La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques »

Surgical socialization, learning "by slapping"

Emmanuelle Zolesio

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfp/4245>

DOI : 10.4000/rfp.4245

ISSN : 2105-2913

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 2013

Pagination : 95-104

ISBN : 978-2-84788-521-7

ISSN : 0556-7807

Référence électronique

Emmanuelle Zolesio, « La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques » », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 184 | 2013, mis en ligne le 15 décembre 2016, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rfp/4245> ; DOI : 10.4000/rfp.4245

La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques »

Emmanuelle Zolesio

Cet article montre en quoi la chirurgie peut être définie comme une « école de la rigueur » et en quoi la socialisation professionnelle s'effectue selon des modalités brutes et brutales, de façon explicite et indiscutable, au point que l'on peut parler d'un apprentissage « par claques ». La rigueur pédagogique est de mise, faite de violence symbolique, de brimades verbales et morales répétées qui ne sont pas sans forger un certain « ethos », fait de virilité et d'endurance. La perspective comparative permet de montrer également les proximités qui existent avec d'autres univers de formation rigoristes, comme le « dressage » de la caserne ou des classes préparatoires.

Mots-clés (TESE) : apprentissage professionnel, socialisation, harcèlement, formation en cours d'emploi.

INTRODUCTION

Émile Durkheim écrivait que « chaque profession [...] constitue un milieu *sui generis* qui réclame des aptitudes particulières et des connaissances spéciales, où règnent certaines idées, certains usages, certaines manières de voir les choses ; et comme [l'apprenant]¹ doit être préparé en vue de la fonction qu'il sera appelé à remplir, l'éducation, à partir d'un certain âge, ne peut plus rester la même pour tous les sujets auxquels elle s'applique » (Durkheim, [1922] 2003, p. 48). C'est la fonction de l'apprentissage professionnel et de la formation clinique en médecine – comme pour tout apprentissage professionnel – que de former et transformer les étudiants en médecins et en spécialistes de telle ou telle spécialité. C'est ainsi

qu'agit la socialisation professionnelle de type secondaire (Darmon, 2006), et si les études médicales et leurs amphithéâtres constituent des cadres de socialisation et de formation efficaces (Millet, 2003 ; Saint-Marc, 2011), la formation clinique au lit du malade, en consultation ou au bloc opératoire est un moment d'incorporation privilégié de manières de voir, dire et penser (Becker, Geer, Hughes *et al.*, 1961 ; Bosk, 1979). Encore faut-il étudier non seulement les contenus de la formation, mais aussi les modalités effectives de la transmission des savoirs.

Nous nous pencherons plus précisément ici sur la formation chirurgicale et sur un de ses traits caractéristiques, à savoir son enseignement « à la dure ». École de la rigueur et de la perfectibilité, apprentissage de la hiérarchie, soumission aux règles

arbitraires, telles sont les dimensions que les internes en apprentissage doivent intérioriser. Comme y invitaient déjà les interactionnistes (Hughes, 1996), nous nous appuyons également sur les bénéfices de la comparaison avec d'autres univers de formation pour voir d'une part ce que ces apprentissages ont de commun et d'autre part pour dégager les spécificités de la formation professionnelle chirurgicale.

Le service du professeur Soquet³, investi de façon intensive dans le cadre de notre recherche dans un stage d'observation de longue durée (Zolesio, 2012), est réputé pour être un des services les plus formateurs mais aussi un des plus exigeants de la ville. Véritable « école de la rigueur », il est un passage obligé pour tous les internes de chirurgie de la commune. Les entretiens menés avec les apprentis chirurgiens ou avec les chirurgiens seniors ont confirmé nos observations. Un interne nous explique que « c'est pas des marrants » et Marie, ancienne interne de chirurgie, déclarera qu'ils « ont une mentalité de fous ». Si l'équipe chirurgicale compte cinq chirurgiens seniors plus quatre internes, la charge de travail est telle que ces derniers sont soumis à un rythme intense. Tous rendent compte de l'énorme rythme de travail imposé. Les journées commencent à 7 heures du matin et peuvent finir à 21 heures. S'y ajoutent les gardes et les astreintes de prélèvement hépatique. Ce

type de services, comme ceux qui seront décrits au cours de cet article, ont ainsi formé des générations d'internes et sont considérés comme des étapes indispensables à la formation, en ce qu'ils incarneraient la « vraie » chirurgie. Nous étudierons, à travers ces services hospitalo-universitaires, d'une part en quoi la chirurgie peut être qualifiée d'« école de la rigueur », d'autre part quelles sont les modalités interactionnelles par lesquelles les internes en chirurgie « apprennent “par claques” » – reprenant ainsi deux expressions indigènes qui nous ont paru particulièrement évocatrices. Enfin, dans une troisième partie, nous verrons ce que la comparaison avec d'autres univers de formation qui s'exercent « à la dure » a d'heuristique en nous penchant sur l'armée, la caserne des sapeurs-pompiers ou les classes préparatoires.

LA CHIRURGIE OU « L'ÉCOLE DE LA RIGUEUR »

L'apprentissage de geste opératoire par étapes

Commençons par rendre compte des modalités de l'apprentissage chirurgical par le geste avant de rendre compte de l'apprentissage « par claques » qui prévaut dans la formation. C'est le modèle théorique

Une enquête par immersion

Cette recherche s'appuie sur un matériau recueilli au cours de sept stages d'observation réalisés dans six services chirurgicaux d'une grande ville de province, dont cinq en Centre hospitalier universitaire (CHU) et un dans une clinique chirurgicale. Le recueil s'est fait de février 2002 à septembre 2007 et les stages duraient en moyenne deux mois chacun, à raison de deux à trois jours d'observation par semaine. Notre recueil ethnographique s'est fait par observation *in situ*, en accompagnant les praticien-ne-s du début de leur journée de travail jusqu'à la relève de la garde le soir, ou le lendemain matin (lorsque nous restions pour observer les nuits de garde). Nous avons ainsi accompagné les chirurgiens de la consultation au bloc opératoire, en passant par la salle de garde, les couloirs, le vestiaire ou encore la cantine. Au cours de notre recherche de DEA, nous avions accompagné principalement des hommes dans leur pratique hospitalière – que ce soit les internes, les assistants-chefs de clinique (ACC²) ou les chefs de service – ; c'est ensuite auprès des femmes, minoritaires et isolées, que nous avons concentré l'analyse dans le cadre de notre thèse. Si les femmes comptent pour 10 % des effectifs totaux de la spécialité de chirurgie digestive, elles étaient généralement seules dans les services, puisque nous n'avons accompagné qu'une fois deux femmes dans un même service. Cela dit, même lorsque nous accompagnions une assistante-chef de clinique, il n'était pas rare que les observations prennent aussi en compte des effectifs masculins, puisque l'interne ou le collègue chirurgien qui l'assistait était alors généralement un homme. Nous n'avons observé aucune différence de socialisation entre les hommes et les femmes, sinon que les femmes (et préférentiellement les internes) étaient les destinataires exclusives des plaisanteries grivoises (Zolesio, 2012), qui conduisent à humilier les apprenants mais qui ont surtout une fonction d'éviction des candidates non désirables.

En complément de ces observations ethnographiques, nous avons également réalisé des entretiens semi-directifs avec quinze chirurgiens hommes et une quarantaine avec des femmes. Les entretiens ont eu lieu soit avant les séquences d'observation, soit au cours de la période de stage, ou encore indépendamment, les témoignages les moins convenus ayant lieu lorsqu'une certaine connivence avait pu déjà s'établir sur le terrain. Dans le cas où nous avions commencé par l'entretien, les « confidences » et épanchements critiques ont pu avoir lieu lors de conversations informelles.

de l'incorporation (Bourdieu, 1980 ; Faure, 2000) qui a permis d'observer comment s'apprend *in situ*, et par la répétition de gestes pratiques (à l'instar des gammes du musicien), la technique chirurgicale, qui peu à peu est *faite corps*. On a ainsi pu observer de près les gestes chirurgicaux des internes. L'apprentissage de ces gestes est souvent prolongé en dehors de la pratique au bloc opératoire. Ainsi nombre de jeunes internes apprennent à faire des nœuds chirurgicaux comme on fait du macramé, en s'entraînant avec des fils en dehors du contexte opératoire. Si les manuels de technique chirurgicale sont encore là pour guider les impétrants dans leurs apprentissages, rien de tel que la pratique au bloc. D'où le fait que les internes soient toujours aux aguets pour pouvoir opérer, avec toute la concurrence que cela génère dans certains services entre les différent-e-s internes pour « avoir » l'opération, c'est-à-dire y participer et « apprendre », « se former ». Plus qu'une ligne sur un curriculum vitae, une opération est en effet pour les internes le moyen de pouvoir « apprendre par corps » (Faure, 2000), de devenir chirurgien, et un « bon » chirurgien.

Loin de n'être qu'un processus d'inculcation pré-réflexive (Bourdieu, 1980), l'incorporation de ces techniques gestuelles, qui se fait systématiquement sous le regard de chirurgiens plus expérimentés, s'est toujours avérée être le lieu d'échanges verbaux et de commentaires sur les manières de tenir les instruments ou de se tenir des plus jeunes. Ainsi les internes étaient-ils sans cesse repris par les chirurgiens seniors pour tenir une aiguille correctement, faire de « bons » nœuds, tenir fort les écarteurs. Fréquentes étaient les remarques telles que : « c'est quoi ce nœud de tapette ? » (sous-entendu ce nœud pas assez serré) ou encore « comment tu te tiens ? » lorsque l'interne était trop couché sur le patient ou ne tenait pas suffisamment bien la caméra de coelioscopie pour que l'opérateur puisse voir ses propres gestes. Ces remontrances, plus ou moins récurrentes, étaient aussi une manière pour les chirurgiens seniors de forcer les internes à la perfectibilité, leitmotiv de la profession.

Rigueur et recherche de perfectibilité de l'apprentissage

« Apprendre la rigueur » (dans les indications, les prescriptions, le comportement) et « rigueur de l'apprentissage » sont inextricablement mêlés dans les discours chirurgicaux. Au point que la recherche de perfectibilité chirurgicale est réputée quasi

« paranoïaque » tant elle est perçue comme excessive par les collaborateurs des chirurgiens (Cassell, 1987). Chaque fois qu'il est question de l'aridité de l'apprentissage, des remontrances et humiliations subies, les chirurgiens justifient cela par le fait que ce serait finalement le mal nécessaire pour intégrer une exigence professionnelle sans faille. Les internes en début de carrière sont ceux qui peuvent être le plus critiques face à cette rigueur implacable de l'apprentissage qu'ils subissent de plein fouet.

Comme on le voit dans les récits de chirurgiens, ce qui relève de la rigueur technique du métier est constamment associé à la rigueur des modalités de l'incorporation. Côté rigueur technique on retrouve les expressions : « tous les dossiers sont épluchés », « que les choses soient bien faites », « tu laisses rien passer à travers », « des suites beaucoup plus simples... Ça saigne pas, c'est toujours propre. Toujours les mêmes temps, à peu près ». Or ces expressions sont, dans le même temps, systématiquement associées aux caractéristiques de la rigueur supposée « pédagogique » de l'apprentissage, avec d'autres formules telles que : « Ici ils sont très rigoureux, c'est parfois très très *chiant* mais globalement ça t'apprend quand même à gérer pas mal de malades, gérer les complications », « on se fait engueuler », « y'a beaucoup de pression ici », « c'est comme ça et pas autrement », « il me fait perdre mes moyens quand il me fait opérer, je sais pas, quoi, j'arrive pas, il me stresse », « il me reprend beaucoup [...] c'est jamais assez bien pour lui ». Le professeur Vidal (chef de service, 47 ans) résume très bien cela en expliquant que « le patron qui [les] *tyrannisait* » et qui les « critiquait devant tout le monde [en disant] que c'était mal fait, etc. » leur a ainsi « appris une certaine rigueur probablement », comme si les deux étaient indissociables. Ce n'est qu'avec l'avancée dans la hiérarchie chirurgicale que les praticiens jugent cette rigueur comme un mal nécessaire, faisant ainsi de nécessité vertu, les sacrifices endurés dans le cadre de la formation étant légitimés par les nécessités et les exigences de la pratique. D'après Florence, interne de 29 ans, les chirurgiens seniors reproduiraient ainsi les modalités brutes et brutales, explicites et non négociables, de leur propre formation avec l'idée du « j'en ai bavé, il n'y a pas de raison que toi, petit, tu n'en baves pas aussi ».

On peut toutefois voir d'autres logiques sous-tendant ces exigences de rigueur de la pratique chirurgicale dans les enjeux vitaux de l'activité elle-même et dans la responsabilité des professionnels. Ainsi, certains chirurgiens m'expliquent qu'ils « n'ont pas le

droit à l'erreur » et que c'est « leur cimetière personnel » qu'ils doivent porter lorsqu'ils « cassent un malade », en plus des retombées judiciaires qui les menacent. Denis, praticien hospitalier, explique ainsi comment il est devenu extrêmement « pénible » avec ses internes depuis qu'il a associé une de ses propres négligences professionnelles et le décès du patient qui s'en est suivi : « Je me rappelle personnellement d'avoir tardé à changer une canule de trachéotomie, et le malade en est mort [...] Donc moi je suis très exigeant vis-à-vis de moi-même et je suis très exigeant – peut-être même moins – vis-à-vis des internes mais c'est vrai que je leur laisse pas passer de choses ». On voit donc bien comment l'expérience professionnelle, et notamment les incidents opératoires ou post-opératoires, en plus de la rigueur de la formation, socialisent aussi les chirurgiens à davantage de rectitude dans les indications et les gestes techniques, conduisant parfois à des attitudes confinant aux yeux des collaborateurs à de la « maniaquerie », de la « psychorigidité » ou de la « paranoïa ». Il n'est en effet par rare que, suivant sa propre expérience, un chirurgien senior se focalise sur la transmission et la reproduction strictes d'un geste ou d'une technique par ses internes pour conjurer la possibilité de mauvaises suites opératoires expérimentées par le passé du fait d'une mauvaise maîtrise dans sa réalisation. La chirurgie est ainsi sans cesse présentée comme « l'école de la rigueur »⁴ par excellence, avec l'idée que tyranniser les internes, c'est les obliger à la perfectibilité, et ces chirurgiens seniors particulièrement exigeants à l'égard de leurs internes incarnent et personnifient la rigueur chirurgicale.

Des patrons tyranniques

À en croire les enquêtés, il est deux types de chefs de service : ceux qui sont plutôt paternalistes dans leur gestion du service et ceux qui sont particulièrement autoritaires, « [menant] leur service d'une main de fer, [mettant] une pression énorme », étant particulièrement sujets aux « abus de pouvoir ». Alain (ACC, 33 ans) affirme d'ailleurs qu'on rencontre beaucoup plus de ces patrons autoritaires en chirurgie qu'en médecine. Guillaume (interne, 29 ans) dit que certains sont carrément « méprisables » car « insultants », mais qu'il pourrait « éventuellement [s'] opposer à ce qu'il dit mais ce serait préjudiciable pour [sa] relation avec lui, pour l'enseignement qu'il pourra [lui] apporter et puis pour [sa] qualité de travail pendant le semestre », et de conclure : « Y'a toujours moyen de s'opposer au patron. Mais t'as rarement à y gagner ».

Les chefs de service plus paternalistes, apparemment minoritaires en chirurgie (mais désormais majoritaires en médecine aux dires des internes) seraient davantage soucieux de la gestion harmonieuse des services, à l'écoute de leurs internes et se faisant respecter avec humour.

Les expressions sont parfois très fortes pour décrire la relation avec les patrons autoritaires : les enquêtés parlent de « droit de vie et de mort » (Guillaume), de « relation maître-esclave » (Anne, praticienne libérale, 38 ans ; Fabienne, praticienne libérale, 40 ans ; Géraldine, PU-PH⁵, 46 ans ; Véronique, PH⁶ aspirant à devenir PU-PH, 50 ans). On surnomme couramment ces chefs de service « le tyran » (Anne, Géraldine) ou « l'ayatollah » (Gisèle, praticienne libérale, 44 ans). À titre de comparaison, les anesthésistes désignent eux aussi les chefs de service qui les ont formés comme des « maîtres » mais les notions de relation maître-esclave ou de patron tyrannique sont totalement absentes de leurs témoignages⁷. Le fait est donc bien spécifique à la chirurgie et à la position de dominant qu'occupent les praticiens.

La logique de recrutement chirurgicale et la sélection implicite des candidat-e-s s'opèrent d'ailleurs en fonctions d'affinités électives de « tempérament » chirurgical. Les chefs de service les plus réputés dans le milieu chirurgical pour leurs colères et leurs abus de pouvoir sont le plus souvent choisis par des enquêtés ayant déjà un tempérament bien aguerri : ceux-ci ont apparemment moins peur que les autres de subir une formation « à la dure », ayant constitué en amont les dispositions nécessaires pour y faire face. Géraldine choisit ainsi délibérément le professeur Gayet, pourtant boycotté pour son autoritarisme et son côté caractériel ; Gisèle décidera de se former auprès de celui que l'on surnomme « l'ayatollah » – le cas d'Anne est sans doute un peu différent car il est probable que ce soit par méconnaissance du milieu de la ville qu'elle se retrouve avec le professeur Malau, mais elle trouvera les dispositions à l'affirmation de soi pour y faire face. Il est donc naturel que l'on constate plus souvent chez ces enquêtées « masculines » le récit d'affrontements avec ces fortes personnalités. Dans ces contextes de formation « tyranniques », elles trouvent encore les contextes favorables à l'activation et au renforcement de leurs dispositions au « sale caractère » (Zolesio, 2012). Car la formation par ces patrons « tyranniques » est faite de grandes et de petites humiliations auxquelles les internes doivent apprendre à faire face, non sans heurts.

APPRENDRE « PAR CLAQUES »

Pousser les internes dans leurs retranchements

Être constamment sur le dos des internes au bloc opératoire, les reprendre en public (devant les autres internes ou devant les patients) quand ils font des erreurs, les « pousser dans leurs retranchements » (Denis, PH, 40 ans) sont autant de manières de les former à la sacro-sainte rigueur professionnelle valorisée par la profession. Le chirurgien Luthereau n'hésite pas à me dire qu'il a « mis la pression » à Marie, ancienne interne, et qu'il lui « faisait bien remarquer quand elle faisait des fautes énormes », au point que celle-ci ressent cela comme de l'acharnement, du harcèlement lui étant personnellement destiné, alors que celui-ci explique que c'est « une exigence qu'[il] a eue pour chaque interne » (Zolesio, 2009) et qu'il dit s'imposer à lui-même depuis une de ses négligences professionnelles ayant coûté la vie à un de ses patients. Les chirurgiens seniors traitent ainsi fréquemment les internes comme ils ont l'habitude de le faire avec le personnel subalterne (infirmier ou anesthésiste), ainsi que le raconte cette anesthésiste dont Y. Faure (2003) rapporte le témoignage : « Ça les empêche pas d'être arrogants, de chercher à... Mais ça c'est leur tempérament. Ils sont toujours comme ça. Chercher jusqu'au bout t'es sûr de soi » ou comme l'assume pleinement Laurent, praticien hospitalier en chirurgie :

EZ : Et est-ce qu'il vous est arrivé de gueuler auprès d'infirmières de service ou est-ce que c'est vraiment en situation de... ?

Laurent (PH, 38 ans) : Rarement. C'est-à-dire que j'ai des colères... Il m'est arrivé de piquer des colères. Ou alors... ce que j'essaie c'est de les... C'est pas du piège affectif, mais vraiment de leur dire : « Je suis déçu, quoi ». Et elles le voient, quoi. Donc c'est pas de la... c'est pas de l'engueulade, c'est...

EZ : C'est pas dit mais c'est ressenti, quoi.

LS : Voilà, je mets un froid et... Et elles sentent, quoi. Mais il m'est arrivé de le dire. De leur dire : « Tu vois, ça c'est pas bien ». Je leur montre devant le patient.

EZ : Devant le patient ?

LS : Mmh. Voilà.

EZ : D'accord. Volontairement ?

LS : Ouais. Je leur fais : « C'est quoi, ce pansement ? ». Voilà. Parce que voilà. Ou quand c'est pas ce que j'ai dit... quand c'est pas fait comme je voulais, ben je le dis.

Ce mode d'apprentissage du compagnonnage en chirurgie fait certes apparaître des rapports de domination entre un chirurgien senior et son interne. Mais

ces rapports de domination ne se jouent pas seulement au sein de ce couple professionnel. La configuration pédagogique et professionnelle est indissociable de ce qui se joue dans l'espace constitué par le service, où d'autres acteurs sont témoins et pleinement participants de l'activité. C'est ainsi l'ensemble des relations entre les différentes catégories d'agents – anesthésistes, infirmières de bloc opératoire, externes... – qu'il faut considérer. C'est dans ce contexte qu'il faut analyser la relation pédagogique entre le senior et l'interne, en considérant que ces rapports d'humiliation sont non seulement d'autant plus violents qu'ils se font devant un « public », mais d'autre part qu'ils prennent aussi tout leur sens en ce qu'ils sont aussi une manière pour le chirurgien de réaffirmer, devant les autres agents subalternes, le pouvoir du dominant. Si les chirurgiens sont souvent dénoncés comme faisant preuve de « théâtralisation » dans leurs entrées et leurs sorties au bloc opératoire, c'est là encore une façon pour eux de rappeler à toute l'équipe qu'ils se positionnent comme « chefs d'orchestre », comme « pilotes d'avion », autant de métaphores indigènes destinées à rappeler la suprématie d'une position professionnelle et sociale. Dans un contexte par ailleurs fortement structuré par le critère du genre, le chirurgien se place aussi fréquemment en position de dominant face à des subalternes qui sont le plus souvent de sexe féminin (Faure, 2006 ; Zolesio, 2012), affirmant là « l'arrangement des sexes » traditionnel (Goffman, [1977] 2002).

La « petite phrase qui tue »

Une des modalités de cet apprentissage à la dure, qui cherche à pousser les internes dans leurs retranchements, consiste à lancer des « petites phrases qui tuent » aux candidats à la chirurgie. Ainsi Denis raconte-t-il que le premier jour de son clinicat, le Pr Soquet lui avait fait faire « une colostomie, un truc tout bête » et lui avait confié son malade. Or en le voyant faire sa suture, le professeur avait dit « C'est pas gagné ! » en regardant l'instrumentiste. Si Denis pense qu'il se le disait à lui-même et qu'il n'était pas censé l'avoir entendu, ayant assisté au bloc opératoire ou dans les tours aux malades à des apartés du type de celui décrit par Denis, tout laisse à penser que ceux-ci sont volontairement faits de façon suffisamment audible pour que les candidats les entendent. Tests, quizz, « petites phrases qui tuent » sont donc des modalités classiques de l'apprentissage en chirurgie. Les petites humiliations sont fréquentes pour les internes et ils ont parfois l'impression d'apprendre

« par claques »⁸, de devoir faire preuve d'abnégation et de voir mettre à l'épreuve leur foi de néophyte.

Paul (interne, 29 ans) : À chaque fois que tu montes le cran au-dessus : au début tu fais des petites interventions. Donc au bout d'un moment t'es content, tu vois, moi une appendicite, ou ce genre de choses, je les fais sans problème. Et puis, à chaque fois que tu sais faire quelque chose tu passes le cran au-dessus. Et puis le cran au-dessus, ben, tu prends des claques. Et puis finalement, le cran au-dessus t'y arrives. Et ainsi de suite. Faut savoir que ça se fait pas tout seul. Donc, c'est... Sur le plan du moral y a des soirs où... [souffle] dur. Tu te dis... « Est-ce que je suis fait pour ça »... Moi je me pose moins la question. Mais au départ... quand t'y arrives pas, tu te fais engueuler par un chirurgien qui t'aide... C'est, c'est dur, c'est...

EZ : Oui. Faut s'accrocher et...

Paul : Moralement faut, faut... faut y aller, hein. [bas] C'est ça qui est difficile.

Ainsi Denis retient-il ce jour-là qu'il est « vraiment un mauvais » et me dit-il que ça « a été le moment le plus horrible [qu'il] a vécu ». La chirurgie apparaît ainsi à plus d'un titre comme une école du dressage en ce qu'elle remet en cause en permanence les compétences professionnelles, et potentiellement les assises de la vocation. Ce dressage passe notamment par

l'incorporation de « techniques du corps » précises et indiscutables.

Les enquêtées les plus « masculines » rencontrées dans le cadre de notre recherche, celles au fort tempérament qui se font appeler de façon laudative les « femmes à couilles » par le milieu professionnel, sont aussi celles qui sont passées par les services apparemment les plus exigeants, dirigés par de véritables « tyrans » (Zolesio, 2012). Aussi ont-elles eu particulièrement l'occasion de « forger leur caractère ». Leur socialisation les a portées à ne pas se laisser faire et elles réagissent souvent sans mesure lorsqu'elles considèrent qu'elles ont affaire à des excès d'autoritarisme. Leur fameux « caractère » s'est manifestement aussi forgé auprès de ces patrons particulièrement « tyranniques ». Ainsi Gisèle (praticienne libérale, 44 ans) m'explique-t-elle que, s'étant faite « engueulée à deux reprises en public » par son patron, elle ne s'était « pas écrasée » et lui avait dit : « Mais vous me parlez pas comme ça. Si vous voulez... faut choisir une autre méthode, mais ça m'impressionne pas du tout. Mais je vais vous dire, vous ressemblez étonnement à mon père quand vous vous mettez en colère, je n'ai jamais eu peur de mon père », gagnant ainsi son crédit puisque son patron la prend ensuite sous son aile, appréciant sa répatie.

Un dressage mal vécu

Quatrième jour d'observation au CHU. Au bloc opératoire, le Dr Ignacio (MCU-PH⁹, 40 ans) laisse réaliser quelques étapes de l'intervention à Paul (interne, 29 ans) : « Dépiaute-moi tout ça ». Celui-ci retire le méso-côlon, puis s'attaque à l'anastomose (rétablissement de continuité du côlon)¹⁰ : il recoud (l'externe tient l'aspiration et le Dr Ignacio supervise). Le Dr Ignacio enlève des mains de Paul l'aiguille après lui avoir dit une ou deux fois : « Les aiguilles, une bonne fois pour toutes, les aiguilles en chirurgie, ça se tient comme ça ! Pour faire autrement faudra me demander une autorisation écrite en trois exemplaires. » (silence dans la salle... on sent que la tension monte... et comme on connaît le penchant caractériel pour lequel est réputé le Dr Ignacio, on redoute le pire...). Paul s'exécute : il essaie de prendre son aiguille en son milieu mais ne la tient pas très droite, son aîné l'encourage : « C'était bien ! N'aie pas peur de prendre ! ». Deux minutes plus tard, il s'énervait car Paul, de nouveau, ne tient pas son aiguille à la moitié. Le Dr Ignacio se montre très autoritaire, le sommant de la prendre « au bout du porte-aiguille, bien perpendiculairement, et au "un demi" ». Il parle à Paul comme à un gamin (rires des infirmiers). L'infirmier tente de défendre Paul : franchement c'est pas évident ce que dit le Dr Ignacio, il a vu beaucoup de chirurgiens et la plupart font comme Paul, au 1/3-2/3. Le Dr Ignacio rétorque que c'est parce qu'ils se prennent pour de grands chirurgiens du foie, mais dans tous les congrès on dit bien c'est à « un demi » qu'il faut prendre l'aiguille. Comme Paul s'applique à faire comme il le lui a ordonné, le Dr Ignacio insiste : « Tu vois ! on n'est pas mieux comme ça ? ». « Sans doute quand on a l'habitude ». L'infirmier félicite aussitôt Paul pour sa remarque pleine de diplomatie. À un moment [je n'ai pas suivi pourquoi car l'infirmier me parlait], alors que le Dr Ignacio continue à reprendre Paul, celui-ci « explose » : « Non, moi je peux pas ! Je peux pas avoir quelqu'un sans arrêt... non, je le fais pas ! Je t'aide », il rend les instruments au Dr Ignacio et l'assiste... Celui-ci lui dit qu'il n'en a pas après lui, il essaye simplement de lui montrer... Paul dit que ok, il accepte la critique, mais si c'est toutes les 30 secondes... Il ajoute : « Des anastomoses, j'en ai fait ». Paul assiste désormais le Dr Ignacio qui finit de rétablir la continuité dans un grand silence. À la sortie du bloc, le Dr Ignacio explique à Paul : « Je suis chiant, je suis chiant. Je sais. Je suis chiant mais j'ai raison ». Le personnel infirmier me dit être extrêmement surpris d'avoir vu Paul sortir de son calme habituel. C'était la première fois. Le fait est sans doute d'autant plus mal vécu que Paul (en fin d'internat) est d'habitude considéré comme pleinement autonome par le Professeur Desang (chef de service, 50 ans) lorsqu'il le laisse opérer. Par ailleurs, connaissant le Dr Ignacio, Paul ne peut qu'être irrité d'avance par sa remarque, qui s'inscrit dans la continuité de toutes celles qu'il a l'habitude de faire.

DU « DRESSAGE » CHIRURGICAL ET DE SES PROXIMITÉS AVEC D'AUTRES CADRES DE FORMATION

Être socialisé aux rapports hiérarchiques comme à la caserne

La socialisation chirurgicale implique l'intériorisation du sens de la hiérarchie. Celle-ci est en effet omniprésente dans la spécialité et régit l'ensemble du fonctionnement de l'équipe. Malgré le discours fréquent sur le « compagnonnage » et la coopération collégiale, cette hiérarchie est bien présente, réaffirmée à chaque instant, de façon infra-discursive ou discursive. Le fonctionnement des études médicales valorise effectivement l'ancienneté et le rang de classement (pour le choix des stages par exemple). Dans les services hospitaliers, la hiérarchie est encore réaffirmée : l'organigramme pyramidal demeure la description la plus adéquate pour caractériser le fonctionnement d'une équipe chirurgicale (pour le choix des gardes, l'attribution des interventions, des salles opératoires, des choix de vacances, etc.). Les apprentis chirurgiens ont donc constamment à l'esprit leur place dans la hiérarchie (c'est elle en effet qui détermine, notamment, les rangs de priorité pour être aide-opérateur au bloc).

Læticia (interne en chirurgie orthopédique, 25 ans) : [au sujet d'un autre interne jugé incompetent] Je crois qu'ils ont trop peur. Qu'il fasse une connerie. Mais... je trouve que c'est pas mon rôle, quoi. C'est pas à moi de le dire. Déjà je suis premier semestre, lui il est troisième, je vois pas de quel droit je vais lui dire : « Tu fais pas d'astreinte ». Et puis je comprends pas quoi... qu'ils assument pas... de dire à leur interne... C'est très bizarre cette situation. Enfin voilà, c'est des choses comme ça, quoi. Des trucs qui te pourrissent un peu... Ouais...

Eva (PH, 36 ans) : D'ailleurs le patron aime à le rappeler, c'est un système pyramidal, il est tout en haut de la pyramide et... c'est tout juste s'il faut pas demander l'autorisation pour faire pipi.

L'adage des services chirurgicaux pourrait être : « le patron a toujours raison ». Combien de fois en effet n'avons-nous pas entendu pour légitimer une décision jugée pourtant arbitraire : « c'est le patron », « c'est lui qui décide » ? Titres, fonctions, ancienneté dans le grade, statut et dépendance hiérarchique sont sans cesse rappelés aux protagonistes. On en rit dans les moments informels. Le fait n'en est pas moins vrai et à prendre très au sérieux. Malgré la convivialité qui semble régner, l'effacement de la hiérarchie n'est qu'apparent.

(Centre Douste) À la fin du repas, David (ACC) me demande si je veux un café. Il dit qu'il va les chercher, Guillaume (interne, 29 ans) réagit immédiatement : « Laisse, c'est à l'interne de faire ça normalement ». David fait une remarque comme quoi « justement » (l'air de dire qu'il ne voulait pas faire mauvaise impression alors que je suis là). Guillaume m'explique ensuite très sérieusement que dès le premier jour, on lui a expliqué que le café, c'était à l'interne d'aller le chercher. « C'est quand même très hiérarchique, concède-t-il. Mais bon, à la limite c'est un jeu. C'est normal, c'est partout pareil ». Donc dès le premier jour chacun lui a dit si c'était café court ou café long. La tâche lui incombera pendant six mois.

Faire des études de médecine, et sans doute en particulier de chirurgie, c'est donc aussi apprendre à être socialisé aux rapports hiérarchiques et à s'y soumettre pour espérer un jour être à son tour au sommet de la pyramide. Les chirurgiens seniors répètent ainsi aux internes : « Ton tour viendra ». Même lorsque les internes s'opposent un peu frontalement à leur chef de service, ils apprennent le sens des limites à ne pas dépasser. Ainsi, il transparaît une certaine affinité entre la socialisation chirurgicale et la socialisation militaire (Pinto, 1975). D'où, sans doute, un recrutement conséquent des enquêtées parmi les familles de militaires : on compte six filles de militaires dans notre échantillon (et six petits-fils de militaires ou de préfet de police parmi les quinze enquêtés masculins), parmi lesquelles cinq se considéraient comme des « garçons manqués ». Si la voie militaire, empruntée par certains de leurs frères (ou avec laquelle leurs homologues masculins ont bien souvent hésité avant de choisir la chirurgie¹¹), était sans doute moins envisagée dans leur cas du fait de leur sexe¹², la chirurgie est une spécialité plus hiérarchique encore que la médecine et répond à leur exigence d'ordre. Le côté « carré » de la spécialité en fait un choix hautement désirable pour ces enquêtées déjà habituées familialement à une certaine rigueur, et qui retrouvent sans nul doute des affinités électives avec le métier chirurgical. L'inculcation de valeurs viriles en amont de l'exercice du métier était aussi un atout pour affronter la dynamique agonistique des rapports sociaux de sexe au bloc opératoire, tout comme l'expérience du scoutisme, d'une famille de militaires ou de pompiers prépare manifestement les impétrants au métier de sapeur-pompier (Pudal, 2011, p. 179).

À l'instar de la caserne militaire ou de celle des sapeurs-pompiers, le service chirurgical, lorsqu'il exige des internes une disponibilité quasi permanente et une présence prolongée avec des horaires lourds, des gardes et des astreintes, représente ce que R. Pudal nomme une « "institution totale ouverte", ce qui

permet de mettre en lumière à la fois comment un univers fortement hiérarchisé et scrupuleusement réglé inculque des valeurs, des représentations, façonne les corps et les esprits [...] sans être pour autant intégralement coupé d'autres univers sociaux, ce qui ménage des marges de manœuvre, des espaces de jeu avec, voire contre, l'institution, des appropriations diverses de ce qu'elle dispense » (Pudal, 2011, p. 172). La même violence symbolique, les mêmes types d'humiliations verbales et de brimades morales semblent participer de la formation d'un tempérament viril et aguerri, avec une maîtrise constante des affects. Tout comme la terreur intime subie par les « pioupious » prépare leur remodelage en « vieux sarces » (Pudal, 2011), de même, par des intimidations, sortes de rites initiatiques, les apprentis chirurgiens apprennent à « en être » et à montrer qu'ils « en ont ».

Des similarités avec le « dressage » et le « forçage » des classes préparatoires

La formation chirurgicale semble aussi se rapprocher des rites d'institution mis en lumière par P. Bourdieu et qui tendent à « faire méconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire » (Bourdieu, 2001, p. 176) et à dire à l'impétrant « Deviens ce que tu es » (Bourdieu, 2001, p. 181). Les internes en chirurgie ont en effet été élus et sur-sélectionnés puisqu'ils n'ont pu choisir la chirurgie qu'avec un excellent rang de classement, à l'issue de deux concours : le concours de fin de première année des études médicales et le concours des épreuves nationales classantes, à l'issue des six ans de tronc commun des études médicales. Pour paraphraser P. Bourdieu, on pourrait dire qu'à l'instar des classes préparatoires, on observe dans l'apprentissage chirurgical du « forcing et du forçage » et que « c'est avant tout les moyens institutionnels, incitations, contraintes et contrôles, qui concourent à réduire toute l'existence [des internes en chirurgie] à une succession ininterrompue d'activités [cliniques] intenses, rigoureusement réglées et contrôlées tant dans leur moment que dans leur rythme. L'important, du point de vue de l'effet, est moins ce qui est explicitement enseigné que ce qui s'enseigne tacitement à travers les conditions dans lesquelles s'effectue l'enseignement » (Bourdieu, 1989, p. 112). Le fait étant probablement encore plus probant lorsque les internes étaient, au sens propre, des internes, contraints de résider sur le lieu même de l'hôpital. Mais encore aujourd'hui, soumis aux gardes et aux astreintes, les internes en chirurgie sont ceux qui ont le plus intériorisé l'*ethos* de disponibilité permanente, pourtant en déclin dans les spécialités médicales (Robelet, Lapeyre & Zolesio, 2005). Il est ainsi fréquent

que les vieux patrons de chirurgie interdisent ni plus ni moins aux jeunes internes de prendre leur « repos de sécurité »¹³, qui représente pourtant une obligation légale depuis l'arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Faisant de nécessité vertu, les chirurgiens se glorifient ainsi de leur « sacerdoce » professionnel et d'être entièrement consacrés et dévoués à leur pratique.

Si l'urgence vient parfois perturber la routine réglée des services, sont épiés, contrôlés et guidés les moindres faits et gestes des internes dans ces moments d'action intense que sont les urgences opératoires. Les chirurgiens seniors ne semblent ainsi pas relâcher la pression dans l'urgence, mais bien au contraire en resserrer les cadres. Aussi, même dans la routine de la pratique, l'institution chirurgicale entretient cette « situation d'urgence extrême conçue comme une sorte d'épreuve initiatique, dans laquelle les nouveaux venus doivent démontrer qu'ils sont capables de trouver, à l'imitation de leurs anciens ou de leurs maîtres, les recours et les ressources nécessaires pour affronter les situations critiques où s'exercent les lois impitoyables de la sélection des plus adaptés » (Bourdieu, 1989, p. 113-114).

Le résultat produit n'est pas autre que celui des classes préparatoires : il s'agit bien de former une « élite » hospitalière et de produire des « vertus de chefs » (Bourdieu, 1989, p. 118), de former une noblesse professionnelle, en prédisposant à l'exercice du pouvoir ceux qui ont appris, par la subordination de l'apprentissage à la pression de l'urgence et l'encadrement strict et continu du travail, ce rapport à la hiérarchie à la fois docile et assuré.

La socialisation « par claques », vieux modèle d'apprentissage hérité de la médecine hospitalière ?

Une façon de lire et d'appréhender cet « apprentissage par claques » qui règne en chirurgie est d'y voir là un héritage du « vieux » modèle d'apprentissage de la médecine hospitalière toute entière, toutes spécialités confondues. En effet, force est de constater que les « patrons » – ceux qu'on appelait autrefois les « maîtres » – en médecine correspondaient largement au modèle chirurgical que nous avons pu décrire (Vergez, 1996). Si l'on assiste aujourd'hui à une différenciation croissante des modalités d'accès aux positions hospitalo-universitaires des médecins (qui doivent

maintenant passer par la recherche en laboratoire et l'obtention d'une thèse de sciences) et des chirurgiens, seuls les chirurgiens prétendant à un statut de PU-PH ou de chef de service sont également concernés par cette exigence de recherche, soit une petite minorité.

Par ailleurs, le processus de féminisation de la médecine, qui est aujourd'hui pleinement réalisé, a aussi bouleversé les cadres d'exercice des différentes spécialités médicales. Ainsi, l'arrivée des femmes a remis en cause les configurations de genre qui y régnaient, au point que les pratiques professionnelles des hommes et des femmes médecins convergent désormais largement (Lapeyre, 2006). En effet, cette féminisation massive, qui a déjà opéré en médecine, mais qui reste encore largement à faire en chirurgie, véritable « bastion masculin » (Bercot & Mathieu-Fritz, 2006), ne peut être sans effet, ne serait-ce que dans ce qui serait aujourd'hui une propension à critiquer ce type de rapports hiérarchiques.

CONCLUSION

Nous avons dégagé un des éléments constitutifs de « l'ethos chirurgical » (Cassell, 1991 ; Katz, 1999), à savoir ce tempérament aguerri et cette endurance morale qui caractérisent les professionnels. Mais il nous a paru essentiel de relever également les modalités par lesquelles se produit cette transformation des jeunes internes, comme les expériences professionnelles

conduisant à cette adhésion à un rapport au monde et une représentation de soi. Ainsi a-t-on montré que la socialisation chirurgicale est avant tout un apprentissage qui se fait « par claques », selon des modalités brutes et brutales, de façon explicite et non discutable. Le « dressage » chirurgical présente de ce point de vue des proximités avec d'autres cadres de formation, que l'on pense à la socialisation aux rapports hiérarchiques de l'armée par la sanction et l'humiliation (Pinto, 1975 ; Kaya, 2013), à l'obéissance et l'exécution indiscutables des sapeurs-pompiers (Pudal, 2011) ou encore à la rigueur de l'apprentissage des classes préparatoires. Si dans le premier cas ce sont les enjeux vitaux de la pratique qui justifient et légitiment les petites tyrannies des supérieurs hiérarchiques, c'est dans le cas des classes préparatoires l'argument de l'excellence de la formation des élites qui est largement invoqué pour pousser les étudiants à la perfectibilité (Bourdieu, 1989 ; Darmon, 2010, 2013). On retrouve en chirurgie ces deux systèmes de justification de la « formation "par claques" » des internes. Un apprentissage en cohérence avec les valeurs professionnelles de ce métier dominant socialement et éminemment viril, et qui assure avec efficacité la reproduction sociale de ses effectifs puisque l'on constate, encore aujourd'hui, que la chirurgie demeure un « bastion » masculin, malgré la féminisation massive des promotions d'étudiants en médecine (Bercot & Mathieu-Fritz, 2006).

Emmanuelle Zolesio

emmanuelle.zolesio@ens-lyon.fr

ESPE Clermont-Auvergne, laboratoire ACTÉ

NOTES

- 1 Durkheim écrit « l'enfant ».
- 2 Assistant-chef de clinique correspond au premier grade hospitalier après la formation de l'internat.
- 3 Tous les noms d'enquêté-e-s et de lieux d'exercice ont été anonymisés.
- 4 Apparemment dans le double sens de précision, exigence technique de tous les instants et de formation sévère et implacable (la seconde étant perçue comme déterminant la première).
- 5 Professeur des universités, praticienne hospitalière, grade le plus élevé dans la hiérarchie hospitalo-universitaire, nécessitant d'avoir passé l'agrégation de chirurgie.
- 6 Praticienne hospitalière. Grade hospitalier qui succède au cliniciat.
- 7 Nous nous référons ici aux entretiens réalisés avec les anesthésistes-réanimateurs par Y. Faure (2003) dans le cadre de son mémoire de DEA, sous la direction de B. Lahire.
- 8 La métaphore entend rendre compte d'une certaine violence morale (et non physique) de l'apprentissage. La claque, c'est un petit outrage qui fait mal et qui humilie mais dont on se remet.
- 9 Maître de conférences des universités, praticien hospitalier.
- 10 L'anesthésiste de garde m'explique après que c'est rarissime de rétablir quand le patient est arrivé par le service d'accueil des

- urgences : l'intestin n'ayant pas été nettoyé au préalable, « préparé », le risque est grand de voir quelques déchets se répandre dans la cavité abdominale pendant l'opération. Une « reprise » conduit en général à une péritonite et il est très rare que le patient en ressorte vivant. En général, en urgences, on ferait une stomie et rétablirait la continuité seulement trois mois plus tard.
- 11 À la question « Si vous deviez choisir une autre profession, qu'auriez-vous fait ? », de nombreux chirurgiens ont répondu qu'ils auraient choisi l'armée. Dans leurs témoignages les expériences de service militaire, les métaphores et le vocabulaire martial abondent. Cela est particulièrement vrai pour Frédéric (ACC, 36 ans) et le Dr Ignacio (MCU-PH, 40 ans), qui citent même leurs lectures et leurs films préférés, toujours en rapport avec des faits de guerre (*Femme à Diên Biên Phu* de Geneviève de Galard et *Diên Biên Phu* de Pierre Shoendoerffer). Frédéric intégrera par la suite un hôpital militaire.
 - 12 Encore qu'Henriette (retraîtée, 81 ans), fille d'amiral, avait pour rêve d'être officier de marine à une époque où la féminisation des navires n'était pas d'actualité.
 - 13 Un lendemain de garde où l'interne en chirurgie a été obligé de rester éveillé pour gérer des urgences et opérer, celui-ci est désormais tenu de prendre un « repos de sécurité » et est déchargé de toute activité hospitalière pour la matinée suivant la garde.

BIBLIOGRAPHIE

- BECKER H. S., GEER B., HUGHES E. C. et al. (1961). *Boys in White Student Culture in Medical Schools*. Chicago : University of Chicago Press.
- BERCOT R. & MATHIEU-FRITZ A. (2006). *Les chirurgiens. Éléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel*. Rapport de recherche, LATTS et GTM.
- BOSK C. L. (1979). *Forgive and Remember. Managing Medical Failure*. Chicago : University of Chicago Press.
- BOURDIEU P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éd. de Minuit.
- BOURDIEU P. (1989). *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris : Éd. de Minuit.
- BOURDIEU P. (2001). « Les rites d'institution ». In *Langage et pouvoir symbolique*. Paris : Éd. du Seuil.
- CASSELL J. (1987). « Of Control, Certitude and the "Paranoïa" of Surgeons ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11, n° 2, p. 229-249.
- CASSELL J. (1991). *Expected Miracles: Surgeons at Work*. Philadelphie : Temple University Press.
- DARMON M. (2006). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.
- DARMON M. (2010). « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile ». *Agora Débats/Jeunesses*, n° 56, p. 49-62.
- DARMON M. (2013). *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*. Paris : La Découverte.
- DURKHEIM É. ([1922] 2003). *Éducation et sociologie*. Paris : PUF.
- FAURE S. (2000). *Apprendre par corps. Socio-anthropologie de la danse*. Paris : La Dispute.
- FAURE Y. (2003). *Socialisation, dispositions et positionnements professionnels des médecins anesthésistes-réanimateurs*. Mémoire de DEA, sociologie, université Lumière-Lyon 2.
- FAURE Y. (2006). « Le couple anesthésiste-chirurgien : l'"arrangement des sexes" comme renfort symbolique à la domination d'un groupe professionnel sur un autre ». Communication au Colloque international *Travail, emploi, formation, quelle égalité entre les hommes et les femmes ?*, organisé à Lille par CLERSE-Université de Lille 1, les 23 et 24 novembre 2006.
- GOFFMAN E. ([1977] 2002). *L'arrangement des sexes*. Paris : La Dispute.
- HUGHES E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éd. de l'EHESS.
- KATZ P. (1999). *The scalpel's edge. The culture of Surgeons*. Boston : Allyn and Bacon.
- KAYA S. (2013). *La production militaire du citoyen. Sociologie politique de la conscription en Turquie*. Thèse de doctorat, sociologie, université Paris 1-Panthéon Sorbonne.
- LAPEYRE N. (2006). *Les professions face aux enjeux de la féminisation*. Paris : Octarès.
- MILLET M. (2003). *Les étudiants et le travail universitaire. Étude sociologique*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- PINTO L. (1975). « L'armée, le contingent et les classes sociales ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 3, p. 18-40.
- PUDAL R. (2011). « Du "pioupiou" au "vieux sarce" ou comment en être : ethnographie d'une socialisation chez les pompiers ». *Politix*, n° 93, p. 167-194.
- ROBELET M., LAPEYRE N. & ZOLELIO E. (2005). *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*. Rapport de recherche pour le CNOM, université Jean-Moulin-Lyon 3 et université Toulouse 2-Le Mirail.
- SAINT-MARC D. (2011). *La formation des médecins. Sociologie des études médicales*. Paris : L'Harmattan.
- VERGEZ B. (1996). *Le monde des médecins au XX^e siècle*. Paris : Éd. Complexe.
- ZOLELIO E. (2009). « Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée ». *Sociétés contemporaines*, n° 74, p. 147-165.
- ZOLELIO E. (2012). *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.