

Florent Schepens

Mcf en sociologie, CGC, uB, Dijon

[schepens.f@wanadoo.fr](mailto:schepens.f@wanadoo.fr)

## **Etre des « obligés » et ne pas souffrir**

### **Santé physique, santé psychique**

Le travail est un vecteur de « *validation de soi* » (Linhart, 2010 : 21) mais il n'est pas exempt d'incertitudes quant à sa réalisation. Le travailleur risque de ne pas remplir ses objectifs, risque de prendre de mauvaises décisions, risque de ne pas arriver à respecter les règles de l'art, etc. Pour tout de même faire preuve de son utilité sociale (Dubar, 2011), et conserver une image positive de soi, il peut être amené à accepter d'encourir un certain nombre de risques. Ceux-ci vont le mettre en danger physique mais aussi psychique, tous deux entraînant la mise en jeu de la santé du travailleur.

Dans ce texte, nous souhaitons montrer dans une première partie, à partir du cas particulier des entrepreneurs de travaux forestiers (ETF), comment l'encastrement (Polanyi, 1983) oblige l'entrepreneur à ne pas porter attention à sa santé physique, à mettre en sourdine les douleurs ressenties (Schepens, 2013) pour préserver son entreprise. Cependant, si cet oubli est physiquement délétère, il est psychiquement essentiel pour les ETF. C'est ce que nous montrerons dans la partie suivante en adjoignant à ce premier terrain forestier un second portant sur les médecins en Unité de Soins Palliatifs (USP). La violence de l'activité est consentie car elle permet de répondre à une violence sociale plus grande encore.

Les données empiriques ont été recueillies sur deux terrains situés dans l'Est de la France, dans une région en ce qui concerne les ETF et dans trois pour les USP. Le recueil a été réalisé à partir d'entretiens non et semi-directifs ainsi que d'observations *in situ*.

## 1. Ecologie liée

Les segments professionnels (Bucher, Srauss, 1992) n'évoluent pas en parfaite autonomie et indépendance. Pour l'écrire comme Claude Dubar, Pierre Tripier et Valérie Boussard (2011), il n'existe pas de profession « séparée ». Le groupe professionnel, composé de différents segments, entre en interaction avec d'autres professions et partenaires aux objectifs plus ou moins congruents mais aussi avec des profanes qui vont être les bénéficiaires de la production (des biens ou des services). Le groupe professionnel n'est alors pas seul lorsqu'il s'agit de définir quelle sera sa production. Ces différents acteurs forment ce qu'Andrew Abbott appelle des « *écologies liées* » (2003). Dans notre cas, nous proposons de faire du monde professionnel – i.e. l'ensemble des individus et des organisations dont l'activité influence celle du groupe professionnel étudié – le lieu de rencontre de ces différentes écologies. Celui-ci s'organise autour d'un groupe ou d'un segment professionnel et se constitue des différents liens que ce groupe ou segment va tisser avec ses *concurrents* et ses *auditoires* (Abbott, 1988), tous intéressés au résultat de l'activité des professionnels. Pour l'écrire autrement, un monde professionnel se compose d'une multitude d'interactions faites d'attentes réciproques et d'intérêts différents, en bref de relations d'interdépendances. Ces dernières relativisent l'autonomie des groupes.

### *Indépendance et autonomie*

Ainsi, dans le monde des entrepreneurs de travaux forestiers, si les ETF – bûcherons, sylviculteurs et débardeurs indépendants cotisant à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) – attendent de l'organisation du marché du travail de ne pas être en concurrence avec des profanes, d'être payés dans un délai raisonnable, d'avoir une activité régulière, leurs clients poursuivront d'autres buts, non nécessairement en contradiction avec ceux des ETF. Les scieurs voudront voir leurs grumes récoltées dans les délais impartis, sans casse ni frais supplémentaires ; l'Office Nationale des Forêts voudra que l'écosystème forestier soit respecté (les jeunes arbres ne doivent pas être abîmés, les sols doivent être respectés, etc.) ; les communes forestières voudront essentiellement voir leur patrimoine financièrement valorisé, etc. Autre auditoire, la MSA souhaite que l'ETF ne développe pas de maladie professionnelle, ne subisse si possible aucun accident du travail et paye ses

cotisations ; de même, les écoles forestières espèrent pouvoir compter sur ces entreprises dans le cadre des formations en alternance.

Les concurrents vont eux travailler à la redéfinition des frontières du segment professionnel. Les agriculteurs revendiquent la reconnaissance du savoir nécessaire à la réalisation des coupes de bois d'affouage, les entreprises de réinsertion vont se faire reconnaître légitimes pour nettoyer les berges des rivières de toutes les perches qui y poussent, les entreprises d'espace vert proposeront leur service pour faire de l'élagage/abattage chez les particuliers. Les ETF vont défendre plus ou moins âprement leurs prérogatives en fonction de l'état du marché du travail et de l'activité visée par les concurrents : s'agit-il de noble ouvrage ou de « sale boulot » (Hughes, 2010).

Si les ETF se présentent comme des indépendants professionnels, d'un point de vue financier leur position est très fragile, suffisamment pour que les femmes d'ETF aient toutes un emploi salarié hors de l'entreprise en plus des charges incombant habituellement aux femmes d'entrepreneur.

Leur autonomie, en tant que capacité à suivre les règles qu'ils se donnent (Chaland, 2001) est, elle aussi, partielle. Nous avons souligné plus haut l'interdépendance dans laquelle les ETF étaient plongés avec les autres membres de leur monde professionnel. L'injonction à la compétence, comme qualité attendue de l'œuvre réalisée, est alors définie en partie de manière externe au groupe professionnel (Boussard, Demazière, Milbrun, 2010). Cette injonction externe n'est pas la seule restriction à l'autonomie professionnelle : on trouve aussi des rapports d'obligation à l'intérieur desquels les ETF s'inscrivent et qui semblent leur interdire de pouvoir se définir comme étant leur propre maître.

Ce qui est essentiel pour certains indépendants, et François Gresle l'avait déjà montré sur un autre terrain, c'est la liberté de pouvoir organiser son travail comme on l'entend. C'est à travers cette dimension que l'indépendance se réalise et qu'une distance avec l'emploi salarié s'instaure.

Pour autant, il nous faut bien remarquer que si les tenants des organisations professionnelles forestières insistent sur l'utilisation du terme de « client », dans les entretiens les langues fourchent et on nous parle à de très nombreuses reprises de « donneur d'ordre ».

Cette appellation est en lien avec l'histoire de la profession (beaucoup d'entrepreneurs sont d'anciens salariés, cf. Schepens, 2007) mais elle semble aussi refléter les rapports de dépendance des ETF vis-à-vis de leur client. Oui, quand on est entrepreneur de travaux forestiers, on s'organise comme on veut mais à condition d'être prêt à abandonner le chantier en cours pour en réaliser un autre quand un client a besoin en urgence de certains bois ou de faire réaliser telle coupe. Ne pas le faire, c'est prendre le risque de perdre un client.

### *Economie de la réciprocité*

Sur ce marché, l'activité de service est sous-tendue par une économie de la réciprocité. Il faut entendre par là que la fin d'une transaction (la réalisation d'un chantier contre une rémunération) ne signe pas, sauf mécontentement de l'un ou l'autre partie, la fin de la relation entre un demandeur et un prestataire de service.

La réciprocité permet de maintenir une relation sur le long terme en supprimant les incertitudes liées à toute nouvelle collaboration : on sait que l'autre est un bon partenaire de l'échange et qu'il répondra positivement à nos attentes. Ceci nécessite une certaine confiance entre les co-actants, confiance qui n'est pas donnée mais construite au long court et qui va prendre forme dans une structure relationnelle : une place professionnelle (Jacques-Jouvenot, Schepens, 2007 ; Schepens, 2008).

La place professionnelle est un ensemble de dettes et de créances, *un état d'endettement mutuel* (Godbout, 1994) entre un acteur et son monde professionnel. Elle rend alors compte, à un moment particulier, des liens entre le professionnel et son monde. Les dettes et les créances sont composées des interactions qui consistent à faire, à travers les à-côtés du travail, quelque chose pour quelqu'un : le chantier réalisé en urgence pour un client pressé, la coupe conservée à tel ETF pour lui éviter d'avoir un creux dans son activité, l'apprenti pris en formation alors que l'ETF n'en cherchait pas spécialement... Ces dettes et ces créances inscrivent les co-actants dans une histoire professionnelle commune qui oblige à la coopération. Elle l'oblige au sens de Marcel Mauss (1993) parce que les endettés sont les obligés de leur créancier et que, dès lors, ils s'engagent à les rembourser.

Certes ces places professionnelles ne sont pas nécessaires pour travailler, la seule assurance, formelle ou non, que l'impétrant a été habilité (Stroobants, 1993) par des professionnels suffit pour cela. En revanche, ce qu'offre la place professionnelle, c'est une inscription dans la mémoire du monde professionnel. A partir du souvenir des interactions passées, les différents acteurs se constituent une mémoire collective qui va se révéler coercitive. Le souvenir du service rendu porte en lui une attente : celle d'un retour équivalent. Dès lors, l'échange se déroule dans le cadre d'une relation durable qui vise à prémunir les co-actants d'une possible défection (Daniel, 2001). C'est à travers cette mémoire que peut naître la coopération, chacun rendant le service reçu, donnant un coup de main son tour venu. C'est ainsi que les positions de donataire et de donateur seront prises successivement par les différents acteurs de l'échange.

#### *L'oubli du corps pour conserver la confiance*

Dans ce cadre, l'ETF doit répondre aux attentes de son client. Ce dernier a confiance dans le fait qu'il puisse compter sur son bûcheron parce qu'il l'a obligé en lui donnant des chantiers quand il en avait besoin, parce qu'il lui a réservé des coupes de bois plus valorisées au niveau financier. L'ETF doit répondre à ces attentes même si physiquement il serait parfois plus prudent de ne pas le faire. Cependant, on attend des bûcherons qu'ils soient, selon le terme de nos informateurs, courageux.

Etre *courageux*, c'est être capable de beaucoup travailler quelque soit le niveau de fatigue ou de douleur lié à la pratique, aux maladies et accidents professionnels. Ne pas faire la preuve de cette qualité, c'est rendre incertaine, aux yeux des clients et collègues, sa capacité à être un bon professionnel. Ainsi beaucoup d'ETF disent aller au bout de leur journée de travail alors qu'une douleur se fait sentir, qu'un accident est survenu.

*« Moi, je me suis cassé la cheville. C'était la fin des chablis<sup>1</sup>, on en avait marre, on était crevé... Puis bon, je n'ai pas fait attention à comment la branche était positionnée et puis, je l'ai coupée. Elle est revenue et elle m'a balayé. J'avais la cheville qui était à l'envers. Sur le coup, ça sonne, on sent rien. J'ai bien serré la chaussure et j'ai terminé*

---

<sup>1</sup> Un chablis est un arbre déraciné. Les chablis dont parle notre informateur fait suite aux tempêtes de décembre 1999.

*la journée. A la fin, fallait un peu serrer les dents mais c'est passé. Par contre après, je suis resté un mois et demi dans le plâtre » (Arthur, ETF, salarié à l'époque de l'accident).*

Cette attitude *courageuse* est qualifiée de dangereuse par la médecine. Dangereuse car suite à pareil traitement, le corps résorbe plus difficilement les lésions, mais aussi parce que l'individu risque de nouveau l'accident pour défaut d'attention dû à l'état de choc ou à l'élanement de la blessure. Cependant, « *s'écouter* », c'est voir son aptitude à réaliser son activité être mise en doute car « *le comportement individuel face aux maladies [et, pour nous, aux accidents] est surtout révélateur aux yeux des autres du rapport de l'individu à son travail* » (Dodier, 1986). La réalité physique et la motivation au travail sont ici construites de pair. Si notre informateur cité plus haut est *dur avec lui-même*, c'est parce qu'il est *sérieux, intéressé, motivé par son travail*, il n'est pas *douillet*, ce n'est donc pas *un tire-au-flanc, un feignant*. Les catégorisations positives et négatives du discours professionnel, liant présence et motivation au travail, remettent en cause « *l'existence effective d'une réalité corporelle de la maladie [d'un accident] présentée par l'individu comme justifiant un arrêt de travail* » (Dodier, *idib.*). C'est ce que fait un ETF quand il nous parle d'une expérience malheureuse de coopération : « *Il était toujours absent, il avait toujours mal ici, mal là. Holala ! Un jour je l'ai eu au téléphone, je l'ai traité de feignant* ».

Les douleurs sont alors supportées stoïquement dans le but de ne pas faire naître d'équivoque vis-à-vis de sa motivation. Il ne faut pas que le doute plane car dans un monde s'organisant autour de la réciprocité, l'incertitude est malvenue.

Ce sont les mêmes exigences qui poussent l'ETF à *faire des heures* quel que soit ses déboires physiques. Il en va bien entendu du chiffre d'affaire de l'entreprise :

*« Il n'y a pas beaucoup de bûcherons qui arrivent à l'âge de la retraite. Pas que à cause des accidents mais aussi à cause des ennuis physiques... avec les histoires de rendement...C'est toujours un peu inquiétant. Moi, j'arrive à la quarantaine. Il se trouve qu'il y a trois semaines, j'avais une tendinite terrible au genou qui ne passait pas, en pleine période où il n'est pas question de s'arrêter. Et une tendinite pour que ça se remette bien, il faut s'arrêter. Alors on se fait peur, on prend une semaine d'anti-inflammatoire. Et puis, il faudrait encore en prendre un peu plus parce qu'on voit que la deuxième semaine arrive. Il y a le boulot qui s'accumule et il faut continuer sans*

*s'arrêter. Dans un mois la saison d'élagage est finie. La saison d'élagage, ça représente 20 à 30 % de mon bénéfice. Qu'est-ce que je fais? Comment je le gère, ça? C'est ça. Physiquement, c'est bien quand toute la mécanique suit. C'est un peu stressant quand ça commence à... » (Anthony, ETF).*

Cependant un ETF dont *la mécanique ne suit pas*, pour reprendre les termes de notre informateur ci-dessus, prend le risque de ne plus être digne de confiance : rien n'assure que la prochaine saison le verra totalement rétabli. Il est alors moins risqué, si la motivation au travail pose question, de se tourner vers un nouveau partenaire en vu d'une nouvelle collaboration.

Les ETF ne peuvent alors pas se permettre de prêter attention aux plaintes liées aux douleurs du corps. Prendre du repos pour soigner une maladie ou une blessure a des répercussions sur le plan professionnel et économique. Les engagements pris ne seront pas respectés, les chantiers non réalisés ne seront pas payés. En dehors du manque à gagner immédiat, comme l'analyse si bien Nicolas Dodier, un soupçon se met à planer sur l'ETF : sa souffrance est-elle si grande qu'il ne puisse travailler en étant un peu *courageux* ?

Pour autant, ceci n'interdit pas les arrêts de travail suite à un accident mais seulement à partir du moment où les co-actants estiment que l'arrêt est justifié. C'est le comportement adopté pour apporter cette justification qui est délétère pour la médecine du travail. Cependant, si l'ETF ne peut faire la preuve de sa motivation au travail, ses alliés (Abbott, 2003) – ceux avec qui il travaille et qui lui font confiance – feront défection : il n'est pas rationnel de souhaiter coopérer avec un tire-au-flanc. En revanche si par sa conduite il prouve que sa motivation au travail est intacte – au point de travailler avec une cheville cassée – alors le monde professionnel dans lequel il est inséré fera preuve de solidarité. Ses alliés accepteront la défection momentanée de leur partenaire parce que celui-ci n'est pas en faute par rapport aux conventions qui régulent leur monde : ce n'est pas un feignant profitant du moindre bobo pour se reposer mais un professionnel valeureux empêché d'exercer. Poursuivre la coopération n'est dès lors pas une aberration.

Si l'absence pour soin et convalescence n'a rien de rédhibitoire quand elle est exceptionnelle, en revanche, si elle ne le reste pas, elle grève la confiance liant les deux parties. S'ils faisaient attention à leur corps, comment l'arrêt de travail pourrait-il rester

l'exception étant donné la fréquence des accidents dans la profession ? Alors « à 50 ans, ils ont pratiquement érodé la totalité de leur capital santé » (Médecin du travail, MSA).

Dans ce monde, « s'écouter », c'est être indigne de la confiance des alliés. Terminer sa journée *en serrant les dents*, c'est faire la preuve de sa motivation au travail. Dans ce cas, même si un arrêt de travail fait suite à l'accident, on est bien sûr que l'absence est motivée par une réalité physique dont l'ETF est obligé de tenir compte. Autrement, il est bien entendu – il l'a montré par son courage – qu'il serait venu tenir son poste. La possibilité de pratiquer son activité professionnelle est ici conservée au prix de l'oubli du corps.

Si on comprend bien les mécanismes qui poussent à mettre sa santé en jeu pour conserver sa profession, on peut se demander ce qui a motivé le choix d'une telle activité. Pourquoi choisir cet avenir là plutôt qu'un autre ?

## 2. Se sentir à sa place

S'ils acceptent la violence de l'activité (prendre des risques, avoir peur, avoir mal), c'est qu'elle est moins virulente qu'une autre violence qu'ils subissent : les ETF ne se sentaient pas à leur place dans le monde social. Devenir indépendant leur permet de retrouver une place qu'ils estiment être la leur. Nous avons repéré un mécanisme équivalent sur un autre terrain, celui des médecins en soins palliatifs. Eux aussi se sentent en décalage vis-à-vis de la place qu'ils auraient dû occuper.

### *Contre-mobile*

On n'entre pas dans une carrière d'ETF par hasard. Seul un cinquième des apprentis forestiers, selon les organismes de formation, deviennent des gens de métier, les autres se réorientent, considérant l'activité comme trop difficile et pénible. Restent, selon la rhétorique professionnelle, les « courageux » à qui ces conditions de travail ne font pas peur. Pour comprendre qui ils sont, la psychodynamique est ici précieuse :

« Si le travail comporte toujours une dimension de peine et de souffrance, il peut aussi être un puissant opérateur de construction de la santé. Quand le choix d'un métier est conforme aux besoins psychiques du sujet[...], le travail occupe une place centrale dans le maintien d'un équilibre psychosomatique et dans la dynamique de l'identité » (Pezé, 2002).

Quel est, dans le cas qui nous intéresse ici, ce *besoin psychique* ?

Tous nos informateurs disent l'importance qu'il y a pour eux d'être un indépendant professionnel. Obtenir ce statut leur a permis de se sentir « à leur place » et de soulager – *besoin psychique* – une *souffrance* (Dejours, Molinier, 1994). Cependant, ceci n'explique pas tout : premièrement, toute personne n'est pas prête à encourir les risques générés par l'activité forestière pour devenir indépendant ; deuxièmement, tout aspirant à l'indépendance, pour justifier son souhait professionnel, n'en appelle pas à une forme de souffrance. Quelles sont alors les conditions de naissance de cette souffrance ?

L'analyse sociologique permet de le préciser : devenir ETF est réservé à une population particulière caractérisée par trois dimensions. La première est une socialisation à l'indépendance professionnelle. Les ETF ont été familialement socialisés à une idéologie patronale, 71% ont un père petit indépendant (entrepreneur, agriculteur, artisan...)<sup>2</sup>, ce chiffre passe à 93% quand on y ajoute les grands-parents. Cependant, et c'est la deuxième dimension, un imprévu leur interdit la reprise de l'entreprise familiale : faillite, reprise par un tiers (un frère, un oncle par exemple), à cette génération ou à la précédente. La troisième dimension est une absence des différents capitaux (formation, économique) nécessaires à la création d'une nouvelle entreprise. Ils sont donc socialisés à l'indépendance professionnelle, privés du *situs* permettant sa réalisation et incapables de trouver une alternative à cette situation. A ces trois dimensions objectives s'ajoute une injonction familiale à être indépendant : ils ont tous été désignés à ce type d'activité (Jacques-Jouvenot, 1997). Ils devaient reprendre l'entreprise familiale, ils ont été socialisés pour cela, on leur a transmis le goût de l'indépendance (Zarca, 1993 ; 1994 ; Jorion, Delbos, 1984). Cependant un imprévu prive ce goût de son objet. Sans argent pour reconstruire une entreprise identique, sans formation ou alors avec une formation trop

---

<sup>2</sup> Dans la population globale des indépendants, on en compte 38%.

spécifique pour rester dans le même *situs*, les voilà récipiendaires d'un goût qu'ils ne pourront réaliser. Les futurs ETF sont alors des *déshéritiers* (Schepens, 2007), héritiers d'un *status* d'indépendant mais « déshérités » des conditions de sa réalisation. C'est à eux qu'est réservée la *souffrance* de ne pas être indépendant. La soulager passe par la réalisation de l'assignation familiale, ce qui fait d'eux des contre-mobiles (Girod, 1971).

C'est ce que permet l'entreprise de travaux forestiers. En effet, devenir ETF est possible car cette activité ne demande pas un niveau élevé d'études pour entrer en formation, ni d'importants capitaux lors de l'installation.

« [Pour mon premier chantier], *j'ai investi 250 francs* [une quarantaine d'euros], *j'ai fait tout le chantier comme ça. Ça m'a rapporté... Il y avait 11 hectares à 1500 balles* [230 euros]. *Dès que j'ai eu de l'argent sur mon compte, j'ai acheté une débroussailleuse directement puis après, ça s'est enchaîné petit à petit quoi* » (Sébastien, ETF).

Revers de la médaille, les coûts en termes de santé ne sont pas négligeables. Pour autant, il semble que le prix à payer ne soit pas trop important pour qui n'a que ce moyen de disponible pour réaliser l'injonction familiale à l'indépendance et, par là-même, soulager sa souffrance.

Etre un *déshéritier* sert de repère aux ETF lors du choix des aspirants. Seuls ceux qui sont identifiés de la sorte, essentiellement lors des discussions durant les trajets pour aller sur un chantier ou les pauses méridiennes, sont supposés pouvoir accepter les inévitables douleurs physiques et craintes générées par l'exercice professionnel. « Quand tu seras ton propre maître... » aiment à dire les bûcherons aux apprenants. Il s'agit là d'une manière de leur proposer un avenir professionnel tout en se renseignant sur leur origine sociale. Il ne faut pas voir ici « d'intellectualisme » (Cuin, 2005 : 563) de la démarche de recrutement, les ETF ne repèrent pas les déshéritiers en tant que tels. En revanche, ils savent que si leur apprenti appartient à une famille d'indépendants et que ce statut est important pour lui, alors il pourra résister à l'apprentissage puis aux conditions de travail de sa future activité.

*Mobilité sociale ascendante et transfuges de classe*

La quasi-totalité des médecins interviewés ont une formation de généraliste et « *les médecins généralistes, aujourd'hui, sont dominés par leurs confrères spécialistes à tous les niveaux d'échelle [...] sous le rapport particulier de l'accès légitime à l'information scientifique récente* » (Jaisson, 2002 : 35). Si la médecine générale est, depuis 2004, reconnue comme spécialité, les médecins généralistes souffrent toujours de ce déficit de légitimité et « *C'est juste bien qu'on dise que c'est un vrai métier, après qu'est-ce que ça change vraiment ?* » [demande un omnipraticien] » (Bloy, 2010 : 324). De même, la très grande majorité de nos informateurs exerçaient une activité de médecin libéral lors de leur recrutement en USP et un chef de service les a sollicités pour venir travailler à l'hôpital. Remarquons que s'ils ont été si prompts à répondre à la sollicitation, c'est aussi qu'ils ne possèdent pas d'ethos d'indépendant. La médecine en cabinet n'est alors pas vécue comme une modalité essentielle de la pratique médicale et les contraintes qui y sont associées deviennent vite intolérables (toujours être disponible, ne pas pouvoir prendre de temps partiel, etc.). A travers la sollicitation du chef de service, ils trouvent une forme de reconnaissance qui leur faisait alors défaut (Bungener, Baszanger, 2002 ; Pinell, 2005) et accéder à ce type de poste est, en soi, une évolution de carrière pour un généraliste, d'autant que les omnipraticiens ne représentent que 16,5% des médecins salariés par l'hôpital public (Schweyer , 2010 : 44). Entrer à l'hôpital en tant qu'omnipraticien, c'est faire partie d'une minorité (13,4% des généralistes sont des salariés hospitaliers ; Sicard, 2013) mais d'une minorité qui représente l'élite de la médecine générale (Bloy, 2011). Une élite humble par rapport à leurs collègues d'autres spécialités mais une élite tout de même.

Cette valorisation symbolique est encore rehaussée par le fait que les médecins de soins palliatifs sont tous des transfuges sociaux. La faculté de médecine, plus que toute autre Université, recrute ses étudiants dans les strates sociales favorisées (Hardy-Dubernet, Gadéa, 2005 ; Hardy-Dubernet, Le Roy, 2006) et 47% des médecins salariés hospitaliers proviennent de familles de cadres et professions intellectuelles supérieures (Breuil-Genier, Sicart 2006), origine dont aucun médecin de soins palliatifs de notre échantillon ne peut se prévaloir. Leurs origines sociales modestes expliquent en partie leur orientation vers la médecine générale en tant que spécialité modeste car seul l'héritage social donne objectivement la possibilité du choix (Bourdieu, 1984). Accéder à l'hôpital

comble alors des ambitions rendues improbables par le choix de leur spécialité, les généralistes exercent préférentiellement en médecine libérale (53,7% sont installés en cabinet ; cf. Sicart, 2013), mais rendues aussi improbables par leur origine sociale : ils avaient une moins grande probabilité de réussir le concours à la fin de la première année de faculté de médecine. Ce concours ne permet, en fonction du *numerus clausus* qu'à 20 ou 30 % des étudiants de poursuivre leurs études en deuxième année. Ces improbabilités confèrent une grande stabilité professionnelle aux médecins évoluant dans ces services : ils ont déjà plus que ce qu'ils pouvaient espérer socialement.

Cependant, si cette origine permet d'expliquer en quoi la mobilité sociale ascendante n'est plus un objectif que tentent d'atteindre les médecins d'USP, en revanche, elle n'éclaircit pas de manière évidente pourquoi ne sont recrutés en soins palliatifs que des transfuges sociaux. Redonnons alors la parole à nos informateurs :

« [Et un poste style chef de service ??] *Non. Jamais. (Rires). Enfin jamais... Non, on en a parlé plusieurs fois avec Remi [le chef du service]. Donc non... Et moi, je n'ai absolument pas une logique de pouvoir même si j'imagine bien que chef de service, ce n'est pas qu'une logique de pouvoir. Mais je ne m'en sens absolument pas la capacité. Je ne m'en sens pas l'envie du tout. [...] Non, j'ai envie de rester sur le terrain et pas de gérer de l'administratif. En plus... on en fait déjà assez et moi j'ai des difficultés avec. Je trouve que la logique hospitalière elle est difficile, aller discuter le morceau avec des gens qui ne comprennent pas ce que tu fais... Je n'y arriverai pas, je n'ai pas le sens politique pour faire ça. Je trouve que clinicienne, une fille de terrain, ça me va bien comme ça » (Elise, médecin USP)*

Pas de sens politique ? Pierre Bourdieu nous l'a bien expliqué : le manque d'intérêt pour la chose politique, le fait que l'on ne se reconnaisse pas ici compétent dépend largement de sa position dans le champ social. Les dominés font preuve de *fides implicita* (Bourdieu, 1984 : 248) envers les dominants considérés comme plus légitimes pour jouer ce rôle. Les médecins de soins palliatifs ne sont alors pas à leur aise dans les jeux de pouvoir hiérarchique et pourtant, en tant que médecins, on leur attribue une position dominante.

« *J'avais le sentiment, en tant qu'externe, de beaucoup de rapports de force dans les relations entre les différentes strates des personnels soignants. [...] C'est plus ou moins vérifié, je pense. Et j'ai cette impression d'être dans une équipe où il y a cette volonté*

*d'adoucir les relations entre les différentes strates. Même si ce n'est pas évident. Mais il n'y a pas [dans l'USP] cette hiérarchisation très marquée » (Rémi, médecin USP).*

On remarquera que Rémi parle de « *personnel soignant* » en y incluant les médecins alors qu'à l'hôpital il est d'usage de conserver ce terme pour les populations paramédicales. Médecins et soignants n'appartiennent alors pas tout à fait au même monde et l'activité palliative va les rapprocher entraînant par là un assouplissement de la hiérarchie : ils sont tous soignants, ils sont tous collègues. Ne pas aimer les rapports hiérarchiques alors que l'on tient la position dominante est à rapprocher de l'absence de sens politique d'Elise. Leur classe sociale d'origine ne les a pas prédisposés à l'exercice du pouvoir. C'est pourtant ce que l'on attend d'eux dans un monde hospitalier qui fait des médecins les supérieurs des paramédicaux (Lert, 1996). Cependant, en USP, l'origine sociale des médecins et des paramédicaux en fait des homologues sociaux n'ayant pas connu une mobilité sociale identique.

Pour autant, tout interne n'appartenant pas aux classes dominantes n'est pas construit par les USP comme un médecin de soins palliatifs en devenir. Ceci permet, si besoin était, de dénier toute naturalité à la compétence nécessaire pour travailler dans ce type de service. Les origines sociales modestes permettent aux médecins et aux paramédicaux de partager des savoirs de base identiques sur le monde et donc d'être en mesure de s'écouter, de se comprendre, bref de pouvoir communiquer. Ceci n'est pas le cas dans tous les services. Dans les plus prestigieux, là où l'on trouve les médecins aux origines sociales les plus élevées (Jaison, 2002), les paramédicaux passent pour ainsi dire inaperçus, comme s'ils étaient invisibles (Arborio, XX ; Divay, 2013).

En USP, rester attentif à l'expertise des paramédicaux pour, si besoin est, remettre en cause un diagnostic médical établi est essentiel (Schepens, 2013b). Accepter de considérer les paramédicaux comme des collègues, accepter d'être dans le soin (care) plus que dans le guérir (cure), demande aux médecins d'accepter de ne pas avoir la réponse. C'est ce qui permet de travailler, quand on est un médecin, dans ce type de service où la guérison – cœur de métier de la profession médicale – est impossible.

Il semble alors que seul les médecins qui acceptent cette situation d'impuissance puissent exercer en soins palliatifs. Pour Nathan, médecin en USP, « *les neurochirurgiens [...] nous, ils nous regardent à peine : on n'est pas des médecins pour eux, on ne guérit pas* ». Ceci nous

signale un autre point important pour comprendre qui peut devenir médecin en USP. S'il faut pouvoir accepter de ne pas être (trop) dominant pour entrer en contact avec les paramédicaux, il faut aussi accepter d'être dominé dans le monde professionnel médical. Les médecins des USP ne sont pas toujours reconnus comme des médecins par leurs collègues hospitaliers qui voient dans ce type de service un lieu de délégation de leur *sale boulot*. Si ce stigmate sert de repoussoir aux étudiants d'origines sociales aisées, il semble qu'il en soit de même pour les étudiants ayant dans leur parentèle un médecin.

« *La forte proportion des médecins [...] issus de familles de cadres et professions intellectuelles supérieures est sans doute due en partie à la forte propension des enfants de médecin à embrasser eux-mêmes [cette] profession* » (Breuil-Genier, Sicart, 2006 : 2).

Plus encore, si :

« *Lorsque les origines sociales se rapprochent des milieux populaires (professions intermédiaires, artisans et petits commerçants, employés et ouvriers), la présence de médecins dans l'entourage devient moins probable, [pour autant] sur 35 étudiants en médecine issus de ces catégories, 19 n'ont aucun médecin dans leur entourage* » (Hardy-Dubernet, Gadéa, 2005 : 106).

Dans la population générale des médecins, la proximité familiale avec la profession reste la norme, même pour la partie de cette population ayant une origine sociale populaire. Aucun de nos informateurs n'a de médecin dans sa parentèle (une minorité sont parents avec un soignant). Ceci permet, et c'est une hypothèse, d'avoir une acception du travail médical plus large, c'est-à-dire comme n'étant pas exclusivement tournée vers le guérir, que ceux ayant vécu dans un rapport de proximité à l'activité. D'après Anne-Chantal Hardy-Dubernet et Charles Gadéa, les héritiers reçoivent « *une injonction de réussir, comme les parents, si possible mieux, précisément à cause de l'exemple qu'ils ont sous les yeux et des privilèges dont ils bénéficient* » (ibid. : 101). Pour des enfants reproduisant la position médicale dominante de leur parentèle, la médecine palliative – lieu de réalisation d'une partie du « sale boulot » hospitalier – n'est pas le meilleur gage de leur réussite. Dès lors, une absence de socialisation familiale à la pratique médicale peut être vue comme déterminant la possibilité du choix de l'activité palliative.

Ce qui pousse les ETF comme les médecins en soins palliatifs à faire leur des activités dangereuses et dévalorisées, c'est l'existence, antérieure au choix de la profession, de la conviction qu'ils ne sont pas à la place sociale qu'ils devraient occuper. Cette conviction est ce qui va permettre aux professionnels d'avoir accès à des ressources permettant d'endurer sereinement leur difficile condition de travail.

Ainsi la virilité, mobilisée à travers la catégorie de courage, n'est pas une dimension masculine nécessaire pour devenir ETF : On devient courageux parce que la possibilité d'une trajectoire de contre-mobilité est à ce prix. Quand d'autres possibilités de mobilité sociale s'offrent à celui qui se destine à une carrière forestière, il n'est pas rare de le voire se réorienter (Schepens, 2007).

Nous ne réussissons pas à évaluer les effets de ces ressources sur la santé physique des bûcherons. *A priori*, ils semblent plutôt négatifs car ils exposent au risque. En revanche, ces ressources permettent de juguler une souffrance psychique et, dans ce cadre, est vecteur de mieux-être.

Il en va de même pour les médecins d'USP : accepter de pratiquer une médecine dévalorisée leur permet de vivre plus sereinement leur statut de transfuge social. C'est ce dernier statut qui rend acceptable un exercice médical non-dominant où l'on est incapable de guérir, où l'on réalise plus de care que de cure, ce qui rapproche l'activité médicale de l'activité paramédicale.

L'autonomie des professionnels dans l'organisation de leur activité reste très relative. Le travail ne peut être réalisé indépendamment de ce qu'Andrew Abbott nomme les auditoires, et plus spécifiquement des attentes des commanditaires ou des bénéficiaires des produits du travail. Cette interdépendance oblige – au sens de Marcel Mauss (1993) – les co-actants, ce qui peut entraîner une mise en jeu de la santé des entrepreneurs. Les dettes engagées ne peuvent être remises à plus tard sans qu'il soit fait la preuve de l'engagement au travail du forestier. Accepter cette mise en jeu permet de conserver son activité professionnelle, ce qui pour les ETF est absolument essentiel car cela permet de réduire le décalage social ressenti. Cette envie de se sentir à sa place fonctionne comme une ressource et permet de pratiquer des activités qui dans d'autres conditions sont fortement délétères psychiquement.

L'autonomie des professionnels s'exerce en revanche dans le choix des nouveaux entrants, choix réalisé en fonction de la capacité supposée des aspirants à résister aux conditions de travail. Ce n'est donc pas par hasard si des professions sont réservées à des populations particulières : il s'agit là d'une stratégie mise en place par les groupes professionnels pour ne transmettre l'activité (Jacques-Jouvenot, Veille-Marchiset, 2012) qu'à ceux qui sont définis comme susceptibles de l'exercer.

Bibliographie :

- Abbott Andrew, 1988, *The System of Professions*, Chicago, University Chicago Press.
- Abbott Andrew, 2003, « Ecologies liées : A propos du système des professions » dans Menger Pierre-Michel, *Les professions et leurs sociologies*, Paris, MSA : 29-50.
- Arborio Anne-Marie, 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13, 3 : 93-126.
- Bloy Géraldine, 2010, XXXXX dans Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- Bloy Géraldine, 2011, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 3 : 9-28.
- Bourdieu Pierre, 1984, *Homo academicus*, Paris, Editions de minuit.
- Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip, 2010, *L'injonction au professionnalisme*, Rennes, PUR.
- Breuil-Genier Pascale, Sicart Daniel, 2006, « L'origine sociale des professionnels de santé », *Etudes et résultats*, 496, DRESS.
- Bucher Rue, Strauss Anselm, 1992, « La dynamique des professions » dans Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan : 67-85.
- Chaland Karine, 2001, « Pour un usage sociologique de la double généalogie philosophique de l'individualisme », dans François de Singly, *Être soi d'un âge à l'autre. Famille et individualisation. Tome 2*, Paris, L'Harmattan : 31-43.

## Document de travail

- Daniel Christophe, 2001, « Les théories récentes du marché du travail : de la main invisible à la poignée de main (invisible) » dans Martine Azuelo et Marie-Claude Esposito, *Travail et emploi, l'expérience anglo-saxonne*, Paris, L'Harmattan : 13-28.
- Dejourn Christophe, Molinier Pascale, 1994, « De la peine au travail », *Autrement*, 142 : 138-151.
- Delbos Geneviève, Jorion Paul, 1984, *La transmission des savoirs*, Paris, MSH.
- Divay Sophie, 2013, *Soignantes dans un hôpital local*, Paris, ehesp.
- Dodier Nicolas, 1986, « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail », *Revue française de sociologie*, 27, 4 : 603-628.
- Dubar Claude, 2011, *La socialisation*, Paris, Armand Colin.
- Gadéa Charles, Hardy-Dubernet Anne-Chantal, 2005, « De « faire médecine » à « faire de la médecine », *Série études*, 58, DREES.
- Girod Roger, 1971, *Mobilité sociale : faits établis et problèmes ouverts*, Genève, Droz.
- Godbout Jacques T., 1994, « L'état d'endettement mutuel », *Revue du MAUSS*, 4 : 205-219.
- Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Le Roy Fabienne, 2006, « La discrimination élective. L'exemple du concours de 1<sup>ère</sup> année de médecine » dans Thierry Berthet, *Discrimination dans les mondes de l'éducation et de la formation*, Relief, 17, p. 25-34.
- Hardy Anne-Chantal, 2013, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Hughes Everett C, 2010, « Les honnêtes gens et le sale boulot », *Travailler*, 2, 24 : 21-34.
- Jacques-Jouvenot Dominique, 1997, *Choix du successeur et transmission patrimoniale*, Paris, L'Harmattan.
- Jacques-Jouvenot Dominique, Schepens Florent, 2007, « Transmettre et reprendre une entreprise : De l'homo economicus à l'homo memor », *Revue du MAUSS*, 1, 29 : 377-391.
- Jacques-Jouvenot Dominique, Veille Marchiset Gilles, 2012, *Socio-anthropologie de la transmission*, Paris, L'Harmattan.

## Document de travail

- Jaisson Marie, 2002 , « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherches en sciences sociales*, 143, 1 : 31-35.
- Lert France, 1996, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières », *Sciences sociales et santé*, 14, 3 : 103-114.
- Linhart Danièle, 2010, « Que fait le travail aux salariés ? Que font les salariés du travail ? » dans Linhart Danièle, *Pourquoi travaillons-nous ?*, Toulouse, érès : 7-33.
- Mauss Marcel, 1993, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- Pezé Marie, 2002, *Le deuxième corps*, Paris, La Dispute.
- Pinell Patick, 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1, 156-157 : 4-36.
- Polanyi Karl, 1983, *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris, Gallimard.
- Schepens Florent, 2007, *Hommes des bois ? Socio-anthropologie d'un groupe professionnel*, Paris, cths.
- Schepens Florent, 2008, « Monde professionnel et marché des travaux forestiers », *Revue française de sociologie*, 49, 2 : 351-378.
- Schepens Florent, 2013, « Se réaliser au mépris du corps », *Sociologies Pratiques*, 26, 1 : 57-69.
- Schweyer François-Xavier, 2010, « Démographie de la médecine générale » dans Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes : 55-74.
- Sicard Daniel, 2013, « Les médecins au premier janvier 2013 », *Série statistiques*, 179, DRESS.
- Stroobants Marcelle, 1993, *Savoir-faire et compétence au travail. Une sociologie de la fabrication des compétences*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles.
- Zarca Bernard, 1993, « L'héritage de l'indépendance professionnelle selon la lignée, le sexe et le rang dans la fratrie », *Population*, 2 : 275-306.

## Document de travail

- Zarca Bernard, 1994, « L'héritage de l'indépendance professionnelle : un ou plusieurs élus au sein de la fratrie ? », *Population*, 4 : 1015-1042.