	15	11	73 %	16	11	69 %	18	15	83 %
chir. max. fac.	25	17	68 %	15	15	100 %	15	13	87 %	15	15	100 %	16	14	88 %
chir. orthop.	73	69	95 %	61	57	94 %	62	52	84 %	61	51	84 %	61	57	94 %
chir. plast.	15	15	100 %	11	11	100 %	12	12	100 %	12	12	100 %	12	12	100 %
chir. thor.card.	22	15	68 %	17	11	65 %	16	8	50 %	15	10	67 %	17	13	77 %
chir. uro.	29	21	72 %	16	14	88 %	17	15	88 %	16	15	94 %	19	19	100 %
chir. vasc.	19	17	90 %	13	13	100 %	13	11	85 %	13	8	62 %	14	13	93 %
chir. viscérale	120	110	92 %	94	79	84 %	95	83	87 %	95	75	79 %	97	92	95 %
Gynéco. obs.	80	62	78 %	82	74	90 %	100	95	95 %	128	112	88 %	146	112	77 %
neurochir.	11	9	82 %	10	8	80 %	9	7	78 %	9	9	100 %	10	9	90 %
ophtalmo.	69	69	100 %	49	49	100 %	49	49	100 %	49	49	100 %	49	49	100 %
O.R.L.	60	60	100 %	40	40	100 %	41	38	93 %	36	36	100 %	38	26	68 %
Total et taux d'inadéquation	594	523	12 %	444	403	9 %	462	404	13 %	483	413	15 %	517	444	14 %

Sources : document interne du Service du personnel médical de la Direction de la politique médicale de l'A.P.-H.P..

Les orientations que l'on observe dans ce tableau témoignent *a minima* de l'attractivité de certaines disciplines chirurgicales (cette attractivité se mesure à la faiblesse du taux d'inadéquation ou, plus précisément ici, à l'importance de la proportion de postes pourvus par

<sup>85</sup> Par exemple, pour le D.E.S.C. de chirurgie plastique, « la répartition des 10 semestres d'internat est la suivante : 8 semestres dans des services agréés pour l'un des DES ou des DESC de la spécialité chirurgicale, dont 1 semestre au moins dans les services agréés pour le DES de chirurgie générale, mention chirurgie osseuse, et 1 semestre au moins dans les services agréés pour le DES de chirurgie générale, mention chirurgie viscérale. 2 semestres choisis librement ». Cf. « Le D.E.S.C. de chirurgie plastique après le décret du 16 janvier 2004 « nouveau régime » », [http://www.desc-afs.info/DESC\\_nouveau.htm](http://www.desc-afs.info/DESC_nouveau.htm).

rapport au nombre de postes offerts). Au-delà de ce premier constat, il est sûr que ces orientations dissimulent des réorientations par rapport au choix disciplinaire initial – même si, bien entendu, toutes les orientations vers les disciplines les plus attractives ne sont pas concernées. Nous pouvons faire l’hypothèse que l’ophtalmologie et, dans une moindre mesure, la chirurgie plastique sont très prisées dans le cadre de ces réorientations et absorbent des internes qui, au départ – stratégiquement ou non – s’étaient orientés vers une autre discipline chirurgicale. Néanmoins, les résultats dont nous disposons pour l’instant nous autorisent seulement à formuler des hypothèses<sup>86</sup>.

## 6. Origine sociale et répartition sexuée des chirurgiens

D’un point de vue général, le recrutement social des étudiants en médecine s’effectue à un rang plus élevé que la moyenne des étudiants des autres disciplines universitaires. En 1994-1995, les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle inscrits en chirurgie étaient, pour environ 45 % d’entre eux, issus du milieu des cadres supérieurs ou des professions libérales. Avec l’oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la dermatologie et la rhumatologie, la chirurgie figure parmi les professions médicales dont le recrutement social est le plus élevé<sup>87</sup>. Il faut regretter, en revanche, l’absence de données plus détaillées concernant l’origine sociale des chirurgiens selon leur spécialité ; il serait intéressant également de mesurer l’importance des « dynasties » de chirurgiens depuis une trentaine d’années, afin de voir notamment si l’hérédité professionnelle a évolué en fonction des bouleversements des conditions d’activité de la chirurgie<sup>88</sup>. Comme nous le verrons plus loin au cours de notre analyse, l’origine sociale des chirurgiens est une caractéristique sociodémographique qu’il faut impérativement prendre

---

<sup>86</sup> A cet égard, il serait particulièrement intéressant de mener une enquête statistique à partir des données détenues par l’A.P.-H.P. afin d’estimer le nombre de chirurgiens spécialisés qui se sont réorientés au cours de leur internat – avec ou sans droit au remords – et d’observer quelles sont les disciplines les plus prisées pour réaliser cette réorientation. Nous pouvons faire l’hypothèse que les disciplines chirurgicales qui sont le plus exercées sur le mode libéral (*cf. supra*) et qui figurent parmi les plus rémunératrices (*cf. supra*) s’avèrent être les plus attractives.

<sup>87</sup> Cependant, la dispersion de cette proportion parmi les étudiants des différentes spécialités médicales n’est pas très élevée. A titre de comparaison, les proportions les plus basses sont celles de l’anesthésie-réanimation (environ 39 %) et de l’ophtalmologie (environ 40 %). Voir Marie Jaisson, « 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 2002, (p. 48). Selon Pascale Breuil-Genier et Daniel Sicart, 47 % des médecins salariés hospitaliers et 51 % des médecins libéraux généralistes ont un père cadre supérieur ; *cf.* « L’origine sociale des professionnels de santé », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 496, juin 2006, (p. 3).

<sup>88</sup> Développer une telle perspective d’analyse démographique nécessiterait de réaliser une enquête par questionnaire auprès de plusieurs centaines de chirurgiens et, ensuite, un traitement statistique des données recueillies. Il nous est impossible de mener une analyse quantitative de cette envergure dans le cadre de la présente étude.

en considération lorsque l'on souhaite étudier la vocation – ou l'absence de vocation pour l'activité<sup>89</sup>.

### ***La très difficile féminisation des chirurgiens***

La féminisation du corps médical accompagne celle du marché du travail<sup>90</sup>. En revanche, la féminisation de la chirurgie ne semble se réaliser que très difficilement. Marie Jaisson montre que « *Les différences du sex-ratio par spécialités sont très nettes. Une des spécialités les plus féminisées, la pédiatrie, était représentée, en 1994-1995, par 74 % de femmes et, en 1997-1998, par 79 %. A l'opposé, on trouve la cardiologie ou encore la chirurgie : la part des hommes se spécialisant en chirurgie*<sup>91</sup>, en 1994-1995, était de 83 % et, en 1997-1998, de 87 %. »<sup>92</sup>. Autrement dit, les femmes ne représentent environ que 13 % des chirurgiens en exercice au début des années 2000.

Certaines spécialités chirurgicales sont particulièrement sous féminisées ; ainsi, « *la proportion de femmes en chirurgie orthopédique et traumatologique se maintient à un niveau très faible de 2,9 % en France métropolitaine et de 4,8 % en Ile-de-France* »<sup>93</sup> ; nous reviendrons sur ce point. Au sein de l'A.P.-H.P., alors que les M.C.U.-P.H. regroupent des effectifs majoritairement féminins, les P.U.-P.H., qui représentent les postes les plus prestigieux, restent encore très largement sous féminisés<sup>94</sup>.

---

<sup>89</sup> Cf. *infra*.

<sup>90</sup> « *En 1965, on comptait 7 femmes pour 100 médecins des deux sexes ; la proportion s'élève à 21,5 % en 1979, à 30,2 % en 1989 et à 36,6 % en 1999* » ; Bui Dang Ha Doan, « L'évolution de la démographie des médecins de 1970 à 2000 » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (p. 276). En 2003, les femmes représentent 37 % des médecins et la population active française compte presque autant de femmes que d'hommes (46 % contre 54 %). Cette population féminine est constituée principalement de mères de famille occupant un emploi salarié du secteur tertiaire et se caractérise par des qualifications équivalant, voire surpassant celles des hommes. Si l'augmentation du niveau de diplôme des femmes constitue un des éléments moteurs de la féminisation du marché du travail, des inégalités professionnelles entre les sexes demeurent. L'analyse du travail féminin laisse apparaître, en effet, la forte concentration horizontale et verticale des emplois ; cf. Maruani Margaret, *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères », 2000. Selon l'I.N.S.E.E., « *le nombre de femmes (76 100 en 2002) augmenterait de 28 % pour atteindre 97 300 et représenter 52 % des médecins en activité en 2025* », I.N.S.E.E., *Tableaux de l'Économie Française - Édition 2005-2006*, [http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle\\_fiche.asp?ref\\_id=NATTEF06104&tab\\_id=105](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF06104&tab_id=105).

<sup>91</sup> La « chirurgie » ne comprend pas ici l'O.R.L. et l'ophtalmologie (ni la gynécologie).

<sup>92</sup> Marie Jaisson, « 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 2002, (p. 47).

<sup>93</sup> Silvia Pontone, « La démographie médicale. Le cas de la chirurgie orthopédique et traumatologique », document du département du personnel médical, Gestion et prospective, 25 novembre 2005, (p. 2).

<sup>94</sup> Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 22 et 25).

**Tableau 19 : Taux de féminisation des professions médicales au 1<sup>er</sup> janvier 2004**

Omnipraticiens	37,4 %
Spécialistes	37,9 %
Spécialités médicales	39,2 %
dont : Cardiologie	16,8 %
Pédiatrie	58,3 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	27,9 %
Spécialités chirurgicales	23 %
dont : Gynécologie obstétrique	37,3 %
Ophtalmologie	43,3 %
Biologie médicale	47,3 %
Psychiatrie	42,7 %
Santé publique et médecine du travail	67,8 %
Ensemble	37,7 %

Source : I.N.S.E.E., *Les tableaux de l'économie française (2005-2006)*.

Seulement 23 % des membres des spécialités chirurgicales sont des femmes ; si l'on soustrait les femmes gynécologues obstétriciennes et ophtalmologistes, cette proportion tombe à moins de 15 %. La chirurgie constitue ainsi la spécialité de l'univers médical la plus sous féminisée et fait figure, à ce titre, de véritable « bastion masculin »<sup>95</sup>.

Comment expliquer cette très faible féminisation de la chirurgie ?<sup>96</sup> Si, pendant longtemps, les femmes ont occupé principalement des emplois moins valorisés socialement que ceux des hommes, il apparaît que certaines professions supérieures réservées anciennement à ces derniers leur sont aujourd'hui ouvertes, comme la profession de magistrat<sup>97</sup>. Les différences entre les sexes observables sur le plan de la carrière professionnelle, qui participent d'une tendance générale et persistante à la « domination masculine »<sup>98</sup>, sont généralement expliquées par la place accordée aux femmes au sein des sociétés occidentales ; cette place se caractérise, tendanciellement, par les conceptions différenciées des rôles masculins et féminins au sein de la sphère familiale<sup>99</sup> et la moindre

<sup>95</sup> Margaret Maruani, Chantal Nicole, *Au labour des dames. Métiers masculins, emplois féminins*, Paris : Syros/Alternatives, 1989.

<sup>96</sup> Nous pourrions être tentés ici de comparer la chirurgie à la cardiologie et considérer que cette dernière est encore plus sous féminisée. Nous verrons, dans le tableau présentant les taux de féminisation des disciplines chirurgicales, que plusieurs de ces dernières affichent des proportions de femmes inférieures à celles de la cardiologie.

<sup>97</sup> Voir Anne Boigeol, « Les femmes et les cours. La difficile mise en œuvre de l'égalité des sexes dans l'accès à la magistrature », *Genèses*, n° 22, 1996 ; « La formation des magistrats : de l'apprentissage sur le tas à l'école professionnelle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 76/77, 1989. Voir également Catherine Marry, « Femmes ingénieurs : une (ir)résistible ascension ? », *Informations sur les sciences sociales*, n° 28, 1989.

<sup>98</sup> Cf. Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 84, 1990 ; *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.

<sup>99</sup> Aujourd'hui, hommes et femmes ne jouent pas, d'un point de vue général, les mêmes rôles au sein de la sphère familiale. Contrairement à certaines idées reçues, le partage des tâches domestiques entre hommes et femmes

valorisation de la réussite professionnelle des femmes<sup>100</sup>.

Aujourd'hui, les orientations professionnelles féminines sont marquées généralement par la volonté de réaliser un double projet, à la fois professionnel *et* familial<sup>101</sup>. La montée en puissance du salariat féminin s'explique, en effet, par la fixation continue des femmes dans l'activité qui traduit une transformation des comportements face à l'emploi : elles poursuivent désormais leur activité quelle que soit leur situation maritale et familiale. Cette évolution a pour conséquence de modifier le statut social des femmes pour qui le salariat est devenu synonyme d'autonomie professionnelle et familiale<sup>102</sup>.

La très forte implication que réclame l'exercice de la profession de chirurgien semble constituer un élément d'explication de la faible féminisation observée. Mener de front carrière professionnelle et « carrière familiale » semble difficilement réalisable<sup>103</sup>. Cependant, on pourra objecter que d'autres professions valorisées socialement – comme magistrat ou avocat – sont, elles aussi, très prenantes, et ne sont pas pour autant aussi sous féminisées que les disciplines chirurgicales.

---

demeure toujours largement inégalitaire. Voir, sur ce point, le dossier de Cécile Brousse intitulé « La répartition du travail domestique entre conjoints reste très largement spécialisée et inégale », I.N.S.E.E., *France, portrait social*, 1999-2000. Paris, 2000, (p. 135 et s).

<sup>100</sup> Ceci constitue, pour Alain Quemin, un des facteurs explicatifs de la domination que subissent les femmes au sein de la profession de commissaires-priseurs ; voir « Modalités féminines d'entrée et d'insertion dans une profession d'élites : le cas des femmes commissaires-priseurs », *Sociétés contemporaines*, n° 29, 1998. Après leur entrée dans la profession, il apparaît que les femmes manifestent dans l'ensemble un souci moins marqué que leurs confrères de s'élever au sein de la hiérarchie professionnelle – élévation entendue ici comme accroissement des ressources professionnelles ou comme avancée dans la carrière.

<sup>101</sup> Nicky Le Feuvre, Patricia Walters, « Egaies en droit ? La féminisation des professions juridiques en France et en Grande-Bretagne », *Sociétés contemporaines*, n° 16, 1993.

<sup>102</sup> Jacques Commaille, *Les stratégies des femmes. Travail famille politique*, Paris, La Découverte, 1993.

<sup>103</sup> Les officiers ministériels, à la fois agents publics et professionnels libéraux, rencontrent, toute proportion gardée, des difficultés similaires ; cf. sur ce point Alexandre Mathieu-Fritz, « La résistible intégration des femmes dans un univers professionnel masculin : les huissiers de justice », *Sociétés contemporaines*, n° 54, 2004.

**Tableau 20 : Taux de féminisation par discipline chirurgicale**

Disciplines chirurgicales	Proportion de femmes (en %)
Chirurgie générale	6,6
Chirurgie infantile	32,6
Chirurgie maxillo-faciale	27,8
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2,7
Chirurgie plastique et reconstructrice	18,5
Chirurgie thoracique et cardiaque	6,9
Chirurgie urologique	2,1
Chirurgie vasculaire	5,1
Chirurgie viscérale	12,3
Gynécologie obstétrique	36,2
Neurochirurgie	8,9
Ophtalmologie	43,3
Oto-rhino-laryngologie	16
Stomatologie	15,8
Ensemble	22,8

Sources : Daniel Sicart, *Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005*, DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 88, octobre 2005, (p. 25).

Si les spécialités chirurgicales sont toutes sous féminisées, elles ne le sont pas de la même façon. Ainsi, on peut distinguer tout un ensemble de disciplines chirurgicales très sous féminisées – *i.e.* qui comprennent moins de 10 % de femmes – : la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie thoracique et cardiaque, la chirurgie vasculaire et la neurochirurgie. Par ailleurs, on constate que l’ophtalmologie est une discipline qui attire les femmes beaucoup plus que les autres et que la gynécologie obstétrique, la chirurgie infantile et la chirurgie maxillo-faciale sont davantage féminisées. Le taux de féminisation de la gynécologie obstétrique et de la chirurgie infantile semble pouvoir s’expliquer par le fait que les domaines d’intervention de ces disciplines paraissent appartenir plus typiquement à l’univers féminin.

Nous allons maintenant tenter d’explorer cette perspective d’analyse en cherchant à mieux comprendre les facteurs explicatifs des choix réalisés par les femmes au cours de leur parcours de formation médicale.

Pour comprendre les orientations professionnelles des femmes, il faut également s’intéresser aux effectifs féminins des autres disciplines médicales, car ne pas faire chirurgie, c’est aussi embrasser une autre carrière médicale. Marie Jaisson montre, à cet égard, que l’analyse morphologique de l’univers médical révèle l’existence de deux pôles correspondant aux étudiants d’origine sociale élevée et où la différenciation des rôles en fonction du sexe est la plus significative : il y a, d’une part, un groupe « *tendanciellement masculin (chirurgie, cardiologie, ORL)* » et, d’autre part, un groupe « *féminin (pédiatrie, dermatologie,*

rhumatologie) »<sup>104</sup>. En 1994-1995, on trouve, parmi les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle, 82,8 % d'hommes en chirurgie, 78,5 % en cardiologie et 81,9 % en oto-rhino-laryngologie ; et les femmes sont représentées à hauteur de 73,8 % en pédiatrie, de 70 % en dermatologie et de 58,6 % en rhumatologie.

L'auteur propose une interprétation selon une perspective structuraliste reposant sur la distinction parties corporelles nobles/ parties corporelles ignobles. Si une telle démarche interprétative ne peut être totalement écartée, nous pensons que d'autres éléments doivent être apportés afin de fournir une explication plus approfondie de l'opposition entre ces deux pôles. Tout d'abord, il faut remarquer que certaines des spécialités les plus féminisées sont celles qui semblent le mieux correspondre à un attribut considéré comme typiquement féminin. Pédiatrie et rhumatologie se caractérisent, en effet, par les soins apportés aux êtres les plus faibles, aux plus vulnérables (enfants et personnes âgées) et s'apparentent en cela au rôle de mère de famille<sup>105</sup>. A cet égard, l'analyse des affectations à l'issue des épreuves classantes de 2004 montre que « *plus des trois quarts des postes de gynécologie médicale, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique sont (...) pourvus par des femmes. A l'inverse, moins de 30 % d'entre elles ont opté pour des postes de spécialités chirurgicales (...)* »<sup>106</sup>. Par ailleurs, la dermatologie et la rhumatologie se distinguent par la quasi absence d'urgences – il n'y a pas de réelles urgences dermatologiques ou rhumatologiques, contrairement à d'autres spécialités, comme la cardiologie ou la chirurgie traumatologique – et donc de gardes. Il apparaît que les femmes s'orientent plus que les hommes vers la médecine salariée et les spécialités médicales ambulatoires. Alors que, par le passé, elles se destinaient majoritairement à l'internat, aujourd'hui, elles deviennent plutôt médecins généralistes<sup>107</sup>. L'étude menée sous la direction d'Anne-Chantal Hardy-Dubernet<sup>108</sup> sur les effets de la

---

<sup>104</sup> Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *op. cit.*, (p. 49). Pour les autres spécialités médicales, la différenciation selon le sexe est beaucoup moins marquée.

<sup>105</sup> A ce propos, dans le cadre de ses travaux sur l'insertion des femmes au sein de la magistrature, Anne Boigeol met en évidence le fait que, dans un contexte où la féminisation ne va pas sans réticence, il est tout de même reconnu aux femmes, à la faveur de conceptions essentialistes, des qualités propres qui les rendent supérieures aux hommes pour certaines affaires, en vertu de leur « finesse » et « sensibilité » ou en raison notamment du fait que les domaines du droit concernés sont associés à certains attributs féminins comme l'éducation ou le rôle de mère de famille, tels par exemple les affaires de délinquance juvénile. Cf. Anne Boigeol, « Les femmes et les cours. La difficile mise en œuvre de l'égalité des sexes dans l'accès à la magistrature », *op. cit.*

<sup>106</sup> Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 6).

<sup>107</sup> « Si 60 % des femmes de 55 ans et plus sont spécialistes, elles ne sont que 43 % chez les moins de 40 ans » ; Agnès Couffinal, Julien Mousquès, « La démographie médicale française : état des lieux », Questions d'économie de la santé, C.R.E.D.E.S., *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 44, décembre 2001, (p. 3).

<sup>108</sup> Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc, « La réforme de l'internat de médecine en 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherches de la Mire*, n° 15, février 2003.

réforme de l'internat de médecine en 1982 montre, à ce propos, que les femmes « *qui ont passé l'étape du concours de spécialité l'ont souvent fait au détriment d'une vie conjugale et familiale, et elles optent, à l'issue de celui-ci, plus souvent pour des cursus qui n'exigent pas de nouvelles épreuves et leur permettent d'exercer rapidement tout en s'installant « dans la vie »* »<sup>109</sup>. Les auteurs mettent en évidence également le fait que la cooptation qui prévaut, lors de l'internat, dans le cadre de la préparation d'un D.E.A. et d'une thèse, et de la réalisation de recherches, est particulièrement défavorable aux femmes. Il s'agit là, sans nul doute, d'un des facteurs explicatifs de la faible féminisation de la chirurgie.

Au-delà de ces premiers éléments d'explication, il faut insister également sur les représentations sexuées de l'univers professionnel (véhiculées surtout par les hommes, mais aussi par les femmes) selon lesquelles le métier de chirurgien nécessite d'importantes capacités physiques (tenir des écarteurs, rester debout plusieurs heures d'affilée, etc.) qu'une femme ne serait pas toujours en mesure de présenter<sup>110</sup>. Nous faisons l'hypothèse que si ces représentations sont largement portées par les praticiens de sexe masculin, elles le sont également par les femmes souhaitant s'orienter vers une spécialité, une fois le concours de l'internat réussi.

---

<sup>109</sup> *Ibid.*, (p. 13). Voir également sur ce point Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, novembre 2001, (pp. 119-122).

<sup>110</sup> A propos du problème de recrutement des chirurgiens, Jacques Domergue et Henri Guidicelli notent que : « (...) si l'on prend en compte le nombre d'internes de toutes les filières chirurgicales, toutes les spécialités seront rapidement sinistrées. Ce risque est d'autant plus grand que le taux de féminisation des premières années de médecine est aujourd'hui de 65 %, sauf si nous imaginons féminiser les carrières chirurgicales. **L'orthopédiste de demain peut-il être une femme ? ... peut-être aidée par un robot ?** ». Ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 22).

**Tableau 21 : Part des femmes par discipline pour les postes pourvus suite aux ECN de 2004**

Libellé des disciplines	Part des femmes dans la discipline (%)
Spécialités chirurgicales	29,5
Anesthésie-réanimation médicale	42,4
Santé publique	47,1
Biologie médicale	51,7
Spécialités médicales	58,2
Médecine générale	61,5
Psychiatrie	67,3
Médecine du travail	67,9
Gynécologie obstétrique	79,1
Pédiatrie	82,1
Gynécologie médicale	87,5
Ensemble	57,9

Source : Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (p. 7).

Alors que les femmes constituent 58 % des étudiants affectés à l'issue des E.C.N. de 2004, elles ne représentent que 29,5 % des effectifs s'orientant vers les spécialités chirurgicales. Même si cette proportion demeure plus de deux fois plus élevée que celle des femmes composant le groupe professionnel des chirurgiens, les spécialités chirurgicales sont celles qui sont de loin les moins choisies par les femmes ; l'anesthésie-réanimation, la santé publique et la biologie médicale attirent très faiblement les femmes, mais de façon moins marquée que la chirurgie.

Ainsi, tant sur le plan de la représentativité des femmes au sein du groupe professionnel que sur celui du choix de ces dernières à l'issue des épreuves classantes nationales, la chirurgie constitue une discipline très faiblement attractive.

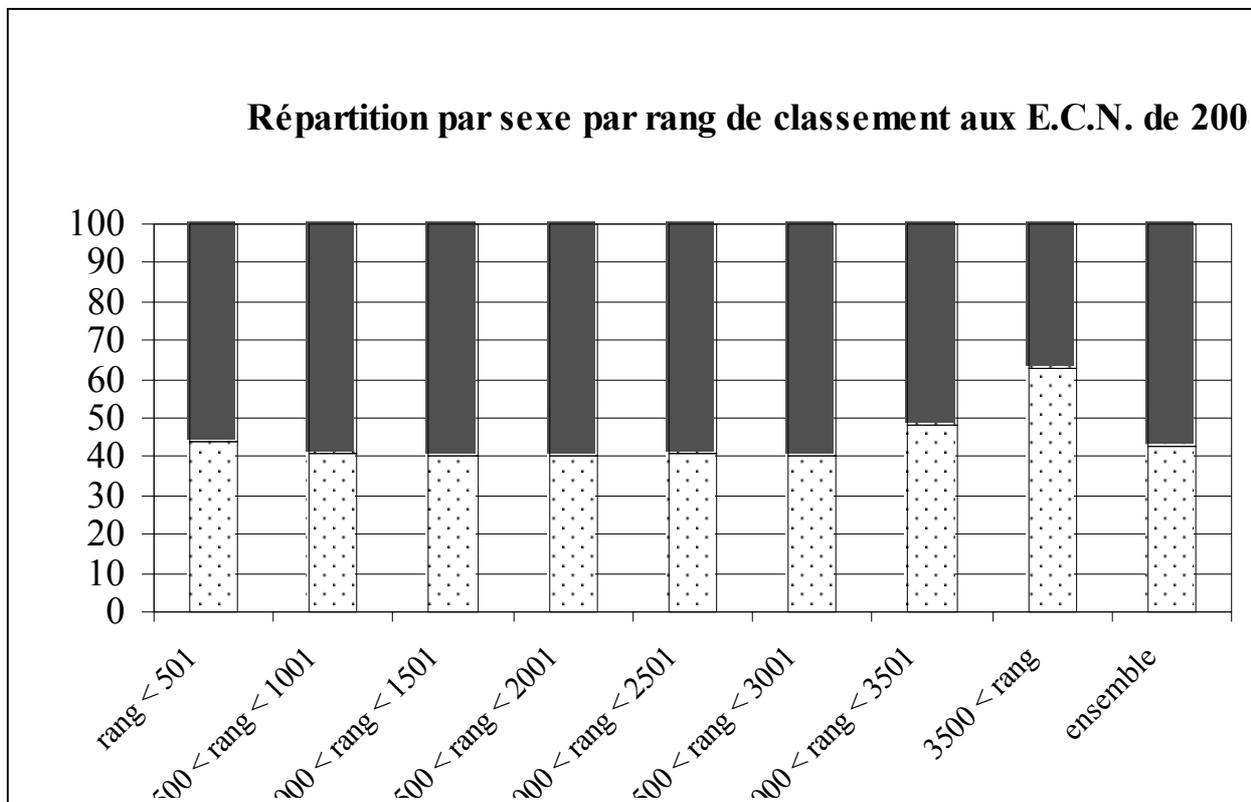
### ***L'impact de la féminisation des études médicales sur le choix pour la chirurgie***

Cette très faible attractivité de la chirurgie auprès des femmes constitue un des facteurs explicatifs du recul de la place occupée par la chirurgie dans les choix des premiers reçus aux E.C.N., c'est-à-dire de la perte relative de prestige que nous évoquions précédemment. Pour s'en convaincre, il suffit de s'intéresser à la répartition sexuée des candidats reçus aux E.C.N.. Les femmes sont désormais majoritaires, parmi les candidats reçus et également parmi les premiers reçus<sup>111</sup>. Elles représentent 56 % des 500 premiers reçus aux épreuves, et environ

<sup>111</sup> Dans leur rapport, Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc cherchent à comprendre comment les femmes trouvent leur place dans les facultés de

60 % des candidats admis du 501<sup>ème</sup> au 3000<sup>ème</sup> ; ensuite, le taux de féminisation baisse : il avoisine les 52 % au-delà du 3001<sup>ème</sup> au 3500<sup>ème</sup>.

**Graphique 4**



Source : Anne Billaut, *Caractéristiques et résultats des Epreuves classantes nationales de médecine 2004*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 52, octobre 2005 ; source : Fichiers de gestion automatisée des ECN (DHOS), exploitation Drees.

Si la féminisation a nécessairement un impact sur le recul de la chirurgie parmi les choix n°1 des candidats reçus aux E.C.N., peut-on considérer qu'elle en est, à elle seule, explicative ? C'est ce que nous allons tenter de démontrer à partir des calculs suivants<sup>112</sup>.

médecine : « Elles nous dament le pion », nous dit un doyen de faculté, les yeux rivés sur les « meilleurs », puisque, au concours de PCEMI comme à celui de l'internat, ce sont surtout des filles qui occupent les premières places. La preuve est apportée par une nouvelle hiérarchisation des spécialités : la dermatologie devient la discipline choisie en priorité et ce sont évidemment les femmes qui la pratiquent ». Cf. *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, op. cit., (p. 119).

<sup>112</sup> Les femmes représentent 57 % des candidats inscrits aux E.C.N. 2004, soit 57 % de 3986 = 2272,02 candidats ; parmi les candidats ayant choisi chirurgie, 29,5 % étaient des femmes : on a donc 29,5 % de 380 (le nombre de postes total offerts et pourvus en chirurgie) = 112,1 femmes qui ont choisi chirurgie. 112,1 femmes sur 2272,02 ont choisi chirurgie = 4,93 % ; d'un point de vue théorique, on peut postuler qu'une femme choisira chirurgie, quel que soit son rang de classement, dans 4,93 % des cas. Pour leur part, les hommes représentent 43 % des candidats inscrits aux E.C.N. 2004, soit 43 % de 3986 = 1713,98 candidats ; parmi les candidats ayant choisi chirurgie, 70,5 % étaient des hommes : on a donc 70,5 % de 380 = 267,9 hommes qui ont choisi chirurgie. 267,9 hommes sur 1713,98 = 15,63 % ; d'un point de vue théorique, on peut postuler qu'un homme choisira

Imaginons que les femmes choisissent proportionnellement autant que les hommes la chirurgie parmi les 500 premiers reçus à l'internat. On sait que 24 % des postes de chirurgie sont pourvus au sein de ce sous-ensemble<sup>113</sup>, soit 24 % de 380 = 91,2 candidats ; en théorie, parmi ces derniers, on compte 70,5 % d'hommes, soit 64,296 candidats. Par ailleurs, les hommes représentent 44 % des 500 premiers reçus, alors que les femmes en représentent 56 % ; le rapport numérique entre femmes et hommes est donc de 1,272727272 (*i.e.* 56 % / 44 %). Ainsi, pour 64,296 candidats de sexe masculin, on aurait :  
 $64,296 \times 1,272727272 = 81,83127268$  candidates optant pour la chirurgie.  
 Au total, il y aurait parmi les 500 premiers :  $64,296 + 81,83127268 = 146,1272726$ .  
 Ce nombre de candidats total représente 38,45 % des postes de chirurgie ( $146,1272726 / 380$ ) et place la chirurgie, sur le plan des choix n° 1, au même niveau que les spécialités médicales – qui pourvoit environ 38 % de ses postes parmi les 500 premiers reçus aux épreuves des E.C.N.<sup>114</sup>.

En résumé, l'importante féminisation des étudiants en médecine, les très bons résultats obtenus par les candidates aux épreuves classantes nationales et la très faible attractivité de la chirurgie auprès d'elles constituent *un des principaux mécanismes* par lequel cette dernière a connu un relatif déclassement dans le cadre des choix des premiers reçus aux E.C.N. et, partant, a subi une perte de prestige<sup>115</sup>. Toutefois, il faut se garder d'imputer ce recul exclusivement à la féminisation du corps médical, car il est fort probable que le choix des hommes pour la chirurgie ait également connu une baisse chez ceux figurant parmi les 500 premiers reçus au cours des dernières années. Mais il n'en reste pas moins que si l'on parvenait à attirer davantage de femmes – et, plus précisément, proportionnellement autant de femmes que d'hommes – vers les disciplines chirurgicales, la position de la chirurgie dans la hiérarchie des disciplines les plus choisies dans le cadre des E.C.N. devrait donc connaître une nette amélioration.

---

chirurgie, quel que soit son rang de classement, dans 15,63 % des cas. Cf. Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *op. cit.*

<sup>113</sup> *Ibid.*, (p. 5).

<sup>114</sup> *Ibid.*, (p.5).

<sup>115</sup> Il est particulièrement intéressant ici de souligner l'effet paradoxal de la domination masculine qui sévit au sein du champ de la médecine : ce phénomène, observable à travers la relative fermeture de la chirurgie aux femmes, a conduit parallèlement à ce que ces dernières choisissent de s'orienter vers d'autres disciplines ; c'est précisément cette double tendance qui explique le phénomène de *domination symbolique féminine* que l'on constate aujourd'hui : les disciplines les plus prisées au sein de l'internat sont celles vers lesquelles les femmes se dirigent préférentiellement et où elles sont parfois (ou vont devenir à moyen terme) majoritaires.

Il importe d'indiquer, enfin, que la féminisation du champ médical a apporté d'importantes modifications : « *Les femmes [médecins] travaillent moins que les hommes : elles ont plus recours au temps partiel, elles cessent plus souvent leur activité de façon temporaire, et enfin leur cessation définitive d'activité intervient plus tôt que celle des hommes. Ainsi, 13 % des femmes cessent leur activité de façon définitive avant 50 ans, contre 8 % pour les hommes* »<sup>116</sup>. S'il reste maintenant à savoir dans quelle mesure ce phénomène touche la chirurgie française<sup>117</sup>, il est sûr que pour augmenter l'attractivité de la chirurgie auprès des étudiantes en médecine préparant le concours de l'internat, il faudra concevoir et instaurer de nouvelles conditions de travail leur permettant de concilier de façon acceptable vie de famille et vie professionnelle.

---

<sup>116</sup> Agnès Couffinhal, Julien Mousquès, « La démographie médicale française : état des lieux », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 44, décembre 2001, (p. 3).

<sup>117</sup> A ce propos – et compte tenu de toutes les hypothèses et éléments factuels avancés jusqu'ici concernant la difficile féminisation de l'activité chirurgicale –, il serait particulièrement intéressant de réaliser une étude approfondie des trajectoires des femmes qui se sont orientées vers la chirurgie, en cherchant notamment à comprendre comment elles concilient (ou non) vie professionnelle et vie familiale, dans quelles conditions elles ont formulé le projet de devenir chirurgiens (alors que la plupart des femmes s'orientent préférentiellement vers d'autres disciplines) et comment elles sont parvenues à le réaliser. De même, la question de l'impact de la féminisation sur l'organisation des services paraît pertinente. Pour une présentation des principales problématiques autour de ces thèmes de recherche, cf. *Revue française des affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », n° 1, janvier-mars 2005.

## 7. La répartition géographique ou l'inégale « densité » des chirurgiens par région

Le nombre de professionnels pour 100 000 habitants constitue un indicateur classique de démographie professionnelle permettant de mesurer avec précision les dissymétries observées sur le plan de la répartition géographique<sup>118</sup>.

Outre la forte concentration des chirurgiens observable au sein de l'Ile-de-France<sup>119</sup>, Silvia Pontone *et al.* notent que « la densité médicale des chirurgiens, toutes spécialités confondues, montre des disparités inter-régionales superposables à celles des anesthésistes-réanimateurs. Les régions de la Picardie (26 chirurgiens pour 100 000 habitants), du Centre (30), de la Champagne-Ardenne (32), de la Haute-Normandie (32) et du Nord-Pas-de-Calais (32) disposent d'un quart de chirurgiens de moins que la moyenne nationale, et plus de deux fois moins que les régions les mieux dotées : Île-de-France (58) et PACA (54) (...) En l'absence de mesures incitatives, les chirurgiens pourraient donc continuer à privilégier leur installation dans les régions du Sud (...) au détriment des régions du Nord déficitaires (...). »<sup>120</sup>. Cette attirance pour le Sud et les dissymétries qui en découlent n'ont rien de surprenant ; elles ont déjà été constatées chez un grand nombre de professionnels – juristes (avocats, huissiers de justice<sup>121</sup>, etc.), professions médicales (médecins libéraux, pharmaciens, chirurgiens-dentistes titulaires de cabinet, etc.)<sup>122</sup>. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces dissymétries s'accompagnent d'une nette différenciation des conditions de travail et des façons de travailler – observables sur le plan du rythme de travail, du nombre d'heures hebdomadaires travaillées, etc.<sup>123</sup>

---

<sup>118</sup> Voir, sur ce point, Bui Dang Ha Doan, *Les médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire*, Paris, publication du centre de sociologie et de démographie médicales, 1984.

<sup>119</sup> La forte concentration des chirurgiens en Ile-de-France s'explique par le grand nombre d'hôpitaux universitaires à Paris et dans sa région, qui ont pendant longtemps regroupé la plupart des institutions de formation des médecins.

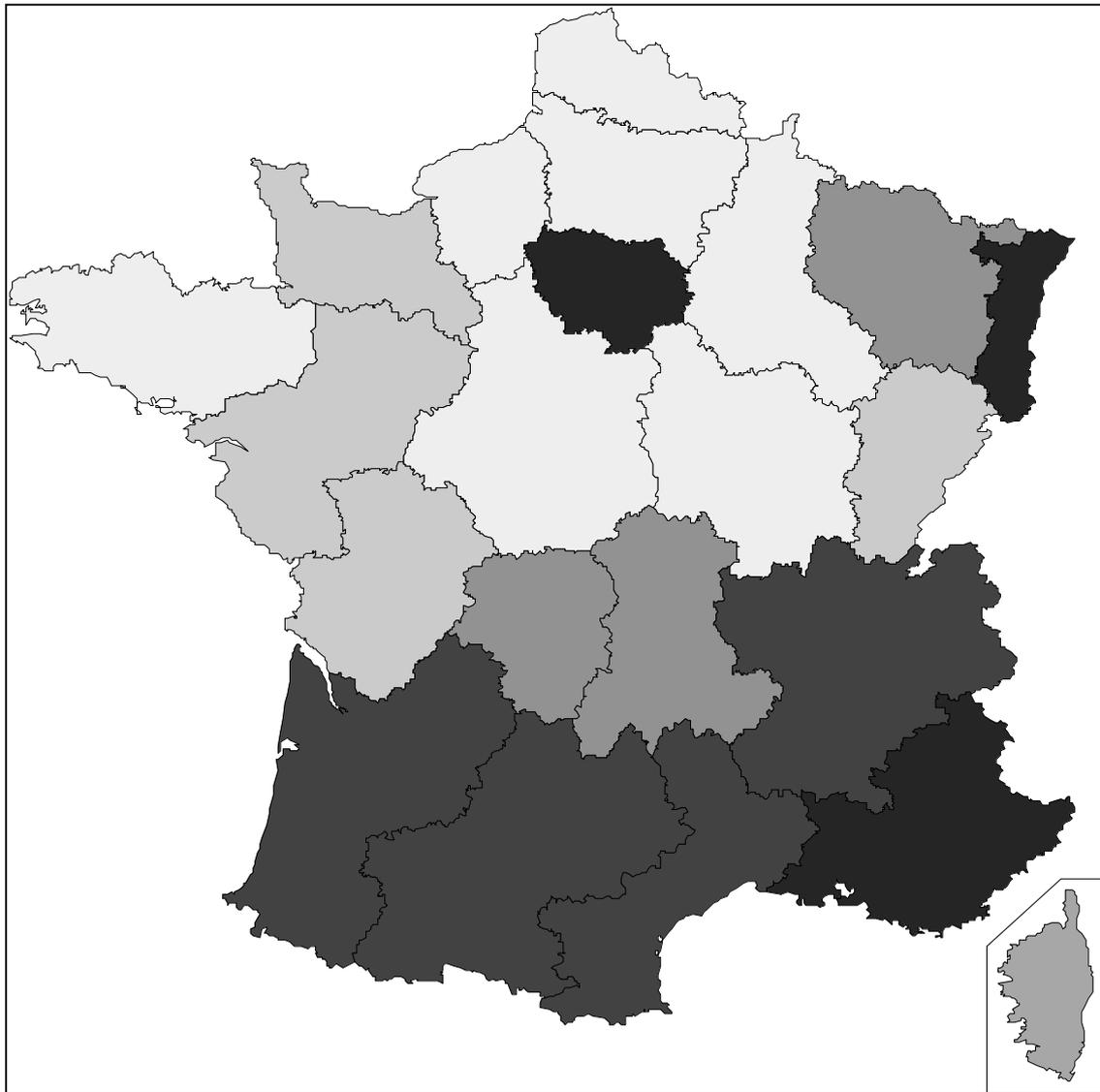
<sup>120</sup> S. Pontone, N. Brouard, P. Scherpereel, G. Boulard, P. Arduin, et le Groupe de projet Cfar-Sfar-Ined « Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 21, 2002, (pp. 792-793). Pour une présentation de la répartition géographique des chirurgiens par départements et pour certaines spécialités (chirurgie générale et chirurgie orthopédique), voir C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, 2<sup>ème</sup> partie du rapport annuel sur la démographie médicale française, 2004, (pp. 76-77).

<sup>121</sup> Alexandre Mathieu-Fritz, « L'huissier de justice, un juriste de proximité. Modalités et enjeux de l'inscription spatiale de l'activité professionnelle », *Espaces et sociétés*, n° 118, 2004.

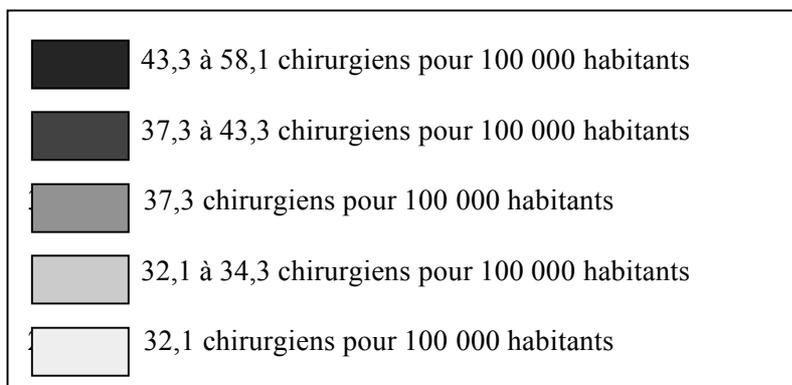
<sup>122</sup> Bui Dang Ha Doan, *Les médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire*, Paris, publication du centre de sociologie et de démographie médicales, 1984, (pp. 134-138).

<sup>123</sup> A noter que l'hypothèse d'une différence sur le plan de la moyenne d'âge des praticiens paraît également pertinente.

**Carte : Nombre de chirurgiens pour 100 000 habitants en France au 1<sup>er</sup> janvier 1999**



France métropolitaine : 41 chir. pour 100 000 h.



*Source* : S. Pontone, N. Brouard, P. Scherpereel, G. Boulard, P. Arduin, et le Groupe de projet Cfar-Sfar-Ined « Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 21, 2002, (p. 794) ; source : C.N.O.M..

Jacques Domergue et Henri Guidicelli avait déjà pointé, dans leur rapport, les nettes dissymétries apparaissant sur le plan de la répartition géographique des chirurgiens : « *les études de démographie médicale font apparaître une mauvaise répartition des effectifs sur le territoire français. Certaines régions (Ile-de-France, PACA...) ont une densité chirurgicale double de celle des plus sous médicalisées (Centre, Picardie)* »<sup>124</sup>. De même, Louis Hollender note que « *les modalités de répartition sur le territoire national dans le but de gommer les disparités, souvent criantes, qui existent actuellement doivent être revues* »<sup>125</sup>.

## 8. Le recrutement de médecins et de chirurgiens étrangers

Face au manque d'internes et de faisant fonction d'internes, les C.H.G. et les C.H.U. ont progressivement, respectivement au cours des années 1980 et 1990, proposé à leurs stagiaires venus de l'étranger – *i.e.* qui ne détiennent pas de diplômes en médecine d'un des pays de l'Union européenne – des prolongations de stage. Pour combler le manque de praticiens hospitaliers, les hôpitaux publics accueillent ainsi 7 500 médecins à diplôme étranger au milieu des années 1990 ; ils sont issus, pour la majorité d'entre eux, de pays francophones, dont les anciennes colonies françaises<sup>126</sup>. Grâce à l'instauration du statut de praticiens adjoints contractuels (P.A.C.) en 1993, ces médecins étrangers bénéficient, par la suite, d'un nouveau titre, mais leur situation n'en demeure pas moins précaire. Bui Dang Ha Doan estime que si l'on ajoute à ce premier ensemble les médecins immigrés ou réfugiés bénéficiant d'une autorisation d'exercice, le nombre de médecins étrangers exerçant en France s'élève à environ 10 000 au cours de l'année 2000, « *soit 5 % de l'effectif de la profession médicale* »<sup>127</sup>. Si l'on applique cette proportion de 5 % de médecins étrangers aux

---

<sup>124</sup> Ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, *op. cit.*, (p. 22). Au-delà de ces présentations d'ensemble, il serait pertinent d'observer les dissymétries existant entre les spécialités chirurgicales et en tenant compte également du secteur d'activité – public ou privé.

<sup>125</sup> Louis Hollender, *La chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie*, 2005, (p. 5). Voir également les remarques de Silvia Pontone in C.N.O.M., 10<sup>ème</sup> Jeudi de l'Ordre des médecins : *Spécialités en crise : quelles solutions pour l'avenir ?*, 18 janvier 2001, (p. 12).

<sup>126</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'apport des médecins étrangers : expériences et pronostics », in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, *op. cit.*, (p. 321) ; sources : M. Coldefy, « 7500 médecins à diplôme non européen dans les hôpitaux français en 1995 », *Dossiers Solidarité et Santé* (D.R.E.E.S.) n°1, janvier-mars 1999, (pp. 49-54) ; voir également Pascal Maury, Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, perspectives et propositions d'action...*, *op. cit.*, (p. 4).

<sup>127</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'apport des médecins étrangers : expériences et pronostics », in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, *op. cit.*, (p. 321).

effectifs de la chirurgie, il y aurait aujourd'hui environ un millier de chirurgiens étrangers exerçant sur le territoire français<sup>128</sup>.

Selon le démographe, peu de migrations devraient être observées au sein de l'Union européenne des 25, car les niveaux de vie des différents pays tendront à s'équilibrer à court ou moyen terme et, partant, les écarts entre ces niveaux ne seront pas assez importants pour pousser un grand nombre de médecins à quitter leur pays d'origine. Par ailleurs, une politique active de recrutement de médecins étrangers de la part de la France serait assez mal perçue par l'opinion publique. S'ajoute à cela le facteur linguistique : le fait de ne pas parler la langue de l'éventuel pays d'accueil peut pousser les prétendants potentiels à l'immobilisme ; de plus, en cas de migrations, il faudrait compter avec les probables réticences reposant sur un sentiment de méfiance, ou tout au moins de réserve, de la part de patients face à des médecins ne maîtrisant pas (parfaitement) la langue française. Ainsi, pour Bui Dang Ha Doan, « *l'hypothèse d'un important flux migratoire venant de l'Est demande à être confirmée* »<sup>129</sup>. De plus, la plupart des pays occidentaux de l'Union connaîtront des problèmes d'effectifs médicaux à l'horizon 2015 ; un tel contexte ne semble donc guère favoriser un flux relativement important de médecins venant de l'Est et s'orientant préférentiellement vers la France<sup>130</sup>. En revanche, compte tenu du manque d'effectifs du corps médical français entre 2010 et 2025, il est fort probable de constater « *un certain flux de stagiaires venus des pays de l'ancien Empire colonial* », stagiaires qui, vraisemblablement bénéficieront des mêmes conditions d'emploi précaire (P.A.C.) que ceux ayant emprunté auparavant le même chemin<sup>131</sup>. A cet égard, si leur statut est précaire, il semble également que certaines des tâches qui leur sont confiées appartiennent plus souvent à celles qui font la difficulté du métier ; en effet, selon Jacques Domergue et Henri Guidicelli, « *70 % des gardes sont prises par des*

---

<sup>128</sup> Estimation réalisée à partir du nombre total de chirurgiens en activité en France en 2002 (hors G.O.).

<sup>129</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'ailleurs de la démographie médicale », in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, op. cit., (p. 301) ; « L'apport des médecins étrangers : expériences et pronostics », op. cit., (p. 322).

<sup>130</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'apport des médecins étrangers : expériences et pronostics », op. cit., (p. 325).

<sup>131</sup> Bui Dang Ha Doan, « L'ailleurs de la démographie médicale », op. cit., (p. 303). Nous avons vu précédemment que la progression de carrière des praticiens adjoints contractuels est plus lente que celle des praticiens hospitaliers attachés (et donc moins rémunératrice à nombre d'années de pratique égal). Cf. *supra* le tableau intitulé « Emoluments bruts mensuels des PH au 1<sup>er</sup> janvier 2004 ». Jacques Domergue et Henri Guidicelli poussent la critique encore plus loin en indiquant, dans leur rapport, que « *les concours de PAC sont souvent une mascarade à laquelle les examinateurs se prêtent sous la pression des tutelles, elles-mêmes en prise directe avec les responsables politiques locaux dont le seul but est de maintenir ouvert l'établissement de leur ville dont il est souvent le premier employeur* ». Ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 30).

*chirurgiens étrangers* »<sup>132</sup> ; certains praticiens ou membres du personnel administratifs des structures de soin déplorent cette situation consistant à déléguer le « sale boulot ».

Parfois, c'est la qualité même des chirurgiens étrangers (en formation) qui est mise en cause : « *si tous les chefs de service s'accordent à penser que le niveau des internes en chirurgie ayant effectivement réussi le concours de l'internat est homogène, il est apparu que la population des étrangers faisant fonction d'interne dans les services de l'AP-HP est beaucoup plus hétérogène : on y rencontre le meilleur comme le pire* »<sup>133</sup>. Cette idée a également été évoquée par un des chirurgiens avec qui nous nous sommes entretenu au cours de notre enquête.

## **9. Les changements récents des conditions de travail**

Nous n'étudierons pas ici l'ensemble des changements affectant les conditions de travail des chirurgiens, qui constituent un objet d'analyse à part entière ; – toujours sans perdre de vue la perspective morphologique dont nous nous sommes saisi – nous prêterons seulement attention à ceux qui concernent, plus ou moins directement, le problème du recrutement, dans la mesure où ils peuvent être perçus négativement par les internes et les praticiens<sup>134</sup> et, partant, avoir un impact sur les représentations de l'activité chirurgicale et les motivations sur lesquelles repose une carrière menant à la chirurgie.

### ***L'ARTT, le rapport au travail et au « hors travail »***

Les changements récents des conditions de travail induits par l'aménagement réduction du temps de travail (A.R.T.T.) concernent les chirurgiens, tout comme l'ensemble des personnels hospitaliers. Dès 2000, la R.T.T. est mise en place dans les établissements de santé du secteur privé ; elle interviendra en 2002 dans le secteur public. Pascal Maury et Silvia Pontone notent, à ce propos, que « *la réduction du temps de travail et l'intégration des périodes de garde dans le temps de travail ont été mises en œuvre dans un contexte peu*

---

<sup>132</sup> Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, *op. cit.*, (p. 30).

<sup>133</sup> Jean-Daniel Gatignol, Emmanuel Pitsilis, *L'interne en chirurgie à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris : Chronique d'une crise annoncée*, *op. cit.*, (p. 16).

<sup>134</sup> Pour des analyses d'ensemble des conditions de travail et d'exercice professionnel, on se reportera aux rapports suivants : Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, avec la participation d'Anne-Marie Arborio, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série Etudes, n° 50, juin 2005 ; et Mihaï Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *Les conditions du travail en équipe*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série Etudes, n° 49, juin 2005, (pp. 95-109).

favorable. Cette réforme, qui concerne l'ensemble des médecins hospitaliers, à l'exception des praticiens relevant de statuts hospitalo-universitaires, a diminué la durée annuelle de référence qui passe de 227 à 207 jours. La durée maximale hebdomadaire de travail, gardes comprises, est fixée désormais à 48 heures en moyenne lissée sur quatre mois. Ce seuil ne peut être dépassé que sur la base du volontariat »<sup>135</sup>. Notons également qu'à l'A.R.T.T. vient s'ajouter le repos de sécurité, obtenu en 2002 par les internes et les résidents à la suite de plusieurs grèves<sup>136</sup>.

Ces changements semblent avoir eu un impact plutôt négatif sur la représentation que des chirurgiens se faisaient de leur activité professionnelle. Tout d'abord, il faut remarquer que l'esprit de l'A.R.T.T., qui consiste notamment à procurer plus de temps libre, qui valorise le « hors travail », et la culture traditionnelle des praticiens hospitaliers et, plus particulièrement, celle des chirurgiens, qui valorise la très forte implication dans le cadre de l'activité professionnelle, la disponibilité à l'égard des patients, etc., sont pour le moins en opposition ; ceci explique peut-être la différence dans la perception des changements constatés entre les anciens et les jeunes : « (...) les salariés les plus anciens dans leur profession disent davantage avoir vécu [des] changements [dans le contenu des tâches], auxquels ils ont été peut-être plus sensibles »<sup>137</sup>.

Autre facteur d'insatisfaction : le principe du comptage des heures qu'implique l'A.R.T.T.. Ce travail de calcul apparemment simple peut poser problème à ceux qui, habituellement, ne les comptent pas ou ne souhaitent pas les compter – car ils estiment que la priorité est de prendre le temps de soigner les malades comme il se doit – ou tout simplement

---

<sup>135</sup> Pascal Maury et Silvia Pontone, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action. Projet de plan stratégique 2005-2009*, octobre 2004, *op. cit.*, (p. 5). Les auteurs ajoutent : « calculées de façon mécanique, ces modifications représentant une diminution du temps médical disponible des praticiens hospitaliers pouvant atteindre jusqu'à 20 % dans ces disciplines à fortes contraintes de gardes. L'ARTT a eu, certes, comme contrepartie, la création de 3500 emplois médicaux au plan national. Toutefois, ces créations ne compensent que partiellement les effets de ces mesures. Elles ont plutôt accru la concurrence entre des établissements pour attirer et fidéliser des compétences déjà rares dans certaines spécialités. En définitive, les adaptations rendues nécessaires par l'ARTT médicale (meilleure organisation des temps individuels, regroupement d'équipes, mutualisation des gardes) précipitent des évolutions que les perspectives de la démographie médicale auraient dans certains cas imposées de façon plus graduelle ». *Ibid.*, (p. 6).

<sup>136</sup> Cf. « Internes pas de reprise sans repos de sécurité », *L'Humanité*, 25 avril 2000, <http://www.humanite.fr/journal/2000-04-25/2000-04-25-224156>. Sandrine Blanchard, dans un article du *Monde* du 2 janvier 2003 note qu'« Il y a un an, les internes en médecine manifestaient pour réclamer le "repos de sécurité". Ce terme administratif leur donne le droit de se reposer onze heures après 24 heures consécutives de travail à l'hôpital. Derrière cette revendication, les futurs médecins ont affiché leur souhait de ne pas tout sacrifier à leur vocation et de préserver leur qualité de vie. Voilà la grande révolution que serait en train de vivre le monde médical. "La société change, les médecins aussi", résumant les étudiants. Entre les anciennes et les nouvelles générations, l'écart se creuse sur la manière de vivre ce métier dont le prestige a longtemps justifié le dévouement. La réduction du temps de travail apparaît comme une lame de fond touchant même les professions où l'on ne comptait pas ses heures ».

<sup>137</sup> Romuald Le Lan, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », *D.R.E.E.S., Etudes et résultats*, n° 469, mars 2006, (p. 4).

ne peuvent pas prévoir *a priori* combien de temps ils vont passer à réaliser telle ou telle opération chirurgicale. Le temps de travail de certains praticiens hospitaliers est en effet « *rebelle à la mesure* »<sup>138</sup> et son comptage va l'encontre de certaines valeurs professionnelles traditionnelles.

Jacques Domergue et Henri Guidicelli notent, pour leur part, que : « *certains éléments récents ont accutisé le malaise concernant notre système de santé : la mise en place des 35 heures pour les soignants, les administratifs et les médecins hospitaliers alors que se greffe pour ces derniers l'application de la loi européenne sur le repos compensateur. Toutes ces mesures ont diminué le temps de travail des soignants créant ainsi le sentiment d'un incessant manque de moyens* »<sup>139</sup>. De façon plus précise, « *56 % des salariés des établissements de santé disent disposer de moins de temps pour effectuer les mêmes tâches depuis la mise en place de la RTT, tandis que 42 % n'ont au contraire pas perçu de changement* »<sup>140</sup> ; autrement dit, les premiers mettent en exergue l'intensification du travail à laquelle a conduit l'application de l'A.R.T.T.. D'un point de vue général, 46 % pensent que leurs conditions de travail se sont dégradées, alors que 45 % considèrent qu'elles sont restées identiques ; les médecins salariés pensent que leurs conditions de travail se sont dégradées exactement dans les mêmes proportions (46 %). Par ailleurs, 54 % considèrent que leurs conditions de vie se sont améliorées, 35 % pensent qu'elles sont restées identiques et seulement 11 % qu'elles se sont dégradées<sup>141</sup>. Le bilan est donc en demi-teinte et peut s'expliquer de la manière suivante : « *globalement, les salariés se disant satisfaits de l'introduction de la RTT y voient (...) principalement une avancée pour leurs conditions de vie hors travail, les non-satisfaits se focalisant davantage sur les problèmes engendrés dans l'organisation du travail* »<sup>142</sup>.

---

<sup>138</sup> Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, avec la participation d'Anne-Marie Arborio, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, op. cit., (p. 19).

<sup>139</sup> Ce sont les auteurs qui soulignent. Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 17).

<sup>140</sup> Romuald Le Lan, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », op. cit., (p. 5).

<sup>141</sup> *Ibid.*, (p. 6).

<sup>142</sup> *Ibid.*, (p. 6). Dominique Tonneau précise que : « *le passage aux 35 heures est, en libérant du temps libre, d'autant plus apprécié qu'il se présente sous la forme de jours de congés supplémentaires, c'est-à-dire qu'il est visible, et ce quelle que soit la nature du service. L'utilisation du temps ainsi dégagé va d'après les personnels interrogés le plus souvent à des repos sans affectation particulière, bienvenus pour compenser l'intensification du travail ressentie par ailleurs. Les agents féminins mentionnent le desserrement de leurs contraintes ménagères, qui leur permet ainsi de dégager de vrais temps de repos familiaux* », « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 302, avril 2004, (p. 8). Pour une analyse détaillée, voir Dominique Tonneau, *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation*, D.R.E.E.S., Document de travail, Série Etudes, n° 35, octobre 2003. Cf. également Frédéric Bousquet, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière. Une enquête statistique auprès des

## ***Le risque médico-légal et la judiciarisation de l'activité***

Nous avons évoqué précédemment l'augmentation de la cotisation concernant la responsabilité civile professionnelle. Celle-ci repose sur la judiciarisation de l'activité chirurgicale. Désormais, les patients portent plainte, davantage que par le passé, contre le chirurgien qui les a opérés. Pour les chirurgiens libéraux, les procès conduisent à des augmentations des cotisations :

*« Il y a le poids médico-légal : quand vous rentrez le matin... on arrive le matin au bloc opératoire et on se dit : « c'est lequel de ces patients qui va nous intenter un procès (...) Alors nous, c'est simple, quand on est cités dans une procédure, c'est 20 % d'augmentation. Moi j'ai été cité dans trois procédures, donc ça fait trois fois 20 % d'augmentation de l'assurance responsabilité civile » (Paul, chirurgien, libéral).*

*« (...) heureusement je ne croule pas sous les procès quand même, mais, il y en a plus qu'avant. Moins d'un procès par an ; la clinique en a plus. Mais les primes de RCP augmentent... Il y a 14 ans, quand je me suis installé, je payais 7 000 F par an, on en est à 55 000... Le K, lui, n'a pas bougé... ça n'ira qu'en augmentant, si les juges ne mettent pas un frein » (Jean, chirurgien, libéral)<sup>143</sup>.*

Si nous ne sommes pas en mesure de fournir des données chiffrées d'ensemble afin d'apprécier cette évolution précisément, il est sûr qu'elle a pris aujourd'hui une importance majeure dans le cadre des représentations des chirurgiens de leur propre activité et de leurs relations aux malades ; la judiciarisation semble témoigner d'une perte relative de confiance de la part des patients envers les praticiens, mais elle conduit, parallèlement, à une perte corrélative de la confiance de la part des praticiens vis-à-vis de leurs patients. Le phénomène est symétrique, bilatéral, est peut être interprété comme une dégradation relative des relations médecins/malades :

*« C'est insupportable actuellement... le problème il est juridique... le problème c'est que mes associés, des jeunes, ont peur et qu'ils ne peuvent plus opérer librement : ils ne peuvent plus opérer qui ils veulent : on est obligés de pister à la consultation les gens qui vont nous faire des ennuis... même s'ils ont éventuellement besoin d'une intervention il faut savoir qu'il y a certains malades qu'il ne faut pas toucher. (...) Je dois opérer 20 à 30 malades par semaine... Mais j'ai un procès par an et ça va évoluer vers deux procès par an... Ça pourrait la relation médecin-malade ; ça pourrait aussi la relation avec la clinique, qui est intéressée dans le procès, qui vous piste un peu ; ça pourrait la*

---

établissements publics de santé », D.R.E.E.S., *Etudes et résultats*, n° 224, mars 2003, et *Enquête sur la mise en place de la RTT dans la Fonction publique hospitalière*, D.R.E.E.S., Document de travail, n° 51, mars 2003.

<sup>143</sup> Extraits d'entretiens cités in Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, avec la participation d'Anne-Marie Arborio, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, op. cit., (p. 36).

*relation avec l'assureur, qui est là à se demander si vous êtes un mec qui cherche des procès... et ça fausse l'indication médicale, en disant, on pourrait faire deux opérations, il y en a une qui est à risque, une qui n'est pas à risque, je vais faire celle qui n'est pas à risque, celle qui est à risque je ne peux pas me la permettre (...) ça prend une tournure qui ne me plaît pas du tout et je serais content d'arrêter à cause de ça... oui, avant on avait confiance dans les malades, maintenant on n'a plus tellement confiance » (André, chirurgien, libéral)<sup>144</sup>.*

Ainsi, si la judiciarisation peut être saisie sous l'angle strictement juridique, judiciaire et économique, il ne faut pas oublier que celle-ci a un impact très fort sur les identités professionnelles et les pratiques des chirurgiens.

---

<sup>144</sup> Extrait d'entretien cité in Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, avec la participation d'Anne-Marie Arborio, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, op. cit., (p. 28).

## Conclusion de la première partie

L'hypothèse d'une relative indépendance des phénomènes de « crise » affectant la chirurgie semble pouvoir être confirmée au vu des éléments recueillis : la crise de recrutement n'est pas l'expression d'une « crise des vocations » et n'est pas non plus la conséquence de la crise des identités professionnelles qui touchent aujourd'hui tendanciellement les praticiens les plus âgés, qui ont connu une période d'activité plus favorable (sur le plan de la reconnaissance sociale, professionnelle et économique et en termes de pouvoir). Cette crise de recrutement est due principalement aux politiques de réduction des effectifs à l'issue de la première année de médecine et à l'entrée de l'internat au cours des années 1970 et 1980, et à l'absence de politiques sur le plan de la démographie médicale et chirurgicale s'inscrivant sur le moyen terme. Il a fallu attendre les premiers effets de la pénurie pour que des voix s'élèvent ; il a fallu attendre également que le problème touche les C.H.U. pour que les « dominants » du champ médical s'en inquiètent réellement, alors que le problème aurait pu être totalement anticipé.

Nous avons vu que le recul des choix n° 1 à l'issue des épreuves classantes nationales est dû à la féminisation ; à cet égard, rappelons que la faible attractivité de la chirurgie auprès des femmes n'est pas un fait nouveau : en ce sens, il n'y a pas *désaffection*, c'est-à-dire, perte de l'intérêt, puisque cet intérêt est plutôt quelque chose à construire.

Enfin, il se peut, en revanche, qu'une « crise » ou plutôt un changement d'un nouveau genre soit en train de se jouer : certains chirurgiens déconseillent fortement à leurs enfants de devenir chirurgiens ; nous ne savons pas si ce phénomène est plus prononcé que par le passé, mais il est fort probable que le mécontentement actuel d'un grand nombre de chirurgiens face à leur activité les conduisent, plus qu'auparavant à tenir ce genre de discours à leurs enfants. Nous assisterons donc peut-être, d'ici une vingtaine d'années, à un recul de la proportion des « dynasties » de chirurgiens.

Un très grand nombre de discours sur la crise du recrutement des chirurgiens établissent des liens entre le manque de praticiens et la désaffection pour la discipline ; entre le recul des choix n° 1 pour la chirurgie et une « crise des vocations » ; certains disent : « même le dernier de l'internat ne choisit pas chirurgie » : « et pour cause ! » pourrait-on lui répondre, car le dernier sait qu'il n'a aucune chance d'obtenir un poste en chirurgie au vu de ses prestations aux E.C.N.. Des données parfois très fantaisistes sont mobilisées jusque et y compris chez les acteurs politiques de l'assemblée (on peut prendre pour exemple la moyenne

d'âge des chirurgiens qui passe de 47 ans à 57 ans). Bien souvent, on explique la désaffection par le nombre de postes d'internes ou de praticiens diplômés qui sont vacants ; or, il y a toujours des postes d'internes vacants (dont on apprécie globalement l'importance en mesurant le taux d'inadéquation) afin d'élargir les possibilités de choix de lieu de stage semestriel des internes. Autrement dit, ce n'est pas toujours ce qui est réel, objectif, qui a changé, mais le discours sur cette réalité, même s'il faut bien reconnaître que certaines disciplines chirurgicales semblent plus prisées que d'autres.

En bref, un grand nombre de discours relèvent du *paralogisme* – *i.e.* d'un raisonnement faux fait de bonne fois –, et font partie intégrante de diverses formes de rhétorique professionnelle portées par certains représentants français de la chirurgie, c'est-à-dire de discours stratégiques dont les objectifs sont de revaloriser cette discipline. Selon nous, une des pistes de ce travail de transformation du groupe professionnel doit être celui de la féminisation de l'activité – s'il paraît toujours souhaitable de recruter parmi les meilleurs de l'internat.

**2<sup>ème</sup> partie : L'entrée dans la carrière chirurgicale  
et l'exercice du métier  
(résultats de la partie qualitative de l'enquête)**

## Introduction à la seconde partie

Afin de mieux comprendre les conditions et les raisons à partir desquelles des étudiants en médecine décident de devenir chirurgiens, il nous a paru primordial de ne pas dissocier l'étude de l'entrée dans le métier de l'étude du métier lui-même. C'est en fonction des représentations de la nature de l'activité, de ses conditions de réalisation et de ses changements, que les étudiants en médecine souhaitent s'orienter (ou non) vers un type d'activité chirurgicale. Ce projet professionnel se concrétisera, pour certains seulement, au terme des diverses formes de sélection jalonnant leur cursus.

Etudier le métier de chirurgien suppose un détour par les formes de représentations qui circulent autour de la « figure du chirurgien ». Cette figure traditionnelle qui relève pour partie du mythe alimente l'imaginaire des externes et internes rencontrés. Certains chirurgiens s'en inspirent pour évaluer leur situation aujourd'hui. Il n'était donc pas inutile d'y revenir (1). Nous traiterons successivement, dans un premier point, du prestige de la profession chirurgicale (1.1), de la fin du chirurgien généraliste (1.2), et de la figure mythique du chirurgien (1.3).

Une fois rappelé l'héritage historique de la chirurgie comme discipline prestigieuse, reconnue, nous aborderons ce qui nous paraît essentiel dans le métier, à savoir le pouvoir que confère le travail de réparation du corps humain. Nous aborderons cette question du pouvoir en nous intéressant aux deux dimensions, la question de la puissance (2.1), la question du pouvoir d'agir (2.2).

Le pouvoir sur les autres permet de se situer dans un sentiment relatif de puissance. Cette posture se traduit tantôt par un challenge et un stress revendiqué, tantôt par du doute et de la souffrance. Ce pouvoir s'accompagne de la prise en considération du risque et de la responsabilité.

Le métier du chirurgien est un métier de l'acte et de la prise de décision dans l'instant. De fait, il est considéré par ceux qui l'exercent comme un art (3) dans la mesure où chaque situation affrontée comporte sa part d'inédit. En conséquence, l'apprentissage est le fruit de relations privilégiées inscrites dans la tradition du compagnonnage.

Nous aborderons ensuite deux points qui nous apparaissent comme étant au centre de la déstabilisation potentielle du rôle et de la place des chirurgiens. En premier point, nous rappellerons les conditions sociales d'entrée dans l'activité, puis de son exercice. Notre

objectif est de montrer le chemin difficile et long que les futurs chirurgiens doivent parcourir. Métier de l'excellence, la chirurgie a obtenu un statut de profession qui la distingue (4), la formation et la place dans le système différencient les chirurgiens d'autres groupes tels que les anesthésistes (4.1). Nous rendrons compte des conditions de la carrière à l'A.P.-H.P. (4.2). Carrière qui à la fois confère certains appuis et certains avantages, mais qui peut également paraître difficile d'accès pour les nouvelles générations entrantes.

Nous aborderons ensuite la question du rapport au public. Le chirurgien a besoin du regard du public et du malade (5). Le public cependant change. Il en va de même de la déférence envers les professionnels, quels qu'ils soient. On peut ainsi constater une remise en cause de la référence mythique et l'émergence d'une autre relation au client. Tous les chirurgiens perçoivent cette déstabilisation des anciennes relations, certains la saluent comme positive et parviennent à s'approprier les changements en cours. D'autres les refusent et regrettent les anciennes relations.

Nous prolongerons ce tour d'horizon par un regard en miroir. Quelles images du métier, des jeunes en apprentissage, renvoient-ils ? Ce regard est instructif car il donne à voir les questions et les appréciations qu'ils bâtissent. Il met en évidence la difficulté à être vraiment acteur de son choix, les critères qui entrent dans la définition des orientations au moment du choix de la spécialité.

## 1. La place du chirurgien dans la hiérarchie sociale, symbolique et professionnelle

Quelle est la place de la chirurgie par rapport aux autres spécialités ? Cette place peut être définie par le statut qu'acquiert la chirurgie grâce à un titre qui l'érige en profession. Le métier de chirurgien est ancien et a obtenu une reconnaissance de la part de l'Etat<sup>145</sup>. Les chirurgiens sont détenteurs d'un savoir très spécialisé<sup>146</sup> et d'une grande autonomie dans le cadre de leur activité<sup>147</sup>. En obtenant cette reconnaissance, le métier a acquis un véritable prestige dont peu de professions peuvent se prévaloir. Ce prestige est lié également directement au fait que l'activité chirurgicale permet, potentiellement et concrètement, d'accroître le bien-être des individus, voire d'allonger leur vie. Le prestige associé à la profession est d'ailleurs très bien mis en évidence par l'ensemble de nos interlocuteurs lors des entretiens.

La représentation que l'on se fait généralement du chirurgien, mais également que les chirurgiens se font aussi de leur place est marquée par une figure mythique du chirurgien. C'est ce que nous verrons dans un premier temps. L'existence de cette figure, et le fait qu'elle soit d'une certaine manière décalée par rapport aux réalités actuelles – dépassée – est une des dimensions importantes des mutations à l'œuvre. Le deuxième élément général de transformation de la profession tient à la fin du chirurgien généraliste.

---

<sup>145</sup> Cf. Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

<sup>146</sup> Cf. Marc Maurice « Propos sur la sociologie des professions », *Sociologie du travail*, « Les professions », n° 2, avril-juin 1972. Marc Maurice note que « si l'on compare les caractéristiques des professions utilisées par huit auteurs parmi les plus éminents, on constate que sur les dix critères les plus souvent cités, l'accord entre eux ne se fait que sur un seul : la spécialisation du savoir ; vient ensuite la formation intellectuelle et l'idéal de service (six auteurs sur huit) », (p. 215).

<sup>147</sup> Pour Eliot Freidson, la question centrale d'une sociologie des professions est celle de *l'autonomie professionnelle* ; c'est là, selon lui, le trait distinctif entre métier et profession. Cette autonomie recouvre divers aspects qui sont globalement de deux sortes : « d'une part le jugement et la technique du travail que l'on peut connaître objectivement comme de pures données technologiques – et d'autre part « les mœurs, les coutumes, les habitudes qui enveloppent le travail – la façon de bosser, en somme » » (*ibid.*, p. 34). L'autonomie se caractérise également par la capacité à définir les conditions d'entrée au sein de la profession ainsi que les modalités concrètes du travail. Mais, rappelle l'auteur, « l'autonomie professionnelle n'est pas absolue (...) L'Etat détient en tout l'autorité souveraine ; si certains disposent d'une autonomie, c'est sous condition et parce qu'il l'accorde. On ne peut pas comprendre cette autonomie si l'on ne saisit pas ce qu'est l'organisation formelle du métier et quelles sont les relations de cette organisation avec les intérêts politiques de l'Etat. Mais un métier est-il proprement « autonome », une profession vraiment « libre », s'il leur faut se soumettre à la surveillance protectrice de l'Etat ? » (*ibid.*, p. 34.). Si l'Etat en est venu à accorder un monopole lié à un type d'activité particulier, c'est parce qu'une élite, une fraction d'individus socialement dominants, l'a promu. A ce propos, Eliot Freidson indique qu'« une fois établie dans sa position d'autonomie et placée sous protection, il est loisible à la profession de développer sa propre dynamique en instaurant des idées ou des activités nouvelles qui peuvent n'avoir qu'un rapport lointain avec celles de l'élite au pouvoir, et même les contredire. Il peut ainsi arriver que le travail accompli par la profession diverge de ce que l'élite attend » (*ibid.*, p. 83).

## 1.1 La figure mythique du chirurgien

Il existe, aujourd'hui encore, une figure mythique du chirurgien. Les chirurgiens que nous avons rencontrés y font allusion tantôt pour s'en démarquer, tantôt, au contraire, avec nostalgie, pour entretenir cette image et évaluer la situation actuelle en s'y référant. Ce mythe est donc bien présent et s'impose avec une force variable, selon le rapport que les acteurs entretiennent avec lui. Comme tout mythe, celui-ci transparaît dans la réalité, soit parce qu'il alimente l'imaginaire des chirurgiens ou des étudiants, soit par ce qu'il apparaît comme un point de référence à l'aune duquel les acteurs jugent les situations actuelles<sup>148</sup>.

Avant d'aborder ces deux points, nous allons présenter les différentes dimensions du mythe encore présent. Un mythe, souvent, ne s'embarrasse pas de différenciation et de subtilité ; il est un, donne à voir une sorte de caricature, puisée dans des récits hérités du passé. Revenons sur le mythe initial. Il est analysé par Marie Christelle Pouchelle, anthropologue, qui a réalisé des monographies auprès des équipes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du bloc opératoire. Certains chirurgiens relatant le passé évoquent, à propos de la figure du chirurgien, un demi-dieu « *descendu de son piédestal* »<sup>149</sup>. La dimension démiurgique est fortement présente dans le récit qu'elle fait de ses observations. Cet auteur évoque des conflits entre anesthésistes et chirurgiens liés au sentiment de toute-puissance de certains chirurgiens<sup>150</sup>.

A un autre niveau, le mythe rencontre la réalité de l'activité, et c'est sans doute la conscience aiguë du risque vital qui permet au mythe de garder son impact fort. Même si cela ne se joue pas dans toutes les interventions, le chirurgien reste celui qui redonne la vie, qui construit un espoir nouveau pour le malade, qui n'aurait eu, sans une intervention chirurgicale réussie, aucun espoir de guérir ou de vivre. Une erreur due à une moindre forme, une hésitation ou une imprécision peuvent avoir des conséquences sur la vie même du patient. De fait, le sentiment de responsabilité est complètement intériorisé, y compris par les étudiants que nous avons rencontrés. Lorsqu'ils parlent de leurs études, ils évoquent certes le bachotage et la volonté de réussir si possible mieux que les autres pour obtenir une bonne place à l'internat. Mais ils éprouvent bien le sentiment de construire leurs compétences de futurs

---

<sup>148</sup> Le mythe de « l'âge d'or » constitue un élément classique des rhétoriques professionnelles. Voir Robert Damien, Pierre Tripier, « Rhétoriques professionnelles » in Yvette Lucas & Claude Dubar (éds), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses Universitaires de Lille, 1994, Coll. « mutations / sociologie », (pp. 245-247).

<sup>149</sup> Marie-Christine Pouchelle, *Corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Ed. Séli Arslan, 2003, (p. 28).

<sup>150</sup> Voir sur ce point également Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 156-157, mars 2005, (pp. 98-114).

médecins et, ainsi, de créer les conditions pour pouvoir être responsables seuls face aux malades.

Les chirurgiens que nous avons interrogés sur leur métier construisent un lien explicite entre l'enjeu vital de leurs interventions avec une autre dimension particulière de l'activité, celle de leur pouvoir. Le mythe du chirurgien renvoie, en effet, à une figure extrême du pouvoir compris dans deux sens du terme : pouvoir au sens de capacité à agir concrètement, notamment, en situation opératoire, et pouvoir au sens de puissance, influence sur les choses et sur les êtres. Nous traiterons successivement le rapport des chirurgiens à ces deux types de pouvoir en rappelant les difficultés liées à leur mise en œuvre, ainsi que les conséquences en terme d'activité.

Dans les faits, si l'on se rapporte à l'histoire de la construction du métier, il est visible que la figure traditionnelle du chirurgien ne se confond pas avec ce mythe. En effet, à différents moments de l'histoire, le chirurgien a rencontré des problèmes d'image. Il existe une ambiguïté de la figure du chirurgien. Ainsi, Véronique Mouliné<sup>151</sup> met en évidence le rôle progressif qu'a joué le patient. S'il acceptait assez bien, à une certaine époque, d'être opéré, des débats ont toujours eu lieu concomitamment sur la nécessité d'opérer ou non. Le chirurgien était aussi soupçonné de vouloir résoudre un peu systématiquement les problèmes par l'opération. Un débat a eu lieu, par exemple, sur la nécessité de l'ablation des amygdales et des végétations. La réalité de la toute-puissance du chirurgien est notamment contestée, si l'on se réfère aux relations que le patient entretient généralement avec sa propre opération. Comme le rappelle Véronique Moulinié, « *les patients aiment choisir le moment de leur opération, c'est leur manière de participer à l'acte que d'en organiser la programmation. On retrouve sans cesse ce renversement des rôles. L'acte chirurgical appartient à celui qui le subit. Mais peut-on encore dire qu'il le subit ? Il y consent, il le demande, il s'en accommode fort bien* »<sup>152</sup>.

## 1.2 La fin du chirurgien généraliste

Afin de bien saisir la place de la chirurgie dans le processus de spécialisation de la médecine, il est important d'aborder le processus de spécialisation de la chirurgie elle-même. Nous mobiliserons ici les principaux résultats de la contribution d'Yves Ternon à l'ouvrage

---

<sup>151</sup> Véronique Moulinié, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité, et représentation du sang*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

<sup>152</sup> *Ibid.*, (p. 23).

collectif intitulé *Les métiers de la santé*, placé sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin<sup>153</sup>, qui se donne pour objectif de présenter les causes de la disparition de la chirurgie générale – qui résument à elles seules toute une partie des facteurs explicatifs de la mutation de la profession chirurgicale au cours du dernier tiers du XX<sup>ème</sup> siècle.

Les six causes envisagées par l'auteur sont les suivantes<sup>154</sup> :

- « **le progrès dans l'exploration du corps humain** » : ce premier type de progrès est lié à celui des découvertes scientifiques et de leurs applications techniques. Les rayons X, la fibre de verre, les ultrasons, la résonance magnétique nucléaire, etc., ont été adaptés progressivement au cadre du diagnostic médical et ont permis de diversifier et d'affiner grandement ses méthodes. Désormais, « *la maladie peut moins qu'autrefois se cacher* »<sup>155</sup>, puisque l'on peut observer avec précision des endroits du corps humain qui étaient jusqu'alors inaccessibles. Les progrès du diagnostic coupent court, de plus en plus, à la logique chirurgicale traditionnelle consistant « à aller voir ». Le diagnostic préopératoire formate (fixe, programme), bien plus qu'auparavant, ce qui va être réalisé pendant l'acte opératoire ;

- « **le progrès dans les techniques opératoires** » : les progrès techniques ont eu également d'importantes répercussions sur les gestes chirurgicaux et sur leur efficacité (gain de temps et amélioration des résultats). Aujourd'hui, le rayon laser, la pince mécanique, le tissu synthétique, les prothèses, etc. sont utilisés dans le cadre de l'opération chirurgicale. Ces nouveaux outils ou objets techniques en remplacent parfois d'autres, plus anciens, et leur utilisation nécessite l'apprentissage de nouveaux gestes techniques<sup>156</sup> ;

- « **la réduction des indications chirurgicales** » : les améliorations du diagnostic ont permis d'éviter certaines opérations consistant à « aller voir » de plus près le corps du patient (et ses « problèmes ») en opérant. Cette réduction des indications chirurgicales est liée également aux progrès de la pharmacologie : « *de nouveaux médicaments ont supprimé des actes chirurgicaux* »<sup>157</sup>. Le champ d'intervention du chirurgien a ainsi beaucoup évolué, d'une part, en se réduisant, ce qui conduit parfois à adopter une attitude « chronocentrique » à l'égard des périodes passées (et pourtant relativement récentes) de la chirurgie ; c'est-à-dire que l'on porte parfois un regard rétrospectif négatif sur des opérations chirurgicales, qui,

---

<sup>153</sup> *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, 1994.

<sup>154</sup> Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, 1994, (p. 187).

<sup>155</sup> *Ibid.*, (p. 188).

<sup>156</sup> Sur les conséquences (positives et négatives) de l'instrumentalisation croissante de certains gestes chirurgicaux, voir Philippe Hubinois, *Chirurgie viscérale : hier, aujourd'hui, demain. Petite philosophie de la chirurgie*, Thèse pour le doctorat de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2005.

<sup>157</sup> Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », *op. cit.*, (p. 190).

aujourd'hui, n'ont plus de raisons d'être. Ainsi, « *l'admiration suscitée il y a vingt ans encore par ces hommes en bleu ou en vert qui plongeait leurs mains dans des ventres exposés et empaumaient des cœurs a fait place à la peur du sang, des grandes cicatrices et des mutilations* »<sup>158</sup>. D'autre part, le champ d'intervention chirurgicale s'est aussi étendu, grâce au développement du domaine des greffes d'organe et de la microchirurgie, et au progrès de la réanimation qui a permis d'élargir la gamme des patients opérables et opérés (nouveaux-nés et personnes âgées), notamment.

- « **la croissance de la démographie médicale** » : cette quatrième cause fait référence au contexte d'exercice médical des années 1970, qui est marqué par le nombre relativement élevé de diplômés sortant des facultés de médecine. La « pléthore médicale »<sup>159</sup> aurait conduit à un accroissement de divers types de concurrence entre médecins et, surtout entre chirurgiens, entre chirurgiens généralistes et chirurgiens « spécialistes » ou « spécialisés », et, enfin, entre chirurgiens spécialistes et médecins spécialistes. Aussi les années 1970 ont-elles vu se multiplier les structures d'accueil et s'aviver diverses formes de concurrence entre chirurgiens, entre ceux du secteur privé, et entre ceux du secteur privé et ceux du secteur public. De plus, « *la concurrence et les impératifs financiers liés à l'investissement avaient, plus que l'appétit de profit des chirurgiens, accentué la tendance à l'hyperconsommation chirurgicale et à l'allongement de la durée d'hospitalisation. Ces pratiques coûtaient cher et se heurtaient à la volonté des pouvoirs publics de réduire les dépenses de santé* »<sup>160</sup>. A partir des années 1980, les médecins spécialistes revendiquent leur indépendance et entrent en conflit (et en concurrence) avec les chirurgiens. Ils parviennent, s'emparant des nouvelles techniques médicales, à élargir leur champ de compétences, en empiétant sur celui des chirurgiens : oto-rhino-laryngologues, gastro-entérologues, cardiologues, rhumatologues et dermatologues ont tous, à leur manière, fait concurrence aux chirurgiens généralistes ou aux chirurgiens spécialistes<sup>161</sup>. Ainsi, relativement rapidement, les chirurgiens perdent, pour une part, l'emprise qu'ils avaient sur leur domaine traditionnel d'activité.

- « **les impératifs de l'économie de santé** » : au cours des années 1980, beaucoup de cliniques privées font faillite ; alors qu'un trop grand nombre de lits est offert, « *le nombre des malades chirurgicaux et leur durée d'hospitalisation [diminuent]* »<sup>162</sup>. Pour ceux qui échappent à cette crise, les contraintes budgétaires se resserrent fortement ; désormais,

---

<sup>158</sup> *Ibid.*, (p. 189).

<sup>159</sup> Pour une analyse critique de cette vision du contexte d'exercice médical de l'époque, voir Martine Bungener, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n° 1, février 1984.

<sup>160</sup> Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », *op. cit.*, (p. 192).

<sup>161</sup> *Ibid.*, (pp. 192-193).

<sup>162</sup> *Ibid.*, (p. 193).

l'activité chirurgicale dans le secteur privé semble bien plus soumise que par le passé à des impératifs de rendement. De surcroît, il faut réaliser des investissements de plus en plus lourds, en raison des avancées technologiques, qui se traduisent par l'apparition de nouveaux matériels, fort coûteux, réclamés à la fois par les médecins, les chirurgiens et les patients. Ces changements s'accompagnent de la spécialisation des chirurgiens ; il devient de plus en plus difficile d'être « seulement » un généraliste. La complexification et l'hyperspécialisation des savoirs, liées pour une part aux avancées techniques, associées à de nouvelles contraintes organisationnelles reposant sur le souci du rendement laissent penser (notamment aux gestionnaires) que le chirurgien généraliste est moins bien adapté à ce nouveau contexte d'activité qu'à l'ancien<sup>163</sup>.

- « *le développement de l'information médiatique* » : la diffusion de nombreuses émissions télévisuelles portant sur la chirurgie a contribué non seulement à informer les non-professionnels, qui sont des « usagers » potentiels, mais également à les « former » à leur rôle de malades<sup>164</sup>. L'élévation de leur niveau d'information a conduit à celle de leur niveau d'exigence à l'égard de la chirurgie. Cette proto-professionnalisation des usagers, qui repose sur diverses formes de médiatisation vulgarisant le savoir médicochirurgical et relatant sans cesse ses évolutions, les a conduit à « *[discuter] les compétences des chirurgiens généralistes et [à trouver] suspecte l'étendue de leur pratique (...) les malades, pour le geste le plus banal, exigent le spécialiste* »<sup>165</sup>. La médiatisation des avancées techniques de la médecine moderne a conduit également à élever le niveau d'exigence des patients en matière de résultats ; le chirurgien, désormais, n'a « *plus droit à l'erreur* »<sup>166</sup>.

Le propos de l'auteur nous conduit ainsi à pointer un *apparent* paradoxe qui toucherait actuellement la chirurgie : alors qu'il est plus spécialisé, plus outillé, mieux armé pour réussir son intervention et pour parer à d'éventuelles complications, et, finalement, de plus en plus performant, le chirurgien doit néanmoins faire face à des patients devenus parfois plus méfiants – ce qui s'observe, pour une part, à travers la « judiciarisation » de l'activité et à son

---

<sup>163</sup> « *C'est en fait à l'hôpital que la mutation s'est opérée. Jusque dans les années soixante-dix, on pouvait encore trouver dans les services de chirurgie de grands patrons régnant sans partage sur leurs élèves et leur personnel. L'administration hospitalière avait pris l'habitude de tout accorder à ses stars. Mais l'installation du plein-temps hospitalier corrigea cette perception du chef de service. Au lieu de partager son temps entre son service et sa clinique, il devenait un salarié de la fonction publique. Exception faite du secteur privé qui lui était alloué, il n'était rémunéré qu'indépendamment des prestations fournies et sa carrière se déroulait uniquement à l'hôpital. Il n'était plus maître que de son art, son art qu'il ne pouvait plus espérer maintenir dans sa diversité et qu'il fallait engager sans tarder dans la voie d'une spécialisation intensive* », *ibid.*, (pp. 194-195).

<sup>164</sup> C'est ce que Jean-Yves Trépos, s'inspirant des travaux d'Abram de Swaan qui s'inscrivent dans la perspective sociologique développée par Norbert Elias, appelle la « *proto-professionnalisation des usagers* ». Cf. Jean-Yves Trépos, *Sociologie de l'expertise*, Paris, PUF, 1996, (p. 28 et s.).

<sup>165</sup> Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », *op. cit.*, (pp. 196-197).

<sup>166</sup> *Ibid.*, (p. 198).

augmentation au cours des dernières années – et qui cherchent, bien plus que par le passé, à imposer leur propre représentation de l’opération qui les concerne. Développer cette idée du paradoxe constitue un réductionnisme reposant principalement sur une forme de « chronocentrisme » – qui consiste à comparer des situations temporellement différentes avec des critères inspirés de la situation présente – : d’une part, il semble que le niveau d’exigence des patients soit indexé sur le niveau de qualité des prestations chirurgicales (et il n’y a en cela rien de paradoxal, le niveau de qualité ayant globalement augmenté sur la période récente) ; d’autre part, cette tendance à passer de l’obligation de moyens à l’obligation de résultats, à adopter une attitude de faible tolérance à l’égard des « mauvais » résultats de l’action des prestataires de service paraît s’exercer largement au-delà du domaine médical et pousse à assimiler le comportement des « usagers » (de biens et de services en tout genre) à celui de consommateurs – soucieux de ne pas être trompés « sur la marchandise »<sup>167</sup>.

En se basant sur la réflexion d’Yves Ternon, nous pouvons formuler l’hypothèse selon laquelle l’empiètement partiel d’autres spécialités médicales sur le champ d’activité de la chirurgie, la réduction des indications chirurgicales, ainsi que l’élévation du niveau d’exigence des patients ont conduit, sur le plan symbolique, à une perte *relative* de prestige du chirurgien qui est liée à une perte relative de l’emprise du chirurgien sur le processus opératoire. Pour le dire autrement, le chirurgien serait moins « tout-puissant » et l’héroïsation, qui constitue, un des stades ultimes de la symbolique du prestige, ne lui semble plus réellement permise aujourd’hui, sauf à titre exceptionnel<sup>168</sup>... mais cela ne signifie pas qu’il n’est plus prestigieux, loin s’en faut.

---

<sup>167</sup> Selon Everett C. Hughes, « de nombreux profanes nourrissent au fond de leur cœur méfiance et agressivité à l’égard de tous les professionnels, qu’ils soient plombiers ou médecins. Ces sentiments débouchent chez certains sur une hostilité fanatique. Certains sont furieux d’être ou de s’imaginer victimes de préjudices causés par des praticiens incompetents ou négligents, ou d’avoir été exploités lors d’un traitement plus utile à l’accroissement du savoir, du pouvoir, ou des revenus des professionnels qu’aux nécessités de leur propre bien-être. Selon Helen MacGill Hughes, les adversaires de la vivisection ne sont pas ceux qui aiment le plus les animaux mais ceux qui aiment le moins les médecins, car ils les suspectent de trop aimer leur travail » ; in *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l’Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996, (p. 102).

<sup>168</sup> A ce propos, il est permis de penser que la réussite de la récente tentative de greffe du visage, réalisée par les chirurgiens Jean-Michel Dubernard (hôpital Édouard-Herriot de Lyon) et Bernard Devauchelle (spécialiste de la chirurgie maxillo-faciale au C.H.U. d’Amiens), contribue à redonner à l’activité chirurgicale une connotation héroïque. Centrée sur ses principaux responsables, ce processus symbolique d’héroïsation est dû, pour une large part, au traitement médiatique de l’événement et repose, notamment, sur un défaut de contextualisation : nombre d’équipes chirurgicales s’étaient déjà déclarées prêtes à pratiquer une greffe de visage. Il n’empêche que lorsque les chirurgiens repoussent avec brio les limites de leur champ d’intervention en améliorant significativement la vie quotidienne de leurs patients, le prestige de la profession tout entière s’en trouve augmenté (aux yeux des chirurgiens eux-mêmes, et via le traitement médiatique, à ceux des non-spécialistes).

La perte relative de prestige a dû être vraisemblablement ressentie le plus fortement par la frange des chirurgiens les plus âgés encore en activité, *a fortiori* les généralistes, qui ont connu la période où leur pouvoir de décision était plus étendu.

L'article, en ce qu'il offre un panorama des changements ayant affecté la chirurgie depuis une cinquantaine d'années, offre une base utile pour notre réflexion, mais, en raison de la perspective d'analyse que l'auteur propose de développer (la fin du chirurgien généraliste), il occulte une partie des éléments qui nous intéressent directement dans notre recherche, notamment ceux concernant la question du recrutement au sein de la profession.

Par ailleurs, il apparaît que l'auteur développe une vision quelque peu enchantée de l'entrée dans la profession chirurgicale : « *il [le chirurgien des années cinquante] était entré dans la profession par amour du prochain et, sous des dehors parfois hautains, il demeurait un homme de compassion* »<sup>169</sup>. L'évocation d'une telle idée entretient le mythe de la « vocation chirurgicale universelle » - qui énonce que chaque chirurgien, aujourd'hui et/ou par le passé, est entré en profession par vocation, c'est-à-dire en fonction d'un goût vif et précoce pour l'exercice de l'activité.

Autre limite de l'article : si l'auteur ne succombe pas à un monisme causal (qui expliquerait, comme cela se fait communément<sup>170</sup>, le changement, par une cause et une seule), puisqu'il montre que plusieurs causes sont à l'origine de la disparition progressive de la chirurgie générale, il ne cherche pas, en revanche, à prendre la mesure du poids relatif des différentes causes dans le changement qu'il observe. Ainsi, l'article semble plutôt « impressionniste » : l'auteur procède par petites touches successives pour broser à grands traits toutes les causes du changement, mais il ne les met pas suffisamment en lien (même à titre d'hypothèse), alors que les différents facteurs expliquant la disparition du chirurgien généraliste ne sont pas séparés en réalité ; si l'auteur reconnaît explicitement l'existence de cette intrication, il ne cherche pas réellement à en rendre compte.

## **2. Le pouvoir, la responsabilité et le risque**

Nous allons quitter l'analyse des évolutions générales pour rendre compte ici de ce qui apparaît concrètement dans les récits des chirurgiens, des étudiants ou des anesthésistes que nous avons interrogés. Ils s'expriment sur leur pratique et sur la manière dont ils la vivent. Si

---

<sup>169</sup> Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », *op. cit.*, (p. 184).

<sup>170</sup> Cf. Gérald Bronner, *Vie et mort des croyances collectives*, Hermann, Coll. « Sociétés et pensées », 2006.

certaines éléments relèvent des faits, une part importante de l'analyse s'appuie sur le vécu subjectif de l'activité tel qu'il apparaît dans les récits.

## **2.1 La chirurgie comme acte de pouvoir sur les êtres**

Après avoir rappelé la nature de ce pouvoir (2.1.1), nous verrons qu'il est indissociable de deux autres caractéristiques de l'activité, la responsabilité (2.1.2) et la confrontation au risque (2.1.3) qui sont au cœur du métier. Ces deux dernières dimensions participent de la figure traditionnelle et actuelle de l'activité de chirurgien.

### **2.1.1. Puissance au sens de pouvoir sur les êtres et les choses**

Ce statut perçu comme hors du commun est donc lié à un rôle particulier conféré par l'impact de l'intervention du chirurgien sur la vie (et la mort). Le chirurgien est celui qui « répare », qui permet de prolonger ou, dans certains cas, de donner la vie.

*« Ce qui me plaît dans ce métier, c'est exercer du pouvoir sur les autres. J'ai un pouvoir de décision vis-à-vis des malades. Il y a une intrusion démiurgique dans le corps des autres, c'est excitant. On a le sentiment d'une prise de possession dans l'âme des autres en entrant dans leur tête » (neurochirurgien).*

La reconnaissance de cette puissance n'a été exprimée en tant que telle que par deux interlocuteurs parmi nos enquêtés. Si ce sentiment de puissance n'est pas toujours exprimé explicitement, la double conviction de prendre une responsabilité et d'assumer un risque qu'il n'est pas toujours possible de maîtriser, demeure, quant à elle, beaucoup plus largement évoquée par nos enquêtés.

### **2.1.2 La responsabilité**

La responsabilité qui accompagne ce pouvoir sur les êtres est fortement ressentie par les individus que nous avons interrogés. L'enjeu du geste chirurgical est la vie de l'Autre ou sa santé. Ce sentiment de responsabilité est exprimé parfois en tant que tel, parfois de manière détournée, en faisant référence à l'importance des décisions à prendre. Cette responsabilité pour les chirurgiens en activité ne se divise pas ; elle est une et s'inscrit dans la trajectoire du patient. Les chirurgiens se sentent responsables du patient depuis sa prise en charge initiale

jusqu'à la période postopératoire<sup>171</sup> ; ainsi s'opère une distinction revendiquée vis-à-vis des anesthésistes.

C'est, fréquemment, la renommée d'un chirurgien qui attire un patient. Le patient fait le choix d'un chirurgien et non d'un anesthésiste ; le chirurgien est donc au centre de la relation avec le patient.

*« Les malades appartiennent aux chirurgiens » « on s'en occupe complètement ; on est responsable du malade » (femme 40 ans)*

Aussi le chirurgien se sent-il responsable ; il assume et revendique cette responsabilité. Il a d'ailleurs le sentiment « de ne pas jouer dans la même cour » que les anesthésistes. Un anesthésiste nous dira :

*« Les anesthésistes ne recrutent pas, c'est le chirurgien qui recrute ». Ils n'ont pas de rapport personnel au malade » (femme 40 ans)*

Ainsi, plusieurs anesthésistes peuvent intervenir de façon séquentielle, un premier anesthésiste interroge et discute avec le patient avant l'intervention, un autre l'endort, un autre assiste au réveil. Ce constat satisfait les chirurgiens, même si certains font remarquer qu'un meilleur investissement des anesthésistes serait souhaitable. Il prend acte du fait que le chirurgien est responsable et qu'il investit plus l'acte et ses conséquences. Ceci s'accompagne d'une caractéristique remarquable : les chirurgiens évoquent – et valorisent – leur travail en privilégiant l'acte individuel. Même s'ils ont conscience de coopérer avec d'autres, ils pensent que l'activité est individuelle et raisonnent autour de cette dimension. Ceci paraît assez paradoxal quand on connaît les formes de coopération qui existent au bloc ou les discussions qui précèdent l'acte opératoire<sup>172</sup>.

A l'inverse, les chirurgiens présentent l'activité des anesthésistes comme un travail en équipe reposant sur diverses formes de transmissions. La réanimation et l'anesthésie ne peuvent être mises sur le même plan que la chirurgie. Certains ne font que l'anesthésie. Ils voient le malade d'un point de vue extérieur, parfois se préoccupent de ce qu'il est devenu, mais pas tout de suite, donc pas dans le cadre d'une relation avec lui, mais plutôt dans le seul

---

<sup>171</sup> Nous reviendrons sur ce point en abordant le thème du pouvoir au sens de transformation de la réalité.

<sup>172</sup> Comme nous le verrons, certains sociologues – comme Jean Peneff – semblent inscrire cet élément de rhétorique professionnelle au sein même de leur analyse (cf. Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3, 1997) ; voir, sur ce point, les remarques de Michel Callon et de Vololona Rabeharisoa in « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du travail*, n° 41, 1999.

but de se tenir informé. D'autres assurent la réanimation, qui suppose un suivi beaucoup plus complet. Un chirurgien s'appuie sur cette analyse des activités séquentielles pour mettre en évidence la spécificité de l'acte du chirurgien :

*« Ce n'est pas un travail d'équipe. Cela ressemble à la réanimation, parce que c'est très technique. Mais les réanimateurs travaillent en équipe, nous non. Le malade entre sous la responsabilité d'un chirurgien et il y reste » (homme 60 ans)*

*« Par exemple, il y a un chirurgien d'astreinte, mais s'il y a un problème, on l'appelle chez lui, même s'il est minuit. La relation est personnelle et si un chirurgien n'a pas été prévenu que son malade fait une complication, il ne sera pas content. Peut-être qu'il ne se déplacera pas, mais il veut savoir. « c'est notre pouvoir, si on lâche ça, on perd l'intérêt du métier » (homme 55 ans).*

Il semble qu'il y ait une confusion entre travail d'équipe et responsabilité. Ainsi, on peut dire que le chirurgien travaille en équipe dans la mesure où il discute en amont avec des collègues de la nécessité d'opérer et de la manière de le faire. Le chirurgien travaille, de fait, avec des anesthésistes ou des infirmières, mais il ne pense pas vraiment cette coopération comme un travail d'équipe dans la mesure où il a le sentiment d'en assumer seul la responsabilité. En revanche, les anesthésistes, intervenant chacun lors d'une séquence de la procédure d'anesthésie, peuvent être considérés comme travaillant « en séquentiel ». Ainsi, les différents éléments permettant de distinguer les modalités d'activité de l'anesthésiste et celles du chirurgien, concernent la question de la responsabilité, le suivi de la trajectoire du malade, la relation clinique continue avec le malade, l'absence de projet de délégation. A cet égard, à la question posée à une chirurgienne : *« Pourrait-il y avoir une délégation ? »*, la réponse est sans ambiguïté : *« Il n'y a pas de délégation en neurologie, cette question ne se pose pas » (neurochirurgienne 40 ans).*

La responsabilité est indissociable d'une inquiétude forte, et d'un stress qu'il faut parvenir à gérer, à maîtriser. Le stress est tantôt présenté comme une charge mentale, difficile à assumer, participant de la fatigue et d'un investissement coûteux, tantôt comme lié à un plaisir fort.

## ***L'amour du stress, le challenge***

Le stress peut être associé, en effet, à une perception positive de l'activité dans la mesure où il est une des composantes de l'action. Certains déclarent « aimer » le stress :

*« Oui, il y a du stress, mais j'aime le stress du bloc opératoire. Certains chirurgiens viennent dans ce métier et s'obligent à affronter le stress. C'est une mauvaise idée, ils ne devraient pas. Pour faire ce métier, il faut aimer le stress, y prendre du plaisir, sinon à quoi cela sert-il ? La position physique du chirurgien est elle-même stressante. Un truc qui saigne, c'est l'angoisse. La qualité du chirurgien, c'est aimer résoudre les difficultés sans être paniqué. On peut être paniqué, mais aimer ça. C'est un défi contre la nature, c'est parfois le sens de devenir chirurgien » (femme).*

Ainsi, la maîtrise de sa capacité d'action dans des contextes difficiles apparaît comme un facteur de grande satisfaction. Elle suppose de sortir de soi, de distancier fortement, de hiérarchiser ce qui est le plus important et ce qui est secondaire, d'organiser sa démarche ; mais, avant tout, il s'agit de relever un défi, celui de la difficulté.

## ***La souffrance et le doute***

Pour d'autres, la gestion du stress représente une charge mentale, qui peut générer de la peur, de la souffrance<sup>173</sup>. Le stress vient notamment du fait que chaque opération peut être faite de surprises multiples. Une part de chaque opération apparaît comme nouvelle. C'est un peu comme s'il y avait une part irréductible de surprises, d'évènements que le chirurgien aura à gérer instantanément sans qu'il ait été possible de prévoir ou de se prémunir à l'avance contre le problème qui surgit :

*« Il n' y a pas de routinisation, pas d'assurance. On peut merder sur chaque opération. Il est nécessaire d'apprécier la dureté de l'os, la manière dont la fraise est aiguisée, il faut choisir la place de l'incision (...) il est intéressant de rechercher une industrialisation du process pour mieux le maîtriser, mais le process garde un caractère d'artisan avec des aléas (homme 60 ans).*

*L'habitude, le rituel, correspond à un désir de la maîtrise et du contrôle. Il y a un rapport à la mort ; c'est binaire, c'est grave ou pas grave » (homme 55 ans).*

---

<sup>173</sup> Christophe Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.

Ainsi, la connaissance et l'expérience sont incontournables et essentielles pour mener à bien l'activité chirurgicale, mais elles ne suffisent pas pour permettre au chirurgien d'être rassuré sur les conditions de l'opération. En effet, ces conditions sont extérieures également à ses propres capacités et peuvent les mettre à l'épreuve de manière variée.

Dans certaines situations, tout se passe comme si la connaissance ne permettait pas de se rassurer, mais, au contraire, comme si elle engendrait une déstabilisation accrue. Connaître, en effet, conduit à imaginer le pire, à interpréter un détail, une plainte comme un indice possible de gravité de la maladie. Ainsi, l'inquiétude déborde du bloc vers la vie privée, puisque la lecture que le chirurgien fait du problème d'un proche est, le plus souvent, une lecture pessimiste ou alarmiste :

*« Dans la vie de tous les jours, quand quelqu'un qu'on aime est atteint, cette connaissance qu'a le médecin ou le chirurgien n'est pas un confort. En effet, il pressent, il anticipe les conséquences graves ou les significations possibles des symptômes que le profane ignore » (homme 40 ans).*

Il est remarquable de constater que tant dans leur pratique propre, que dans la définition de la gravité d'un mal, les chirurgiens éprouvent le sentiment de la fragilité du réel. De fait, si dans notre monde, la mort (et, plus précisément, la figure du mourant) est le plus souvent rejetée de nos conversations ou de notre univers subjectif<sup>174</sup>, les chirurgiens, quant à eux, vivent – et donc, exercent – avec ce sentiment de fragilité de la vie :

*« On sent la fragilité des choses, il n'y a pas d'immortalité et on sait que la frontière entre ce qui se passe bien ou pas est ténue » (homme 40 ans).*

Ceci rejaillit sur l'ambiance des équipes. Nombre de manifestations d'humeurs dans les blocs opératoires reflètent cette tension. Certains chirurgiens « explosent » dans les blocs opératoires ; c'est un moyen de renvoyer le stress vers les autres, de décharger la tension ; certains y voient une manière de se rassurer :

*« Il y a beaucoup d'engueulades dans les blocs opératoires » (femme 60 ans).*

*« Le chirurgien est en instabilité quand il est en bloc opératoire. Il a des conduites de réassurances, car il doit choisir un instrument et cela le met dans un état instable. Il a des gens entre les mains ».*

---

<sup>174</sup> Philippe Ariès, « La mort et le Mourant dans notre civilisation », *Revue française de sociologie*, n° 14, 1973, (pp. 125-128).

En règle générale, l'ambiance des blocs opératoires n'est pas détendue, loin s'en faut, elle reflète bien plus l'angoisse et l'exorcisation de l'angoisse<sup>175</sup>. Elle est également liée à l'excès de contacts et de face-à-face lors des opérations : « *l'enfermement et la promiscuité, la fatigue et la longueur des interventions engendrent des conflits et des tensions qui peuvent provoquer des crises internes mais aussi, à d'autres moments de réussite exceptionnelle, un fort sentiment de cohésion et de compagnonnage* »<sup>176</sup>. Comme nous le verrons plus loin, la lecture qu'en font les jeunes est sensiblement différente.

Après avoir étudié différentes dimensions de la responsabilité du chirurgien, nous proposons d'approfondir maintenant la question du risque, qui est directement en lien avec elle.

### **2.1.3 Un métier de gestion du risque**

Si les chirurgiens interrogés évoquent tous les risques liés au métier, cette notion recouvre plusieurs acceptions. Le risque se situe en amont de l'acte d'opérer, dans la décision d'opérer, mais aussi dans la préparation de soi qui permettra au chirurgien de parvenir à effectuer correctement l'intervention. Bien conduire une opération suppose, en effet, de la part du chirurgien une certaine sérénité : avoir confiance en soi, être convaincu que l'opération est la bonne décision. Puis, au moment même de l'opération, des problèmes particuliers peuvent surgir qu'il faudra affronter immédiatement ; la difficulté peut provenir d'incidents non prévus, de la morphologie du patient – *e.g.* une personne très grosse –, du mauvais positionnement d'une tumeur, etc. Lors des entretiens, les chirurgiens ont ainsi désigné plusieurs types d'« ennemis ».

#### **A/ Le risque lié à l'émotion non maîtrisée**

L'émotion commence à affleurer lorsque le chirurgien ne voit plus dans le champ opératoire un objet, mais le patient qu'il connaît. Il apparaît clairement qu'un des objectifs du chirurgien est de prendre de la distance avec le patient notamment lorsque l'opéré, est une personne pour laquelle on ressent une émotion. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit

---

<sup>175</sup> Voir, sur ce point, Erving Goffman, « La « distance au rôle » en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, (pp. 80-87).

<sup>176</sup> Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *op. cit.*

d'opérer le parent de quelqu'un de proche et qui montre sa confiance en choisissant de confier son parent à son ami chirurgien. La main ne doit pas trembler ; l'émotion doit être refoulée, rejetée soit provisoirement au moment de l'acte, soit plus généralement dans le rapport au patient. La nécessité de la prise de distance est parfois formulée de la manière suivante :

« *Quand le malade est endormi, on met entre parenthèses le fait que cela soit une personne* » (femme 60 ans).

Nos interlocuteurs ont souligné le fait qu'ils oublient la personne lorsqu'ils opèrent. On retrouve cette approche dans le travail de thèse de philosophie d'Anne-Laure Boch, neurochirurgienne à l'A.P.-H.P., qui insiste sur le caractère soumis et inerte du patient. Cependant, on peut trouver, ailleurs dans son texte, un passage qui montre que le corps du chirurgien lui-même est concerné par le travail en train de se faire et que, d'une certaine manière, il dialogue, entre en interaction avec le corps du patient :

« (...) *la pratique chirurgicale repose sur une adéquation entre la représentation et l'action. Le but du chirurgien n'est pas d'étudier scientifiquement les organes, mais d'agir sur eux, d'opérer (du latin opera, travail, activité, soin). Et pour pouvoir opérer, il ne faut pas avoir du corps une vision théorique, forcément trop lointaine pour permettre de prendre les bonnes décisions en temps utile, comme c'est le cas au cours d'une intervention chirurgicale. Il ne suffit pas de connaître, il faut comprendre : prendre avec soi, physiquement, sensiblement, la représentation de l'organe souffrant pour pouvoir le réparer avec ses propres organes de relation, ces organes sensibles que sont les mains (...) La sensualité est à l'honneur dans la chirurgie... La sensualité immédiate dans laquelle le chirurgien s'absorbe heure après heure, les mains équilibrées au-dessus du malade, les instruments ni trop lourds ni trop légers, bien en main, le mouvement délié, souple, intéressant les mains et non les épaules (« ne jamais opérer avec les épaules », dit-on aux jeunes)... Impossible de dénier la composante purement manuelle de la chirurgie !* »<sup>177</sup>

L'ambivalence du point de vue du chirurgien sur le patient lors de l'opération fait l'objet de clivages parmi les sociologues qui ont étudié le travail concret en chirurgie. Si tous les auteurs partagent l'analyse selon laquelle le travail de chirurgie est un travail collectif qui nécessite la construction, pour le chirurgien, d'une distance au malade, cette mise à distance donne lieu, cependant, à deux types d'interprétations et deux types de théories. Nous allons

---

<sup>177</sup> Anne-Laure Boch, thèse de philosophie en cours de rédaction, 2006. Pour une analyse détaillée de la dimension manuelle de l'activité chirurgicale, voir la deuxième partie de la thèse de Philippe Hubinois, chirurgien, intitulée *Chirurgie viscérale : hier, aujourd'hui, demain. Petite philosophie de la chirurgie*, Thèse pour le doctorat de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2005.

présenter, tour à tour, ces deux points de vue de manière simplifiée ; l'analyse que nous présentons a été effectuée par Michel Callon et Vololona Rabeharisoa<sup>178</sup>. Nous allons montrer que, dans les deux types d'analyse, la personne du patient n'est pas considérée de la même manière. L'une des interprétations met en avant la transformation du patient comme objet dans l'acte chirurgical<sup>179</sup>, l'autre affirme le maintien du patient comme personne dans l'acte d'opération<sup>180</sup>. Voyons successivement les conséquences de ces interprétations opposées.

### a. Les analyses selon lesquelles le corps de l'opéré devient objet

La réification du patient dans l'opération est la thèse soutenue par Jean Peneff ; au moment de l'opération le corps est transformé en objet permettant ainsi de faire « *disparaître la personne du patient* ». Cet auteur met en évidence le caractère impersonnel du contexte, le corps dénudé, rasé, tous éléments qui rendent le patient anonyme, voire lui confère le même aspect que celui d'un corps mort :

« *Quand on fait le tour des salles, le matin, avant la mise en action, on peut voir sur les tables, des corps nus, entièrement rasés (membres poitrine, pubis) de couleur jaunâtre (badigeonnés à l'iode) qui attendent les équipes sous la lumière blafarde des scialytiques, dans un décor qui évoque plutôt la morgue que la salle de soins. La mise entre parenthèses de la personne a commencé. Avant d'être fouillé, le corps est objet - installé, manipulé, attaché, nettoyé, sondé. Les présents qui travaillent le détaillent corporellement ; il est le sujet de commentaires distanciés ou de jugements moraux (« ce Monsieur a eu des malheurs dans sa vie » ou « ce Monsieur buvait ») sans aucune précaution, ce qu'autorise le profond endormissement du patient. Cette manipulation est aussi mentale, l'anesthésiste ayant le pouvoir de l'enfoncer dans un plus grand sommeil ou de le faire revenir à lui (pendant l'opération, par des signes imperceptibles au profane, le chirurgien devine cette évolution et demande à l'anesthésiste de doser l'inconscience). Le corps est ainsi instrumentalisé, il devient un élément incorporé dans un système de machines ; le cœur, les poumons, le cerveau seront soit assistés, soit mis hors fonction et remplacés temporairement »<sup>181</sup>.*

---

<sup>178</sup> Michel Callon, Vololona Rabeharisoa, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *op. cit.*

<sup>179</sup> Cf. Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *op. cit.*

<sup>180</sup> Il s'agit du point de vue développé par Stephan Hirschauer (dans « The Manufacture of Bodies in Surgery », *Social Studies of Science*, n° 21, 1991, (pp. 279-319).)

<sup>181</sup> Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *op. cit.*, (p. 275).

Si le travail du chirurgien s'effectue sur une « non-personne », comment parvenir à rendre compte de la spécificité de ce travail, qui est précisément de s'appliquer à un *matériau humain* ? Cette manière d'approcher le patient, comme un objet sur lequel intervient une équipe a de fortes implications. Une telle représentation du corps du patient – le corps comme objet – conduit à envisager le travail d'opération sous l'angle essentiellement technique, et le travail de l'équipe est un travail de coordination des rôles entre les différents professionnels. Le chirurgien est présenté à la fois comme un soliste et un chef d'orchestre, metteur en scène et acteur principal. Membre le plus éminent du groupe, « le travail du chirurgien est souvent présenté comme l'œuvre de l'homme seul, un acte individuel »<sup>182</sup>. Dans les faits, il existe à la fois une performance personnelle et une coopération : « On pourrait dire que chaque opération est une co-opération. En chirurgie, personne ne peut « faire cavalier seul » ; chacun dépend de beaucoup d'autres, et le malade dépend bien sûr de tous les membres de l'équipe »<sup>183</sup>. Le chirurgien articule les interventions de trois chaînes de compétences : l'anesthésie, les infirmières, les techniques de la circulation artificielle... l'ensemble est présenté comme constituant un dispositif unique, les anesthésistes font partie de cet ensemble ; leur intervention est de l'ordre de la maintenance du corps et non de l'intervention sur le corps. L'intervention de l'anesthésiste réduit le corps à l'état de matériau ; l'équipe intervient ensuite.

Le mérite de cette analyse est de montrer que le corps de l'opéré est l'objet principal de l'activité et qu'on ne peut traiter de l'activité du chirurgien sans rendre compte de ce qui se passe dans les gestes autour du corps. Mais, par conséquent, le travail du chirurgien apparaît comme un travail manuel ; au même titre que le travail ouvrier, il est affaire d'habileté.

### **b. Les analyses mettant en évidence le fait que le patient opéré reste considéré comme une personne**

D'autres analyses se démarquent de cette première approche en insistant sur le fait que le patient, en tant que personne, est bien présent. Le chirurgien ne peut traiter du patient complètement comme un objet, comme un matériau inerte demandant une technique et une habileté manuelle semblable à celle d'un ouvrier. La conscience de travailler sur une personne a des incidences sur l'analyse que l'on fait de l'acte d'opération lui-même, ainsi que sur

---

<sup>182</sup> *Ibid.*, (p. 278).

<sup>183</sup> R. Wilson 1954, «travail d'équipe en salle d'opération», *Human organization*, n°12,8-14, trad. Mme Héritier, Département de sociologie, Université de Provence, cité par Peneff, *op. cit.*, (p. 278).

l'analyse que l'on fait du travail collectif et du rôle de chacun. Le travail effectué sur le corps du patient est donc considéré ici comme un travail de « réarticulation » entre le corps du patient et son environnement humain et technique. La question de la survie de la personne humaine se pose en permanence tout au long de l'opération.

La préoccupation du patient en tant que personne est liée à l'acte technique même et au travail collectif qui s'organise autour du patient. Autrement dit, un des enjeux essentiels de l'acte de travail est de maintenir « coûte que coûte » le patient en vie<sup>184</sup>. Dans cette perspective, « *l'opération, ne peut s'analyser que comme un affrontement entre, d'un côté, des forces qui s'emploient à assurer la survie du patient qui, bien qu'anesthésié, n'en demeure pas moins une personne et, de l'autre côté, des forces d'intervention qui agissent sur le corps du patient pour le transformer et le réparer. C'est cette tension qu'Hirschauer met au centre de l'analyse, tension qui, pour être plus ou moins aiguë selon les moments, n'en est pas moins au cœur de l'action...* »<sup>185</sup>.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse, sur la base de ces travaux, que le chirurgien n'intervient pas uniquement au niveau manuel, mais que son acte doit être interprété en faisant référence à ses connaissances, au fait qu'il réfléchit, délibère, avec lui-même, sans aucun doute, mais aussi avec ceux qui l'entourent<sup>186</sup>. Si l'on considère le fait que l'équipe travaille autour d'une personne, l'intervention chirurgicale apparaît comme un affrontement entre deux corps, le *corps du patient* et le *corps chirurgical*<sup>187</sup>. Le corps du patient est « réarticulé » de manière à assurer sa survie. Dans cette perspective, il y a peu d'interactions directes entre le patient et l'équipe, mais elles sont essentielles. Les anesthésistes jouent, de ce fait, un rôle très important, un rôle de médiateur entre le patient et le chirurgien ; ils maintiennent en vie le corps et éloignent toute expression de vie du visage du patient. Les infirmières jouent également un rôle autour du corps du patient. Ainsi, plus que comme « corps-objet », on peut penser le corps du patient comme en rapport, en tension avec le corps chirurgical qui intervient sur lui.

---

<sup>184</sup> Cf. Stephan Hirschauer, « The Manufacture of Bodies in Surgery », *op. cit.*

<sup>185</sup> Michel Callon, Vololona Rabeharisoa, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *op. cit.*, p 146.

<sup>186</sup> Les chirurgiens interrogés n'ont pas mis en avant cette dimension de leur activité. Cela est sans doute lié à un biais de l'enquête puisque nous avons orienté nos questions et notre intérêt vers le métier de chirurgien et vers la trajectoire du chirurgien lui-même. Aussi, avons-nous peu d'éléments sur le travail collectif. Le mieux pour aborder cette question serait de pouvoir s'immerger dans des services et effectuer à la fois des entretiens et de l'observation participante.

<sup>187</sup> Le corps chirurgical désigne ici le collectif qui intervient autour du patient et qui n'est pas composé exclusivement de chirurgiens.

Le corollaire de l'existence d'un travail de réarticulation est le fait que l'opération est également une épreuve ; il existe une tension ressentie par les chirurgiens et les équipes autour de la survie du patient, la capacité pour « *le corps reconfiguré de se maintenir, d'accomplir sans interruption, le plus longtemps possible et notamment à sa sortie de la salle d'opération, les fonctions qui assurent son articulation au monde* »<sup>188</sup>.

En conclusion (du a et du b), deux interprétations s'affrontent concernant ce qui se joue dans le rapport entre patient et chirurgien :

1) lorsque le corps est défini comme objet, l'intervention apparaît maîtrisée par l'équipe, coordonnée par son chef, le chirurgien, qui intervient sur un corps que l'anesthésie a réduit à l'état de matériau ;

2) lorsque l'on considère que le chirurgien intervient sur une personne, l'intervention médicale s'effectue dans le cadre d'une réarticulation et en tension entre ce corps du patient et le corps médical. L'intervention n'est pas complètement maîtrisée par le chirurgien ; elle dépend aussi de l'action de ceux qui cherchent à maintenir le patient inconscient et en vie.

Il apparaît ainsi, finalement, que l'émotion et la question de la place du corps du patient sont à analyser en prenant en considération le rôle joué par chacun des différents intervenants de l'opération chirurgicale. Notre hypothèse, après lecture des différents travaux sur cette question et dépouillement des entretiens que nous avons réalisés, est que le patient allongé est bien considéré comme une personne par le chirurgien et son équipe. Le problème, pour ce dernier, est plutôt d'évacuer l'émotion qu'il pourrait ressentir au moment de l'opération. A cet égard, évacuer l'émotion peut se faire tout en maintenant le caractère d'existence d'une personne. C'est alors en jouant sur l'investissement personnel affectif que le chirurgien introduit de la distance. Il s'agira de considérer la personne comme un être humain générique et non comme une personne connue à laquelle le chirurgien est attaché affectivement. Cela permet de ne pas introduire l'angoisse de la perte dans le cadre de l'activité opératoire. Certains disent parvenir à s'abstraire de cette interconnaissance au moment de l'acte. Pour d'autres, cela paraît plus difficile. Une manière de se protéger est alors de prendre une distance totale avec le patient et donc de ne pas entrer trop avant dans l'interconnaissance avant l'opération, de rester sur le registre d'une relation professionnelle minimum. Cette question nous apparaît particulièrement importante et mériterait d'être approfondie. En effet, si l'on s'intéresse à la question du service et à la relation psychologique

---

<sup>188</sup> Michel Callon, Vololona Rabeharisoa, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *op. cit.*, (p. 153).

entretenu avec le patient, on se rend compte qu'il peut y avoir une contradiction entre le besoin psychologique de relation avec le chirurgien éprouvé par le patient et le besoin de mise à distance que le chirurgien souhaite construire pour opérer avec plus de sérénité.

En outre, l'imaginaire doit également être bridé. Il peut, en effet, « jouer des tours » et interférer subrepticement au moment de l'opération quand soudain, au moment où il travaille sur le malade, l'image de la propre mort du chirurgien s'interpose entre ce dernier et le patient.

## **B/ Le risque lié à la fatigue**

Certaines opérations durent très longtemps. De ce point de vue, les différentes spécialités de chirurgie sont hétérogènes car une opération, en neurochirurgie, par exemple, peut durer une grande partie de la journée, alors qu'une opération en ophtalmologie peut ne durer qu'une trentaine de minutes. Jean Peneff note, à ce propos, qu'« *un groupe d'hommes et de femmes est réuni, une dizaine d'heures par jour, dans une sorte de huis clos pour réaliser en commun des actes, strictement définis, et pour faire face ensemble aux aléas ou aux incertitudes opératoires. Ce petit collectif fermé doit éviter les affrontements engendrés par la tension du risque ou les différer jusqu'au moment moins critique. Les conditions du travail obligent à intensifier les échanges, à coordonner les gestes et les missions.* »<sup>189</sup>

Dans certains cas, le chirurgien refusera de faire une intervention programmée et la reportera, une trop grande fatigue ne lui permettant pas d'assurer le travail dans de bonnes conditions. On peut noter, à ce niveau, l'émergence d'un paradoxe. Bien servir le patient peut conduire à ne pas assumer les délais prévus.

Le risque comporte une autre dimension, celle de perdre la face vis-à-vis des autres : « *tout est sur la radio et tout le monde regarde* ». Autrement dit, les résultats de l'opération font l'objet d'une « publicisation » qui peut s'étendre parfois bien au-delà du seul service concerné. On peut prendre pour exemple certains chirurgiens qui bénéficient au sein d'une partie du milieu médical, et même en dehors de celle-ci, d'une réputation relativement mauvaise, en raison de certaines opérations qui ont été finalement considérées comme « ratées » ; en pareil cas, l'échec de l'intervention chirurgicale est imputé directement au chirurgien qui a opéré le patient.

---

<sup>189</sup> Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *op. cit.*, (p. 269).

L'enjeu est également de ne pas perdre la face vis-à-vis de soi-même. Ne pas perdre la face comporte certes un enjeu en terme identitaire, mais, également, un enjeu en terme de compétences, puisque bien réussir une opération suppose de conserver une confiance en ses capacités et de contribuer à garantir ainsi le niveau de qualité habituel des services fournis<sup>190</sup>. En conséquence, une des dimensions essentielles de l'exercice de l'activité de chirurgien est la capacité à évacuer le stress (ou le maintenir à un niveau relativement bas) dans la période qui précède l'opération, c'est-à-dire à ne pas penser à l'opération avant qu'elle n'ait lieu. Cela suppose d'être capable de maintenir par ailleurs une activité décentrée de l'opération : dormir la veille d'une opération complexe, faire d'autres activités et ne se concentrer sur l'enjeu qu'au moment de l'affronter<sup>191</sup> :

*« Avant une opération je suis détendue, cela ne m'empêche pas de dormir. Si cela m'empêchait de dormir, ce serait un handicap. Je suis inquiète si j'ai un peu poussé l'indication, cela peut arriver » (femme 40 ans).*

La maîtrise du risque s'accompagne d'une capacité à mettre en scène l'incertitude, le tâtonnement ou la faiblesse du chirurgien agissant. L'extrait du récit fait par Erving Goffman<sup>192</sup> est révélateur de cette capacité à occulter les tensions, ainsi que de la maîtrise émotionnelle qu'elle suppose :

*« S'il doit maintenir les capacités et le calme des autres membres de l'équipe, le chirurgien en chef a, bien sûr, l'obligation d'assurer sa propre prestance. Et il doit non seulement veiller à mobiliser ses ressources personnelles, mais encore gérer l'attention anxieuse que d'autres membres de l'équipe pourraient lui prêter. S'ils pressentent qu'il va bientôt perdre son calme ou qu'il a perdu son habileté, ils peuvent eux-mêmes devenir extrêmement mal à l'aise et inefficaces. Dès lors, quand le chirurgien rencontre une difficulté qui pourrait provoquer chez ses partenaires une inquiétude perturbatrice quant à la façon*

---

<sup>190</sup> Perdre la face vis-à-vis de soi et vis-à-vis des autres renvoie à une distinction classique établie par la sociologie entre *identité pour soi* et *identité pour autrui*, qui sont les deux composantes fondamentales de l'identité sociale des individus. L'identité pour soi se constitue à partir de définitions de soi, c'est-à-dire de « l'histoire que [les individus] se racontent sur ce qu'ils sont » [Cf. R. D. Laing, *Le Soi et les Autres*, Gallimard, 1971, cité par Claude Dubar in *La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1995, (p. 114)], et dépendent du regard d'Autrui, ou de l'*identité pour autrui*, c'est-à-dire l'identité que les autres nous attribuent dans le cadre de relations sociales diverses. « Je ne puis jamais être sûr que mon identité pour moi-même coïncide avec mon identité pour Autrui. L'identité n'est jamais donnée, elle est toujours construite et à (re)construire dans une incertitude plus ou moins grande et plus ou moins durable » [cf. *La socialisation...*, *op. cit.*, (p. 111).].

<sup>191</sup> Un approfondissement des modalités de construction de cette dimension de la compétence professionnelle serait particulièrement intéressant dans le cadre d'une étude de la socialisation professionnelle des (futurs) chirurgiens.

<sup>192</sup> Erving Goffman, « La « distance au rôle » en salle d'opération », *op. cit.*

*dont il va s'en tirer, nous le retrouvons engagé dans la production de stratégies classiques de gestion des tensions, parfois en dissimulant ses propres angoisses pour y arriver. Il fait ouvertement allusion à l'incident, de façon à lui enlever toute capacité de distraction auprès de l'équipe. Quand il laisse tomber un instrument, il peut réagir à sa propre maladresse en lâchant une interjection comme « oups ! » (...). S'il doit donner un ordre à l'un de ses assistants, il peut l'énoncer avec un faux accent anglais, ou dans un argot d'adolescent, ou sous toute autre forme détournée. Incapable de trouver le bon endroit pour une ponction lombaire, il peut, après trois essais secouer légèrement la tête, comme s'il suggérait qu'il est toujours, en personne désireuse de se conformer à des standards idéaux, sensible à leur présence, mais qu'il est toujours aussi calmement maître de lui et que le discrédit qu'il encourt implicitement ne lui a pas fait perdre son assurance.*

*Puisque son self-control est si crucial dans la réussite de l'opération et qu'une mise en doute peut avoir un tel effet déstabilisant sur les autres membres de l'équipe, le chirurgien en chef peut se sentir obligé de montrer qu'il possède bien tous ses moyens, non seulement en période de crise et de trouble, mais aussi à des moments où il serait resté silencieux, sans fournir d'une manière ou d'une autre d'information sur son état d'esprit »<sup>193</sup>.*

En outre, le doute semble toujours présent dans la mesure où les chirurgiens disent avoir parfois des difficultés à évaluer très précisément leur pratique. L'opération étant très liée à la virtuosité du chirurgien, comment savoir si quelqu'un d'autre n'aurait pas mieux conduit l'opération ? Parfois, dès le début de l'opération, le chirurgien sait qu'il s'est compliqué la tâche, par exemple, parce qu'il a incisé le patient légèrement à côté de l'endroit à opérer ou parce qu'il a décidé de mener une cœlioscopie, alors qu'une opération « à ventre ouvert » aurait été beaucoup plus simple pour lui<sup>194</sup>.

Le risque pour le malade et pour le chirurgien est lié au fait que tout ne peut pas être maîtrisé et qu'il y a toujours une possibilité d'incident ou, pour employer le langage médicochirurgical, de « complications ». Les chirurgiens qui interviennent sur le mou notent que la matière sur laquelle se fait l'intervention n'est pas rigide, mais instable, et qu'elle peut se dérober. Ainsi, un de nos interlocuteurs, chirurgien ophtalmologiste confirmé nous dira : « *On a toujours l'angoisse de la cécité* ».

La responsabilité et la conscience du risque sont telles que parfois le chirurgien revit l'opération, une fois arrivé à son domicile. Un des chirurgiens que nous avons rencontrés

---

<sup>193</sup> *Ibid.*, (p 85).

<sup>194</sup> Nous reviendrons sur ce point au fil de l'analyse.

confie ainsi qu'un de ses collègues l'a appelé récemment alors qu'il était de garde pour l'alerter car il craignait d'avoir oublié de faire certaines opérations ; et cela s'est avéré vrai. Si cela peut avoir quelque chose d'effrayant, cela ne surprend pas les chirurgiens car l'opération chirurgicale suppose de très nombreux gestes.

Le risque donc est à la fois risque sanitaire, voire vital pour le malade et risque subjectif pour le chirurgien d'être confronté à son impuissance ou à une défaillance personnelle.

*« Le métier vous marque. Vous payez si vous n'arrivez pas à faire. On voit tout de suite qu'on est insuffisant. Il est important de le mesurer ; mais la frontière est difficile. A partir de quand l'homme qui est bon ne parvient pas à y arriver ? La question est : « est-ce qu'un autre chirurgien à ma place serait arrivé à faire ce que je n'ai pas réussi ? » (Homme 60 ans)*

Le doute est ainsi ce qui permet de mettre en alerte sa vigilance et la volonté de se perfectionner. A ce niveau, le doute flirte aussi avec la souffrance : *« Le doute permanent est une remise en cause permanente ».* (Homme 60 ans)

## **2.2 La puissance ou la capacité à agir**

Nous proposons d'aborder, à présent, le pouvoir comme expression d'une action. L'activité des chirurgiens s'inscrit dans le *faire* : *« Toute la science du monde n'accomplit pas un chirurgien. C'est le faire qui le consacre »*<sup>195</sup>. Le *faire* comporte différents aspects : l'accompagnement du malade, la décision en situation opératoire, l'intervention rapide ou immédiate.

Nous avons vu que les chirurgiens en poste ne souhaitent pas déléguer ou partager la responsabilité du suivi du malade et du déroulement de l'opération. Ils veulent assumer les différents moments de la trajectoire du malade, que l'on peut découper, de façon chronologique, en différentes étapes.

---

<sup>195</sup> Paul Valéry, *Discours aux chirurgiens*, in *Œuvres I*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1957, (p. 918).

### 2.2.1 La décision d'opérer

Selon les spécialités chirurgicales, la prescription de l'opération est revendiquée par les chirurgiens ou bien leur est contestée ou disputée. Si les cardiologues peuvent apparaître comme prescripteurs pour les chirurgiens cardiaques, cette division du travail est rejetée par les chirurgiens des différentes spécialités<sup>196</sup> qui ne se définissent pas comme de purs techniciens, mais comme des concepteurs, des décideurs de l'opération. Certaines spécialités revendiquent le fait de prescrire et d'être « donneurs d'ordre » de l'intervention ; tel est le cas de la neurochirurgie. D'un point de vue général, la décision d'opérer apparaît comme un enjeu fort dans le cadre de la délimitation des frontières entre professions médicochirurgicales<sup>197</sup>. Le chirurgien ne veut pas devenir un simple exécutant dépourvu de capacité de décision en dehors de l'opération – le vocable utilisé parfois par nos interlocuteurs pour appuyer cette idée est celui de « technicien », qui sonne alors comme un terme dévalorisant.

La décision d'opérer - et donc la prescription - semble se situer à la frontière entre différents champs de compétences professionnelles. Certaines spécialités de chirurgie apparaissent particulièrement sensibles au fait de prendre l'initiative en matière de décision d'opérer. Les chirurgiens font une distinction entre les différents types de chirurgie selon qu'ils supposent ou non une autonomie complète de décision. Ainsi, la neurochirurgie se distinguerait par le fait que le chirurgien est totalement responsable de sa décision et de son action :

*« On est responsable de son action, on fait le diagnostic, on réalise le traitement de l'action »...* (neurochirurgien)

*« En neurochirurgie, 10 à 20 % des malades viennent des neurologues, les autres sont envoyés par des ophtalmologistes, des rhumatologues (s'il y a un problème de rachis).*

Ce chirurgien insistera, au cours de l'entretien, sur le fait que le neurologue n'envoie jamais un malade en ordonnant une opération : *« on ne l'accepterait jamais »*, nous dit-il. Il envoie un malade pour demander l'avis du chirurgien, et c'est ce dernier qui décidera : *« Il*

---

<sup>196</sup> Il serait intéressant de vérifier cela sur un nombre plus important d'interlocuteurs.

<sup>197</sup> Il s'agit là d'un problème classique en sociologie des professions. Les groupes professionnels se caractérisent par le faisceau de tâches que leurs membres se chargent d'accomplir et qui sont parfois convoitées, voire disputées par des groupes professionnels « voisins » ou connexes – *i.e.* c'est-à-dire qui sont en relation dans le cadre habituel des pratiques professionnelles. Voir notamment, sur ce point, Andrew Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of the Chicago Press, 1988.

*nous l'envoie pour avis, pour indication* »<sup>198</sup>. L'intérêt de l'activité est lié au fait de pouvoir suivre toute la trajectoire du patient et, notamment, de réaliser le suivi opératoire. Les neurochirurgiens ne veulent pas devenir « les petites mains » des neurologues. On retrouve ici une dimension du pouvoir qui est liée à une relativement grande autonomie de décision :

*« Je n'aurais pas supporté qu'on me dicte ce que j'ai à faire. Je veux décider de mon intervention ».*

*« Nous ne sommes pas des techniciens ; les chirurgiens ne sont pas purement techniques. On se détournerait de la chirurgie si cela devait être çà. La partie postopératoire est très importante ».* (neurochirurgien)

### **2.2.2 La décision en acte, dans l'instant**

Interrogés sur ce qui les a amenés à devenir chirurgiens, certains évoquent le fait que le métier requiert une capacité à prendre des décisions immédiates, dans l'instant, voire dans l'urgence. Cela suppose une capacité à décider et à intervenir en situation critique ; sauter le pas, « prendre le risque » comme nous l'avons dit plus haut. Cette démarche est assez différente de celle qui suppose de prévoir, organiser, calculer, négocier avant de se lancer dans l'action. Ici, la décision face à un problème donné se fait dans la rapidité, elle doit être instantanée et se déclencher dès que le problème surgit. *« Il y a très peu de différence entre une opération qui se passe bien et une opération qui ne se passe pas bien. »* Mais il y a des choix, des arbitrages à faire quand tout ne se passe pas comme on voudrait. On peut prendre pour exemple une personne qui a de l'embonpoint. Il faut décider quelle prothèse on met, comment on l'adapte : *« Le choix doit être fait dans l'immédiat, on est dans le faire, c'est un métier de décision ».* *« En opération, on doit faire dans l'urgence, on ne peut prolonger l'opération, on a derrière un programme de consultations, cela oblige à faire rapidement »* (homme 60 ans). Certains opposent cette rapidité de décision à la durée requise par l'exercice de la médecine :

*« Dans la médecine spécialisée à l'hôpital, il y a une lenteur... On demande les examens. On attend. Le malade revient ensuite. Tandis qu'avec la chirurgie, tout va beaucoup plus vite. L'action n'est pas différée. Le rapport actif thérapeutique est plus dilué dans la médecine. »* (neurochirurgienne)

---

<sup>198</sup> Ici, le terme « indication » désigne la décision d'opérer.

La responsabilité du chirurgien est bien entendu celle du moment fort que représente l'opération. Dans le bloc opératoire, le chirurgien assume l'acte. Il peut se faire aider pour recoudre le patient, mais non pas pour les gestes d'intervention.

*« Beaucoup d'hommes aujourd'hui font de la chirurgie. Mais tous, hélas ! ne sont pas chirurgiens. Les vrais chirurgiens ont une âme spéciale, dotée du goût de l'action, et d'une réelle attirance pour le risque. Le goût de l'action ne va pas sans une certaine passion, passion d'un jeu sévère, précis, qui côtoie les abîmes, qui exige un parfait contrôle de soi-même, du bon sens, de l'équilibre et le culte d'une efficacité pratique »<sup>199</sup>.*

Cependant, il existe parfois un partage du travail au sein des équipes puisque l'un de nos enquêtés justifie les revenus issus de l'activité privée par le fait qu'il assure le patient de sa présence tout au long de l'opération – en creux, cela signifie que tout le monde ne le fait pas. Une telle présentation de la personnalisation du suivi du malade est sans doute, pour une part, d'ordre idéologique et rhétorique. Il serait intéressant d'approfondir cette dimension afin de mieux cerner les types de répartition du travail et l'articulation de cette répartition avec les catégories de clientèle privée/publique, lorsque cette distinction est opératoire<sup>200</sup>.

### **2.2.3 Le rôle du chirurgien lors de la période postopératoire**

La troisième étape de la relation du chirurgien à ses patients est celle de la période postopératoire. En règle générale, les chirurgiens souhaitent être informés lorsqu'il y a un incident ou une détérioration de l'état de santé de leur patient, et ceci, même lorsqu'ils ne sont pas de garde. Les premières visites du chirurgien, le matin, concernent les opérés ; il s'agit d'apprécier leur état, évaluer si certains d'entre eux doivent être, par exemple, réintroduits au sein du bloc opératoire au cours de la journée. C'est au fil de la période postopératoire que peuvent survenir les complications, lorsqu'un malade « ne récupère pas ». Le chirurgien suit les malades et voit comment évolue leur convalescence, la cicatrisation, etc.

---

<sup>199</sup> René Leriche, *Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, (p. 165) cité dans un extrait de la thèse de philosophie en cours de rédaction d'Anne-Laure Boch.

<sup>200</sup> Il est probable que l'« humanisme » – qui consiste ici à mettre l'accent sur la dimension clinique de la relation au malade, et non pas seulement technique – affiché par certains chirurgiens ne soit pas si désintéressé que certains semblent l'admettre. Il faut rappeler, à ce propos, que tous les groupes professionnels organisés produisent des formes de rhétoriques visant à légitimer ou à valoriser leur position au sein de leur monde social – et ce, également face au sociologue dans le cadre d'une enquête. Nous pouvons faire l'hypothèse que les chirurgiens, qui savent pertinemment qu'on leur reproche parfois une certaine froideur dans le cadre de la relation avec le patient, peuvent être tentés d'insister sur la dimension humaine qu'ils cherchent à donner à leur activité (au risque d'en donner une vision déformée).

A l'issue de l'opération, le chirurgien prolonge son travail d'organisation par une information aux médecins traitants qui ont envoyé les malades. Ces médecins sont des « pourvoyeurs de clients », ainsi que les nomme Peneff<sup>201</sup>. Le chirurgien communique avec eux, transmet les résultats de l'opération. Ainsi les chirurgiens veillent à maintenir des liens de sociabilité avec les médecins qui sont intervenus dans la chaîne des interventions en amont, (en recommandant le patient) et en aval (ceux qui vont prendre en charge le patient à son retour de l'hospitalisation ; ce sont souvent les mêmes). Il est important pour le malade que ce lien se fasse. C'est également important pour le C.H.U. et le chirurgien car il est important de maintenir une réputation, de stabiliser les flux de patients ayant des pathologies précises, intéressantes pour la recherche.

### 2.3 Le rapport à la mort

La présence de la mort varie selon les types de chirurgie ; par exemple, elle est bien plus présente en chirurgie viscérale qu'en ophtalmologie. De plus, il semble qu'au sein des disciplines chirurgicales les plus concernées par la mort des patients au moment de l'opération ou suite à des complications postopératoires, les avis soient partagés. Ainsi, en neurochirurgie, la mort fait l'objet de discours très différents selon les interlocuteurs :

*« Il y a beaucoup de tumeurs bénignes, beaucoup vont bien, beaucoup de maladies ne mettent pas en jeu le processus vital »* (neurochirurgienne).

*« La mort est très présente. 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 ».* (neurochirurgienne)

Afin de comprendre ces différences de point de vue, on peut formuler une série d'hypothèses :

---

<sup>201</sup> Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3/97, (p. 290).

- la confrontation à la mort est variable selon l'âge des chirurgiens ; plus le chirurgien est âgé, plus il a traité de cas, et donc plus le nombre de patients décédés suite à des complications a de chances d'être important ; un jeune chirurgien pourra n'avoir affronté la mort d'un de ses patients qu'exceptionnellement. Mais l'âge ne semble pas permettre une adaptation ; le chirurgien plus expérimenté n'accepte pas plus facilement la mort de ses patients ; un chirurgien viscéral que nous avons rencontré a déclaré que chaque chirurgien « traîne, derrière lui, un cimetière » et que c'était très difficile à supporter, même avec le temps ;

- en outre, toutes choses égales par ailleurs, l'expérience d'un chirurgien n'est pas nécessairement similaire à celle d'un de ses collègues, le hasard faisant qu'un des deux traitera des cas plus lourds que son confrère (ici, nous évoquons seulement deux cas de neurochirurgien) ;

- tous soulignent la nécessité de prendre une distance suffisante par rapport au patient et à l'idée que ce dernier peut mourir des suites de l'opération. Mais le regard sur la mort peut varier selon la subjectivité des chirurgiens ; selon nous, cette subjectivité joue un rôle tant sur le plan de l'acceptation de la mort du patient qui s'avèrera plus ou moins difficile selon les individus, que sur la façon d'apprécier sa part de responsabilité dans la mort du patient (indication chirurgicale jugée *a posteriori* poussive, etc.), mais également sur la façon d'en parler (ou non) à un sociologue dans le cadre d'une enquête (certains se sont montrés peut-être extrêmement discrets – laissant ainsi implicitement penser que le rapport à la mort n'est pas, pour eux, réellement problématique – alors que d'autres en auront parlé avec plus de facilité).

### 3. Le métier comme un art

La question de l'œuvre est explicitement abordée par Anne-Laure Boch dans sa thèse<sup>202</sup>. Si on peut associer l'œuvre du chirurgien à l'idée de création, celle-ci diffère sensiblement de celle de l'artisan. Pour deux raisons : la première est qu'il n'y a, dans son cas, pas d'œuvre qu'il pourrait exhiber. Le chirurgien ne crée pas, il répare. D'autre part, l'artiste ne peut pas signer son œuvre.

*« À la différence de l'artisan, [...] le médecin ne dispose d'aucune œuvre qu'il pourrait exhiber. La santé du patient ne peut valoir en tant qu'œuvre. Bien qu'elle soit,*

---

<sup>202</sup> Le texte qu'elle nous a confié est une partie de sa thèse. Nous remercions l'auteur de nous l'avoir confié. Ce texte s'intitule « De la chirurgie, quintessence de la médecine technique ».

*naturellement, le véritable objectif de l'action médicale, elle n'est pas à proprement parler « faite » par lui »<sup>203</sup>.*

*« Exhiber, ce serait éventuellement signer. Et cela est interdit au chirurgien. Malgré sa ressemblance avec l'artisan, comme lui travailleur manuel, comme lui appliqué à un exercice minutieux, le chirurgien ne peut pas s'approprier cette chair sur laquelle, des heures durant, il a œuvré. Mais la tentation reste, plus ou moins avouée, plus ou moins refoulée. On se rappelle l'acte scandaleux commis par un obstétricien, si fier d'une splendide cicatrice d'épisiotomie qu'il avait gratifié sa patiente d'un « poinçon », en forme de ses initiales, gravé dans la chair au bistouri. La condamnation fut unanime, on comprend pourquoi... »<sup>204</sup>*

Cet art ne peut pas rendre publique son œuvre, l'exposer comme on le ferait d'une toile. Il ne peut pas non plus faire l'objet d'une signature, mais il n'est pas pour autant éphémère. L'empreinte laissée est durable, elle modèle le corps de l'autre. Elle transforme la vie. Ainsi, l'art du chirurgien n'est pas aussi éphémère que 'le festin de Babette' qui demande un gros travail et de la virtuosité mais ne laissera son empreinte que dans la mémoire. Il s'inscrit plus durablement et plus visiblement dans le temps, celui d'une vie. L'art prendra également sens dans la sociabilité, dans la construction d'un réseau, d'une réputation, ou encore pour les enseignants chercheurs, la pratique sera valorisée par le lien qui se construit avec l'écrit, la reconnaissance par les pairs.

*« Le médecin ne peut se retrancher derrière son œuvre comme peut le faire tout artiste, tout artisan et tout homme de savoir-faire qui [...] fait en sorte que cette œuvre reste d'une certaine manière son œuvre. Cela vaut, il est vrai, pour toute techne : le produit est livré à l'usage des autres mais reste, cependant, une œuvre personnelle. En revanche, l'œuvre du médecin, précisément parce qu'elle est rétablissement de la santé, n'est plus sienne du tout ; elle n'a même jamais été sienne. Le rapport entre l'acte et le produit, entre le faire et le fait, entre l'effort et les succès est ici d'une nature fondamentalement différente, énigmatique et problématique ».*

---

<sup>203</sup> Hans Georg Gadamer, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, collection « La grande raison », 1998, (p. 31) cité par Anne-Laure Boch.

<sup>204</sup> Anne-Laure Boch, *op. cit.*, (p. 2).

### 3.1 Expérience et fluidité du geste

Le métier est vécu comme un art. Cette dimension n'est pas abordée dans les travaux que nous avons consultés. Pourtant, elle est bien affirmée par nos interlocuteurs. Les savoirs académiques ne sont rien s'ils n'ont pas fait l'objet d'une expérience régulière et abondante. Plus on opère et plus on se donne les chances d'être un bon chirurgien. « *Pour bien opérer, il faut en faire beaucoup. Il faut acquérir la fluidité du geste* » (chirurgien 60 ans). On peut parler d'adresse, de dextérité, de virtuosité acquises au fil du temps. La compétence repose sur l'accumulation de la pratique et donc est d'une certaine manière liée au nombre d'heures de travail chirurgical effectuées. On apprend à traiter différents cas, qui permettent ensuite de procéder par analogies entre cas déjà étudiés. Chaque opération apparaît pourtant unique, différente. Ainsi le chirurgien, tout en ayant de grandes connaissances, accepte l'idée qu'il ne sait pas et qu'il va encore apprendre en faisant une nouvelle opération.

En parlant d'art, on désigne l'impossibilité de répéter un acte à l'identique, la difficulté à formaliser entièrement une décision, un geste, une posture. Qui dit art, dit travail à l'unité, nécessité de transmettre progressivement aux étudiants, futurs praticiens.

L'art, c'est également la production du beau. Ainsi, l'opération est qualifiée de « *Jolie esthétiquement, c'est comme un tableau* ». « *Si c'est beau c'est agréable. C'est techniquement superbe, de la belle ouvrage* ».

La chirurgie, tout comme l'art, repose sur la maîtrise du geste. On peut illustrer cette idée par les propos d'une chirurgienne qui évoque l'importance de se repérer dans le cerveau pour ne pas faire de lésion et qui met en évidence le fait que cela demande certes des connaissances, un travail intellectuel, mais aussi le fait qu'il s'agit d'une activité qui mobilise le geste.

Tout comme le talent de l'artiste, celui du chirurgien peut donner lieu à une lecture reflétant l'adhésion à une idéologie innéiste du don. En réalité, comme pour l'artiste, se créer une grande dextérité suppose de beaucoup pratiquer. A cet égard, le cadre de la pratique semble garantir le maintien, l'actualisation des compétences acquises. Même un chirurgien ayant la responsabilité de multiples tâches peut consacrer 50 % à 60 % de son temps aux opérations. Toutefois, dans certains cas, le maintien d'un rythme élevé d'opérations peut être incompatible avec les nombreuses activités que les chirurgiens ont à assumer dans le cadre d'une carrière universitaire. Aussi certains souhaiteraient-ils pouvoir déléguer à un assistant

leurs consultations : « *aux Etats-Unis, un bac+10 fait des tâches de son niveau ; il a des assistants* ». (homme 40 ans)

L'art chirurgical se transforme avec l'introduction des nouvelles technologies. A cet égard, la technique apparaît un formidable support qui renforce l'intérêt pour l'activité ainsi que son côté gratifiant. La technique, en effet, confère d'autres moyens d'investigation et d'interventions aux chirurgiens : « *la technique est jolie, intéressante* ». « *Il y a des prouesses techniques, avant on avait pas tous ces moyens* » (Neurochirurgienne).

D'un point de vue général, les récits de nos interlocuteurs corroborent l'analyse effectuée par Jean Peneff, analyse qui tend à mettre en évidence une certaine pérennité de ce qui constitue le cœur du métier :

*« La sociologie des sciences et des techniques insiste sur les bouleversements qui affectent le monde du travail. Or, en chirurgie, même pour celle dite innovante, les changements des méthodes opératoires n'ont pas modifié en profondeur le travail du chirurgien... Bien que des appareils sophistiqués, comme le système de circulation extracorporelle, soient au service du travail chirurgical, ce sont les hommes avec des gestes traditionnels qui nous apparaissent ici quel que soit le niveau - même très élevé - des techniques de contrôle de l'anesthésie du patient ou celui des systèmes d'assistance cardiaque et pulmonaire. Le travail chirurgical reste une figure classique de l'exercice des tâches, celle de l'accomplissement d'une forme fine du travail de la main, y compris lorsque les derniers apports de la science, comme l'invention d'un cœur artificiel ou d'un ventricule artificiel, révolutionnent les thérapeutiques »<sup>205</sup>.*

Mais, l'analyse de Jean Peneff est que la nature même de l'acte chirurgical a peu varié en trente ans malgré les changements intervenus dans les savoirs fondamentaux et dans les techniques (anesthésie, biologie). On pourrait pourtant faire une analyse sensiblement différente si on tient compte du fait que les nouvelles technologies permettent des modalités d'investigations nouvelles. En effet, les évolutions techniques modifient les capacités d'investigation, certains modes opératoires, réorganisent les relations entre groupes professionnels. Nous le verrons plus loin, le développement technique joue un rôle dans l'évolution de la place occupée par les anesthésistes au cours des dernières années.

---

<sup>205</sup> Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *op. cit.*, (p. 270).

Nous pensons donc que les analyses sociologiques existantes ne permettent pas de rendre compte du fait qu'une partie des gestes chirurgicaux a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Elles n'affrontent pas vraiment la question de l'impact du changement des techniques sur le travail. Prenons l'exemple de la coelioscopie ; elle a bouleversé l'acte dans la mesure où elle a modifié sensiblement le geste lui-même, sa trajectoire et le rapport à la matière. Autre exemple, des microscopes plus fiables ont pour effet de permettre un geste plus précis. Ainsi, la main, sans aucun doute est appuyée par la technologie de manière bien différente, lui assurant une meilleure prise et une meilleure fiabilité. Le diagnostic lui-même et le choix d'opérer peuvent également s'appuyer sur ce développement des techniques. Ainsi, si l'acte – à la fois manuel et intellectuel – il faut le rappeler – demeure essentiel, il se transforme. Cette transformation redéfinit d'ailleurs les frontières entre spécialités permettant à la médecine d'intervenir sur certains domaines autrefois attribués à la chirurgie<sup>206</sup>. A ce propos, nous avons pu pointer le fait que le développement des techniques est attractif pour les jeunes qui cherchent à se spécialiser<sup>207</sup>.

Mais l'activité chirurgicale ne se réduit pas au geste, elle est composite, le travail est manuel, certes, mais il repose sur l'application d'innovations techniques et sur le développement de savoirs. Les chirurgiens sont amenés, en outre, à coordonner des équipes variées, dont les membres ont des compétences et des statuts différents (internes en chirurgie, anesthésistes, techniciens de la circulation extracorporelle, infirmiers...).

Le chirurgien Philippe Hubinois met bien en relief, dans sa thèse de philosophie consacrée aux évolutions de la chirurgie viscérale<sup>208</sup>, tous les bénéfices liés aux avancées techniques de la médecine et de la chirurgie. Mais l'intérêt de son analyse tient également au fait qu'elle relativise leur impact en en pointant finement les limites. Les nouvelles techniques peuvent, en effet, poser de nouveaux problèmes au chirurgien. Parmi les principaux problèmes soulevés par Philippe Hubinois, il y a ceux liés à la « *dépendance envers le matériel* » :

« (...) le chirurgien coelioscopiste est devenu totalement dépendant de la qualité et du bon ordre de fonctionnement du matériel qu'il utilise. Telle défaillance, si relative soit-elle, d'une pince, d'une paire de ciseaux que la main humaine, merveilleux outil de discrimination, acquis progressivement au fil des millénaires de « sélection » dite naturelle, pouvait pallier

---

<sup>206</sup> Voir, sur ce point, Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », *op. cit.*

<sup>207</sup> Cet aspect pourrait faire l'objet de plus d'investigation car il a été peu étudié.

<sup>208</sup> *Chirurgie viscérale : hier, aujourd'hui, demain. Petite philosophie de la chirurgie, op. cit.*

sans encombre, devient alors strictement rédhibitoire, obligeant à la « conversion », ou, à défaut, à l'imperfection technique.

*Si bien qu'en terme de bilan, si la chirurgie relayée par la caméra semble supérieure en matière de chirurgie réglée, la chirurgie classique peut rester préférable dans certains cas difficiles, tumeurs évoluées en particulier, lorsqu'une solution « adaptée », au vu de l'extension des lésions, est prévisible, parce que fréquente. »<sup>209</sup>*

La perte d'une dimension (sur trois) et la suppression du toucher lié à l'usage d'une caméra constituent également, dans certains cas, des inconvénients :

*« L'impossibilité de « sentir » directement les lésions, de les palper directement, de pouvoir dissocier les tissus au doigt, si besoin, peut obliger à recourir, en cours d'intervention, à la chirurgie « ouverte ». »<sup>210</sup>*

Dans les cas les plus poussés de technicisation, comme ceux se rapportant aux usages de la télé-chirurgie (qui consiste à opérer quelqu'un à distance via la robotique), se pose le problème du suivi clinique des patients, dont l'auteur rappellera, par ailleurs, tout l'impact sur la réussite de l'opération :

*« (...) faudra-t-il qu'outre le « chirurgien-machine » [i.e. celui qui opère à distance], un deuxième praticien soit responsable de la confirmation du diagnostic, un troisième de l'indication opératoire, avant l'acte technique pur ? Et, si oui, sur quels arguments confirmera-t-on le diagnostic, en l'absence physique du principal intéressé, le patient ? Ce ne pourrait être que sur de seuls et exclusifs examens complémentaires, sans possibilité d'écouter ni d'examiner l'impétrant (...) ? Qui d'autre assurera les suites post-opératoires ? Qui rassurera, avant, pendant, après l'intervention ? »<sup>211</sup>*

---

<sup>209</sup> *Ibid.*, (p. 81). Un des problèmes qui se pose au chirurgien pratiquant la chirurgie mini-invasive est celui de la « conversion ». La conversion, consiste, face à une difficulté rencontrée lors d'une opération par coelioscopie, par exemple, à prendre la décision d'« ouvrir » le patient, c'est-à-dire de revenir à une chirurgie invasive classique. L'auteur note que « la décision de « convertir » est en effet une décision des plus difficiles pour le chirurgien expérimenté : où commencent les risques supplémentaires pour le patient, quand il poursuit la coelioscopie dans des conditions difficiles, mais avec le réel désir de lui épargner de grandes incisions délabrantes – qui génèrent elles-mêmes une morbidité non négligeable – à la condition cependant d'un « labeur » beaucoup plus pénible et stressant pour lui ? Véritable situation de « crise » que cette décision ». In *Chirurgie viscérale : hier, aujourd'hui, demain. Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., (p. 80).

<sup>210</sup> *Ibid.*, (p. 79). L'auteur précise, par ailleurs, que le toucher n'est pas totalement absent dans le cadre de la coelioscopie : « Lorsque j'opère à ventre ouvert, c'est « chair-contre-chair », c'est à la fois toucher(tactus)-palper-tâter, c'est atteindre, c'est étreindre. Lorsque j'opère en coelioscopie, c'est déjà chair contre pince, c'est encore un peu palper, beaucoup moins toucher, plus du tout étreindre ». *Ibid.*, (p. 85).

<sup>211</sup> *Ibid.*, (p. 76). On retrouve ici le discours du refus de la réduction de l'intervention chirurgicale à une pure démarche technicienne – que nous avons abordé précédemment.

Si la technique est ainsi l'alliée du chirurgien, elle peut devenir encore un obstacle lorsque le mérite de l'opération est attribué par le patient à la technique, bien plus qu'au chirurgien qui l'a mise en œuvre.

Outre la comparaison avec les métiers d'art, il est possible de procéder à un autre rapprochement, cette fois entre les formes d'enseignement de l'activité chirurgicale et le compagnonnage.

### 3.2 L'enseignement et l'apprentissage

L'enseignement aux étudiants se traduit par la participation à des cours, mais les chirurgiens insistent plus sur la place qu'ils accordent à la formation en actes. L'étudiant peut ainsi trouver une place dans la pratique, au côté du chirurgien. Cette idée d'apprentissage par le faire reste présente tout au long de la carrière. Le maintien de l'expertise suppose de continuer à pratiquer les actes afin de « ne pas perdre la main ». Ainsi, la légitimité accordée par les titres est remise en question si le malade n'accorde pas sa confiance<sup>212</sup>. Nombreux sont ceux qui évoquent une légitimité liée à la pratique, ou encore une légitimité liée aux publications scientifiques.

L'enseignement se fait progressivement, le sensoriel passe par la pratique. Ce n'est qu'en pratiquant et en éprouvant physiquement le geste que le futur chirurgien apprendra à se positionner ou à doser son effort, par exemple, « *écarter avec une certaine force mais sans nuire* » (*un interne*). L'étudiant doit faire un travail personnel, et les chirurgiens ne s'intéressent pas de la même manière à tous les étudiants. Ils s'investissent dans le cadre pédagogique quand l'étudiant apparaît très demandeur et actif. Dans les autres cas, cela n'apparaît pas être leur vocation première et ils peuvent ignorer les étudiants qui passent dans leur service. Avec une activité lourde, ils ne peuvent faire œuvre d'apprentissage auprès des étudiants que pour la partie d'entre eux qui apparaît motivée et demandeuse : « *Les externes, on les encadre pas, sauf s'ils sont demandeurs ; on n'a pas le temps d'aller vers eux, on est trop occupés pour les solliciter. Ils sont laissés à eux-mêmes. Le chef de clinique s'en occupe peut-être un peu plus* » (femme 40 ans).

Pour les internes, la formation se fait en différentes occasions, les étudiants accompagnant le chirurgien dans ses différentes activités : non seulement au bloc, mais aussi

---

<sup>212</sup> Eliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit.

au moment des réunions du staff, lorsqu'un point collectif est fait concernant les visites, dans les chambres des malades avec les internes qui suivent ; les gardes permettent de déléguer les responsabilités aux internes. Certains gestes leur sont aussi délégués tantôt en présence, tantôt en l'absence du chirurgien.

#### **4. Le métier comme une profession**

Il est impossible de déterminer la place occupée par les chirurgiens sans revenir sur le statut qu'ils ont acquis, lequel se caractérise par un certain nombre de traits distinctifs qui confèrent du prestige à la profession. L'activité de chirurgien peut prendre quatre formes principales :

- l'intervention chirurgicale de haut niveau ;
- la gestion et l'encadrement des services ;
- l'enseignement ;
- la recherche.

C'est sur ces quatre types d'activités que repose la relative diversité des trajectoires socioprofessionnelles des chirurgiens. Avant de traiter de la question des trajectoires et des problèmes qu'elles posent à ceux qui les empruntent, nous allons étudier sommairement la formation de base des chirurgiens.

##### **4.1 La formation de base des chirurgiens**

Nous venons de voir qu'il existe une revendication de carrière parmi les chirurgiens. Pour bien percevoir la carrière elle-même revenons à la manière dont elle se construit en terme de concours. Nous la comparerons à celle des anesthésistes et des médecins spécialistes.

Le prestige de la profession se construit tout d'abord dans le processus d'enseignement initial. C'est dans la reconnaissance historique des spécialités et dans les voies d'accès que se construisent les hiérarchies entre médecine générale et médecine spécialisée et entre chirurgie et anesthésie. Les différentes générations ont connu des systèmes variant au gré des réformes. Nous nous contenterons ici de rappeler le cadre actuel de formation et comment l'on devient chirurgien. En effet, la voie d'accès est longue, très sélective (les études de médecine durent six ans, l'internat quatre ans et le clinat, quatre ans également). Le parcours est parfois aléatoire car il dépend du rang de sortie au concours d'internat, mais aussi des opportunités

qui s'offrent en terme de poste, des choix géographiques et de spécialité effectués par les meilleurs étudiants.

Les études de médecine en France sont organisées en trois cycles dont les programmes peuvent varier entre les universités mais dont le contenu total est le même cycle par cycle, ce qui fait qu'un étudiant peut changer d'université à la fin, et à la fin seulement de chaque cycle. Ce qui suit en italiques est extrait d'un site internet<sup>213</sup> :

***PCEM premier cycle des études médicales dure deux ans.***

*Un étudiant ne peut s'inscrire que deux fois aux examens de la première année du cycle (PCEM1). La première année est sanctionnée par le concours final dont le "numerus clausus" limite l'accès aux études de médecine, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ainsi que de kinésithérapeute ou d'ergothérapeute. Ce concours a un taux de succès qui ne dépasse pas 20 %. Cette première année du P.C.E.M. doit évoluer vers un tronc commun entre les différentes études médicales, péri médicales et paramédicales, 16 branches professionnelles sont concernées, mais il n'est pas encore possible de préciser les modalités de cette évolution.*

*Les matières principales sont :*

- les sciences humaines et sociales,*
- la chimie et la biochimie,*
- l'anatomie,*
- la biophysique et les statistiques,*
- l'embryologie, l'histologie et la cytologie,*
- la biologie cellulaire et la physiologie.*

*La deuxième année voit l'approfondissement de ces matières et l'introduction de la séméiologie.*

***D.C.E.M deuxième cycle des études médicales***

*Il dure 4 ans avec un examen annuel selon des modalités variables. C'est là que s'apprennent les disciplines proprement médicales que sont la séméiologie, la pathologie, la thérapeutique. Il est marqué par une dualité de formation entre les stages hospitaliers et l'enseignement théorique universitaire.*

Les étudiants que nous avons rencontrés insistent sur le fait que le nombre de stages obligatoires est de 36 sur 3 années d'externat, mais que tous font les stages en D2 et D3 ; en effet, les étudiants essaient de dégager la 4<sup>e</sup> année pour réviser l'examen national classant. En

---

<sup>213</sup> <http://www.essa-bdx.fr/etudemedecine/etudemedecine.html>

D2, il leur faut faire 4 services différentes, un par trimestre, plus les gardes. Les stages obligatoires concernent les spécialités suivantes : chirurgie, gynécologie, psychiatrie. Sur la base de 4 stages par an, sur 3 ans, un par trimestre, soit 12 stages au total. Une interne souligne « *La chirurgie n'est pas intéressante pour l'examen classant car on doit avant tout pour cet examen être un bon généraliste* ». Les modalités et étapes de l'opération ne figurent pas au programme de l'examen.

Les gardes sont parfois effectuées dans le service où se font les stages d'externat ; ainsi, « *en cardiologie, les stages sont prisés car on apprend beaucoup – le rythme est une garde tous les 12 jours – ; cependant, lorsque le stage en cours se fait dans un service où il n'y a pas de gardes comme l'ophtalmo ou la pneumologie, l'externe fait son stage au SAU (aux urgences). En garde, l'externe travaille alors le plus souvent avec un interne : « on dérange le moins possible le chef de clinique »* » (une externe). De leur côté, plusieurs chefs de clinique nous ont dit avoir peu de temps à consacrer aux étudiants. Le deuxième cycle est sanctionné par le C.S.C.T. (certificat de synthèse clinique et thérapeutique) en fin de DCEM 4. Les externes préparent alors les « *épreuves classantes nationales* » qui remplacent aujourd'hui l'internat de spécialité.

A l'issue de cet examen, les étudiants vont entrer dans le troisième cycle des études médicales (T.C.E.M.). Ils choisissent une discipline sur la liste des postes ouverts par arrêté ministériel dans l'ordre de leur classement à l'examen national classant. Si leur classement ne leur permet pas de prétendre à suivre l'enseignement qui les intéresse, ils peuvent se représenter une fois.

Leur cursus varie selon que l'étudiant intègre la filière médecine générale ou les filières de spécialités. Cette orientation se fait en fonction des résultats à l'examen national classant.

#### *Filière de médecine générale*

*Les études durent trois ans, marquées de façon prédominante par les stages :*

- *un stage en C.H.U. (centre hospitalo-universitaire),*
- *un stage en hôpital périphérique,*
- *stages chez le praticien,*
- *stages en terrain agréé au choix de l'étudiant.*

*Durant ces trois ans, l'étudiant doit faire :*

- *un stage hospitalier de médecine polyvalente d'adultes,*

- un stage de gynécologie et pédiatrie,
- un stage de médecine d'urgence.

*Le cursus est validé par la soutenance d'une thèse en médecine générale. Il est possible à un médecin généraliste de rejoindre la filière de spécialité selon des modalités réglementaires.*

### Filières de spécialité

Les étudiants suivent un cycle d'étude de D.E.S. (diplôme d'études spécialisé) dans les différentes spécialités d'exercice, études essentiellement en stages hospitaliers validants dont la durée varie de 4 à 6 ans complétées par la rédaction d'un mémoire.

Ils peuvent faire un D.E.S.C. (D.E.S. complémentaire) dans une discipline apparentée à la leur ou s'intéressant à une spécialisation de leur discipline de base.

*En outre, les choix de l'orientation pour les moins bons sont des choix probabilistes et par défaut. Mais rappelons tout de même qu'il s'agit des moins bons d'une filière prestigieuse et d'excellence. Il est essentiel de le rappeler car y compris dans les filières d'excellence, les étudiants ou les nouveaux professionnels ont de manière assez paradoxale le sentiment d'être en échec.*

En tous cas, il est important de revenir sur le fait que les étudiants font souvent des choix par défaut et de ce fait éprouvent un certain ressentiment diffus, les sacrifices faits ne leur permettant pas toujours d'obtenir l'activité souhaitée.

## **La spécialisation en chirurgie**

Les modalités de spécialisation en chirurgie ont été réformées à plusieurs reprises (cf. ci-dessous un extrait du rapport du conseil national de la chirurgie)<sup>214</sup>.

1. Le concept de **chirurgie générale est abandonné** au profit de la reconnaissance de 10 disciplines chirurgicales
2. La 1<sup>ère</sup> année de chirurgie (PAC) est commune à toutes les disciplines chirurgicales qui organisent un enseignement théorique fondamental commun et obligatoire. La PAC est effectuée exclusivement dans les hôpitaux universitaires. Cette première année est sanctionnée par un contrôle des connaissances qui donne droit à inscription dans une des 10 disciplines chirurgicales (DES).

---

<sup>214</sup> Recommandations du Conseil National de la Chirurgie ; Le Conseil National de la Chirurgie (CNC) mis en place par Philippe DOUSTE BLAZY, ministre de la santé, le 17 Juin 2004 a travaillé pendant une année et fait un certain nombre de recommandations. Elles ont comme objectif essentiel de redonner de l'attractivité à la chirurgie.

3. Un droit au remord permet de réintégrer les disciplines médicales à l'issue de la PAC.
4. Le DES est d'une durée de 5 ans (incluant la PAC). Les stages seront effectués dans les hôpitaux publics universitaires ou non, les hôpitaux PSPH, les établissements privés. La liste des services ou équipes agréés sera établie par le coordonnateur régional du DES et régulièrement réévaluée.
5. Un droit au remord chirurgical est autorisé à l'issue de la première année du DES.
6. Certains DES donnent droit à exercice (ORL, Ophtalmologie, Gynécologie, Stomatologie)
7. Pour toutes les autres spécialités chirurgicales, la validation obligatoire du DESC suppose un post-internat de 2 ans minimum par DESC.
8. La validation des DESC comporte une évaluation théorique et pratique des chirurgiens.

### **Régulation des effectifs en chirurgie**<sup>215</sup>

Actuellement, les postes d'internes sont répartis par filières au niveau national, puis faculté par faculté. Ensuite, les possibilités de choix dépendent des procédures en vigueur dans les DRASS et les besoins exprimés par les établissements de santé. Les politiques régionales de définition de stages validant sont très variables. C'est souvent les besoins des hôpitaux qui priment sur les besoins de la formation car les internes sont une main-d'œuvre importante. Le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé de 2004 préconise, pour l'avenir, que la répartition des postes soit proposée par une instance nationale indépendante capable de définir ses choix à partir des besoins de la population.

Le nombre d'internes en chirurgie doit être défini en fonction des besoins prévisionnels de la population ; il est réparti par bassins sanitaires et variable selon les spécialités. Cette définition doit être déconnectée du problème du fonctionnement des services universitaires de chirurgie.

Le nombre d'internes relève de l'évaluation prospective effectuée conjointement par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, le Conseil National de la Chirurgie et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

---

<sup>215</sup> *Ibid.*

## 4.2. Différence de formation avec les anesthésistes

Il nous est paru intéressant de revenir sur quelques éléments de l'histoire de la reconnaissance de ce métier. En effet, les discussions que nous avons pu avoir – avec des chirurgiens, notamment – tendaient à mettre en évidence le fait que les anesthésistes étaient mieux organisés collectivement (que les chirurgiens), qu'ils défendaient mieux leurs intérêts et qu'ils avaient ainsi réussi à obtenir une charge horaire un peu moins lourde. De ce fait, ils auraient pu être enviés par d'autres professions du fait de ces avantages acquis de haute lutte corporatiste. A cet égard, une étude de l'histoire de l'avènement de l'anesthésie dans l'hôpital montre que l'émergence de l'anesthésie s'est faite difficilement. Loin d'être enviée, cette profession aurait plutôt un rôle et un statut relativement dévalorisés, notamment par rapport à ceux des chirurgiens.

### *L'émergence de l'anesthésie*

La construction de la spécialisation d'anesthésiste est relativement récente. Yann Faure note que, jusqu'à la Seconde guerre mondiale, la responsabilité de l'anesthésie revient, en France, « à *n'importe quelle personne disponible – chauffeur du chirurgien, étudiant externe, garçon de salle ou religieuse* »<sup>216</sup>. La spécialité émerge progressivement à partir des années 1945. Un syndicat d'anesthésistes est créé et, au cours de la même période, la Sécurité sociale reconnaît l'acte d'anesthésie. Cependant, l'anesthésie réanimation ne devient une spécialité médicale qu'en 1966 et l'acte, ainsi que la consultation anesthésique ne seront cotés qu'en 1972.

La médicalisation de la pratique a été renforcée du fait du développement des techniques et du matériel<sup>217</sup>. Les anesthésistes se fédèrent progressivement. Au prix d'une bataille d'interprétations juridiques relatives à la notion d'« exercice illégal de la médecine », ils parviennent à reléguer les infirmières anesthésistes au rang de subalternes<sup>218</sup>. L'assise institutionnelle des anesthésistes se jouera avec la réforme hospitalière de 1958. L'étendue des soins nécessitant le développement de la spécialité conduira à augmenter le nombre de temps

---

<sup>216</sup> Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, (p. 102).

<sup>217</sup> Ces techniques sont, par exemple, les respirateurs à circuits fermés, monitoring, conception scientifique de l'anesthésie équilibrée.

<sup>218</sup> Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *op. cit.*, (p. 103).

pleins anesthésistes. Yann Faure rapporte la conquête de l'autonomie des anesthésistes à un triple processus se déroulant entre les années 1960 et le début des années 1970 :

1) l'extension de la définition de l'activité concourt à la création d'un diplôme sanctionnant le statut de spécialité médicale ; les services de réanimation naissants ont été très bien considérés par le milieu médical, en raison de l'activité de pointe qui s'y déroule et de la concentration des cas graves. Ils ont été, de ce fait, appropriés par les services ;

2) le S.N.P.H.A.R. (syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs) a montré une forte vitalité et engendré des mobilisations de grande ampleur mettant en avant le « risque anesthésique » ;

3) « *la multiplication des procès relatifs aux accidents anesthésiques qui aboutit à la modification du Code de déontologie et consacre finalement la responsabilité partagée de l'opération entre chirurgiens et anesthésistes* »<sup>219</sup>. La notoriété des anesthésistes s'est considérablement développée au point de voir se créer des départements spécifiques à leur activité (les DAR). Ceci s'accompagne d'une attribution de responsabilité et de gestion de lits.

Les anesthésistes ont été recrutés massivement dans les années 1970 ; ils sont donc plus jeunes et ce sont souvent des femmes. On peut, sur le plan de la formation, distinguer une génération qui accède en majorité à la fonction par l'acquisition d'un C.E.S.<sup>220</sup> (validation d'acquis en formation continue) et n'effectue aucune part de son service en exercice libéral. Une partie très faible occupe des postes hospitalo-universitaires. Entre 1980 et 1986, des étudiants ayant réussi l'internat « périphérique », voie de formation intermédiaire entre l'internat « national » et les C.E.S., deviennent anesthésistes (comme ils peuvent aussi devenir gynécologues ou pédiatres). A partir de 1986, les nouveaux anesthésistes sont tous d'anciens internes. L'anesthésie a du mal à recruter les effectifs au sortir du concours de l'internat, mais progressivement son image s'améliore auprès des étudiants. Certains sont attirés par le prestige de la réanimation. Cette amélioration est imputable aux conditions d'exercice<sup>221</sup>. Anesthésiste devient une spécialité consultante dans la mesure où un rendez-vous est donné au futur opéré. La généralisation des salles de réveil et le développement des appareils de surveillance très sophistiqués contribuent également à l'accroissement du prestige.

Ne disposant pas d'une autorité suffisante, les anesthésistes échouent souvent dans les négociations avec les directions d'hôpitaux ; en revanche, ils parviennent à obtenir, par le

---

<sup>219</sup> *Ibid.*, (p 103).

<sup>220</sup> Certificat d'études spéciales.

<sup>221</sup> Voir sur ce point, Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *op. cit.*, 2005.

biais des syndicats, des décrets et des lois en leur faveur<sup>222</sup>. Leur activité a connu une extension du champ d'intervention avec la création des cliniques de la douleur et les services d'urgences où un anesthésiste-réanimateur occupe souvent la « chefferie de service »<sup>223</sup>.

Depuis 2001, les anesthésistes ont obtenu progressivement l'intégration du temps de garde au temps travaillé et l'aménagement du temps de travail à l'hôpital. Ainsi, le statut de Médecin-Anesthésiste-Réanimateur se stabilise. La question que l'on peut se poser aujourd'hui est celle de l'émergence d'une nouvelle forme de segmentation entre anesthésistes et réanimateurs.

Le rapport au temps des anesthésistes semble avoir évolué. Yann Faure les décrit comme des personnels engagés cherchant à racheter leur image négative par un investissement symbolique important, durs à la tâche, avec une volonté de ne pas compter leurs heures. Ce rapport à l'activité et au temps nous paraît avoir notablement évolué, les anesthésistes déléguant couramment des actes aux infirmières.

Par ailleurs, contrairement au chirurgien, le travail effectué par les anesthésistes s'effectue de façon séquentielle : l'un consulte, un autre endort le patient, tandis qu'un troisième peut prendre en charge le réveil.

### **4.3. La carrière des chirurgiens**

#### **4.3.1. Description du système de classification**

Au sein des praticiens hospitaliers, il existe deux types de statuts : les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires. Leurs statuts, carrières et fonctions sont différents de même que leurs salaires. Pour les hospitalo-universitaires, le statut est surtout universitaire. Les différents niveaux hiérarchiques sont les suivants : chef de clinique, maître de conférences des universités – praticien hospitalier (M.C.U.-P.H.), professeur des universités – praticien hospitalier (P.U.-P.H.). Ces différents grades sont salariés de l'Education nationale ; leur salaire est calculé sur la base des grilles de la fonction publique. En outre, l'hôpital verse à ces personnels hospitalo-universitaires des émoluments ; ce sont des honoraires qui ne font pas partie du salaire. Ainsi, un chirurgien hospitalo-universitaire reçoit un salaire de l'Education nationale qui représente 45 % de son revenu, et des

---

<sup>222</sup> Yann Faure cite, à l'appui de cette thèse, la loi de 1994 instaurant l'obligation des salles de réveil post-interventionnelles, la consultation à distance et le repos de sécurité au terme des gardes.

<sup>223</sup> Isabelle Bazsanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.

émoluments qui en représentent 55 %. L'hospitalo-universitaire peut disposer de revenus annexes, soit par sa clientèle privée, soit en touchant un supplément de salaire lié à des opérations de conseil pour des cabinets privés, soit encore en opérant ou en consultant en ville (par exemple, une journée par semaine). A ce propos, un des chirurgiens que nous avons rencontrés souligne bien la différence de rémunération entre une journée effectuée en hôpital et une journée effectuée en ville :

« (...) une matinée opératoire à l'hôpital : 80 euros ; en ville, 2000 euros, un « décalage hallucinant par rapport au travail effectué » (homme 40 ans).

Les différents grades de chirurgien à l'A.P.-H.P. sont les suivants :

- P.U.-P.H. : professeur des universités – praticien hospitalier ;
- M.C.U.-P.H. : maître de conférence – praticien hospitalier ;
- P.H.U. praticien hospitalo-universitaire ;
- C.C.A. : chef de clinique assistant ;
- A.H.U. : assistant hospitalo-universitaire ;
- P.H. : praticien hospitalier ;
- P.H.-T.P. : praticien hospitalier à temps plein.

Le grade le plus élevé est celui de P.U.-P.H.. La plupart des chefs de service ont ce grade. La nomination du chef de service se fait sur proposition des chefs de service au comité consultatif médical de l'hôpital (C.C.M.). Les propositions du C.C.M. seront ensuite transmises à l'université. En règle générale, un chef de service P.U.-P.H. cherche à faire nommer ses élèves. Cependant, le nombre de candidats dont les titres et travaux permettent de briguer cette fonction est beaucoup plus important que le nombre de postes à pourvoir. Les nominations font donc l'objet de nombreuses tractations entre les chefs de service des hôpitaux universitaires.

#### **4.3.2. Carrière et missions de l'hôpital**

Il est intéressant de mettre en lien la manière dont les chirurgiens envisagent leur carrière et celle dont ils hiérarchisent les missions de l'hôpital. En effet, les deux dimensions sont articulées dans la mesure où l'on peut choisir non seulement une carrière en fonction de critères financiers, mais aussi une place permettant d'exercer un type de missions particulier. On peut donc dégager deux types de problèmes intriqués : la question du niveau de revenu des

hospitaliers universitaires et le déroulement de carrière, d'une part, et la question générale des missions de l'hôpital et donc celle des orientations de l'activité, d'autre part.

### **1) Le niveau de revenu des hospitaliers universitaires au sein de l'hôpital et le déroulement de carrière.**

Le salaire d'un hospitalier n'est pas un véritable problème étant donné le niveau de rémunération<sup>224</sup>. Mais on pourrait dire qu'ils ne « jouent visiblement pas dans la même cour » que les autres praticiens. Le jugement effectué par les professionnels sur leur niveau de rémunération est relatif à la comparaison qu'ils effectuent par rapport à leurs pairs. Ils construisent également une évaluation en la rapportant aux nombres d'heures effectuées – qui est souvent très important.

C'est, le plus souvent, à partir d'une comparaison avec d'autres professionnels qu'ils en viennent à constater que leur carrière n'est pas réellement très attractive en terme de rémunérations : « *Il faut savoir qu'à 33 ans, lorsqu'on est P.U., on gagne 3 000 euros par mois, alors qu'un collègue, rue de Rennes, gagne 10 000 euros* ». Ce chirurgien souligne que lorsqu'il faisait sa thèse et qu'il rencontrait ses amis, son niveau de rémunération a souvent donné lieu à diverses plaisanteries. Les différences de salaire entre le doctorant et le jeune chirurgien établi étaient jugées énormes.

Toutes les spécialités ne se situent pas sur le même plan dans la comparaison du niveau de revenu entre secteur privé et secteur public. La comparaison s'impose aux spécialistes qui pourraient sans problème exercer en ville, notamment les ophtalmologistes, qui sont susceptibles d'intervenir à la fois comme médecins spécialistes et comme chirurgiens. La concurrence et l'attraction du privé concernent les spécialités qui peuvent rapporter de l'argent. Cela concerne notamment les spécialités qui nécessitent moins de matériel. Ainsi, la concurrence du privé concerne moins des spécialités comme la chirurgie viscérale, la neurochirurgie ; dans certaines spécialités où l'équipement est coûteux, telle l'ophtalmologie, les structures privées parviennent à avoir un niveau d'équipement suffisant par le biais d'associations ou de regroupements au sein de cabinets collectifs ou de cliniques.

Les chirurgiens appartiennent aux catégories sociales supérieures et aspirent à un mode de vie particulier ; l'acquisition d'un niveau de vie relativement élevé est plus coûteuse

---

<sup>224</sup> Cf. *supra* la partie morphologique.

à Paris que dans d'autres régions (notamment la question du logement est cruciale à tous les niveaux de la hiérarchie). Si l'on évalue le choix à l'aune des avantages comparés entre la carrière du privé et celle du public, on constate que le choix du public peut être soit négatif, soit être lié à des situations sociales familiales particulières, comme en témoignent les propos de cet enquêté :

*« Il existe aussi chez les hospitaliers des héritiers : le travail à l'hôpital, c'est l'argent de poche ». Ou encore : « on a souvent des couples médecins ; l'un est médecin en ville et gagne de l'argent, l'autre travaille à l'hôpital. On se marie souvent entre médecins, qui d'autre qu'un médecin peut accepter les horaires d'un chirurgien ? Il est, en effet, difficile de se lancer dans une carrière de P.U.-P.H. et s'apercevoir à 45 ans qu'on ne sera jamais chef de service à cause des guerres d'intrigue. On aura perdu 10 ans de sa vie » (homme 40 ans).*

La plupart des enquêtés ont souligné, lors des entretiens, que les carrières de chirurgiens jugées généralement les plus prestigieuses – *i.e.* celle de P.U.-P.H. – leur paraissaient incertaines. Il s'agit d'une représentation que nous mettrons un peu plus loin en regard de la réalité des effectifs par grade<sup>225</sup>.

La carrière apparaît aussi difficile à mener, étant donné les contradictions qui apparaissent entre les différents types d'excellences requis. Ce point de vue est partagé par plusieurs spécialités. Le type de tension inhérent à la carrière de chirurgien que nous allons maintenant expliciter pourrait se résumer de la manière suivante : *« La carrière, le titre sont liés à la recherche ; or, pour être bon il faut opérer, on peut donc promouvoir quelqu'un qui opère peu ».*

### ***Activité et carrière***

Les chirurgiens rencontrés expriment en majorité une certaine fierté de travailler à l'A.P.-H.P., « plus grand hôpital d'Europe », qui, en tant qu'institution, promeut un discours sur l'excellence. Les activités diffèrent selon le grade des personnes, selon le poste occupé, et l'intérêt relatif porté à la recherche et à l'enseignement. La composition des équipes joue aussi sans aucun doute un rôle par rapport à ce contenu d'activité<sup>226</sup>.

---

<sup>225</sup> Cf. *infra* 4.3.3.

<sup>226</sup> Peu d'études concrètes existent sur l'activité et ce n'était pas non plus dans notre propos de l'étudier de manière précise.

Les internes jouent un rôle important dans les différents services. Il serait intéressant de pouvoir rendre compte de manière plus précise des modalités de la prise en charge des malades par les internes. En effet, dans leurs propos, les chirurgiens insistent beaucoup sur l'absence de délégation, sur le fait qu'ils prennent le malade en charge tout au long de son parcours. Il serait donc intéressant de voir comment s'effectue le partage des tâches.

Les descriptions de la répartition du temps montrent une forte charge de travail, de longues journées et une forte disponibilité pour le travail ; en effet, les chirurgiens et chirurgiennes ayant une famille évoquent souvent l'impossibilité de prendre en charge les tâches liées à la vie hors travail, le fait qu'ils se déchargent de toute responsabilité sur leurs conjoints. Leurs journées de travail commencent souvent vers 8 heures du matin et se terminent tardivement. Le week-end est souvent consacré au travail. La coupure entre vie au travail et vie hors travail ne se fait donc pas, et ce, pour différentes raisons. La principale semble être le fait que les chirurgiens gardent continuellement à l'esprit les préoccupations de santé concernant leurs malades et travaillent pendant les jours de congé.

La profession se construit autour de trois activités : une activité d'opération et de consultation, une activité d'enseignement et une activité de recherche. Ce triptyque peut être amputé, par exemple, de l'enseignement ou de l'activité de recherche, lorsque le chirurgien doit développer une activité de gestion de service.

Le chirurgien, nous l'avons dit, est celui à qui un malade vient se confier et, de ce fait, la question de la réputation est essentielle. Elle repose sur une double légitimité.

La première forme de légitimité est liée au statut qui le différencie des autres niveaux : la recherche. Il n'est pas ici question de recherche autour de la paillasse, mais de recherches autour de nouveaux protocoles ou bien d'analyses *a posteriori* de travaux. La recherche se fait plutôt le week-end ou tard le soir. Elle consiste à analyser les effets d'une procédure sur une maladie, à analyser les effets autour d'un protocole. Elle peut aussi être de la recherche appliquée et concerner la coopération avec des laboratoires. La recherche prospective paraît plus difficile à mener car elle suppose de sélectionner des maladies particulières.

Les P.U.-P.H. ont aussi une vocation d'encadrement des travaux de leurs équipes, et de diffusion des recherches et des connaissances pointues. La légitimité du soin et de la reconnaissance par les pairs est liée aux publications et aux conférences qui permettent d'asseoir l'excellence des travaux de recherche. Cependant, tous s'accordent à dire que le bon chirurgien est celui qui opère. Il est donc important de ne pas trop réduire cette activité et de consacrer du temps à opérer.

Le deuxième type de légitimité est conféré par le client qui sera satisfait ou non de l'opération. Le client effectue l'évaluation du travail et du résultat en fonction de ses attentes, c'est la raison pour laquelle les chirurgiens prennent le temps d'évoquer le travail qu'ils ont à accomplir et les risques encourus. L'activité de consultation ou de suivi postopératoire prend également du temps.

Il semble qu'il y ait deux grands moments formalisés pour établir une relation avec le client. Tout d'abord, lors des consultations se crée une possibilité d'échange en colloque singulier. Ensuite, une relation à l'occasion de visites en groupes (dans certains cas, on nous a cité un passage dans les chambres du malade avec 21 personnes : le chef de service chirurgical, 5 chefs de clinique, 10 externes, 5 internes) ; l'échange porte par exemple en post- ou préopératoire sur les symptômes repérés par les infirmières ou les internes. Cette visite est rapide, moment de formation des internes, on peut faire l'hypothèse (qui serait à vérifier) que ce n'est pas dans ce cadre que se construit un réel échange avec le malade.

Les deux types de légitimité s'articulent, car « *la légitimité du soin est renforcée lorsqu'on est chercheur* ». Ainsi, le client serait sensible au statut du chirurgien (selon ceux-ci).

Tous les chirurgiens ne jouent pas le jeu de la carrière et de la reconnaissance par les pairs au travers de la recherche. Mais, dans ce groupe de professionnels où la référence est la recherche, il n'est pas si facile pour les autres profils (P.H.) de trouver une place et une reconnaissance de leur valeur. Ils tentent de se positionner par rapport à ce modèle dominant de l'excellence. Ces chirurgiens ayant le grade de praticiens hospitaliers ont renoncé à un moment donné à faire une carrière de chercheur car cela supposerait de se désengager des opérations ou bien de renoncer à avoir une vie personnelle. Le renoncement à une carrière de chercheur peut être lié à différentes raisons. Cela peut correspondre à un manque d'opportunité. Au moment de leur arrivée dans un service, il n'y avait pas d'opportunités de carrière parce que le rapport entre candidats et postes leur était défavorable. Renoncer à la carrière consiste alors à privilégier la stabilité dans un service ou sur une activité qui plaît, plutôt que de rechercher une place. Ainsi, le système de classement à l'A.P.-H.P. peut conduire, pour faire carrière, à renoncer à une activité ou bien à un service jugé attrayant. Si l'on tient compte de ce contexte, on est conduit à penser que la vocation cède la place au fil de la carrière à des motivations plus complexes faites à la fois d'intérêt pour le métier et de recherche de prestige.

La quasi-totalité des chirurgiens rencontrés essaie de concilier des voies de l'activité demandant des investissements dans des directions différentes. Il s'agit de conquérir une

légitimité par les pairs ; officiellement, cela passera par des articles, des interventions en colloque, ou dans des formations diverses. Il s'agira de construire une spécialité très pointue et se faire repérer comme un spécialiste sur un champ afin que les confrères envoient consulter les malades présentant des pathologies rares et complexes. C'est ainsi que seront approchés des « cas intéressants » et que la recherche pourra se poursuivre. Il y a donc bien une synergie entre recherche et réputation.

On assiste à une tension entre le fait que la légitimité passe officiellement par la recherche et que, dans les faits, les chirurgiens seront meilleurs s'ils font beaucoup d'opérations. On voit donc bien la difficulté qu'il y a à tout concilier.

### **« Harmonie » dans les services, recherche et prestige**

Dans un article intitulé « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », Carine Vassy cherche à savoir si les rapports humains – principalement entre professionnels de santé – au sein de l'hôpital varient en fonction de caractéristiques nationales. Son terrain d'enquête se compose de six services de neurologie implantés en Allemagne, en France et en Grande-Bretagne. Cette étude présente, pour nous, l'intérêt d'analyser les critères d'appréciation des relations de travail mis en œuvre par les médecins au cours de leur carrière, ainsi que les différents contextes de formation et d'activité que l'on peut rencontrer au sein des services hospitaliers. Elle permet de formuler des hypothèses valables pour les chirurgiens.

L'auteur rappelle préalablement que les établissements publics étudiés *« ont tous la même triple mission : soigner les patients, former une partie du personnel qui n'y travaille que pour une période transitoire et produire des travaux de recherche. Ces hôpitaux bénéficient d'un certain prestige car ils offrent aux patients des prestations spécialisées et les médecins qui y exercent forment l'élite de leur profession »*<sup>227</sup>.

L'étude menée par Carine Vassy met en évidence l'existence de services *« où la coopération est harmonieuse »*<sup>228</sup> et celle de services « conflictuels ». Les premiers se caractérisent par leur important niveau de prestige, qui est lié à la renommée et à la respectabilité des membres de la haute hiérarchie médicale qui les composent, elle-même reposant sur la reconnaissance de la qualité de leurs travaux scientifiques. L'existence d'une

---

<sup>227</sup> Carine Vassy, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, XL-2, 1999, (pp. 334).

<sup>228</sup> *Ibid.*, (p. 334).

activité scientifique soutenue et reconnue est fonction, pour une part, du degré de sélectivité du service : les patients, qui viennent parfois de très loin (c'est-à-dire de l'étranger), sont tous porteurs d'une pathologie à la fois rare et complexe ; cette sélectivité assure la grande spécialisation du service et la conduite de travaux scientifiques. C'est sur cette base qu'une collaboration entre les anciens praticiens, très réputés, et les plus jeunes, qui voient s'ouvrir à eux de belles perspectives de carrière, se met en place.

Les services « conflictuels » semblent constituer, sur le plan des caractéristiques évoquées précédemment – recherches et publications scientifiques, renommée, sélection des patients, spécialisation, etc. –, l'opposé des services « harmonieux ». Les activités et, partant, les publications scientifiques sont peu nombreuses, pour les anciens comme pour les jeunes. De ce fait, les perspectives de carrière sont, pour les jeunes praticiens des services conflictuels, beaucoup plus étroites que celles de leurs homologues exerçant dans les services harmonieux. Les seuls débouchés possibles, et faiblement valorisés, sont de poursuivre une carrière dans le même type de services peu prestigieux ou bien dans le cadre de la médecine libérale. En raison de la faible renommée de leur chef, ou de la concurrence d'autres hôpitaux relativement proches géographiquement ou bien encore des stratégies des médecins libéraux visant à capter une partie de la population des malades, ces services ne parviennent pas à attirer des patients aux maladies suffisamment complexes pour envisager une spécialisation, le développement soutenu de recherches scientifiques, etc.

L'auteur dégage la conclusion suivante : *« Même si les médecins hospitaliers ont une place différente dans les systèmes de santé des trois pays, ils obéissent à des règles du jeu semblables en matière de trajectoires professionnelles : leur carrière se déroule dans un petit nombre de services hospitaliers, la haute hiérarchie médicale les sélectionne à chaque changement de poste, la médecine libérale est le premier débouché des candidats malchanceux, la sélection s'opère principalement sur le critère de la spécialisation scientifique, etc. On peut interpréter ces similitudes comme la marque d'une culture de métier qui ignore les frontières »*<sup>229</sup>.

Certains résultats de notre propre enquête de terrain corroborent la conclusion de l'auteur selon laquelle la carrière dans le cadre libéral peut être perçue subjectivement comme un choix par défaut, voire un échec relatif ; c'est parce que des services chirurgicaux prestigieux n'ont pas souhaité les intégrer ou bien parce qu'ils ont considéré ne pas avoir

---

<sup>229</sup> *Ibid.*, (p. 352).

suffisamment de chances d'obtenir un poste dans ce type de services que certains praticiens se sont orientés vers le secteur d'activité libéral. Par ailleurs, la possibilité de mener de façon soutenue des activités scientifiques (recherches, publications, colloques, etc.) semble être vivement recherchée par toute une partie des personnes interrogées. L'attrait sur le plan intellectuel que représente ce type d'activités explique pour une part la motivation à exercer l'activité de chirurgien. Ainsi, pour certains, « faire chirurgie », ce n'est pas seulement opérer, c'est aussi et surtout faire de la recherche en chirurgie, et être reconnu dans ce domaine par le biais de ses travaux de recherche. Le fait d'exercer la chirurgie sans pouvoir pratiquer ou développer suffisamment des activités de recherche explique, pour une large part, le désarroi de certains praticiens.

### ***Les mauvaises et les bonnes raisons pour travailler à l'hôpital***

Pourquoi rester à l'hôpital public ? Telle est la question que l'on peut se poser et que nous avons posé à certains de nos interlocuteurs lorsque leur discours sur leur activité apparaissait très négatif. Plusieurs réponses sont formulées par les intéressés, réponses qui, paradoxalement, ne grandissent pas vraiment la fonction, ni ceux qui l'occupent. Nous faisons volontiers l'hypothèse qu'il existe actuellement une offensive de la profession pour revaloriser ses revenus et que le point de vue des chirurgiens rencontrés repose, pour une part, sur l'adoption d'une position critique concernant leur niveau de vie. Cette perspective de revalorisation concerne la question des émoluments dans le cadre de l'A.P.-H.P. et conduit à suggérer, pour certaines spécialités – telles l'ophtalmologie –, l'ouverture de carrières croisées entre privé et public. Certains interlocuteurs nous ont parlé de départ du public vers le privé se traduisant pour l'A.P.-H.P. par des pertes financières importantes<sup>230</sup>. Ainsi, un chirurgien que nous avons rencontré suggère de réfléchir à des passerelles entre privé et public, donnant ainsi la possibilité de faire plus d'interventions à l'extérieur de l'hôpital public :

*« Celui qui va dans le privé devrait pouvoir rester dans le public aussi. Il y a une animosité (rancœur) de ceux qui sont partis dans le privé. Ils ont été chassés (ils n'ont pas eu leur promo) »* (homme, 40 ans).

---

<sup>230</sup> Les départs se faisant avec la clientèle, mais il faudrait vérifier ce point.

**a) Le système selon certains chirurgiens encouragerait à rester dans le cadre de l'hôpital, ceux qui sont « mauvais »**

*« On reste à l'hôpital qui protège, ou bien si on est fainéant »* (un chirurgien, 60 ans).

De façon quelque peu ironique ou provocatrice, ce chirurgien fait ici référence à deux ordres de fait. Le premier concerne la protection juridique qu'offre l'hôpital en cas de poursuites pour faute professionnelle devant les tribunaux ; le second est lié à la différence parfois observable sur le plan du rythme de travail entre hôpital public et hôpital privé, les chirurgiens appartenant au second, seraient plus intéressés et plus poussés à être productifs. Pourtant, les chirurgiens exerçant au sein du secteur public qui affirment cela sont visiblement brillants et aucun des chirurgiens rencontrés ne semble compter ses heures de travail. Bien au contraire, leurs journées de travail apparaissent très longues, comme nous l'avons dit plus haut.

**b) Le travail collectif**

Nous n'avons pas centré nos entretiens sur cette dimension, mais nous avons pu percevoir le fait que travailler à l'A.P.-H.P. représente un confort. Dans le processus de travail, des discussions préalables permettent de ne pas être seul à prendre la décision et, donc, souvent, de confronter différents points de vue :

*« La discussion est une aide plus qu'une contrainte. Mais en cas de problème, il paraît important d'avoir le soutien du staff. En effet, s'il y a une opération de judiciarisation, on a l'accord du staff, on ouvre ainsi le parapluie, cela montre que la décision a été collégiale. Pour un expert, cela fait office de preuve ; cela met à l'abri des critiques »* (neurochirurgienne). La discussion est donc importante pour le professionnel à différents niveaux de sa pratique.

En outre, il est possible de trouver un appui auprès d'un collègue pour une opération.

**c) Travail et organisation**

Le travail à l'A.P.-H.P. se fait-il dans de bonnes conditions ? Il n'était pas possible, dans le cadre de cette étude, de rendre compte des conditions de travail et de l'opérationnalité des blocs opératoires, de leur efficacité. Les chirurgiens ont formulé un certain nombre de remarques sur le fonctionnement matériel. Un chirurgien souligne la difficulté, en cas de

panne, d'obtenir une intervention rapide. Les fournisseurs ne seraient pas pressés d'intervenir pour dépanner, car l'A.P.-H.P. paierait toujours tardivement ; en outre, l'achat de matériel ne s'accompagnerait pas de contrat stipulant un service après-vente. Les autres interlocuteurs n'ont pas relevé de problème de matériel particulier et ont souligné au contraire le bon fonctionnement des outils mis à disposition et leur qualité. Par ailleurs, concernant le nombre d'opérations, certains ont évoqué le fait que le fonctionnement des salles d'opération est limité, en raison d'une insuffisance de personnel infirmier ou d'un nombre insuffisant de lits.

## **2) Les missions de l'hôpital**

Les missions de l'hôpital, du fait de sa triple activité, doivent être bien posées afin de réfléchir sur leur articulation avec les carrières des praticiens. Les conditions de gratification des chirurgiens, ses critères et modalités sont à penser en lien avec les missions de l'institution.

L'hôpital se définit dans un partage de tâches avec le privé. Les chirurgiens interrogés soulignent qu'au sein d'une même spécialité, le privé se spécialise sur les opérations qui supposent un investissement temporel moins important. L'hôpital concentre aussi, selon les chirurgiens rencontrés, les affections les plus difficiles. Ainsi, certaines cliniques renvoient les difficultés vers l'hôpital. La trajectoire du patient peut ainsi partir du privé et conduire à l'hôpital public en cas de complications ou de risques aigus :

*« Les malades qui arrivent à l'hôpital sont souvent « des cas plus lourds ». Il prend donc plus de risques. Certains cas graves sont en effet « envoyés » par les cliniques sur l'hôpital – pour des raisons de responsabilité juridique, pour des raisons de risque de détérioration d'image que ces malades font courir –. Cela tient également à des raisons d'ordre économique (il est nécessaire de prendre du temps pour un malade complexe). Un chirurgien prendra l'exemple de Lagardère que le médecin du privé avait « renvoyé » vers le public. « On renvoie sur le public les images négatives ». (homme, 45 ans).*

A l'heure où l'on insiste sur la rigueur des choix budgétaires, et sur le fait que l'hôpital doit être rentable et opérationnel, certains chirurgiens vivent cette répartition du travail public/privé comme un handicap. Un de nos interlocuteurs pose le problème en ces termes :

*« L'A.P.-H.P. récompense plus celui qui fait de la chirurgie compliquée que celui qui fait des choses répétitives plus simples. Mais au niveau comptable, c'est lui qui rapporte*

*l'argent. Il y a une médecine de proximité et une médecine d'urgence. « Laquelle est prioritaire ? » : une question que doit se poser l'A.P.-H.P.. Comment est-il souhaitable de gérer les carrières ? » (P.U.-P.H.).*

Sans doute serait-il nécessaire de communiquer davantage et de repositionner plus clairement les missions prioritaires de la structure A.P.-H.P.. Se positionne-t-elle sur quelques créneaux de soins seulement ? Quelles sont les modalités pratiques de son articulation avec le privé ou les autres hôpitaux publics ? Comment concilier l'amélioration des résultats financiers et la division actuelle des missions entre privé et public, missions spécifiques de l'A.P.-H.P. en termes de recherche et d'enseignement ? Dans quelle mesure les orientations politiques tiennent-elles compte de celles-ci ?

#### **4.3.3 La carrière des chirurgiens et les opportunités offertes à l'A.P.-H.P. par rapport à d'autres groupes (médecins divers, anesthésistes)**

Les entretiens révèlent que certains chirurgiens sont quelque peu déçus par leur carrière ou par la relativement faible (ou trop faible) reconnaissance dont ils sont l'objet. Ils ont le sentiment d'une dévalorisation relative de leur rôle.

Une des manières de rendre compte du prestige des chirurgiens est d'objectiver les possibilités de carrière qui s'offrent à eux. Une recherche a été effectuée sur huit établissements de Paris intra-muros, aux quatre points cardinaux figurant les futurs pôles hospitaliers. Elle compare dans le cadre l'A.P.-H.P., d'une part, le nombre de P.U.-P.H. dans les spécialités chirurgicales et en anesthésie-réanimation et, d'autre part, le nombre de P.U.-P.H. dans les spécialités médicales et celui des urgences médicales et/ou chirurgicales<sup>231</sup>. Cela permet de rendre compte de l'importance du nombre de postes de P.U.-P.H. selon les spécialités à l'A.P.-H.P.. L'étude porte sur les postes de P.U.-P.H. pour l'année 2003 dans toutes les disciplines.

L'étude montre la persistance de la non-reconnaissance des urgences et de l'anesthésie et met en évidence le fait que les spécialités médicales et chirurgicales restent « l'élite hospitalo-universitaire ». *« Les disciplines chirurgicales totalisent 28 % des P.U.-P.H.. L'anesthésie, qui prend en charge la totalité des malades de chirurgie ainsi que les malades*

---

<sup>231</sup> Gabrielle Balazs et Sylvie Rosenberg-Reiner, « La spécialisation de la médecine XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles, la composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », note de recherche, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, (pp. 115- 118).

*de médecine qui nécessitent une exploration sans intervention chirurgicale, n'a, pour sa part, que 3,7 % du total des P.U.-P.H. ». Ce fait, lié à la faible importance des P.U.-P.H. en urgence (1 % du total des P.U.-P.H.) conduit les auteurs à mettre en évidence l'existence d'une hiérarchie académique des spécialités. La noblesse du titre, donne à ses titulaires la capacité à exercer des pouvoirs reconnus légalement. Ceci permettrait un mécanisme de reconduction de la division du travail et de la répartition actuelle des postes. Les auteurs font notamment état de la différenciation qui est effectuée entre les types de soins.*

*« Cette noblesse médicale qui a partie liée avec l'Etat continue à fonctionner sur des critères uniquement académiques qui se situent hors des contingences matérielles du moment... Si les nominations de P.U.-P.H. ne couvrent pas de façon équitable les différentes spécialités étudiées, c'est que le prestige accordé à la mission de « soins » fait une subtile différence entre les « soins » destinés à tous et qui font le quotidien du travail de l'hôpital et les soins de pointe, sophistiqués, en lien avec les recherches actuelles, pouvant donner lieu à des publications prestigieuses. Comment expliquer autrement que les deux spécialités qui s'occupent de toutes les catégories de malades, les médecins des urgences et les médecins anesthésistes-réanimateurs, soient aussi peu représentées parmi les P.U.-P.H. ? »<sup>232</sup>.*

Les auteurs mettent donc en évidence le fait que la hiérarchie médicale tient peu compte du nombre de malades, de la gravité de leur état et des besoins de santé de la population. Ils en déduisent qu'il n'existe pas, au sein de l'hôpital universitaire, de contre-pouvoir réel et que l'Etat ne joue pas le rôle de régulateur qui est théoriquement le sien.

Si l'on se réfère aux entretiens que nous avons réalisés auprès des chirurgiens, on doit constater qu'ils ne prennent pas vraiment en considération cet avantage relatif de la chirurgie. Aucun n'a mis en exergue le fait que le nombre de postes de P.U.-P.H. est plus important pour les chirurgiens que pour les anesthésistes. Il est bien connu que les avantages sont souvent considérés comme « allant de soi » et que les personnels voient plutôt ce qui leur fait défaut. C'est bien le cas ici, puisqu'en revanche, les chirurgiens soulignent que leur engagement dans le travail ne fait pas l'objet d'une rémunération différenciée. Nous parlons ici d'engagement dans le travail car, en effet, ils évoquent tout à la fois le temps de travail et les responsabilités.

Leur investissement est, certes, très important, mais il faut noter que les gardes font l'objet d'une rémunération supplémentaire (dont le montant varie en fonction du statut). Les chirurgiens qui effectuent une comparaison avec d'autres spécialités comme les médecins de

---

<sup>232</sup> Gabrielle Balazs et Sylvie Rosenberg-Reiner, « La spécialisation de la médecine XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles, la composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », *op. cit.*, (p. 118).

laboratoires, les radiologues, les médecins généralistes, insistent sur le fait que, dans leur rémunération, la différence de mobilisation n'est pas reconnue. Dans ce bilan sur la carrière, ajoutons, que « faire carrière » est excessivement aléatoire et difficile. Nous reviendrons sur ce point quand nous parlerons du choix de travailler en chirurgie pour les jeunes.

La question de l'articulation entre les missions de l'hôpital et les carrières est ainsi posée par certains chirurgiens qui sont attirés financièrement par une carrière en ville. Cependant, on voit bien, au travers de l'étude citée, que les carrières des chirurgiens sont les plus développées si l'on prend en compte le nombre de postes de haut niveau (et prestigieux) qui leur reviennent.

En outre, le lien entre niveau de rémunération et niveau de vie est posé également – mais, bien entendu, à un autre niveau – par les internes qui ont le sentiment de ne pas toujours bénéficier d'une reconnaissance suffisante, qui soit en rapport avec les nombreuses années d'étude et leur charge de travail. Ils posent notamment la question de l'accès à des avantages périphériques concernant le logement ou l'accès aux crèches.

## **5. Le rapport au public**

### **5.1 L'image extérieure et la valorisation**

Nous avons dit plus haut que l'évaluation – le regard des autres – pouvait être déstabilisant. Plus qu'une perte d'image, il pourrait y avoir un effet sur la confiance en soi. A cet égard, il faut remarquer que les chirurgiens sont aussi demandeurs d'un regard extérieur et d'une valorisation publique de leur activité. La chirurgie, par son objet et ses conditions d'exercice, est un monde clos et situé un peu en retrait, dans des salles où l'on ne peut accéder facilement. Monde protégé du fait des conditions de stérilisation, monde qu'il n'est pas si aisé de médiatiser étant donnée la nature des interventions. En effet, l'exposition des opérations dans les médias peut susciter des réactions de rejet ou de répugnance et heurter les sensibilités.

On peut penser que la chirurgie, c'est-à-dire le travail du chirurgien et les différentes spécialités chirurgicales sont assez mal connues du public en général, mais aussi des étudiants. En effet, les étudiants ne rencontrent que tardivement la chirurgie. Un responsable

du syndicat des internes semblait attribuer un effet important à la démarche de promotion effectuée pour une des spécialités. On peut donc se demander s'il n'y a pas un réel travail de communication à mener ; des propositions faites par le Syndicat national de la chirurgie, qui mettait en avant la nécessité d'opérations publicitaires, allaient également en ce sens. Comme nous l'avons vu, la méconnaissance de l'activité chirurgicale par le grand public s'accompagne d'une inflation de l'information médiatique, qui se focalise très largement sur l'apparition de nouvelles techniques chirurgicales et verse parfois dans le sensationnalisme<sup>233</sup>.

## **5.2 L'opéré entre dépersonnalisation et droit d'information**

Nous l'avons dit plus haut, il est, dans une certaine mesure, nécessaire de prendre de la distance avec le patient, certaines parlent même de « *déshumaniser l'acte pour se protéger, pour avoir la maîtrise du geste* ». Mais cette déshumanisation est toute relative. Ainsi, un chirurgien insistera sur le fait que « *si on se blinde, on reste humain* ». Plutôt que de parler de déshumanisation, il nous semble préférable de parler d'une dépersonnalisation de la relation pendant l'acte d'opération, ce qui ne supprime pas la dimension humaine. Car, nous l'avons vu, le chirurgien se sent comptable et responsable de la vie du patient et de sa trajectoire de soin. De fait, les chirurgiens recherchent la gratification du patient et en font systématiquement mention. On parle généralement du malade, mais il serait sans doute plus judicieux de parler *des* malades, car les attitudes et comportements ne sont pas homogènes, nos interlocuteurs eux-mêmes le soulignent. « *En général, les malades sont reconnaissants mais bien sûr parfois, certains sont prêts à reprocher des choses alors qu'on s'est démené pour eux* ». Les perceptions varient selon les chirurgiens. Certains évoquent le fait que les clients sont moins reconnaissants qu'avant ; alors que d'autres, au contraire, disent recevoir plus de gratifications.

### ***Un interlocuteur debout avec des droits***

Les chirurgiens que nous avons rencontrés considèrent qu'un changement important d'attitude s'est opéré. On ne peut plus « *traiter le malade comme on le faisait auparavant* ». C'est l'occasion pour certains de souligner le fait que les chirurgiens d'autrefois refusaient de

---

<sup>233</sup> Voir, *supra*, la synthèse des travaux d'Yves Temon sur « La fin du chirurgien généraliste ».

répondre aux questions des patients et que, bien souvent, ils considéraient qu'ils n'avaient pas à y répondre.

Ainsi, un chirurgien pouvait répondre à un patient atteint d'un cancer qui le questionnait sur son futur traitement : « *on vous met un peu de désherbant (comprendre de la chimio) un peu d'électricité (comprendre radiothérapie) et ça va aller* ». Ils refusaient de donner des explications, faute de temps, mais aussi du fait d'une relation expert/profane structurée autour d'une forme de délégation. Ainsi, le temps si précieux du chirurgien ne pouvait être consacré à répondre aux questions du malade ; ce dernier n'avait qu'à s'en remettre au spécialiste sans poser de question. Les choses ont fondamentalement changé. Les chirurgiens sont tenus d'informer leurs malades.

Une chirurgienne que nous avons rencontrée déclare privilégier le dialogue lorsque le patient est « debout », par opposition à sa position couchée lorsqu'il est hospitalisé. La position allongée, en effet, le place en situation d'infériorité et de dépendance. Une fois assis face au médecin, il apparaît moins fragilisé. Cette démarche révèle le souci de considérer l'Autre dans une position qui ne le défavorise pas et qui favorise l'expression de sa dignité.

Au-delà de ce constat, nous avons pu percevoir deux attitudes différentes face à l'information du patient que nous pensons utiles de mentionner ici, car elles nous semblent révélatrices de certaines représentations. En effet, le droit à l'information pose différents problèmes : que dire au patient ? Faut-il l'informer de tous les risques, les complications potentielles, la gravité de son cas – au risque, dans certains cas, de l'inquiéter inutilement ? Les réponses à ces questions varient selon les professionnels. D'un point de vue général, deux comportements typiques peuvent être identifiés au travers du récit que les chirurgiens font de leurs pratiques.

Certains assument bien ce droit du patient. Ils insistent sur le fait qu'il est de leur responsabilité de construire l'information, de l'organiser ou de doser ce qui peut être dit ou non. Le malade joue d'ailleurs un rôle dans cette construction, car si certains malades posent des questions et cherchent à savoir, d'autres ont tendance à se contenter de réponses floues ou générales. La difficulté ici est d'évaluer ce que le patient peut ou veut entendre. Certains soulignent qu'ils protègent le patient en veillant à ne pas lui faire peur « *pour rien* » ; il importe de « *dire les risques les plus importants, on ne détaille pas, sauf quand ils posent des questions* ». Notons, à ce propos, que répondre au patient et l'informer demande un travail spécifique et une conception particulière du rôle de soignant. Certains chirurgiens disent expliquer au patient ce qui peut advenir et, ainsi, le préparer éventuellement à des séquelles. Cela permet d'indiquer la gravité ou la légèreté de l'opération, de construire un dialogue afin

de discuter des conditions de vie, une fois l'opération réalisée. Cette attitude nous paraît relever plus généralement d'une prise en charge de sa santé par le malade ; elle comporte une dimension éducative, de socialisation à la maladie, à ses effets, et à son évolution ; cela permet au patient d'envisager sa future trajectoire en tant que malade.

D'autres choisissent de tout dire pour éviter les reproches, pour ne pas s'exposer au risque de la judiciarisation. Ils éprouvent ainsi le regret de ne plus pouvoir protéger le patient comme ils le faisaient antérieurement. Ils en déduisent que le patient est désormais exposé, alors qu'auparavant, il était protégé. Ceci dit, il est très difficile de faire la preuve que le malade a été bel et bien informé. Rationaliser, écrire, construire des modalités de la preuve que l'on a informé apparaît concrètement difficile. On peut dicter le courrier en présence du patient, signaler la démarche d'information du patient, mais comment apporter une preuve au sens juridique ?

Nous avons abordé avec les chirurgiens interrogés la question de la judiciarisation. Relativisant ce risque, ils soulignent que l'institution prend en charge les procédures et que, le plus souvent, ils ne sont pas directement concernés ; ils minimisent l'importance des recours judiciaires, l'attribuent à un besoin de précaution générale de la part du malade ; ils font un effort pour ne pas se sentir mis en cause personnellement. En revanche, ils mettent en exergue les gratifications dont ils sont l'objet : remerciements oraux, lettres chaleureuses et reconnaissantes, petits cadeaux auxquels ils attribuent une valeur symbolique très forte.

Cette question de l'information et du droit du patient rencontre de manière problématique une autre question, celle de l'image du chirurgien. Il s'agit d'une dimension qui apparaît de façon récurrente dans les rapports, dans les articles de presse et dans certains discours de chirurgiens qui se sentent mal reconnus par les patients. C'est un passage du rapport Domergue et Guidicelli<sup>234</sup> qui a retenu notre attention, car il nous paraît poser problème, notamment si l'on fait le lien entre le titre et le commentaire qui s'ensuit. Sous le titre : « *L'image du chirurgien a été dévalorisée* »<sup>235</sup>, on trouve le propos suivant :

« *Le malade a abandonné son rang de **patient** pour accéder au rang de **client** avec ses exigences. Le devoir d'information du malade est devenu une priorité, réduisant d'autant le différentiel soignant soigné. Avec internet le malade peut voir par avance sur certains sites*

---

<sup>234</sup> Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit.

<sup>235</sup> *Ibid.*, (p. 16).

*chirurgicaux l'intervention qu'il doit subir. Une obligation de résultat s'est progressivement imposée et finalement substituée à une obligation de moyen, contraignant le chirurgien au « zero defect » difficile à atteindre. En cas d'échec, la compassion ne suffit plus. Le malade a droit à réparation ce qui explique la judiciarisation de la profession ».*

L'analyse associe ici deux idées dont le rapprochement, pourtant, ne nous paraît pas aller de soi. L'image du chirurgien dévalorisée est mise en relation avec le fait que le patient a une meilleure information. Les auteurs mettent l'accent sur les exigences qu'il peut avoir, et sur la réduction du différentiel soignant/soigné, car, notamment, le patient a accès à beaucoup plus d'informations. Le soigné ainsi, devient une personne mieux informée (et mieux formée également, puisque le niveau de connaissance général augmente en France pour la majorité de la population). L'interprétation qui en est faite est surprenante. On effectue ici un lien entre cette meilleure connaissance qu'a le patient et une obligation de résultat qui, ainsi, s'imposerait au chirurgien (celle du « zéro défaut »). Vient ensuite une troisième idée, qui est celle du droit à la réparation et, partant, du droit à la judiciarisation.

Ainsi, par enchaînement et juxtaposition des faits, la formation, voire l'information du patient apparaît dans ce texte comme étant à l'origine d'une image dévalorisée du chirurgien. Ce raisonnement induit l'idée (qu'il faut prendre sérieusement en considération) selon laquelle l'image du chirurgien serait dévalorisée du fait d'une meilleure information du malade. Mais ce raisonnement pose problème.

Tout d'abord, parce que l'information n'est pas facteur d'incompréhension, mais c'est l'inverse qui est vrai. Le fait d'attendre une réparation parfaite, sans séquelle et avec rapidité – alors que cela s'avère justement improbable, toutes choses égales par ailleurs – n'est-ce pas justement l'effet d'une insuffisance d'informations et de connaissances ? Etre informé, n'est-ce pas aussi comprendre la complexité de l'acte, les risques qui l'entourent ? N'est-ce pas justement comprendre qu'il n'y a pas de miracle et que l'équipe chirurgicale ne peut pas tout maîtriser ?

On pourrait donc aussi bien affirmer l'inverse : une meilleure connaissance permet de comprendre les difficultés et la complexité des actes chirurgicaux. On pourrait faire l'hypothèse que, à l'inverse, moins on est informé, plus on assimile l'acte de chirurgie à un acte de réparation mécanique simple, et plus on devient intolérant en tant que client, et moins on accepte l'échec.

Certes, un client mieux informé a des moyens de juger qui ne dépendent plus uniquement de l'information donnée par le chirurgien, mais, en effet, le client a besoin que le

chirurgien l'informe pour pouvoir se construire un jugement fondé, même s'il n'a pas les moyens de tout comprendre et interpréter.

Les chirurgiens rencontrés reconnaissent que, désormais, la législation leur fait un devoir d'informer. Si certains en sont irrités et parviennent mal à accepter ce « devoir », la plupart reconnaissent qu'il est légitime d'informer le patient. Ils ne considèrent pas tous le droit d'information du patient comme une dévalorisation des chirurgiens. Certains font une lecture particulière de ce droit d'être informé et cela nous semble être la lecture qu'en font les auteurs du rapport cité. Mener un dialogue avec le malade conduit à s'exposer et ainsi devoir expliciter, certains diront se justifier. Il s'agit aussi d'une négociation de son image que le diplôme seul ne permet plus de préserver. Ceci constitue, plus généralement, un phénomène de société ; chaque professionnel est exposé à une évaluation de sa pratique – à l'heure où les spécialistes et théoriciens du management brandissent l'étendard de la « qualité totale ». Les chirurgiens sont bien évidemment plus exposés qu'avant, puisque antérieurement « ils étaient inattaquables ». Un chirurgien citera le cas d'un ancien professeur qui était « *très gentil mais il envoyait chier les gens qui posaient des questions. Il leur disait : « vous verrez ça avec mes assistants ».* A cette époque, les chirurgiens dirigeaient l'hôpital. On pouvait rien leur dire. Avant le directeur de l'hôpital pouvait être convoqué par un médecin ». L'assertion « le malade n'est pas un pion », nous semble assez bien révéler le changement de posture. Mais si cela peut être considéré comme un élément de dignité des uns (les malades), cela ne signifie pas, pour autant, une dévalorisation des autres (les chirurgiens). Respecter les malades ne peut, en effet, être considéré comme une dévalorisation même relative ou une déchéance, sauf à considérer son statut avec mépris ou condescendance.

Ainsi, le fait de devoir expliquer, voire de justifier ses choix peut être tantôt vu comme légitime, tantôt vu comme un abus de la part du patient ; dans cette dernière perspective, cela serait considéré comme une atteinte au privilège de l'expert, voire à la confiance qu'on lui attribue. Dans cette perspective, fondamentalement, c'est le droit du patient à être informé qui est déconsidéré, vécu comme une dévalorisation relative du chirurgien – parce qu'il symbolise, pour certains, un manque de confiance ou, surtout, une réduction de l'emprise du chirurgien sur le processus opératoire. Ainsi que le disait un de nos interlocuteurs : « *Les malades n'acceptent plus le mandarin* », c'est, nous semble-t-il, cette image (cette attitude) qui est dévalorisée, non celle du chirurgien en tant que professionnel ou homme de métier.

D'ailleurs, pour satisfaire le patient, répondre à ses demandes, lui expliquer les conséquences ou les conditions de l'opération, il est nécessaire d'entrer en relation avec lui. Certains chirurgiens n'hésitent pas à parler de relations privilégiées avant et après l'opération :

*« Beaucoup de patients attendent une relation. Ils attendent qu'on leur explique, qu'on leur dise... ce n'est pas confortable. Il faut mettre tout son poids pour faire accepter le résultat. S'il y a une bonne relation, il est plus facile de faire accepter son défaut au patient, l'inconvénient ou la gêne. Il s'agit de savoir mesurer l'attente des patients ».*

La relation au patient est donc aussi, pour une part, le prolongement de l'acte d'opération, car elle permet de transformer le regard du patient qui renverra tantôt un message de satisfaction, tantôt de revendication. A cet égard, on ne peut évacuer l'idée que dans la relation se construit aussi une dimension « marketing » – ou rhétorique – permettant de faire accepter le résultat.

## **6. Le regard sur le métier de quelques étudiants**

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer deux femmes externes et un homme interne. Notre objectif a été de comprendre le sens de leur itinéraire : à quel type de projet correspondait leur entrée en médecine ; s'agissait-il d'une vocation ? A quel moment pensent-ils que se fait le choix de la spécialisation ? Quels problèmes repèrent-ils concernant les modalités du choix de spécialisation ? Enfin, nous souhaitions savoir quelle image ils avaient de la chirurgie.

### **6.1 Le prestige qui se fissure**

#### **6.1.1 La perte relative de prestige et le changement des valeurs**

La perception que les étudiants ont de la valorisation sociale du métier concerne différents aspects ; dans l'ordre de ce qui leur paraît le plus important, citons : les rétributions financières et symboliques, les modalités de vie, l'exercice du métier.

## *Les rétributions financières et symboliques*

Nous nous situons ici au niveau d'un discours relativement nostalgique. Ainsi l'interne rencontré dépeint l'évolution du statut de chirurgien comme entrant dans un processus plus large de transformation des valeurs. Il souligne pour le médecin, comme pour le métier d'enseignant, une certaine perte de prestige, alors qu'autrefois l'ensemble de la société exprimait de la déférence vis à vis d'eux. Ainsi c'est le mouvement de banalisation du métier, de la réduction du prestige à l'exercer qui est pointé. Le point de vue de cet interne mettait en exergue la perte de respect. Nous l'avons interrogé assez longuement sur le respect. En quoi le chirurgien ne lui paraissait plus respecté ?

*« Ce n'est plus lui qui décide. Il ne peut plus dire : « il me faut une infirmière » ; que ce soit en hôpital, ou dans le privé. Avant, on lui faisait confiance lorsqu'il prenait une décision et demandait des moyens. Maintenant, il fait son boulot comme les autres point ». « Ils ont tout sacrifié, les gens ne respectent pas ce sacrifice ». Il faut entendre ici par sacrifice le renoncement à une présence forte dans la vie familiale, les loisirs, l'absence de possibilité de gérer son temps, ils ne peuvent pas prévoir de sortir, partir...*

Les chirurgiens sont perçus comme ayant perdu de leur influence et de leur pouvoir *« On les écoutait beaucoup plus avant, ils ont perdu... »*. Il compare la figure du chirurgien à celle de l'instituteur pour lequel on avait de l'admiration *« c'était un métier noble, joli de transmettre du savoir »*. Ce qui est en cause, c'est sans aucun doute une image héroïque de l'instituteur comme du chirurgien, il existe une sorte de banalisation de leurs actes, ils paraissent moins exceptionnels. En fait, ce qui est regretté ici, c'est la considération dont les chirurgiens faisaient l'objet et le pouvoir qu'ils détenaient. Cette absence de respect est mise en lien avec un phénomène de société plus large.

*« Ils avaient des avantages qu'ils n'ont plus. Le respect n'existe plus »* (ceci revient plusieurs fois dans l'entretien).

*« Ils sauvaient la vie, ils avaient un métier de fou, étaient entouré par la mort, avec une ambiance mortuaire extrême ; c'est ça qui leur donnait le respect de tous. Cette situation, ce type d'exercice de l'activité était un modèle, le modèle de la chirurgie, mais il n'existe plus »*. Si le rapport à la mort est présenté ici comme faisant partie d'une ancienne image mythique et valorisante, ce rapport à la mort fait figure de repoussoir d'autant qu'il ne paraît plus participer du prestige du chirurgien. *« Le nouvel interne ne prendra viscéral que s'il est dernier à l'internat. Dans ces services-là, beaucoup meurent, c'est dur »*.

Symboliquement, la valorisation sociale de l'activité est inscrite dans la manière dont les actes sont cotés par la sécurité sociale. Ainsi, c'est aussi l'absence de reconnaissance sociale des actes qui les dévalorise. Chaque intervention est cotée et se voit attribuée un prix par la Sécurité sociale. Ainsi, la chirurgie viscérale est mal reconnue, relativement – la cotation se fait en fonction des progrès ou des moyens techniques. La pénibilité du travail, le risque encouru ne sont pas pris en compte dans la cotation. Ce n'est pas une logique de métier, mais plutôt une logique de dépense et de coût qui prévaut dans cette cotation. Cependant, elle a des effets indirects sur le métier. Les moyens donnés au service répondent aux mêmes logiques financières de cotation. De la cotation dépendent le salaire du personnel ou le nombre de personnes attribuées.

### *Une reconnaissance aussi associée au salaire*

L'importance de l'argent et de très bien gagner sa vie, la force symbolique de la consommation est présente dans le discours de ces étudiants. Ils aspirent à une vie de qualité et à un très haut niveau de revenu.

De même que pour d'autres chirurgiens en poste, leur regard, lorsqu'ils évaluent leur niveau de salaire, ne porte pas sur leur place relative dans la société (qui les situera dans le plus haut décile de salaire) mais sur le fait qu'ils gagneront moins que le footballeur, que la vedette de cinéma ou que le médecin en cabinet privé. Ainsi, la question principale est celle du prestige accordé à l'activité du chirurgien.

### *Vie de travail et vie hors travail*

Avoir une bonne place dans la société c'est aussi, avoir des loisirs, et donc ne pas consacrer toute sa vie au travail. Alors que les trois étudiants rencontrés sont inscrits dans un processus d'études longues, on pourrait penser que, pour eux, le contenu de leur futur travail est essentiel. Mais leur discours met en avant la qualité de la vie et une volonté de concilier pratiques professionnelles et vie hors travail.

Comme l'a montré l'analyse menée par Nathalie Lapeyre (2006) à propos de trois professions libérales chronophages (médecins, avocats, architectes), les femmes se lançant dans la carrière ne font pas toutes les mêmes choix ; certaines sont prêtes à très peu de concessions vis-à-vis de l'activité professionnelle et souhaitent minimiser l'investissement au travail au strict nécessaire. Elles abandonneront leur activité professionnelle dès qu'elles le

pourront. Le deuxième type d'engagement est une recherche d'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle. Ces femmes installent leur activité professionnelle à proximité de leur domicile afin de mieux pouvoir concilier vie familiale et vie au travail. Un troisième type d'engagement plus total dans la carrière suppose que les deux conjoints s'inscrivent dans la même perspective et acceptent de partager alternativement les contraintes et les responsabilités de famille. Cela suppose un mode de vie moins rigide, une exigence moins tatillonne sur les modalités de la vie en commun.

Les jeunes externes rencontrées sont très conscientes des choix qu'elles seront amenées à faire. Elles mènent d'ailleurs leur enquête, interrogeant les femmes médecins qu'elles rencontrent sur la possibilité qu'elles ont de concilier vie professionnelle et vie de famille. Le verdict concernant le métier de chirurgien ne laisse aucun doute. Le métier de chirurgien n'apparaît pas compatible avec le fait de voir ses enfants grandir. Les chirurgiens hommes que nous avons rencontrés ont dans la grande majorité des cas abordé ce point en disant qu'ils se reposaient entièrement sur leur femme pour les « choses de la vie familiale ». Dans la sphère familiale, l'épouse ne peut compter sur le mari chirurgien. Inversement, la femme chirurgienne et mère de famille pourrait-elle compter de manière totale sur son mari pour ces différentes occupations privées ? On perçoit ici l'importance pour le choix de la carrière de chirurgien de répondre à cette question du temps. Comment créer les conditions d'exercice d'un travail de chirurgien moins prenant ? Cela supposerait une autre organisation sans doute du métier, la mise en œuvre d'un partage du travail, une recomposition collective qui n'apparaît pas du tout à l'ordre du jour au sein de la collectivité des chirurgiens.

Nous avons donc un faisceau de considérations qui font système et s'articulent les unes aux autres pour dévaloriser certains types de chirurgie. Le chirurgien viscéral exerce son activité dans des conditions pénibles : durée très longue des opérations, beaucoup de gardes ou d'astreintes. Cette spécialité n'est pas particulièrement considérée car d'autres spécialités ont connu des développements scientifiques et techniques qui les rendent plus attractives. A l'inverse, d'autres spécialités cumulent un certain nombre d'atouts, elles peuvent être exercées en libéral et à l'hôpital facilement ; elles offrent des possibilités de gain avantageuses, les opérations plus courtes rendent le travail moins fatiguant : tel est le cas de l'ophtalmologie, qui nous l'avons vu en première partie, l'emporte au palmarès des choix des internes.

### 6.1.2 La lassitude liée à la longueur du parcours et à ses embûches

Les étudiants mettent en exergue le fait qu'ils ont beaucoup travaillé durant leur scolarité, que les études de médecine sont longues. Ils aspirent à une réelle qualité de vie. Ils ont parfois fait leurs études hors de leur région d'origine et souhaitent réintégrer la région qui leur plaît.

Ainsi, deux moments sont particulièrement difficiles : le concours à l'issue de la première année et la préparation de l'internat. Les descriptions du premier concours font apparaître cette période comme une véritable épreuve. *« On travaille tous les jours, le jour de Noël, le jour de son anniversaire, pas question de se distraire ou de faire la fête. On travaille tous les jours non stop. On ne fait que travailler ».*

Le parcours est incertain et la réussite, lorsqu'elle existe, ne permet pas toujours à l'étudiant de faire les choix qu'il veut. Il en est ainsi de l'étudiant qui, à l'issue de la première année, est assez bien classé pour « avoir dentaire », mais pas « médecine ». Il redouble, mais il prend un risque. A l'issue du redoublement, il pourrait être moins bien classé que la première fois et, dans ce cas, peut tout perdre s'il n'est pas classé du tout<sup>236</sup>. Il faut posséder une réelle force morale pour recommencer, sans aucun doute.

La préparation de l'internat est le deuxième moment très difficile. L'étudiant classe des choix à l'issue du concours : une spécialité et un lieu (une ville). Les deux critères doivent être présents dans les choix. Ainsi, il y a 25 choix à indiquer avec un couple région, spécialité. Concernant les spécialités au choix, il faut noter qu'autrefois il n'y avait que deux spécialités, médecine et chirurgie, et que, désormais, on a dissocié gynécologie, anesthésie réanimation, psychiatrie, santé publique. Les étudiants font ensuite des grands choix à ce stage : médecine, chirurgien, psychiatrie...

D'après notre interlocuteur qui occupe des responsabilités au syndicat des internes, les étudiants ne classent pas toujours en priorité une spécialité, mais une région. En effet, au moment de l'internat, les étudiants ne savent pas très bien ce qu'ils veulent faire et certains ne souhaitent pas changer de région ; en général, pour une spécialité chirurgicale, ils finaliseront leur choix dans les deux premières années d'internat. Notre interlocuteur évalue les choix faits sur une base géographique à un tiers des choix effectués (30 % indiquent la ville d'abord,

---

<sup>236</sup> Il en est ainsi d'un jeune qui ne prend pas le risque, son père venant de décéder et il a choisi de ne pas redoubler. Il ne pouvait pas se permettre de recommencer.

70 % la spécialité). Il serait intéressant d'étudier les choix effectués et ce qui est mis en avant par les étudiants. Indiquer le choix d'une région en priorité revient, en fait, à poser l'absence de vocation en termes de spécialité.

### ***L'attractivité du milieu de la chirurgie***

Pour faire les choix futurs, les étudiants se réfèrent au stage. C'est dans le stage qu'ils se forgent l'image du métier, qu'ils ont le sentiment de pouvoir apprendre quelque chose de concret et d'utile à l'exercice du métier. Ainsi, l'inscription dans des collectifs de travail en tant qu'apprenti permet de repérer les manières de vivre en collectivité au travail, mais aussi les manières de servir et traiter les malades. Les récits que nous ont faits les étudiantes sont assez édifiants sur le machisme qui règne au sein des équipes dans lesquelles elles ont été accueillies (si tant est qu'ici ce mot soit adapté). Ainsi une externe dira « *Depuis toute petite je voulais faire chirurgie, pas médecin, chirurgie. La chirurgie a un côté positif, satisfaisant. On ouvre, on voit, on touche, c'est le bon côté, on voit l'anatomie* ». La contrepartie est une ambiance qualifiée « d'épouvantable » : « *Les chirurgiens individuellement peuvent être très sympas, mais pas avec les externes. Ils font énormément de blagues machistes, salaces. Même ceux qui s'investissent énormément dans le domaine scolaire et forment les externes ; ils peuvent être excessivement méprisants. Si c'est une fille, ça tombe encore plus sur elle* ». Difficile pour les jeunes externes de toujours se mettre à distance et se protéger. En effet, les remarques portent sur les compétences de la personne, voire sur sa personnalité. « *Vous serez un mauvais médecin* », un commentaire qui est perçu comme un jugement définitif et une affirmation de type prescriptif. Nos interlocutrices évoquent une de leur camarade externe, « introvertie », qui n'ose pas répondre lorsqu'on l'insulte et pleure tous les jours. Un externe homme indique, lui aussi : « *lorsqu'on ne sait pas, ils n'expliquent pas, ils insultent* ».

Le statut et la reconnaissance médicale dont peuvent se prévaloir les professeurs donnent une ampleur et une légitimité à leurs propos. On peut aussi penser que la nouveauté des situations rencontrées, l'étendue des savoirs à acquérir et des responsabilités futures à prendre, la jeunesse et le genre (sexe) des étudiants concernés les fragilisent.

« *Si un externe ne sert pas bien pendant une opération (par exemple, ne repère pas immédiatement les outils réclamés) cela va mal se passer* ». Les apostrophes sont diverses, celles qui nous ont été citées sont du type « *viens ici te faire fouetter le gland* », « *quelle conne* », « *grosse merde* ». On voit que, pour les étudiants, il est difficile d'ignorer l'absence de respect de la personne que révèlent ces propos. Les propos de professionnels placés en

position d'enseignement font ainsi fi de la réserve que l'on pourrait attendre dans cette posture. L'expression tient plus du dévouement que de la communication. La vulgarité des propos apparaît d'autant plus difficile à supporter, selon les étudiantes, qu'il n'y a pas grande possibilité de mise à distance physique. Ainsi, il existe une certaine promiscuité dans la mesure où les vestiaires sont mixtes. « *Le déshabillage des femmes doit se faire devant les hommes, et quand il y a une urgence, il est difficile de s'organiser pour s'isoler* ».

« *Ils ne supportent pas qu'il y ait autant de filles qui réussissent et qui soient présentes dans les stages. Sans aucun doute, la présence de 10 filles sur 10 externes est difficilement acceptée par les chirurgiens. Les filles réussissent mieux que les garçons. Dans ma promo, on est 75 % de filles. On n'a pas envie de se faire traiter comme ça* ».

La possibilité d'une place pour les femmes est ainsi particulièrement mise en question du fait de ces pratiques machistes<sup>237</sup>. Il arrive, cependant, que les femmes externes rencontrent des femmes chirurgiens et les interrogent sur leur vie. Cela pourrait faire figure d'exemple ou constituer une possibilité d'identification et de projection. Ainsi, une externe interroge une chirurgienne qui lui explique que, pour voir ses enfants, elle était obligée de se les faire amener en salle de garde, qu'elle ne les a pas tellement vu grandir. Elle est divorcée, dépressive. Sa place dans le service apparaît de plus en plus enviable :

« *Au sein du service, elle apparaît systématiquement dévalorisée par les collègues masculins. Exemple : une fois par semaine, l'externe et l'interne sont conviés à faire un topo sur des cas observés devant les chefs de clinique qui réagissent et font part de leurs réflexions sur l'exposé. « Quand la chef de service disait quelque chose, le chef de service homme disait exactement l'inverse. Elle était systématiquement remise à sa place. Elle n'était pas autorisée en fait à donner son avis ».*

Les étudiants rencontrés évoquent l'ambiance des blocs :

« *Il y a une grande tension dans les blocs. Pas justifiée par l'existence d'un risque vital, mais parce que les chirurgiens ont l'esprit compétitif, tout doit être parfait. Ils ont ce sentiment de perfection* ». Et : « *L'ambiance est épouvantable dans le bloc et à l'extérieur. Notamment, il existe une concurrence pour obtenir les places qui rejaillit sur l'ambiance quotidienne. Les candidats à la succession du chef de service qui part à la retraite s'agressent en permanence* ».

---

<sup>237</sup> Voir également sur le thème des raisons de la faible attractivité de la chirurgie auprès des femmes (misogynie du milieu chirurgical, représentations sexuées du métier comme typiquement masculin, etc.), Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliand, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, *op. cit.*, (p. 120).

Des investigations menées dans d'autres lieux auprès des personnels soignants font état tantôt de bonnes, tantôt de mauvaises ambiances ; aucune spécialité n'a l'apanage de la mauvaise ambiance. Cela semble plus lié à un ou deux chirurgiens dont l'attitude rejaillit assez vite sur l'ensemble du collectif.

L'interne rencontré qualifie les relations de militaire. « *Il y a peu de temps on portait la capote (blouson bleu militaire). Il y a une grande intériorisation de la hiérarchie que l'on cherche à faire acquérir aux plus jeunes* ». Ainsi, on lui reproche, en tant qu'interne, de porter les dossiers, alors que c'est le rôle de l'externe. « *Cette hiérarchie militaire est acceptée car elle revêt une certaine légitimité. Il y a une sorte de bizutage* ». Visiblement, cela ne le choque pas (réaction très différente de celle de l'externe femme que nous avons rencontrée).

### ***Des études éprouvantes moralement***

L'interne rencontré souligne la difficulté morale des études de médecine : « *ce sont des études où il y a le plus de suicide* » (nous n'avons pu vérifier ce point). « *Il est difficile de voir mourir des personnes de manière aiguë. Le glauque, c'est le don d'organe. C'est comme des vautours. On annonce aux services de garde les organes à prélever ; il existe un fichier avec les demandes d'organes figurant avec leur code génétique ; ils regardent la compatibilité avec le donneur d'organes. Il faut alors foncer chercher l'organe. Tous les spécialistes arrivent de tous les coins de France par avion, vont en ambulance accompagnés des moteurs toutes sirènes hurlantes chercher les organes. Lorsque le prélèvement se fait le corps est encore chaud, puis quelqu'un dit : « vous êtes tous servis », on coupe le respirateur, le corps devient très pâle, c'est immédiat, un changement de couleur* ».

« *La mort est omniprésente, on en parle pas, c'est tabou. Il y a une attirance morbide, c'est tout l'un ou tout l'autre l'attirance ou le rejet. Cela dépend si on va bien ou non. Il faut se méfier* » (sous entendu de soi selon son état).

« *Et puis, il y a des fois où l'on se trouve moins bon, on se dit que l'on a peut être pas donné tout ce que l'on pouvait.* »

### ***Apprendre la relation au patient***

La première « entrée en interaction » avec le patient est un des moments forts de la socialisation professionnelle. Une des étudiantes raconte ses stages en D2 : elle fait

connaissance avec l'hôpital (Cochin) ; elle y est tous les matins. Son premier service était celui de l'hématologie où il y a une forte mortalité.

Comme à tous les « nouveaux », on lui donne un stéthoscope neuf et elle doit entrer dans la chambre du malade, faire l'examen et parler aux gens. Elle met en avant, la difficulté de la relation : « *On ne sait pas forcément comment s'y prendre avec les gens, surtout quand la maladie est là* ». Mais, selon elle, se jeter à l'eau et *faire*, est ce qu'il y a de mieux : « *En D2, les profs sont plus attentionnés, mais être lâché, c'est pas forcément le pire pour apprendre sur les cas* ».

L'avantage du faire est aussi de faciliter la mémorisation : une fois l'expérience d'un diagnostic de maladie fait concrètement, il est plus facile de mémoriser les différentes dimensions de la maladie. « *Par exemple, en tant qu'externe, pour se souvenir du souffle du cœur du malade, le mieux c'est de l'expérimenter* ». En tant qu'externe, donc, elle peut faire le diagnostic, demander des examens complémentaires, prescrire un traitement. Elle fait ensuite un rapport à l'interne, ils en discutent et, ensuite, l'interne vient également refaire l'examen avec l'externe. Dans la plupart des services, ils font un double examen, l'interne passe derrière et retourne voir le patient avec l'externe. Cela ne pose pas vraiment de problème avec les patients. Certains d'entre eux se montrent désireux de coopérer au travail des étudiants et acceptent bien leur présence. Les personnes âgées, surtout, sont contentes de contribuer à l'apprentissage des jeunes. D'ailleurs, la situation de l'externe n'est pas cachée, c'est écrit sur sa blouse, et l'interne le dit au patient. A la fin du deuxième examen, l'externe et l'interne discutent du cas. S'il y a un doute, l'interne s'adresse au chef de clinique. Lorsque l'externe a un peu d'expérience, on les bipe lorsqu'il y a un problème et c'est lui qui traite le cas d'emblée et fait un diagnostic. Cette répartition du travail ne se fait que s'il n'y a pas d'urgence.

« *L'externe à Paris a vraiment un rôle (il semble que cela soit différent en province). Prescrire un examen permet de jouer un rôle important, cela permet d'être confronté à une diversité des cas ; cependant, les chefs en fonction disent aux externes que lorsqu'ils étaient eux-mêmes internes, ils avaient plus de responsabilités. Peut-être est-ce lié au fait que la judiciarisation ne permet pas de prendre des risques. Par exemple, ils prenaient le bistouri. Mais aujourd'hui les nouveaux externes n'en ont pas le droit* » (une externe).

Le fait d'être confronté tôt au diagnostic permet une meilleure mémorisation, cela permet de gagner du temps par rapport à la préparation de l'examen national, mais aussi de mieux se préparer au métier ; les deux semblent très heureusement en synergie.

Mais les manières d'exercer l'activité font aussi l'objet de critiques par les étudiants dans la mesure où il leur apparaît que les pratiques hospitalières ménagent peu le malade et sont empreintes de traditions contestables, organisées autour du prestige et du respect de la hiérarchie.

Ainsi, une étudiante décrit le nombre de personnes qui accompagnent le chef de service dans la visite au malade, le chef de service (chir.), 5 chefs de clinique, 10 externes, 5 internes : « *à quoi cela sert tant de monde ? Ce n'est pas forcément agréable pour le malade, c'est un signe de prestige pour le chef de service : cela sert à montrer qui est le chef de service* ».

Le regard critique porte aussi sur les attributs symboliques que les anciens – les chirurgiens en place – cherchent parfois à maintenir. Cela apparaît désuet et peu justifié.

## **6.2 Les modalités de choix**

Le choix d'orientation se fera soit au moment de l'internat, soit un ou deux ans après. Il est visible au travers des récits des étudiants interrogés que le réel choix n'est possible que pour les meilleurs d'entre les étudiants. En effet, ce sont les mieux classés qui peuvent réellement « choisir ». Les autres doivent anticiper et effectuent de savants calculs de probabilité, se renseignant auprès des D.D.A.S.S. ou essayant de savoir quelles chances ils ont d'effectuer la spécialité de leur choix dans une ville donnée. Un étudiant peut choisir une ville en espérant faire une spécialité donnée. Mais si un étudiant mieux classé que lui choisit la même spécialité dans la même ville, ses chances de s'insérer correctement dans cette spécialité seront réduites. « *Mais si on est moins bien classé que ceux qui ont demandé la même région que vous, ce sont les meilleurs qui feront les choix des stages et donc on aura pas la possibilité de choisir un stage dans la spécialité convoitée. Si l'on souhaite vraiment une spécialité, on choisit une ville nulle pour avoir moins de concurrence* ». On accepte aussi souvent de se séparer de son conjoint, de son enfant quand on en a un, le temps de l'internat. Il y a donc une grande « zone d'incertitude ». « *Or il y a des modes et en général on veut tous la même chose* ». Une véritable stratégie peut donc se construire pour parvenir à avoir l'information. Quels en sont les moyens ? Les étudiants téléphonent aux D.R.A.S.S. pour savoir ce qui est prévu comme ouverture de poste d'internes pour l'année suivante. Certaines renseignent bien, d'autres non. Un stage dans la spécialité que l'on convoite est indispensable. La première année, on choisira les postes qui restent et qui n'ont pas été pris par ceux de l'année précédente, mais chaque année choisit dans l'ordre en fonction de son classement. Ce

sont les mieux classés qui choisissent en premier. *« Il faut être dans les 500 premiers pour pouvoir choisir ce que l'on veut ».*

Dans ce contexte, l'arrivée des étrangers à des postes très convoités n'est pas très bien perçue. On sent une tension assez forte entre le fait que les internes ne puissent pas choisir la spécialisation qui leur plait et que certains médecins étrangers, par contre, accèdent à ces postes sans avoir à passer par l'extrême sélection que connaissent les internes ayant suivi le cursus français. On peut cependant faire une distinction entre deux parcours. Certains étrangers passent le concours interne pour les étrangers. D'autres passent le concours hors C.E.E. (ceux là coûtent moins chers). Enfin, ceux qui viennent avec un titre de médecin étranger et sont très contestés. Si certains, qui passent l'internat, sont considérés comme *« des grosses tronches »*, ceux qui ne passent pas l'internat sont considérés comme *« catastrophiquement mauvais »*.

### ***Le choix de la spécialité est-il vraiment affaire de mode ?***

Différents facteurs jouent sur le choix de la spécialité. Il y a incontestablement un effet de génération qui joue sur la carrière possible. Pour faire une carrière en CHU il faut être parmi les meilleurs dans les disciplines convoitées ; c'est le cas actuellement de l'ophtalmologie. Ceci est moins vrai de la chirurgie viscérale *« Actuellement, un externe qui choisit de devenir chirurgien viscéral peut facilement terminer chef de service (départs à la retraite, et peu de candidats pour cette discipline) » (un interne).*

Une spécialité dans *« l'air du temps »* est une spécialité considérée intéressante car à la pointe de la technologie, une discipline dans laquelle des nouvelles techniques s'installent, des progrès sont faits dans les soins. Ou bien encore une discipline qui s'ouvre à de nouveaux domaines, pour lesquelles il y a une accélération dans les progrès.

Un de nos interlocuteurs a passé en revue quelques progrès remarquables. Il s'avère qu'il y en a dans de nombreuses spécialités, mais plus ou moins importants :

*« On peut prendre l'exemple de l'ophtalmologiste. De nouvelles techniques se sont développées comme le laser. Ce qui est considéré comme intéressant, c'est la beauté de la machine, la dimension technique de l'activité et ce que cela permet également d'obtenir pour le patient. Autre exemple, la radiologie a fait d'énormes progrès et on peut ainsi voir le cœur qui bat, on entre dans l'organisme de manière extraordinaire. L'orthopédie est aussi à classer dans cette perspective, car on a fait des progrès. La chirurgie plastique a aussi du succès (greffes, reconstitution du sein après un cancer, reconstitution d'une main après un accident...). Concernant la neurochirurgie, il faut noter que le champ de la neurochirurgie*

*s'est en partie restreint, car certaines opérations ont été prises en charge par les neuroradiologues (par exemple « maintenant, on passe par la jambe pour emboliser un anévrisme »).*

La qualité de vie prévisible est le deuxième critère qui est pris en compte. La qualité de vie, ce n'est pas forcément le revenu ; se réveiller trois fois par semaine, par exemple, ne leur paraît pas acceptable.

*« Il y a 30 ans, ces mauvaises conditions de vie de la neurochirurgie étaient compensées par « le prestige » ; la qualité de vie était mauvaise mais il y avait une reconnaissance. La reconnaissance s'effrite ».*

*« Les chirurgiens gynécologues avaient une vie de merde, mais ils étaient respectés, maintenant, il ne reste que la vie de merde. »*

La qualité de vie, c'est aussi une balance entre le risque judiciaire, le revenu rapporté aux nombres d'heures faites et la reconnaissance du patient.

*« Les gynéco et chirurgie viscérale, par exemple, ils gagnent peu leur vie si on rapporte le gain au nombre d'heures. Ils ont des horaires de malades mentaux, ils font des gardes toutes leur vie. Ce sont eux qui gagnent relativement le moins, en plus ils sont confrontés à la mort en permanence. Même avec de la bouteille, un chirurgien viscérale est de garde un jour sur 3 plus particulièrement en hôpital général et en clinique ».*

Nos trois interlocuteurs ne feront pas un métier « par vocation », mais à l'issue d'une trajectoire difficile et élitiste, ils pèsent le pour et le contre de chaque dimension du métier.

### **6.3. La vocation pour la chirurgie ?**

#### ***Qu'est-ce que la vocation ?***

Il importe, tout d'abord, de préciser le sens du terme « vocation », qui est au cœur de notre questionnement. Selon *Le Petit Larousse illustré*<sup>238</sup>, les acceptions les plus communes de ce terme sont les suivantes :

- « 1. Destination naturelle de quelqu'un, d'un groupe.*
- 2. Penchant ou aptitude spéciale pour un genre de vie, une activité. Vocation du théâtre*
- 3. Sout. Avoir vocation à, pour : être qualifié pour.*

---

<sup>238</sup> 2001.

4. *Mouvement intérieur par lequel une personne se sent appelée au sacerdoce ou à la vie religieuse.* »<sup>239</sup>

Afin de compléter ces premiers éléments sémantiques, nous pouvons ajouter qu'il s'agit d'un vocable couramment usité pour désigner le fait qu'un individu manifeste vivement le souhait d'exercer une activité particulière. La vocation professionnelle s'oppose ainsi au choix par défaut, par élimination ou au choix hasardeux.

Dans certains cas, le terme vocation vient signifier le goût vif *et précoce* pour l'exercice d'une activité. S'ajoute donc l'idée que le goût pour l'activité n'est pas venu « en cours de route » (ou de carrière), mais auparavant. Aussi l'exercice de l'activité est-il envisagé comme une « fin en soi » ; c'est-à-dire que l'individu animé d'une vocation ne souhaite pas exercer l'activité qu'il vise à d'autres fins (lucratives, hégémoniques ou symboliques, par exemple). C'est cette dimension sémantique liée au désintéressement qui fait du terme de vocation un vocable connoté positivement ; il est implicitement lié aux idées (aux valeurs) de liberté (relative liberté d'action permettant l'accomplissement de la vocation), mais aussi de contrainte et de pugnacité (cet accomplissement impliquant de faire face parfois à l'adversité, aux obstacles qui se dressent devant soi), de réalisation de soi (d'épanouissement) et, paradoxalement, d'oubli de soi (l'exercice de l'activité visé prenant le pas sur l'individu qui l'exerce ; on peut prendre l'exemple de la vocation sacerdotale comme expression d'une profonde abnégation dans le cadre d'une soumission à Dieu).

La *Beruf*, au sens du sociologue Max Weber, est « *un but en soi* »<sup>240</sup>. De façon plus précise, dans son ouvrage *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* (1905), la *Beruf* est synonyme de « devoir professionnel » et revêt une double connotation à la fois religieuse et « mondaine » – *i.e.* du monde d'ici-bas<sup>241</sup>. L'auteur montre que le calvinisme a favorisé le développement du capitalisme de la façon suivante : les calvinistes croient à la prédestination ; certains seraient les élus de Dieu (et donc voués à connaître la vie éternelle) et les autres ne le seraient pas (et ils seraient ainsi destinés à connaître la mort éternelle) ; leur vie intramondaine (et surtout leur vie professionnelle) est totalement orientée par la volonté d'y trouver des signes de l'élection divine ; pour ce faire, ils rationalisent leur activité

---

<sup>239</sup> (p. 1073).

<sup>240</sup> Cf. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Pocket, Coll. « Agora », 1997, (p. 63).

<sup>241</sup> « Le « monde », pour un théologien et pour Weber, désigne plus largement tout l'univers de l'ici-bas, ses obligations séculières et professionnelles, son organisation économique et politique, tout ce qui ne relève pas stricto sensu de l'univers religieux », in Florence Weber, *Max Weber*, Paris, Hachette, Collection « Prismes », (p. 43).

professionnelle et font de leur réussite en ce domaine un véritable devoir. C'est en cela que le calvinisme (tel qu'il a été interprété) a constitué un facteur explicatif du capitalisme. Cette définition wébérienne de la vocation montre bien que celle-ci repose sur une forme de « rationalité en valeur » – *i.e.* que les individus organisent leur vie en fonction de la valeur à caractère religieux que représente l'élection divine. Cette perspective wébérienne conduit à s'intéresser à l'adhésion aux valeurs qui semble être à l'origine de la vocation et de sa nature. On peut prendre l'exemple ici des futurs médecins qui souhaitent exercer cette activité afin d'œuvrer pour le bien commun – cas sur lequel nous reviendrons plus largement dans cette partie de notre analyse.

La sociologie de Pierre Bourdieu offre également des outils à la compréhension (et à une lecture critique) du phénomène de vocation : dit de façon simplifiée, les aspirations subjectives qui apparaissent de façon purement désintéressées s'expliquent largement par le parcours antérieur des individus, au cours duquel se constitue leur *habitus*<sup>242</sup>, et sont indexées sur les probabilités objectives de les voir se concrétiser. Autrement dit, les individus n'espèrent pas obtenir – tendanciellement – plus que ce qu'ils peuvent réellement obtenir : ils font de nécessité vertu et leur vocation (lorsqu'ils en manifestent une) est le résultat d'un apprentissage. De ce point de vue, le sens commun de la vocation comme « destination naturelle » ou « mouvement intérieur »<sup>243</sup> est critiqué dans la mesure où il tend à occulter sa genèse ou, pour le dire autrement, ses conditions sociales de production. Si ce souhait – que constitue la vocation – est nécessairement vécu subjectivement au cours d'une période donnée par un individu donné, cette perspective sociologique conduit à nous rappeler que cela n'a pas toujours été le cas (autrement dit, l'individu ne l'a pas toujours manifesté au cours de son existence) ; c'est ce que l'on a parfois tendance à oublier et ce qui nous pousse à confondre acquis et inné<sup>244</sup>.

Une telle conception sociologique de la vocation conduit à l'envisager en fonction de ses conditions sociales d'émergence, comme le fait Charles Suaud à propos de la vocation

---

<sup>242</sup> Système de dispositions durables et transposables à agir, penser et sentir, qui sont le fruit des expériences passées. Cf. Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Les Editions de Minuit, 1980.

<sup>243</sup> Nous sommes proches ici d'une autre conception innéiste qui est celle du *don* pour une activité donnée. A ce propos, il apparaît que don et vocation sont parfois présentés comme étant corrélés : la vocation d'Untel s'expliquant par son don. Parfois, la vocation elle-même est envisagée comme un don.

<sup>244</sup> Souvent, lorsque l'on demande à des professionnels relativement satisfaits de leurs conditions d'activité présentes et de leur carrière d'expliquer comment ils se sont orientés vers cette dernière, certains répondent : « J'ai toujours voulu faire ça », à la faveur d'une forme d'« illusion biographique » – qui consiste, selon Pierre Bourdieu, à « reconstruire » son parcours biographique à la lumière de la situation présente ; cf. Pierre Bourdieu, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62/63, 1986.

sacerdotale<sup>245</sup>, cas d'analyse sociologique archétypal, puisque l'accès aux fonctions de prêtre est largement conditionné par la genèse de la vocation et, surtout, par sa reconnaissance sociale. L'auteur montre que « *le processus d'inculcation de la vocation vise à imposer, en même temps que la vocation, la méconnaissance des déterminismes qui la rendent possible (...)* »<sup>246</sup> ; selon lui, plus largement, « (...) *la sociologie de la vocation doit à la fois, mettre au jour le système des déterminants sociaux qui expliquent la production des vocations (comme l'origine sociale, le taux de scolarisation, la rang dans la phratrie, ou comme les stratégies de reproduction sociale des différentes catégories de laïcs, etc. et prendre en compte le fait religieux (...)* »<sup>247</sup>. L'auteur met notamment en évidence les inégalités sociales face à ce type de vocation<sup>248</sup> – les catégories sociales moyennes étant les plus visées par ceux organisant le travail d'inculcation de la vocation sacerdotale auprès des enfants de différentes communautés paroissiales. Il met aussi en exergue toutes les contradictions existant dans ce travail d'encadrement : la vocation est un « don de Dieu », mais elle constitue, en réalité, le fruit d'un travail d'inculcation réalisé par différents personnages-clés : le prêtre, l'instituteur, la mère de l'enfant et, plus largement, et de façon plus secondaire, la communauté villageoise ou paroissiale.

### ***La vocation médicale***

Ce type de schéma explicatif semble pouvoir s'appliquer à la vocation pour la carrière médicale, comme le suggère le rapport placé sous la responsabilité scientifique d'Anne-Chantal Hardy-Dubernet intitulé *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*<sup>249</sup>. Les auteurs montrent qu'une grande majorité des médecins qui étaient animés, à l'entrée de leur cursus de médecine, d'une « vocation pure », « *sont, de par leur famille d'origine, très éloignés du milieu médical. Le terme de « vocation » est d'ailleurs utilisé exclusivement par ceux qui nourrissaient une représentation abstraite du médecin sans en connaître en privé. C'est donc une image du médecin en exercice, plus que de l'homme dans son milieu professionnel, qui est retenue. Faire médecine, c'est alors*

---

<sup>245</sup> Charles Suaud, « L'imposition de la vocation sacerdotale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 3, 1975.

<sup>246</sup> *Ibid.*, (p. 2).

<sup>247</sup> *Ibid.*, (p. 2).

<sup>248</sup> *Ibid.*, (p. 5).

<sup>249</sup> Les autres contributeurs sont Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc ; *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, novembre 2001 (recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE), *op. cit.*

*vouloir « soigner les gens », « rendre service », « être utile », « aider ». Autant d'expressions ou de verbes que l'on retrouve rarement chez les étudiants proches du milieu médical. Les médecins de la « vocation pure » se situent assez bien dans ce que représente le mot de vocation, c'est-à-dire « l'appel »<sup>250</sup>. Ils ont, pour la plupart, embrassé la carrière de généraliste, refusant la « spécialité comme une vision trop étroite de la médecine »<sup>251</sup>. Ils envisagent le médecin, de façon abstraite, dans son rapport aux malades et non avec ses pairs, « ce qui les dispose peu à adopter une attitude stratégique vis-à-vis d'une orientation future »<sup>252</sup>.*

A l'opposé, il y a ceux qui n'évoquent pas la vocation pour expliquer leur orientation vers les études médicales : ils sont dénommés « scientifiques » par les auteurs. Les « scientifiques » argumentent leur orientation « *plutôt par un choix rationnel au vu d'un certain nombre de possibles. Souvent bacheliers scientifiques, mais pas suffisamment bons pour tenter les grandes écoles, ces étudiants voient dans la faculté de médecine un « débouché » adapté à leurs prédispositions scolaires et préparant à un « vrai » métier. Il s'agit alors surtout d'un « goût » pour les matières scientifiques « orientées humain ». On y retrouve surtout des étudiants originaires des catégories sociales supérieures ou moyennes, pour qui l'accès à la faculté est une évidence. Ils doivent alors choisir dans le cadre d'un parcours qui intègre, d'emblée, des études supérieures et, parmi ces études, celles qui ont le plus de chances objectives de réussir. La question de « l'être médecin » passe après celle de « faire médecine »*<sup>253</sup>. Globalement, les « scientifiques » sont beaucoup plus proches du milieu médical que ceux déclarant avoir la vocation ; parfois même, ils y appartiennent du fait de leur origine sociale.

Les choix sur lesquels repose l'orientation vers la médecine peuvent s'expliquer de multiples façons. A cet égard, il faut remarquer que la famille peut exercer une influence importante sur cette orientation<sup>254</sup> ; par les valeurs qu'elle transmet, elle peut contribuer à forger la « vocation » et les « goûts » que nous évoquions plus haut. Parfois, c'est un événement malheureux, comme l'expérience directe de la maladie (celle d'un proche, par

---

<sup>250</sup> *Ibid.*, (p. 48).

<sup>251</sup> *Ibid.*, (p. 49).

<sup>252</sup> *Ibid.*, (p. 49).

<sup>253</sup> *Ibid.*, (pp. 49-50). Voir également sur ce thème, Charles Gadéa, Anne-Chantal Hardy-Dubernet, (sous la dir. scientifique), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, D.R.E.E.S., série études, document de travail, 2005.

<sup>254</sup> Voir sur ce point, Claudine Herzlich, Martine Bungener, Geneviève Paicheler, Philippe Roussin, Marie-Christine Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Editions Inserm/Doïn, 1993, (p. 57). Les auteurs rappellent que la famille conseille et finance les études de médecine et que « *la pression familiale ne doit (...) pas être minimisée, compte tenu de la fréquence des « lignées médicales »* ».

exemple) qui conduit à l'orientation vers les études de médecine<sup>255</sup>. Par ailleurs, dans certains cas, le choix pour la médecine fait figure de choix par défaut : on s'oriente vers médecine après avoir tenté un concours, une classe préparatoire où l'on a échoué<sup>256</sup>.

### *La vocation pour la chirurgie*

En bref, les caractéristiques de la vocation pour l'activité médicale varient en fonction de l'origine sociale, c'est-à-dire du milieu social d'origine des individus, et de leur parcours biographique. Les individus les plus éloignés du milieu médical, c'est-à-dire qui n'entretenaient avec ce milieu qu'un rapport de patients à professionnels (et non un rapport de sociabilité familiale ou amicale, par exemple), sont ceux qui ont, tendanciellement, le plus développé la vocation pure pour l'activité. En revanche, ceux plus proches socialement des milieux médicaux ont plutôt vu dans l'activité un moyen d'obtenir des débouchés et de connaître une position sociale relativement élevée et prestigieuse. En d'autres termes, tous les étudiants en médecine, n'ont pas été animés, au cours de leurs cursus, d'une vocation.

Il faut distinguer, en outre, la « vocation pure » pour la chirurgie, comme goût très prononcé et précoce pour cette façon particulière d'œuvrer pour le bien du malade et la vocation, comme goût très prononcé et précoce pour la carrière de chirurgien, en raison des débouchés, du prestige et des avantages économiques qu'elle peut offrir. On peut, bien sûr, envisager certains cas de figure intermédiaires entre les pôles de ce continuum.

Tous ces résultats d'enquête viennent nourrir des questionnements concernant cette fois plus spécifiquement les chirurgiens. Rappelons, premièrement, que l'hypothèse d'une « crise des vocations » semble devoir être invalidée<sup>257</sup> : tous les postes en chirurgie sont pourvus, le recul des choix n° 1 pour la discipline chirurgicale s'explique, pour une large part, par la féminisation et la crise de recrutement est principalement liée aux politiques de formation et de recrutement – qui engendrent une structure démographique du groupe professionnel des chirurgiens conduisant à une érosion des effectifs à moyen terme. Par ailleurs, il faut formuler deux autres hypothèses : la première énonce que tous les chirurgiens

---

<sup>255</sup> Voir, sur ce point, Catherine Dechamp-Le Roux, « Vocation médicale et choix professionnel », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, 1994. L'auteur les figures complexes qui combinent de diverses manières l'héritage familial et l'expérience de la maladie.

<sup>256</sup> Ceci est un résultat pour le moins contre-intuitif. On pourrait penser, en effet, qu'en raison du caractère prestigieux des professions médicales, le choix pour la médecine a toujours été un premier choix et non un choix de second ordre, un choix par défaut.

<sup>257</sup> Cf. la première partie de l'analyse.

n'ont pas eu nécessairement la vocation pour l'activité qu'ils exercent ; la seconde affirme que le goût pour l'activité chirurgicale s'est construit progressivement au cours des études de médecine, par exemple à l'occasion d'une rencontre avec un praticien charismatique dans le cadre d'un cours ou d'un stage. Une telle hypothèse conduit à rejeter le « mythe de l'âge d'or »<sup>258</sup> dont on trouve une illustration dans le rapport de Jacques Domergue et Henri Guidicelli : « *La chirurgie n'était pas un métier, elle était un art que l'on faisait par vocation* »<sup>259</sup>. Nous formulons donc l'hypothèse (inverse) que l'attrait pour la chirurgie n'a pas cessé d'exister ; mais il est vrai que cet attrait, qu'il repose ou non sur une forme de vocation, s'accompagne désormais de nouvelles attentes à l'égard de l'activité professionnelle, dont principalement celle de pouvoir mener une vie de famille parallèlement.

### ***L'émergence de la culture du « hors travail » au sein des professions médicales***

D'un point de vue général, le goût pour l'exercice médical s'accompagne désormais de plus en plus d'autres valeurs, comme le note Bui Dang Ha Doan dans une note rédigée en novembre 2003 intitulée « La culture du non travail ». Le démographe a posé les questions suivantes à 1600 médecins libéraux d'Ile-de-France : « *Quels sont les risques les plus importants pour une installation médicale d'aujourd'hui ? Et quel est, parmi ces risques, celui qui est le plus important ?* » ; la liste des items de réponse proposés est la suivante : « *faiblesse du revenu professionnel ; charge de travail incompatible avec la vie familiale ; responsabilité médico-légale ; difficulté pour couvrir cette responsabilité par une assurance ; nouveau type de relation médecin-malade ; insécurité ; autres* »<sup>260</sup>. Voici les résultats qu'il a obtenus :

---

<sup>258</sup> Voir Robert Damien, Pierre Tripier, « Rhétoriques professionnelles » in Yvette Lucas & Claude Dubar (éds), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses Universitaires de Lille, Coll. « mutations / sociologie », 1994. L'évocation d'un âge d'or semble être une caractéristique commune à un grand nombre de groupes professionnels qui cherchent à soutenir un discours de protestation soulignant que leur situation était plus satisfaisante par le passé ; selon les groupes concernés, il semble que le degré de légitimité (ou d'objectivité) d'une telle rhétorique professionnelle peut varier grandement.

<sup>259</sup> Cf. Jacques Domergue, Henri Guidicelli, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, op. cit., (p. 13).

<sup>260</sup> Bui Dang Ha Doan, « La culture du non-travail » in « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (p. 336).

**% de médecins libéraux franciliens**

	Mentionnant le risque	Considérant le risque comme le plus important
Charge de travail incompatible avec la vie familiale	<b>62 %</b>	<b>23,4 %</b>
Faiblesse du revenu	60,4 %	22,5 %
Responsabilité médico-légale	67,7 %	20,8 %
Nouvelle relation médecin-malade	44 %	6,5 %
Insécurité	23,6 %	4,2 %
Difficulté à trouver un assureur	22,7 %	1,8 %
Autres	21 %	6 %

Ainsi, les trois premiers risques sont la surcharge de travail (qui interdit de mener une vie familiale), la faiblesse du revenu et la responsabilité médicale – qui est, de peu, la plus citée, mais qui occupe le troisième rang d'importance. Bui Dang Ha Doan note que : « *les médecins d'aujourd'hui n'acceptent plus de considérer leur exercice professionnel comme un sacerdoce. Pour plus de 6 enquêtés sur 10, la surcharge de travail n'est plus un signe de réussite ou d'épanouissement mais un danger. Et pour près d'un praticien sur 4, c'est même le premier danger. Il s'agit là d'une révolution* »<sup>261</sup>. Cette révolution est générationnelle comme le montrent les résultats suivants :

**% de médecins considérant « la charge de travail incompatible avec la vie familiale » comme le risque professionnel le plus important**<sup>262</sup>

	Généralistes	Spécialistes
Jeunes (moins de 40 ans)	33 %	23 %
Aînés (40 ans et +)	21 %	14 %
Ensemble	29 %	19 %

Bui Dang Ha Doan note avec un grand étonnement : « *à l'orée du 21<sup>ème</sup> siècle, pour les médecins, le premier risque du métier n'est ni l'insécurité ni le manque des recettes du cabinet mais le manque de temps de vivre. Le phénomène apparaît dans toutes les générations. Il est d'autant plus sensible que le médecin est plus jeune. Un changement*

<sup>261</sup> *Ibid.*, (p. 336).

<sup>262</sup> *Ibid.*, (p. 338).

*radical est en train de se produire, faisant voler en éclat les valeurs d'antan. De fait le docteur d'aujourd'hui n'a plus la conception du travail et de l'accomplissement professionnel des promotions sorties des Facultés pendant les années 50. Incroyable pour une profession libérale, le travail n'est plus la santé ! »<sup>263</sup>*

Ce constat d'un souci grandissant de préservation de la vie familiale n'est pas incompatible avec celui de la persistance de la vocation pour l'activité médicale. Ce n'est pas parce que l'exercice de cette activité s'accompagne de moins en moins d'un esprit de sacrifice poussé à l'extrême que celle-ci n'est plus attractive et ne suscite plus de vocations.

Les tendances observées chez les praticiens semblent se manifester également chez les jeunes internes ; le temps libre est pour eux aussi une « valeur qui compte »<sup>264</sup> comme l'indique un rapport de l'Observatoire régional de la démographie médicale d'Ile-de-France : « *Tous les internes aspirent au temps libre dans leur futur exercice professionnel. Le facteur temps libre se situe entre 1/4 et 1/3 de l'activité (...) Cette notion de temps libre, qui s'inscrit dans l'évolution d'une société allant vers la réduction du temps de travail et l'aménagement des horaires, est néanmoins un élément important à prendre en compte dans les projections démographiques et donc dans les réflexions sur la réorganisation du système de soins. Ces 25 à 30 % de temps libre dans l'exercice hebdomadaire [souhaité] des futurs médecins en exercice devront être compensés par un nombre de médecins plus importants afin de maintenir les réponses à une demande croissante des besoins de santé. Contrairement à ce que l'on pouvait supposer, les hommes et les femmes s'inscrivent uniformément dans cette tendance : sous réserve d'une évaluation égale par les deux sexes d'un temps complet, les femmes n'aspirent pas davantage que les hommes au temps libre »<sup>265</sup>.*

Nous avons vu précédemment que la R.T.T. est appréciée pour la vie hors travail qu'elle procure, mais critiquée sur le plan des conditions d'activité (qui se dégraderaient) ; à cet égard, nous pouvons faire l'hypothèse que les praticiens les plus anciens ont d'autant moins apprécié ce changement qu'ils sont porteurs d'une identité professionnelle particulière, qui diffère de celle des plus jeunes. La R.T.T. n'est pas la seule pierre d'achoppement ; bien d'autres phénomènes contribuent à une véritable crise des identités professionnelles qui opèrent entre les générations, touchant beaucoup plus durement les plus anciens. Pour s'intéresser plus particulièrement aux chirurgiens, nous pensons que les plus âgés, qui sont davantage porteurs d'une éthique de la disponibilité à l'égard du malade et qui, plus

---

<sup>263</sup> *Ibid.*, (pp. 338-339).

<sup>264</sup> Cf. Observatoire régional de la démographie médicale d'Ile-de-France, *Livre Blanc des internes. A quoi rêvent les jeunes spécialistes ?*, novembre 2003, (p. 25).

<sup>265</sup> *Ibid.*, (p. 25).

généralement, sont adeptes d'un véritable culte du travail, ne se reconnaissent plus dans le comportement des jeunes internes, qui demandent, par exemple, à travailler dans d'autres conditions, comme nous l'avons vu précédemment, et qui adhèrent plus modérément à ces valeurs professionnelles. Le constat de ce déphasage, qui consiste à considérer que les jeunes d'aujourd'hui ne se comportent plus comme ceux de la génération précédente, et qui s'exprime à travers des propos énonçant que « les jeunes ne veulent plus travailler », conduit à une véritable remise en cause symbolique des anciennes façons d'apprendre et d'exercer. Bien sûr, à ce déphasage viennent s'ajouter d'autres phénomènes contribuant largement à alimenter le sentiment que « tout va mal » : judiciarisation de l'activité, augmentation des primes d'assurances, baisse du pouvoir d'achat, stagnation du montant des actes, perte relative de l'emprise sur le processus opératoire, ré- (ou dés)organisation de l'hôpital, etc. Sur un plan symbolique, tous ces phénomènes constituent un manque de reconnaissance de l'ancien système qui s'exprime en creux, manque sur lequel se fonde la crise des identités professionnelles des praticiens bien avancés dans la carrière. C'est, selon nous, cette crise des identités professionnelles qui pousse les anciens à considérer (à tort) qu'une crise des vocations frappe la discipline et, plus généralement, à être pessimistes face à son avenir. Ils projettent leur propre vision de l'activité, qui a subi selon eux une réelle dévalorisation, sur celle des jeunes internes. A ce propos, nous pouvons faire l'hypothèse que les jeunes chirurgiens sont quant à eux plutôt optimistes (sinon, ils n'auraient certainement pas tous choisi chirurgie) et ont tendance à considérer que la chirurgie comme don de soi absolu, comme sacerdoce, est aujourd'hui dépassée et qu'il faudrait mettre en place de nouvelles conditions d'activité, rendant davantage compatibles vie professionnelle et vie familiale.

## En conclusion

L'image que les jeunes et les chirurgiens se font de la transformation du métier est liée à différentes variables. Le prestige du métier se construit au travers de quelques dimensions. Il existe une sorte de mythe du chirurgien tout puissant pouvant tout obtenir de l'institution comme des équipes et des malades qui fait parfois référence et qui, bien entendu, ne peut être confronté sans nostalgie à la réalité. Si ce mythe se manifeste parfois dans les imaginaires, la réalité historique apparaît moins linéaire, la chirurgie ayant dû s'imposer comme spécialité. Le métier se transforme tant dans l'exercice concret de l'activité que sur le plan des conditions sociales de son exercice ; plutôt que de crise, il nous paraît plus judicieux de parler de différentes évolutions qui interpellent les modalités d'accès et d'exercice du métier.

La chirurgie comprend un certain nombre de dimensions qui la rendent attractive.

La chirurgie apparaît comme un métier total – complet – au sens où les éléments de figures professionnelles diverses s'y côtoient. Inscrit dans la décision et le faire, le chirurgien est un professionnel basant à la fois ses actes sur la rationalité et sur l'art. Métier du recours vital, il imprime sa marque sur le corps de l'autre. En ce sens, il détient non seulement un pouvoir d'action qui lui vaut l'admiration sociale de différents cercles<sup>266</sup>, mais il détient le pouvoir d'entrer dans le corps de l'autre et de le transformer.

Nous avons pu pointer le fait que le développement des techniques est attractif pour les jeunes qui cherchent à se spécialiser<sup>267</sup>. Or ce développement est important dans différentes spécialités chirurgicales.

Le chirurgien ne peut exercer son activité que s'il parvient à maîtriser le stress lié à l'enjeu humain et parfois vital. Si la relation à la mort n'est pas présente dans toutes les chirurgies, l'importance du geste – quel qu'il soit – pour le patient suppose une grande maîtrise qui s'acquiert par l'exercice concret et la répétition des actes. S'il s'agit d'un métier d'art ou chaque acte apparaît comme un prototype, il reste que la dextérité, la confiance en soi, s'éprouvent dans la régularité de l'exercice. Métier où le risque d'erreur et le risque de faire insuffisamment bien est toujours présent. Il apparaît que le doute accompagne également sa propre évaluation.

Cependant, ce doute voisine avec l'affichage d'une forte certitude. C'est en tout cas le regard renvoyé par l'environnement. Le chirurgien doit gérer son propre stress et celui des équipes en relativisant et en ne faisant pas paraître sa déstabilisation. Sauver la face apparaît

---

<sup>266</sup> Ses équipes, mais aussi ses patients et, plus largement, ses confrères, voire des cercles plus larges encore.

<sup>267</sup> Cet aspect pourrait faire l'objet d'investigations complémentaires, car il a été peu étudié.

ainsi essentiel tant pour la renommée et la confiance que le chirurgien construit vis-à-vis de lui-même que pour sa réputation.

Ainsi, il apparaît que l'on ne parvient à affronter le stress que si un certain nombre de conditions aident à l'assumer. Ces dimensions sont à la fois d'ordre psychologique (et supposent un travail sur soi) et social. Cette question nous apparaît particulièrement importante et mériterait d'être approfondie. En effet, si l'on s'intéresse à la question du service et à la relation psychologique entretenue avec le patient, on se rend compte qu'il peut y avoir une contradiction entre le besoin psychologique de relation avec le chirurgien éprouvé par le patient et le besoin de mise à distance que le chirurgien souhaite construire pour opérer avec plus de sérénité.

L'acte lui-même est certes un acte de réparation, mais il comporte une dimension créative forte. On peut donc dire que lorsqu'il y a un acte réussi, la satisfaction est inhérente à l'acte. A l'inverse d'autres activités, on peut dire que le travail de chirurgien comporte en lui-même une possibilité de gratification.

Cependant, la gratification et la reconnaissance sociale restent des éléments importants comme pour d'autres activités, on pourrait ajouter plus que dans d'autres activités. On a pu ainsi remarquer l'importance que le chirurgien accorde à la reconnaissance du patient et de son entourage. L'acte de réparation est objet d'un fort investissement subjectif – qui peut s'apparenter à une prouesse – sa mise en œuvre génère une attente forte. Celle-ci est à la mesure de l'investissement dans l'acte d'opération, du déploiement de sa propre énergie, de sa dimension d'invention et de réaction.

Quels sont les retours – reconnaissances et appuis – sur lesquels les chirurgiens peuvent compter ?

Sans évoquer à nouveau chacun des éléments développés dans le texte, revenons sur quelques points essentiels. La carrière menant à un statut de P.U.-P.H. est longue. Elle suppose de faire de nombreux sacrifices tout au long des études puis de la vie professionnelle. Il n'y a pas de certitude sur la possibilité de faire carrière. Les chirurgiens de l'A.P.-H.P. sont relativement mieux lotis que d'autres métiers de l'hôpital – dont les membres occupent des postes de haut niveau. Mais, pour le jeune sortant qui souhaite faire chirurgie à l'issue de l'internat, la voie d'accès demeure très incertaine, marquée relativement par un choix réalisé le plus souvent par défaut, étant donné le nombre de places existantes sur les disciplines les plus prisées.

L'activité du chirurgien à l'A.P.-H.P. se situe en tension entre des dimensions qui s'articulent plus ou moins bien entre elles, en tous cas, de manière plus ou moins

satisfaisantes : cependant, opérer, faire de la recherche, encadrer les étudiants, réaliser des activités administratives constituent des tâches qu'il est très difficile, voire impossible de mener conjointement – sauf à sacrifier la vie hors travail. Il serait intéressant d'approfondir les modalités des arbitrages qui permettent d'assumer les différents angles du triangle : opérer, rechercher, former. L'activité dans le cadre de l'A.P.-H.P. présente un certain nombre d'avantages ; on peut souligner, ainsi, la qualité des moyens liés à l'acte de chirurgie, même si, parfois, certaines conditions matérielles et de logistique demeurent quelque peu indigentes. Une sorte de complémentarité dans les moyens s'organise à la marge (par exemple, pour la formation continue) entre les moyens offerts par l'A.P.-H.P. et ceux de l'industrie pharmaceutique ; une sorte de statu quo – arrangeant les différentes parties – semble assez bien fonctionner.

La composition des équipes joue aussi sans aucun doute un rôle par rapport à ce contenu d'activité<sup>268</sup>. Le rôle des internes est également important dans différents services. Il serait intéressant de pouvoir rendre compte de manière plus précise des modalités de prise en charge des malades par les internes. En effet, dans leurs propos, les chirurgiens insistent beaucoup sur l'absence de délégation, sur le fait qu'ils prennent le malade en charge tout au long de son parcours. Il serait donc intéressant de voir comment s'effectue le partage des tâches.

L'activité au sein de l'A.P.-H.P. cadre également des missions qui conviennent bien aux chirurgiens qui ont fait ce choix, tant dans leur contenu que dans leur principe de fonctionnement. Ainsi, les modalités de rémunération ne conduisent pas à un rythme d'activité effréné d'opérations, les cas traités sont sans doute moins répétitifs et plus stimulants que ceux que présentent certaines activités privées. Institution prestigieuse, l'A.P.-H.P. est un bon support pour acquérir une forte reconnaissance de la part des pairs.

La reconnaissance financière est parfois estimée par les chirurgiens à l'aune des meilleures situations dans le privé et il est clair qu'alors on peut constater un différentiel appréciable dans les niveaux de rémunération, mais on pourrait aussi ajouter, pour balancer cette remarque, que les conditions d'activité ne sont pas les mêmes non plus. L'A.P.-H.P. assume ainsi la charge des risques juridiques (lorsqu'il y en a) liés à la pratique chirurgicale. Les conditions d'activité permettent de trouver du renfort dans les équipes de travail lorsque cela s'avère nécessaire... il n'est pas non plus impossible pour un chirurgien de l'A.P.-H.P. de

---

<sup>268</sup> Peu d'études concrètes existent sur l'activité et ce n'était pas non plus dans notre propos de l'étudier de manière précise.

compléter son revenu par des vacations dans le secteur privé. Ceci relativise l'inconvénient qu'il y aurait à travailler dans une structure publique.

La question de la reconnaissance n'est pas uniquement institutionnelle, elle est également sociétale et relationnelle. Nous avons vu que le niveau de formation du malade, son accès à l'information se transforment. Non seulement le malade souhaite de plus en plus comprendre, mais il souhaite participer à ses choix de santé. Le type de relation parfois caricatural qui pouvait s'exprimer entre chirurgien et malade n'apparaît plus viable. Le chirurgien ne peut plus se permettre de négliger la relation au malade et de le considérer exclusivement comme objet d'expertise. La loi oblige à une information, l'expertise conduit à donner beaucoup plus d'explications, à faire œuvre de pédagogie pour informer le malade. Cette question de l'information est excessivement complexe, et sujette à caution. On peut penser que le chirurgien peut y gagner une meilleure compréhension de la difficulté de son métier par le malade, qui attend parfois une réparation quasi mécanique de son corps. Cette nouvelle place du malade n'est pas toujours négociée de la même manière par les chirurgiens. Si certains s'en accommodent et s'en saisissent pour bâtir de meilleures relations, d'autres semblent moins à l'aise. Cette différence d'attitude peut être liée à des manières différentes de poser la focale. On ne peut pas, en effet, parler d'un seul modèle de malade et les chirurgiens ont à faire à une forte diversité de cas. Mettre la focale tantôt sur les malades les moins respectueux et les plus désinvoltes, tantôt sur les plus reconnaissants et ceux avec lesquels on dialogue le mieux, modifie certainement la vision que les chirurgiens ont des relations aux malades.

En chirurgie, les conditions de choix d'une spécialité rendent difficiles et parfois assez aléatoires le choix de la discipline convoitée. Dans cette conclusion, nous nous contenterons de pointer le fait que les femmes sont en majorité parmi les personnes ayant réussi le concours d'internat. Elles auraient donc vocation à alimenter le vivier des chirurgiens tout comme celui des autres disciplines médicales. Cependant, elles ne s'orientent pas vers le métier de chirurgien (ou très peu, comme nous l'avons vu). Ses conditions d'exercice ne permettent pas de concilier vie familiale et vie professionnelle et on peut se demander si les conditions actuelles d'exercice, la surcharge de travail et des horaires laissant peu de place à la vie hors travail ne vont pas encore accroître le fossé. Ne va-t-on pas voir encore se réduire le choix pour la chirurgie ? La génération actuelle des hommes est également sensible à la qualité de vie et à la possibilité d'exercer des loisirs. Maintenir l'attractivité de la chirurgie supposerait certainement de reconsidérer les conditions de l'activité et de la charge de travail.

De plus, l'image donnée par certains chirurgiens ne concourt pas à rendre leur discipline attractive ; on peut évidemment se demander dans quelle mesure ceux qui ont un comportement machiste et irrespectueux à l'égard des étudiants le font volontairement. L'hypothèse que l'on peut faire est que, dans cet univers, la venue des femmes ne semble pas réellement souhaitée ou considérée comme possible. De ce fait, leur légitimité est facilement contestée. Les relations entretenues par les chirurgiens qualifiés avec les jeunes femmes internes ou externes semblent conduire fréquemment ces dernières à éprouver un sentiment de rejet, d'échec et de doute concernant leur professionnalité en construction. Ces formes de relation, qui apparaissent contestables, ont un effet sur les choix que feront les internes. Si ceci ne correspond qu'à des indices, il serait possible de le vérifier par des enquêtes de plus grande ampleur.

## **Références bibliographiques**

## **Rapports, thèses**

BERLAND Yvon, Rapport de la Mission « démographie des professions de santé », novembre 2002, (114 p.).

BERCOT Régine, « La diversité des pratique et des ressources chirurgicales », ONDPS, DREES, IRIS, décembre 2006,

BOCH Anne-Laure, Thèse de philosophie (en cours de rédaction), 2006.

C.N.O.M., *Les spécialités en crise*, 2<sup>ème</sup> partie du rapport annuel sur la démographie médicale française, 2004, (65 p.).

Commission médicale d'établissement, Direction de la politique médicale, *Evolution de l'internat au sein de l'AP-HP*, septembre 2000, (106 p.).

DOMERGUE Jacques, GUIDICELLI Henri, *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, (rapport remis à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées), février 2003, (56 p.).

ESTRYN-BEHAR, avec la collaboration de Jean-François CAILLARD, Olivier LE NÉZET, Claire CHARTON-PROMEYRAT, Pascale HEURTEUX, Eric BEN-BRIK, *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude Press-Next, janvier 2004 (47 p.).

GADEA Charles, HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, (sous la dir. scientifique), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, D.R.E.E.S., série études, document de travail, 2005, (209 p.).

GATIGNOL Jean-Daniel, PITSILIS Emmanuel, *L'interne en chirurgie à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris : Chronique d'une crise annoncée*, mémoire de l'Ecole des Mines de Paris, option Gestion scientifique, juin 1993, (35 p.).

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, ARLIAUD Michel, HORELLOU-LAFARGE Chantal, LE ROY Fabienne, BLANC Marie-Anne, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, novembre 2001, (165 p.) ; novembre 2001, *cahiers de Recherches de la MIRE*, n° 15, février 2003 (pp. 9-15).

HUBINOIS Philippe, *Chirurgie viscérale : hier, aujourd'hui, demain. Petite philosophie de la chirurgie*, Thèse pour le doctorat de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2005, (312 p.).

MOYSE Danielle, DIEDERICH Nicole, « L'impact de l'« arrêt Perruche » sur les échographistes et les gynécologues obstétriciens », Synthèse d'un rapport de la Mission de recherche Droit et Justice, janvier 2005, (12 p.).

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, *L'exercice médical à l'horizon 2020*, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004, (49 p.).

PNIR (programme national inter-régimes), *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête*, septembre 2003, (83 p.).

### ***Démographie médicale et économie de la santé***

AUDRIC Sophie, « L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002 », DREES, *Etudes et résultats*, n° 284, janvier 2004, (12 p.).

AUDRIC Sophie, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », DREES, *Etudes et résultats*, n° 200, novembre 2002, (12 p.).

AUDRIC Sophie, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999 », DREES, *Etudes et résultats*, n° 157, février 2002, (8 p.).

AUDRIC Sophie, CARRASCO Valérie, COLDEFY Magali, THOMSON Edith, TRIGANO Laurent, « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète », DREES, *Etudes et résultats*, n° 382, mars 2005, (12 p.).

BARRESI Vanessa, NOUSSEBAUM Gilles, « Chirugiens : autopsie d'une crise annoncée », *Décisions santé*, vol. 207, 2004/09, (pp. 16-18).

BARRESI Vanessa, « Démographie médicale : repenser les métiers », *Décisions santé*, vol. 210, 2004/12, (pp. 18-19).

BESSIERE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale, DARRINE Serge, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », DREES, *Etudes et résultats*, n° 352, novembre 2004, (12 p.).

BILLAUT Anne, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », DREES, *Etudes et résultats*, n° 429, septembre 2005, (12 p.).

BILLAUT Anne, *Caractéristiques et résultats des Epreuves classantes nationales de médecine 2004*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 52, octobre 2005, (105 p.).

BOUFFARTIGUE Paul, BOUTEILLER Jacques, avec la participation d'Anne-Marie ARBORIO, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 50, juin 2005, (81 p.).

BOUSQUET Frédéric, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière. Une enquête statistique auprès des établissements publics de santé », DREES, *Etudes et résultats*, n° 224, mars 2003, (12 p.).

BOUSQUET Frédéric, *Enquête sur la mise en place de la RTT dans la Fonction publique hospitalière*, DREES, Document de travail, n° 51, mars 2003, (100 p.).

BREUIL-GENIER Pascale, SICART Daniel, « L'origine sociale des professionnels de santé », DREES, *Etudes et résultats*, n° 496, juin 2006, (8 p.).

BUI DANG HA DOAN, « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (pp. 271-348).

BUI DANG HA DOAN, *Les médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire*, Paris, publication du centre de sociologie et de démographie médicales, 1984, (403 p.).

C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins) rapport du 3<sup>ème</sup> Jeudi de l'Ordre des médecins : *Gros plan sur la démographie médicale*, 27 mai 1999, (19 p.).

C.N.O.M., rapport du 10<sup>ème</sup> Jeudi de l'Ordre des médecins : *Spécialités en crise : quelles solutions pour l'avenir ?*, 18 janvier 2001, (25 p.).

COUFFINHAL Agnès, MOUSQUES Julien, « La démographie médicale française : état des lieux », *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 44, C.R.E.D.E.S., décembre 2001, (pp. 1-6).

DEBENEY-BRUYERRE C., GUIGNARD E., BONIN B., BRIE J., CORMARIE R., BERTRAND J. Ch., GOGA D., « Modes d'exercice des médecins stomatologistes et des chirurgiens maxillo-faciaux dans le secteur libéral, en 1993, en France », *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*, 1994, n° 3, (pp. 255-259).

GHEORGHIU Mihai Dinu, MOATTY Frédéric, *Les conditions du travail en équipe*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 49, juin 2005, (291 p.).

HOLLENDER Louis, *La chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie*, 2005, (14 p.).

I.N.S.E.E., « Les revenus des indépendants et des dirigeants jusqu'en 2000. L'évolution du revenu libéral des professions de santé entre 1993 et 2000 », vol. 70, coll. « Synthèses », 2<sup>ème</sup> partie, 2003/2004, (pp. 27-49).

LE LAN Romuald, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », DREES, *Etudes et résultats*, n° 469, mars 2006, (8 p.).

LEGENDRE Nadine, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 » DREES, *Etudes et résultats*, n° 457, janvier 2006, (12 p.).

MAURY Pascal, PONTONE Silvia, *La démographie médicale à l'AP-HP. Etat des lieux, prospectives et propositions d'action. Projet de plan stratégique 2005-2009*, octobre 2004, (80 p.).

OBERLIN Philippe, MOUQUET Marie-Claude, « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », DREES, *Etudes et résultats*, n° 194, octobre 2002, (12 p.)

Observatoire régional de la démographie médicale d'Ile-de-France, *Livre Blanc des internes. A quoi rêvent les jeunes spécialistes ?*, novembre 2003, (48 p.).

PETIT F., MAGALON G., Y. RAULO, « Démographie médicale et chirurgie plastique en France : situations actuelles et prévisions », *Annales de la chirurgie plastique et esthétique*, n° 45, 2000, (pp. 69-72).

PONTONE Silvia, « La démographie médicale. Le cas de la chirurgie orthopédique et traumatologique », document du département du personnel médical, Gestion et prospective, 25 novembre 2005, (2 p.).

PONTONE Silvia, « Les médecins à l'AP-HP aujourd'hui et demain : comment réduire la contrainte démographique dans le fonctionnement de l'hôpital ? », document de travail, 2005, (4 p.).

PONTONE S., BROUARD N., SCHERPEREEL P., BOULARD G., ARDUIN P., et le Groupe de projet Cfar-Sfar-Ined, « Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 21, 2002, (pp. 779-806).

SICART Daniel, *Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005*, DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 88, octobre 2005, (99 p.).

SICART Daniel, *Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2004*, DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 78, mars 2005, (99 p.).

TONNEAU Dominique, « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation », DREES, *Etudes et résultats*, n° 302, avril 2004, (12 p.).

TONNEAU Dominique, *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 35, octobre 2003, (117 p.).

TRIGANO Laurent, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours de l'année 2004. Résultats provisoires », DREES, *Etudes et résultats*, n° 420, août 2005, (8 p.).

VILAIN Annick, NIEL Xavier, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital », DREES, *Etudes et résultats*, n° 145, novembre 2001, (12 p.).

### ***Sociologie médicale***

AIACH Pierre, FASSIN Didier (sous la dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, (364 p.).

AMAR Laure, MINVIELLE Etienne, « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n° 42, 2000, (pp. 69-89).

ARIES Philippe, « La mort et le Mourant dans notre civilisation », *Revue française de sociologie*, n° 14 : 1, janv.-mars 1973, (pp. 125-128).

ARLIAUD Michel, ROBELET Magali, « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du travail*, n° 42, 2000, (pp. 91-112).

BALAZS Gabrielle et ROSENBERG-REINER Sylvie, « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », note de recherche, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 156-157, mars 2005, (pp. 115-118).

BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995, (467 p.).

BASZANGER Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social, le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, 1991, (pp. 221-245).

BASZANGER Isabelle, La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale, *Sociologie du travail*, juillet-septembre n° 3-1983, (pp. 275-294).

BERCOT Régine, DE CONINCK Frédéric, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* L'Harmattan, collection logiques sociales, 2006.

BERCOT Régine, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *revue Négociations*, 2006/1.

BERCOT Régine, *Maladie d'Alzheimer, le vécu du conjoint*, Erès, 2003.

BUCHER Rue, STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions », in *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », éd. 1996, (319 p.).

BUNGENER Martine, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n° 1, février 1984, (pp. 77-117).

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

CHAUVENET Antoinette, « Professions hospitalières et division du travail », *Revue française de sociologie*, XIII (2), 1972, (pp. 145-163).

COLLINS H. M., "Dissecting Surgery : Forms of life Depersonalized", *Social Studies of Science*, vol. 24, n° 2, may 1994, (pp. 311-333).

DECHAMP-LE ROUX Catherine, « Vocation médicale et choix professionnel », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, 1994, (pp. 87-119).

FAURE Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 156-157, mars 2005, (pp. 98-114).

FOX Nicholas, "Fabricating Surgery : A Response to Collins", *Social Studies of Science*, vol. 24, n° 2, may 1994, (pp. 347-354).

FREIDSON Eliot, *La profession médicale* Paris, Payot, 1984 [1<sup>ère</sup> éd. 1970], (369 p.).

GOFFMAN Erving, « La « distance au rôle » en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, (pp. 80-87).

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, ARLIAUD Michel, HORELLOU-LAFARGE Chantal, LE ROY Fabienne, BLANC Marie-Anne, « La réforme de l'internat de médecine en 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherches de la Mire*, n° 15, février 2003, (pp. 9-15).

HERZLICH Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, numéro spécial, 1973, (pp. 41-59).

HERZLICH Claudine, BUNGENER Martine, PAICHELER Geneviève, ROUSSIN Philippe, ZUBER Marie-Christine, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Editions Inserm/Doin, 1993, (274 p.).

JAISSON Marie, « 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 2002, (pp. 44-52).

JAMOUS H., *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, C.N.R.S., 1969, (259 p.).

KATZ Pearl, "Ritual in the Operating Room", *Ethnology*, n° 20-4, October 1981, (pp. 335-350).

MENORET Marie, L'apprentissage du métier de médecin à l'âge d'or de la sociologie médicale : the Student-Physician et Boys in White, *Les sciences de l'Education, Pour l'Ere nouvelle*, vol. 36, n° 2, 2003, (pp. 71-90).

MOSSE Philippe, PARADEISE Catherine, « Restructurations de l'hôpital, recomposition des hôpitaux », *Revue française des affaires sociales*, V. 57, n° 3, juillet-août 2003, (pp. 143-155).

MOULINIÉ Véronique, *La chirurgie des âges, corps, sexualité, et représentation du sang*, Editions de la Maison des sciences de l'Homme, Paris, 1998, (352 p.).

PENEFF Jean, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3, 1997, (pp. 265-296).

PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992, (262 p.).

PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 156-157, mars 2005, (pp. 5-36).

POUCHELLE Marie-Christine, *Corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, éd. Séli Arslan, 2003, (218 p.).

*Revue française des affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », n° 1, janvier-mars 2005, (311 p.).

ROTH Julius A., "Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : The Case of The Hospital Emergency Service", *The American Journal of Sociology*, Vol. 77, n° 5, March 1972, (pp. 839-856).

ROYER Pierre, « Médecine et société », *Revue française de sociologie*, numéro spécial, 1973, (pp. 9-12).

SEBTON Michel, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, 2000, (pp. 51-68).

STEUDLER François, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974, (274 p.).

TERNON Yves, « La fin du chirurgien généraliste », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, 1994, (pp. 181-199).

VASSY Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, XL-2, 1999, (pp. 325-356).

### ***Sociologie du travail et des professions***

ABBOTT Andrew, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of the Chicago Press, 1988, (435 p.).

BERCOT Régine, *Devenir des individus et investissement au travail*, L'Harmattan, collection logiques sociales, 1999, 132 p.

BERCOT Régine, « Coopérations et formes de la communication » pp 15-23 in (coordonné par G. Jeannot et P. Veltz) *le travail entre l'entreprise et la cité* colloque de Cerisy, éditions de l'Aube" 2001.

BERCOT Régine, « Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ? », *Revue Française des Affaires Sociales* n° 4 octobre décembre 2001, (pp. 105-114).

BERCOT Régine, et DE CONINCK Frédéric, « Que devient le travail collectif dans des groupes entrecroisés et transitoires ? Une analyse simmélienne », Décembre 2002, *Gérer et comprendre*, n° 72, juin 2003.

BERCOT Régine, et DE CONINCK Frédéric (sous la direction), *L'univers des services*, L'Harmattan, collection logiques sociales, 2006.

BOIGEOL Anne, « Les femmes et les cours. La difficile mise en œuvre de l'égalité des sexes dans l'accès à la magistrature », *Genèses*, n° 22, 1996, (pp. 107-129).

BOIGEOL Anne, « La formation des magistrats : de l'apprentissage sur le tas à l'école professionnelle », *Actes de la recherches en sciences sociales*, n° 76/77, 1989, (pp. 49-64).

COMMAILLE Jacques, *Les stratégies des femmes. Travail famille politique*, Paris, La Découverte, 1993, (189 p.).

DAMIEN Robert, TRIPIER Pierre, « Rhétoriques professionnelles » in Yvette Lucas & Claude Dubar (éds), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses Universitaires de Lille, 1994, Coll. « mutations / sociologie », (pp. 245-247).

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998, (197 p.).

DUBAR Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », 2<sup>ème</sup> éd. revue, 1995, (276 p.).

HUGHES Everett Cherrington, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996, (344 p.).

LE FEUVRE Nicky, WALTERS Patricia, « Egales en droit ? La féminisation des professions juridiques en France et en Grande-Bretagne », *Sociétés contemporaines*, n° 16, 1993, (pp. 41-62).

MARRY Catherine, « Femmes ingénieurs : une (ir)résistible ascension ? », *Informations sur les sciences sociales*, n° 28, 1989, (pp. 291-344).

MARUANI Margaret, *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères », 2000, (124 p.).

MARUANI Margaret, NICOLE Chantal, *Au labour des dames. Métiers masculins, emplois féminins*, Paris : Syros/Alternatives, 1989, (191 p.).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « Les représentations sociales de la profession d'huissier de justice », *Droit et société*, n° 54, 2003, (pp. 491-517).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « La compétence relationnelle dans l'application des décisions judiciaires. Eléments pour une sociologie de l'action des huissiers de justice dans le cadre du recouvrement de créances », *Réseaux*, n° 121, 2003, (pp. 173-202).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « La résistible intégration des femmes dans un univers professionnel masculin : les huissiers de justice », *Sociétés contemporaines*, n° 54, 2004, (pp. 75-98).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « L'huissier de justice, un juriste de proximité. Modalités et enjeux de l'inscription spatiale de l'activité professionnelle », *Espaces et sociétés*, n° 118, 2004, (pp. 183-203).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « Consommation, dettes et recouvrement. L'évolution de la situation économique et du rôle des huissiers de justice des Trente Glorieuses à nos jours », *Consommations et sociétés*, 2004, <http://www.consommations-societes.net/articles>

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « Huissiers et sergents de l'Ancien Régime à la Révolution », *Revue Internationale d'Histoire du Notariat. Le Gnomon*, n° 143, 2004, (pp. 9-21).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « L'intégration au groupe professionnel des huissiers de justice », *Revue Formation Emploi*, n° 89, 2005, (pp. 5-18).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « Huissier des villes, huissier des champs », *Ethnologie française*, n° 3, juillet-septembre 2005, (pp. 521-529).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « La nouvelle organisation des huissiers et l'affirmation de l'expertise. L'émergence d'une profession moderne (1813-1969) », *Revue Internationale d'Histoire du Notariat. Le Gnomon*, n° 148, janvier-mars 2006, (pp. 13-24).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, « Les mutations de la profession d'huissier de justice depuis les années 1970 », *Sociologie du travail*, 48, 1-2006, (pp. 55-71).

MATHIEU-FRITZ Alexandre, *Les huissiers de justice*, Paris, Presses Universitaires de France, collection « Sciences sociales et société », 2005.

MATHIEU-FRITZ Alexandre (avec Thierry BRAGANTI), *Métier : éducateur technique spécialisé. Formation, diplôme, carrière*, Paris, Editions A.S.H., collection ASH étudiants, 2004.

MAURICE Marc, « Propos sur la sociologie des professions », *Sociologie du travail*, « Les professions », n° 2, avril-juin 1972, (pp. 213-225).

QUEMIN Alain, « Modalités féminines d'entrée et d'insertion dans une profession d'élites : le cas des femmes commissaires-priseurs », *Sociétés contemporaines*, n° 29, 1998, (pp. 87-106).

TREPOS Jean-Yves, *Sociologie de l'expertise*, Paris, PUF, 1996, (128 p.).

### ***Sociologie générale (et de la famille)***

BRONNER Gérard, *Vie et mort des croyances collectives*, Hermann, Coll. « Sociétés et pensées », 2006, (172 p.).

BROUSSE Cécile, La répartition du travail domestique entre conjoints reste très largement spécialisée et inégale, I.N.S.E.E., *France, portrait social, 1999-2000*, Paris, 2000, (pp. 135-151).

BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62/63, 1986, (pp. 69-72).

BOURDIEU Pierre, « La domination masculine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 84, 1990, (pp. 3-31).

BOURDIEU Pierre, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998, (177 p.).

TURNER Victor, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, PUF, 1990 [1<sup>ère</sup> éd. 1969], (206 p.).

***Autres (philosophie, littérature,...)***

GADAMER Hans Georg, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, collection « La grande raison », 1998, (183 p.).

LERICHE René, *Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, (267 p.).

VALERY Paul, *Discours aux chirurgiens*, in *Œuvres I*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1957.

## **Annexes**

**ENTRETIENS EFFECTUÉS POUR LA RECHERCHE  
A L'AP-HP 2005/2006**

Dates des rendez vous	Personne et lieu
8 décembre	Beaujon Mme Redondeau 60 ans neurochirurgienne
20 déc.	Cochin Antoine Brezin chef de service Ophtalmologie 40 ans
12 déc.	Lariboisière Orthopédie chirurgien Pr Nizard
5 janvier	Trousseau Pr Paye chirurgien digestif
9 janvier	dr Johannet anesthésiste
15 Mars	Cochin PH Monsieur Massault chirurgie viscérale
10 janvier	Salpêtrière PH Mme Boch neurochirurgienne
17 janvier	Interne
29 décembre	externe

26 janvier	externe
1 mars	Madame Deal
28 janvier	Chirurgien viscéral privé et PSPH

## Guide d'entretien

(Age :.... ; homme/femme)

1. Quel est votre statut aujourd'hui ?

- quelle est votre spécialité ?
- exercez-vous une activité libérale en parallèle ?
- exercez-vous une activité pédagogique ?

2. Quels sont les avantages et inconvénients de cette spécialité (comparativement à d'autres) ?

(Il peut y avoir des contraintes d'ordre technique, des contraintes concernant le temps d'opération, liées au risque, au rapport à la mort, etc.)

### *Parcours de formation*

3. A quel moment avez-vous *pensé devenir* médecin (ou chirurgien) ?

4. A quel moment, ou à quelle période avez-vous *décidé* de devenir médecin (ou chirurgien) ?

(longue période de maturation ou décision ponctuelle liée à un événement)

5. Qu'est-ce qui vous a attiré, au départ ?

- Et maintenant, qu'est-ce qui vous plaît dans votre activité ?

6. Diriez-vous que vous aviez une vocation ?

(vocation pour l'activité de médecin, de chirurgien, les deux)

- Comment est née votre vocation ? (dans quelles circonstances ? Certains faits marquants ont-ils contribué à votre choix ? (décès, maladie d'un proche, etc....)

7. Pourquoi avoir choisi cette spécialité ?

(critères techniques, dimension financière, un enseignant fascinant (identification), etc.)

- Avez-vous dans votre famille et dans votre entourage proche des médecins ou des chirurgiens ?

8. Est-ce que vous pourriez retracer vos parcours de formation (médecine, internat, assistantat,...) en évoquant les difficultés rencontrées et les « tournants » ?

9. Quelles ont les étapes et les choix difficiles de votre parcours de formation ?

### ***Trajectoire professionnelle***

10. Est-ce que vous pourriez retracer vos parcours professionnel une fois les études terminées ?

(avez-vous délaissé la chirurgie générale ? êtes-vous passé du public au privé ou l'inverse ?)

11. Avez-vous rencontré des difficultés dans votre carrière ? (difficultés liées à votre rôle de père ou mère de famille)

- Pensez-vous que le fait d'être une femme a eu un effet sur votre carrière (regard désapprobateur des hommes, difficulté liée à la double carrière (*i.e.* à la fois familiale et professionnelle))

12. En quoi l'organisation de l'hôpital public vous pose-t-elle problème ?

### ***Le travail du chirurgien***

(composition du service, nombre de chirurgiens)

13. Pouvez-vous me présenter succinctement les tâches qui, concrètement, vous incombent aujourd'hui ?

- Quelles sont les activités annexes à l'acte chirurgical ?

14. Pouvez-vous donner une estimation du temps imparti à chacune des grandes activités que vous venez de citer ?

15. De quoi êtes-vous fier dans le cadre de votre activité ?

16. Quelle est la partie la plus agréable de votre activité ?

17. Quelle est la partie la plus désagréable de votre activité ?

- Avez-vous déjà éprouvé un sentiment d'échec ? (dans quelles circonstances ?)

- Qu'est-ce qui est le plus difficile dans votre métier ?

18. Comment envisagez-vous le patient que vous allez opérer ? (On dit toujours que les chirurgiens maintiennent une distance importante avec la personne du

patient : le voyez-vous primordialement comme un corps souffrant qu'il faut soigner ?).

**19.** Comment faites-vous face à la mort de certains de vos patients (pendant ou après l'opération) ?

### ***Le rapport au métier***

**20.** Pensez-vous que le métier de chirurgien est en crise ?

**21.** Pensez-vous qu'il a perdu de son prestige (si oui, beaucoup ? si oui, si non pourquoi ?)

Pensez-vous qu'il y a une dégradation des conditions d'activité ?

**22.** Question pour les jeunes : les difficultés actuelles du métier de chirurgien (judiciarisation, augmentation du tarif des assurances, perte de prestige, féminisation, etc.) ne vous ont-elles pas dissuadé de faire ce métier ? (avez-vous douté en raison de ces difficultés ?)

- Question au chirurgien qui forme les jeunes : que répondez-vous aux jeunes chirurgiens qui évoquent la dégradation des conditions d'activité ?

**23.** Question pour les anciens ? A quelles évolutions majeures de l'activité avez-vous assisté ?

**24.** Quelles sont, selon vous, les évolutions du métier ?

**25.** Quelles sont les évolutions positives, selon vous, du métier ? Et les évolutions négatives ?