



HAL
open science

Les valences fonctionnelles et dysfonctionnelles de la violence en milieu hospitalier. Cas d'un bloc opératoire en Centre Hospitalier Universitaire

Isabelle Teboul

► To cite this version:

Isabelle Teboul. Les valences fonctionnelles et dysfonctionnelles de la violence en milieu hospitalier. Cas d'un bloc opératoire en Centre Hospitalier Universitaire. Sciences de l'Homme et Société. Conservatoire national des arts et metiers - CNAM, 2023. Français. NNT: . tel-04589368

HAL Id: tel-04589368

<https://hal.science/tel-04589368>

Submitted on 27 May 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

présentée par : **Isabelle TEBOUL**
soutenue le : **05 octobre 2023**

pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université**
préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers**
Discipline : **Psychologie et Ergonomie**
Spécialité : **Psychologie du travail**

Les valences fonctionnelles et dysfonctionnelles de la violence en milieu hospitalier

Cas d'un bloc opératoire en Centre Hospitalier Universitaire

THÈSE dirigée par :
Mme Kostulski Katia, Professeure des Universités en psychologie, CNAM

Jury

M. Eric HAMRAOUI

Maitre de conférences HDR, CNAM

Mme Isabelle OLRÉ-Louis

Professeure des Universités en Psychologie, Paris Nanterre

M. Philippe SARNIN

Professeur des Universités émérite en psychologie du travail
et des organisations, Université de Lyon

Mme Emmanuelle ZOLELIO

Maitresse de conférences en Sociologie

Université Clermont-Auvergne

Mme Brigitte ALMUDEVER

Professeure des Universités en Psychologie sociale du travail
et des organisations, Université Toulouse-Jean Jaurès

M. Clément Corriol

Directeur des Ressources Humaines,
Groupe Hospitalier Nord, A.P.H.P.

Président du jury

Rapporteure

Rapporteur

Examinatrice

Examinatrice

Invité

À mes proches pour leur soutien indéfectible

Remerciements

Mes premiers remerciements sont adressés à l'ensemble des membres de mon jury pour avoir accepté de participer à la concrétisation de ce travail de thèse. La perspective de discuter avec eux du sujet qui m'a animé tout au long de l'écriture de cette thèse me réjouit d'avance.

Je remercie, par ailleurs, tout particulièrement Marie-Christine Kayal-Becq pour avoir soutenu ce projet dès notre première discussion. Je remercie également Clément Corriol pour avoir été un interlocuteur éclairé qui a suivi et soutenu notre démarche de recherche tout au long de l'intervention, malgré son changement de place institutionnelle. Je remercie également Emmanuelle Baillargeat, Loren Dergham, Manuela Cupit et Meriem Azzabi pour avoir été très soutenantes durant cette intervention, y avoir participé avec enthousiasme et pour avoir permis les nombreuses séances de travail avec leur équipe bien qu'elles aient rendues plus compliqué le planning de travail. Je remercie toute l'équipe d'IBO/IBODE pour avoir participé activement à ces séances. Isabelle, Sabrina, Candice, Marie, Audrey, Guillaume, Léa, Marie-Chantale, Natacha, Coraline, Mathilde M, Hélène, Véronique, Maryline, Julie, Caroline, Elodie, Valérie, Béatrice, Carl, Eléonore, Chloé, Arlette, Corinne, Madeleine, Anaïs, Mathilde G, Camille, Sacha, Johana. Un grand merci pour votre sincérité et votre confiance. Vos propos prennent ici un sens tout particulier et contribuent à éclairer le réel de votre activité. Merci à Olivier Duclaud et Sophie Lamy d'avoir contribué et soutenu cette démarche de terrain. Leur départ fut vivement regretté. Merci à Cécile Votat d'avoir pris le relais à la volée et avoir participé à la hauteur de ce qu'il était possible de faire. Merci aux IADE, Isabelle, Delphine, Marie-Paule, Patricia, Myriam, Séverine, Sylvie, qui ont contribué à faire la lumière sur leur activité et à avoir participé aux groupes de travail dans la mesure du possible. Merci aux aides-soignants, et plus particulièrement Benjamin et Kurmi, d'avoir participé activement aux discussions et avoir contribué aux changements organisationnels dans leur équipe et les avoir soutenus sur le terrain. Merci aux aides-soignantes et plus particulièrement Aurélie et Clélia d'avoir vivement participé et soutenu les groupes de travail au sein de leur équipe. Merci au conseil de bloc et plus particulièrement Carole Chahine et Diane Goéré d'avoir pris l'intervention en route et nous avoir ouvert les portes des réunions du bloc opératoire et de leurs nombreuses discussions passionnantes. Merci à Bérangère Deforge d'avoir soutenu l'intervention et nos objets de recherche. Merci à Myriam Chevillard d'avoir été d'un grand soutien. Merci à mon amie Mireille et mon collègue Dominique pour leur précieux soutien, nos riches discussions et, bien sûr, le temps qu'ils m'ont accordés pour relire ce travail et y apporter leur contribution. Enfin, merci à Katia Kostulski pour nos nombreuses conversations, et pour son accompagnement tout au long de ce projet, de ceux réalisés avant, et des nombreux autres à venir.

Résumé

Cette thèse porte sur les valences fonctionnelles et dysfonctionnelles de la violence au sein d'un bloc opératoire en Centre Hospitalier Universitaire de même que sur la fonction psychologique de cette violence, entendue dans son histoire et sa réalité actuelle. Ce travail a été élaboré dans le champ de la psychologie du travail et plus particulièrement dans le courant théorique et d'intervention de la clinique de l'activité (Clot 1995 ; 1999 ; 2008). Cette thèse a été réalisée à la suite d'une intervention-recherche de deux ans, conduite dans un bloc opératoire d'un hôpital parisien, à la suite d'une commande sur « les coopérations interprofessionnelles au sein du bloc opératoire », mises en difficulté.

Nous soutenons la thèse selon laquelle la violence verbale et comportementale, identifiée d'après Moïse, Meunier et Romain (2015), produite et utilisée par les chirurgiens dans le cadre de leur activité opératoire, aurait une fonction soutenance de leur activité et qu'elle leur permettrait d'assurer leurs fonctions sur les multiples champs qui sont les leurs (activité opératoire, activité d'enseignement aux internes, activités à l'extérieur de la salle) ainsi que de réguler les variations de leurs états émotionnels, durant le déroulé des interventions opératoires, générées par les multiples domaines que nous avons mentionnés et d'autres, relatifs au niveau organisationnel du travail. Par ailleurs, nous soutenons l'idée que l'usage de ces violences leur permet d'obtenir un niveau d'efficacité de travail élevé de la part des personnes de la salle assurant d'autres métiers (infirmière de bloc aux postes d'instrumentiste et de circulante, infirmier anesthésiste). Cependant, l'usage de ce mode opératoire dégrade les relations sociales de travail entre les métiers et contribue à abîmer les relations professionnelles entre les chirurgiens et les autres métiers de même que la perception des coopérations professionnelles qui conduisent à créer et à maintenir un milieu de travail dégradé.

La thèse s'appuie sur l'analyse du travail réel (Clot, 1995; 1999) des infirmières de bloc opératoire (IBO ou IBODE) avec lesquelles un imposant dispositif d'analyse de l'activité aura été conduit sur le terrain dans une perspective dialogique transformatrice des situations de travail (Kostulski, 2018; 2011), mais aussi sur l'analyse d'un cas unique : celle de la réalisation dialogique des échanges lors d'une intervention en chirurgie viscérale, filmée puis analysée aux plans des échanges verbaux réalisés et de la violence de ceux-là (Zolesio, 2009 ; 2013). Elle repose sur une conceptualisation de l'activité professionnelle, entre prescriptions, activité réelle et empêchements de toutes sortes, liés aux conditions de réalisation du travail dans ce bloc opératoire, dont nous pensons qu'il n'est pas une exception dans le travail hospitalier et chirurgical aujourd'hui.

La thèse conclue sur une possible valence fonctionnelle de la violence (une forme de violence utile ?) dans l'activité des chirurgiens, de même que sur les conséquences à vivre, au plan professionnel, cette violence par les autres personnels, en particulier les infirmiers et infirmières de bloc (IBO et IBODE). Cette situation vécue par les IBO et IBODE est largement bâtie sur les piliers historiques et culturels d'une « condition » telle que Le Guillant aura pu la développer au plan conceptuel (Le Guillant, 2010). Cette « condition » viendrait supplanter la perception

objective d'un savoir-faire de métier et d'une considération professionnalisante du métier d'infirmière de bloc pour les enfermer dans un traitement qui tend à effacer les frontières de ce métier et de la façon dont il se réalise. Cette « condition » tend à légitimer, et à justifier, l'usage de la violence à l'égard de ce métier de même qu'à le faire errer dans les strates d'un usage questionnable en matière d'efficacité et de santé, épuisant les collectifs.

Mots-clés : violence fonctionnelle ; dialogue ; bloc opératoire ; IBODE ; chirurgien ; milieu dégradé ; condition professionnelle ; clinique de l'activité ; cliniques du travail ; psychopathologie du travail

Résumé en langue anglaise

This thesis focuses on the functional and dysfunctional valences of violence within an operating theater in a University Hospital Center as well as on the psychological function of this violence, understood in its history and its current reality. This work was developed in the field of occupational psychology and more particularly in the theoretical current and intervention of the clinic of activity (Clot 1995; 1999; 2008). This thesis was carried out following a two-year research intervention, conducted in an operating theater of a Parisian hospital, following an order on "interprofessional cooperation within the operating theater", that was experiencing difficulties.

We support the thesis that verbal and behavioral violence, identified according to Moïse, Meunier and Romain (2015), produced and used by surgeons in the context of their operative activity, would have a supporting function of their activity and that it would allow them to carry out their functions in the multiple fields that are theirs (operative activity, teaching activity to interns, activities outside the room) as well as to regulate the variations in their emotional states during the course of the interventions operating generated by the multiple areas that we have mentioned and others related to the organizational level of work. In addition, we support the idea that the use of this violence allows them to obtain a high level of work efficiency from the people in the room performing other jobs (operating room nurse at the positions of instrumentalist and circulating nurse anesthetist). However, the use of this *modus operandi* deteriorates the social working relations between professions and contributes to damaging professional relations between surgeons and other professions as well as the perception of professional cooperation which leads to the creation and maintenance of an environment of degraded work.

The thesis is based on the analysis of the real work (Clot, 1995; 1999) of nurses in the operating room (IBO or IBODE) with which an imposing activity analysis plan will have been carried out in the field with a view to transformation of work situations (Kostulski, 2018; 2011), but also on the analysis of a unique case: that of the dialogical realization of exchanges during an intervention in visceral surgery, filmed then analyzed in terms of verbal exchanges achieved and their violence (Zolesio, 2009; 2013). It is based on a conceptualization of professional activity, between prescription, real activity, and impediments of all kinds, linked to the conditions of performance of work in this operating room, which we believe is not an exception in hospital work, and surgery today.

The thesis concludes on a possible functional valence of violence (a useful form of violence?) in the activity of surgeons, as well as on the professional consequences of experiencing this violence by other personnel, in particular nurses and block nurses (IBO and IBODE). This situation experienced by the IBOs and IBODEs is largely built on the historical and cultural pillars of a "condition" such as Le Guillant was able to develop it conceptually (Le Guillant, 2010). This "condition" would come to supplant the objective perception of professional know-how and a professionalizing consideration of the profession of block nurse to confine them to

a treatment which tends to erase the boundaries of this profession and of the way in which it comes true. This "condition" tends to legitimize and justify the use of violence regarding this profession as well as to make it wander in the strata of questionable use in terms of efficiency and health, exhausting the groups.

Keywords: functional violence; dialogue; operating room; IBODE; surgeon; degraded environment; professional condition; activity clinic; labor clinics; work psychopathology

Table des matières

| | |
|--|----|
| Remerciements | 3 |
| Résumé | 4 |
| Résumé en langue anglaise | 6 |
| Liste des figures | 12 |
| Liste des annexes..... | 13 |
| Introduction | 14 |
| Première partie : Contexte historico-culturel du milieu d'intervention | 19 |
| 1. Historique de l'évolution de l'hôpital public | 20 |
| 1.1. les successives politiques de gestion de l'hôpital..... | 21 |
| 1.2. Les transformations de l'hôpital public..... | 23 |
| 1.3. les impacts sur les blocs opératoires | 23 |
| 1.4. Le cas du bloc opératoire de l'hôpital parisien de l'intervention..... | 25 |
| 2. Les personnels des blocs opératoires | 29 |
| 2.1. Les chirurgiens - une origine tumultueuse, mais « sacrée »..... | 29 |
| 2.2. Les infirmières de bloc - une filiation pieuse..... | 30 |
| 2.3. Les anesthésistes-réanimateurs - une fonction déstabilisée | 33 |
| 2.4. Les infirmiers anesthésistes - les combattants de l'évolution | 36 |
| 2.5. Les aides-soignants brancardiers - des intermédiaires oubliés..... | 37 |
| 2.6. Les aides-soignantes en bionettoyage - les transfuges du <i>care</i> | 38 |
| Deuxième partie : L'intervention réalisée et émergence de la problématique | 40 |
| 3. Une frise temporelle pour mieux comprendre l'intervention..... | 41 |
| 3.1. Quatre frises temporelles qui détaillent les événements clefs de l'intervention | 41 |
| 4. Cadre théorique et méthodologique de l'intervention réalisée..... | 45 |
| 4.1. La clinique de l'activité : champs de pratique, corpus théorique et épistémologie des rapports action/connaissance..... | 45 |
| 4.2. Une méthodologie d'action pour transformer les situations de travail | 46 |
| 4.3. Notre instrument principal d'action : le dialogue entre les professionnels | 46 |
| 4.4. Une approche singulière de l'activité en tant que mouvement « dirigé » | 48 |
| 4.5. La part « invisible » de l'activité | 48 |
| 4.6. Une théorisation des affects et des mouvements affectifs..... | 49 |
| 4.7. Les outils de l'intervention de terrain et l'articulation du dispositif de terrain..... | 50 |
| 5. Un documentaire et un suicide point de départ d'une commande « difficile à dire » | 52 |
| 5.1. Une double rencontre à l'origine du projet d'intervention..... | 53 |
| 5.2. Une commission d'enquête suivant le suicide d'une infirmière de bloc et un rapport accablant l'encadrement..... | 53 |
| 5.3. Une contractualisation qui prendra 2 ans à se concrétiser | 53 |
| 5.4. Une commande qui ne pourra pas se détacher des éléments évidents du terrain..... | 54 |
| 5.5. Des commanditaires multiples, engagés, mais faisant preuve de précaution..... | 55 |
| 6. L'intervention réalisée au sein du bloc opératoire de l'hôpital parisien | 57 |

| | | |
|--|--|-----|
| 6.1. | Une intervention qui démarre par un confinement et une réquisition des hôpitaux pour urgence sanitaire..... | 58 |
| 6.2. | Des groupes d'analyse de l'activité conduits au sein des 2 équipes paramédicales | 59 |
| 6.2.1. | Le travail avec les IADE | 59 |
| 6.2.2. | Le travail avec les IBODE | 60 |
| 6.3. | Le travail avec les aides-soignants brancardiers internes..... | 61 |
| 6.4. | Le travail avec les aides-soignantes de bionettoyage..... | 62 |
| 6.5. | Le travail avec l'encadrement IBODE et IADE..... | 63 |
| 6.5.1. | Le travail avec les cadres IBODE | 63 |
| 6.5.2. | Le travail avec les cadres IADE..... | 65 |
| 6.5.3. | Le travail avec les cadres IBODE et IADE..... | 65 |
| 6.6. | Des tentatives variées pour réaliser des groupes d'analyse avec les médecins (anesthésistes et chirurgiens)..... | 66 |
| 6.6.1. | Une approche groupale des anesthésistes..... | 66 |
| 6.6.2. | Une approche très parcellaire de l'activité des chirurgiens..... | 68 |
| 6.7. | Des observations en salle d'opération fondatrices pour la construction de la problématique : l'omniprésence de la violence en salle..... | 70 |
| 7. | La violence, un élément permanent de l'ensemble de l'intervention : émergence de l'objet de recherche..... | 72 |
| 7.1. | Une intervention « colorée » de violence | 73 |
| 7.2. | Problématisation de la violence et hypothèses | 74 |
| Troisième partie : Quelles ressources théoriques pouvons-nous mobiliser pour comprendre ces mécanismes de violence ? | | 76 |
| 8. | Analyse structurelle et sources de la violence..... | 77 |
| 8.1. | Définir le concept de violence..... | 77 |
| 8.1.1. | Définition du mot violence..... | 77 |
| 8.1.2. | Quelques exemples de forme de violence | 79 |
| 8.1.3. | La violence et la santé. | 80 |
| 8.1.4. | La violence au travail | 82 |
| 8.1.5. | Les mécanismes de régulation de la violence | 85 |
| 8.1.6. | La violence comme stigmate d'une idéologie défensive de métier | 86 |
| 8.1.7. | La violence verbale | 87 |
| 8.1.8. | Synthèse | 91 |
| 8.2. | Apports théoriques sur les dynamiques psychologiques et psychopathologiques de la violence | 92 |
| 8.2.1. | Des théories identifiant la violence comme un corolaire secondaire du fonctionnement plus global de l'individu..... | 93 |
| 8.2.2. | Synthèse | 100 |
| 9. | La violence dans les métiers du soin..... | 102 |
| 9.1. | Le travail modifié, élément oublié des restructurations hospitalières, génère une violence organisationnelle..... | 102 |
| 9.2. | La profession de chirurgien - la violence omniprésente tout au long de la vie professionnelle | 106 |
| 9.2.1. | Une formation dans une violence passive | 106 |
| 9.2.2. | Un positionnement de supériorité absolue | 108 |
| 9.2.3. | Le « mauvais caractère » des chirurgiens | 109 |
| 9.2.4. | Un apprentissage « à la dure »..... | 110 |

| | | |
|--|---|-----|
| 9.2.5. | La répression des corps | 112 |
| 9.2.6. | Le rapport à la mort des chirurgiens..... | 113 |
| 9.2.7. | Un métier basé sur un conflit envers le féminin ? | 114 |
| 9.2.8. | L'agressivité dans les interactions professionnelles..... | 115 |
| 9.2.9. | Combattre « à tout prix » les émotions | 116 |
| 9.2.10. | Synthèse | 119 |
| 9.3. | Les infirmières : posture de victime ou coupable idéal ? | 120 |
| 9.3.1. | Le masochisme infirmier est-il un masochisme générique ?..... | 120 |
| 9.3.2. | Un témoignage pour éclairer la condition du métier..... | 124 |
| 10. | La clinique de l'activité pour se dégager d'une vision monolithique de la violence . | 130 |
| 10.1. | Faire clinique sur l'activité..... | 130 |
| 10.1.1. | L'activité comme point de départ..... | 130 |
| 10.1.2. | L'activité comme conflit entre des possibles de l'action | 130 |
| 10.1.3. | Les affects comme ressource..... | 131 |
| 10.1.4. | Les émotions, source du guet | 132 |
| 10.1.5. | Synthèse | 133 |
| 11. | En conclusion : une violence fonctionnelle et historico-sociale ?..... | 135 |
| 11.1. | Thèse et perspectives d'analyse clinique | 135 |
| Quatrième partie : Analyses des éléments cliniques issus du terrain..... | | 137 |
| 12. | Analyse clinique de la violence au quotidien..... | 138 |
| 12.1. | Exposé des sujets provenant des groupes de travail avec les IBO/IBODE : une démarche d'analyse pour comprendre la réalisation des violences du quotidien | 138 |
| 12.1.1. | Les relations avec l'encadrement | 138 |
| 12.1.2. | La polyvalence et la répartition en salle..... | 142 |
| 12.1.3. | Le problème des caddies | 148 |
| 12.1.4. | Le matériel en provenance de la stérilisation | 149 |
| 12.1.5. | Une dynamique conflictuelle permanente avec les IADE | 150 |
| 12.2. | Comprendre la problématique qui se joue entre les IBO/IBODE et les chirurgiens : la violence comme élément incontournable de cet environnement de travail - Le point de vue des IBO/IBODE | 152 |
| 12.2.1. | La drôle de dynamique de l'activité opératoire en salle..... | 152 |
| 12.3. | Éléments cliniques mettant en exergue des manifestations de violence dans l'activité de travail des chirurgiens. Le regard posé par les IBO/IBODE sur les chirurgiens et leur activité..... | 163 |
| 12.3.1. | La violence en salle d'opération : un dégagement inévitable de l'activité ?.. | 163 |
| 13. | Analyse d'un film réalisé en salle d'opération : la réalisation de la violence lors d'une intervention chirurgicale en spécialisation de chirurgie viscérale | 172 |
| 13.1. | Méthodologie d'analyse retenue | 172 |
| 13.2. | Analyse du film : caractérisation des mouvements violents et de leurs objets .. | 175 |
| 13.2.1. | Description de la situation et éléments préalables | 175 |
| 13.2.2. | Interactions avec les étudiants en chirurgie..... | 176 |
| 13.2.3. | Interactions avec les infirmières de bloc | 181 |
| 13.2.4. | Interactions avec les infirmiers d'anesthésie..... | 192 |
| 13.2.5. | Conclusion..... | 202 |
| 13.3. | Analyse des formes et fonctions des violences adressées : tableau | 203 |
| 13.3.1. | Une violence dans la forme et dans le fond | 203 |
| 13.3.2. | Une violence qui s'indexe aux mouvements affectifs du chirurgien | 204 |

| | | |
|---|--|-----|
| 13.3.3. | Une violence qui sert de moyen d'action | 205 |
| 13.3.4. | Un usage de la violence qui suit un mode opératoire gaussien | 206 |
| 13.3.5. | Conclusion : une violence utilisée comme un langage | 207 |
| Cinquième partie : Discussion D'une forme de violence « utile » à celle d'une condition sociale subie ? | | 209 |
| 14. | Le travail des IBODE dans la violence d'une condition : hypothèse ou illusion ? ... | 210 |
| 14.1. | Les caractéristiques du métier d'IBO/IBODE dans ce bloc opératoire | 211 |
| 14.1.1. | Les relations avec leurs cadres selon les IBO/IBODE | 212 |
| 14.1.2. | Le niveau de l'organisation du travail | 212 |
| 14.1.3. | Dans les relations avec les chirurgiens | 214 |
| 14.1.4. | Synthèse et conclusion | 216 |
| 14.2. | La condition des « Bonnes à tout faire » de Le Guillant | 216 |
| 14.2.1. | Un sujet qui s'origine dans la psychopathologie clinique | 216 |
| 14.2.2. | Domination et servitude : les dimensions de la condition humaine | 217 |
| 14.2.3. | Discrimination, ressentiment, condition | 218 |
| 14.2.4. | Aliénation, néantisation, humiliation, dépendance et soumission | 219 |
| 14.2.5. | Un processus psychopathologique découlant de leur condition | 220 |
| 14.2.6. | Un rapport particulier à leurs employeurs | 220 |
| 14.2.7. | Description du processus psychologique | 221 |
| 14.2.8. | Trois caractéristiques décrivant la condition des bonnes à tout faire | 223 |
| 14.3. | Peut-on parler d'une condition concernant le travail des IBO/IBODE ? | 224 |
| 14.3.1. | Un métier qui place les infirmières dans une position de dominée | 224 |
| 14.3.2. | Un métier dont le contenu est renié | 225 |
| 14.3.3. | La déception et le ressentiment : des personnes affectées | 226 |
| 14.3.4. | Un métier qui peut être considéré comme une « condition » | 227 |
| 14.3.5. | Travailler dans « l'envers du décor » | 228 |
| 14.3.6. | Un processus identique fait d'isolement et de dépendance | 229 |
| 14.3.7. | Inexistence, dépersonnalisation et amour | 231 |
| 14.3.8. | Domination et servitude, mais avec le travail au cœur du sujet | 232 |
| 14.4. | Une voie de dégagement possible par le travail | 233 |
| 14.4.1. | Le cas des caddies comme possibilité de réappropriation du métier | 233 |
| 14.4.2. | Développer la posture des cadres pour améliorer le travail d'équipe | 235 |
| 14.4.3. | Instituer la question des critères de qualité du travail | 236 |
| 14.4.4. | Un genre professionnel qui manque de répondant ? | 237 |
| 15. | La violence comme caractéristique fonctionnelle du métier | 240 |
| 15.1. | Une violence endémique et empirique | 240 |
| 15.2. | Conclusion : dimensions et portée de la violence endémique et empirique | 243 |
| 15.3. | Une violence provenant de la rencontre avec l'imprévu de l'activité | 244 |
| 15.4. | Conclusion : une violence fonctionnelle sur l'activité du chirurgien et celle des autres métiers | 246 |
| Conclusion | | 247 |
| Bibliographie | | 252 |
| Glossaire | | 265 |
| Annexes | | 266 |

Liste des figures

Figure 1 : Conceptualisation de l'activité dirigée (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) Page 60

Liste des annexes

Annexe 1 – Frises temporelles des événements clefs de l'intervention

Annexe 2 – Retranscription intégrale du film de chirurgie viscérale

Annexe 3 – Tableau d'analyse des séquences violentes du chirurgien

Annexe 4 – Plan du bloc opératoire de l'hôpital concerné par l'intervention

Introduction

La violence accompagne les sociétés humaines depuis leur origine. Elle s'exprime actuellement sous des formes sociales désignées de diverses façons que nous appréhendons comme des maux croissants de nos sociétés modernes. L'actualité nous montre l'omniprésence de cette violence sociale avec les récents mouvements sociaux, des émeutes urbaines, des éclats envers des cibles variées, des agressions envers des personnes vulnérables. Cette violence se manifeste en particulier dans le monde du travail et en tant que cliniciennes du travail, nous y sommes fréquemment confrontées. Si l'on peut constater à partir de l'expérience de terrain, dont cette thèse fait l'objet, une violence sociale, celle-ci s'inscrit toujours dans des actes élémentaires, qui ont, à bien les regarder, une logique propre inscrite dans la rationalité des sujets. Le rapport entre les deux formes de violence n'est finalement pas évident à faire. Deux points de vue s'opposent. Celui d'une violence sociale créatrice de violence des individus et celui pour qui la violence individuelle crée la violence sociale. C'est ce rapport que nous allons tenter d'explorer dans cette thèse à partir d'une expérience de terrain où la violence était prépondérante.

Au fil de l'écriture de cette thèse et des analyses dans lesquelles nous élaborions des moyens de comprendre quels étaient les modes de fonctionnement de cette violence (nous utiliserons le terme au singulier pour simplifier l'écriture) dans le milieu donné, de même que sa portée, sa fonction, les formes qu'elle pouvait incarner, nous avons progressivement émis l'hypothèse d'une « nécessaire » présence de cette violence à des fins de réalisation de l'activité de travail. Nous partions du constat que cette violence avait toujours fait partie de ce milieu de travail qu'était ce bloc opératoire. Nos échanges avec les professionnels du terrain et les auteurs ayant eux-mêmes étudié des terrains professionnels similaires nous permettaient de comprendre que cette violence n'était pas le simple fait de ce bloc opératoire précis. Il nous fallait donc, pour en faire un objet de thèse digne de la scientificité qui qualifie ce travail de recherche, que nous poussions nos analyses au-delà des évidences que nous avons pu glaner durant notre présence sur le terrain. Par ailleurs et sans grande surprise, cette violence semblait présente dans la réalisation de l'activité de certains métiers, tout en ayant des effets extrêmement préjudiciables sur les personnes qui en étaient les destinataires. Nous avons donc décidé d'étudier toutes les dimensions, ainsi que les fonctions et la nature de l'usage de la violence dans l'exercice du travail au sein d'un bloc opératoire, en prenant deux métiers principaux que sont le travail de chirurgien et celui des infirmières de bloc diplômées d'État ou non.

Dans cette perspective, nous avons nommé cette thèse « valences fonctionnelles et dysfonctionnelles de la violence en milieu hospitalier ». D'après le dictionnaire de la langue française en ligne (La langue française, s.d.), la valence est une « valeur numérique exprimant, le nombre d'atomes d'hydrogène avec lesquels un élément ou un radical peut **se combiner** (valence négative) ou le nombre d'atomes d'hydrogène qu'un élément ou un radical peut **déplacer** (valence positive) ». Ce terme prend là une dimension qui nous paraît représenter de manière précise la démarche que nous souhaitons soutenir dans ce travail à savoir identifier les déplacements « positifs » présents au sein des coopérations professionnelles de même que celles qui se seront « combinées » et qui prendront de ce fait une valence « négative ». Dans cette recherche, notre intérêt se portera sur l'étude des effets de la violence qu'elle s'illustre dans une valence négative ou une valence positive. Précisons très clairement que notre propos ne s'articule pas autour du fait de qualifier comme « positive » un type de violence parce qu'elle s'avère utile à un métier, mais plutôt de regarder comment elle est « instrumentalisée » à des fins opérationnelles et comment les professionnels qui s'en servent articulent, lorsqu'il nous est possible de l'observer, des modes opératoires psychologiques précis qui leur permettent d'agir sur eux et sur les autres. De la même manière, nous n'avons pas la prétention de vouloir affirmer

qu'une violence serait « négative » comme un point de vue personnel construit sur la base, soit des témoignages des professionnels du terrain, ni en termes d'impacts en tout genre constatés sur les individus d'un même service. Nous avons pris le parti, dans ce travail, de présenter d'un côté les propos tenus par un groupe professionnel, celui des infirmières de bloc, et de l'autre, nous avons pour les besoins de notre analyse, utilisé un film tourné dans ce bloc opératoire qui montre une opération lors de laquelle un interne est en train d'être formé. Ces matériaux sont à prendre dans la subjectivité qui est la leur et ils ne comportent en rien d'éléments concernant notre éventuel avis sur la question.

Repartons du titre de notre thèse qui souhaite éclairer les valences fonctionnelles et dysfonctionnelles d'un phénomène observé qui est la violence dans un contexte professionnel. Dans le champ de la psychologie, Kurt Lewin (1890-1947) est le premier psychologue à avoir utilisé ce terme de valence, dans les années 1930, dans sa théorie du champ issue d'une *gestalt-théorie*. Précisons que pour Michelot (2016), Lewin est un des principaux inspirateurs de la psychosociologie, champ théorique particulièrement riche pour les psychologues du travail. Michelot (2016) ajoute, concernant Lewin, que « la théorie du champ qu'il élabore dans le prolongement de la psychologie de la forme le conduit progressivement à reconnaître le domaine de la psychologie sociale, à découvrir la dynamique des groupes et à poser les fondements de la recherche-action » (ibid., p.543). On peut voir dans cette courte description que les préoccupations de recherche de cet auteur sont proches des nôtres, bien que la théorie de l'activité en clinique de l'activité (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) soit centrale dans notre manière de regarder les processus groupaux et leurs dégagements. Nous pouvons faire le même constat lorsqu'il s'agit de conceptualiser nos recherches-interventions. Lewin est cependant le seul gestaltiste à s'intéresser à l'activité bien que d'autres thèmes, comme la motivation ou la volonté, démarquant son attachement à la psychologie comportementale, soient présents dans ses recherches.

Détaillons rapidement la théorie du champ de Lewin. L'activité est, selon Lewin, dotée d'un concept de tension. Si une activité s'interrompt avant d'atteindre son but, l'arrêt ne génère pas de suspension de « la disposition à l'activité » de l'individu qui reste comme suspendu face à la tâche inachevée. En revanche, lorsque l'individu accomplit son but et achève sa tâche, il expérimente une « détente de la tension ». Michelot (2016) précise que « l'achèvement de la tâche n'est pas l'achèvement objectif, il est ce que le sujet considère comme tel, son but dans la situation : c'est lorsque la distance au but n'est pas parcourue qu'il y a privilège de rappel. Nous dirons que l'intention d'atteindre un certain but correspond donc à une tension qui se relâche si le but est atteint » (ibid., p.547). La tension se révèle donc être une source d'énergie dotant l'individu d'une capacité à produire une action, en revanche, elle ne détermine pas le chemin qui sera pris par ce dernier. Lewin conceptualise ce qui va orienter les chemins pris par les individus par le terme de « force » et en cela préciser ce qui va déterminer le processus. Lewin ajoute que les processus d'activités sont caractérisés par une succession d'étape et non un processus continu. Dans une étude réalisée dans un atelier de textile auprès d'ouvrières, Lewin repère que les opératrices effectuent les mêmes tâches de manière diversifiée les unes des autres. Il conclut qu'il ne s'agit pas, contrairement aux thèses tayloriennes de l'époque, d'un défaut de conformité et qu'il n'y aurait pas qu'une unique et bonne manière de procéder. Au contraire, dans cette diversité de manière de faire, il observe que les ouvrières orientent leurs manières de faire en fonction de « la distribution des forces du champ » qui sont établis en fonction des buts spécifiques au champ concerné. Il y a donc diversité des possibles en fonction d'un même but et dans un même contexte. Pour Lewin, les forces dirigent la personne vers le but, qu'il qualifie « d'éventualité pourvue d'une valence positive (ou en direction opposée, d'une éventualité dotée de valence négative) » (Michelot, 2016, p.548). De même, « les forces

orientent vers une certaine région du champ (ou éloignent de telle autre) » (ibid.). Le but devient donc un choix parmi les « éventualités de vie du sujet » (ibid.). Les « régions » s'ordonnent aux processus par lesquels un individu se meut à l'égard d'un domaine d'éventualités. Les tensions qu'expérimentent les individus sont à comprendre comme des régions. De même, l'individu n'est pas une seule entité homogène, mais un ensemble de « régions » qui communiquent ensemble.

Nous pouvons retrouver dans les conceptualisations de Lewin des observations proches des acceptions qui sont les nôtres en clinique de l'activité, bien qu'elles s'illustrent selon un vocabulaire différent des théories de Lewin. Il s'agit dans le travail qui va suivre de garder à l'esprit la conceptualisation de Lewin que nous venons de présenter et qui nous paraît être une manière pertinente de concevoir l'activité des chirurgiens et des infirmières lorsqu'ils se trouvent dans une salle d'opération avec un patient à opérer sur la table.

Cette thèse commencera par un premier chapitre qui concernera le contexte historico-culturel du milieu d'intervention à savoir l'hôpital. Les politiques successives qui ont concerné les hôpitaux ont contribué à transformer le milieu hospitalier. Ces transformations ont inévitablement rejailli sur les métiers et la manière dont ils s'effectuent aujourd'hui. Nous avons par la suite réglé la focale sur les blocs opératoires, car notre étude porte sur ce milieu spécifique. Précisons que les observations en milieu hospitalier sont propres à chaque spécialité, car elles possèdent toutes des spécificités qui façonnent les métiers. Une infirmière en bloc opératoire ne fait pas le même métier qu'une infirmière en service d'urgence. Ce constat peut paraître évident, mais il ne fait pas partie des acceptions qui semblent motiver les décisions politiques et gestionnaires qui concernent le monde hospitalier. Nous poursuivons par une étude rapide de l'histoire des différents métiers qui peuplent les blocs opératoires parce que nous pensons que la façon dont les professionnels travaillent est émaillée des traces de l'histoire des métiers. Ce terrain ne fera pas exception à cette règle sur ce point.

Une deuxième partie se construira sur le récit détaillé de l'intervention et le cadre méthodologique de l'intervention. Un premier chapitre reprendra les étapes clefs de l'intervention à travers quatre frises regroupant les deux années qui ont précédé l'intervention ainsi que les trois années qui l'ont construite. Un deuxième chapitre détaillera les concepts essentiels à savoir sur le champ d'action et de connaissance qui compose le courant auquel nous appartenons qui n'est autre que la clinique de l'activité en psychologie du travail. Un troisième chapitre fera le récit de la genèse de cette intervention et des éléments qui ont constitué la commande de départ. Un quatrième chapitre détaillera le contenu même de l'intervention et la présentation des dispositifs cliniques à travers lesquels un travail de terrain s'est construit avec l'ensemble des professionnels du bloc opératoire. Ce chapitre se clôturera avec la construction de la problématique de la thèse.

La troisième partie concernera les ressources théoriques qui nous serviront d'étayage pour l'analyse clinique des matériaux de terrain. Un premier chapitre cherchera à définir la violence de façon générale puis les violences plus spécifiques comme celles qui touchent la santé ou le monde du travail plus globalement. Nous nous attarderons sur les mécanismes de régulation de la violence présents dans certains milieux professionnels de même que sur les versions paroxystiques de la violence comme celles que nous pouvons retrouver dans les idéologies défensives de métier. Enfin, ce chapitre s'achèvera avec un approfondissement d'une théorie construite sur la violence verbale. Nous poursuivrons par un chapitre dédié aux dynamiques psychologiques construites autour de la violence de même que ses versants psychopathologiques. Puis nous aborderons dans un autre chapitre la violence spécifique aux

métiers du soin. Nous approfondirons les dimensions de la violence présentes dans le métier de chirurgien, de sa formation à son exercice. Nous rendons compte, par la suite, à travers les écrits réalisés sur les infirmières, de différentes formes de violence auxquelles elles sont exposées dans l'exercice de leurs fonctions, du volet hiérarchique et organisationnel, au travail qu'elles font auprès des chirurgiens. Dans ce chapitre, le récit du parcours professionnel d'une infirmière étant devenue chercheuse s'avère fondamental pour comprendre qu'au-delà du métier, les infirmières sont maintenues, dès leurs études, dans un « traitement » qui revêt souvent des dimensions négatives dont il est difficile de comprendre le bien-fondé. Nous pouvons nous interroger sur la présence et l'exposition à la violence comme faisant partie de l'attirail de formation des infirmières. Cette partie théorique prendra fin avec un éclairage sur les conceptualisations de la clinique de l'activité afin d'établir de quelles manières ces ressources théoriques peuvent être mobilisées pour comprendre et agir sur la violence dans les milieux de travail. Nous terminerons par les éléments principaux de la thèse et sa formalisation concrète.

La quatrième partie permettra d'aborder les analyses cliniques réalisées sur le terrain lors de l'intervention. Un premier chapitre portera sur l'analyse clinique des groupes de travail réalisés avec les infirmières de bloc. Après la présentation des théories mobilisées pour ces analyses, à savoir la théorie de l'activité dirigée issue de la clinique de l'activité (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) et l'analyse de la violence verbale (Moïse, Meunier et Romain, 2015), nous présenterons la réalisation des violences au quotidien auxquelles sont exposés les infirmières, de même que les éléments qui constituent les fondements de ce qui nous semble relever d'une « condition » d'infirmière, statut dépassant largement le périmètre du métier dont découle également une forte violence de sources variées. Puis, nous nous attarderons sur l'analyse d'un cas spécifique ayant donné lieu à un film réalisé en salle de chirurgie. Ce film et ces analyses nous donneront accès à un exemple de réalisation de la violence dans le cadre de l'activité de chirurgie viscérale. Nous démarrons ce chapitre par une analyse visant la caractérisation des mouvements violents et de leurs objets en fonction des différents destinataires. Nous poursuivrons par une étude des formes et fonctions des violences adressées à travers un tableau synthétisant les plus forts éclats de violence de la part du chirurgien présent dans le film.

Dans une cinquième partie, nous aurons les éléments nécessaires pour procéder à une synthèse des matériaux cliniques et à une discussion autour de ces éléments. Deux grandes questions seront traitées : celle d'une « condition » des infirmières déclinée sur le modèle élaboré par Le Guillant (2010) en son temps ; de même nous approfondirons la question d'une violence « fonctionnelle » au sein de l'activité de travail réalisée dans ce bloc opératoire. Le sujet sous-jacent à cette dernière question porte indubitablement sur les liens qui se tissent entre l'usage de la violence en milieu de travail, la manière dont elle dégrade ces milieux, et l'effet retour qu'elle produit par l'exacerbation constante et traumatique de la violence en milieu de travail.

Première partie : Contexte historico-culturel du milieu d'intervention

1. Historique de l'évolution de l'hôpital public

Dans notre champ épistémologique, la clinique de l'activité, l'approche historico-développementale des milieux dans lesquels nous intervenons s'avère cruciale pour la compréhension des situations de travail dans laquelle se trouvent les personnes avec lesquelles nous conduisons des groupes d'analyse de l'activité (Clot, 2008). Comprendre le milieu dans lequel elles exercent notamment à travers l'histoire du milieu et des métiers sera indissociable des analyses des situations de travail décrites par les personnes, spécifiquement parce que ces « histoires » vont se retrouver dans la manière dont les gens réalisent le métier.

L'ambition de ces quelques chapitres n'est pas de dépeindre exhaustivement l'évolution entière de l'hôpital public de sa création à nos jours, mais bien de spécifier les étapes marquantes qui conduisent à l'établissement du système hospitalier tel que nous le connaissons aujourd'hui. Nous verrons qu'au fil de son avancée, la transformation de l'hôpital, ainsi que celle des métiers qui assurent le fonctionnement des blocs opératoires, aide à comprendre les raisons de la présence de formes de violence dans l'hôpital aussi bien dans ces strates organisationnelles que dans les genres professionnels. En clinique de l'activité (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008), le genre professionnel désigne « la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluation présupposée, sans qu'il soit nécessaire de spécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente. C'est comme un « mot de passe » connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel » (Clot & Faïta, 2000, p.11)

À l'origine de la création des hôpitaux au Moyen Âge se trouvait l'hébergement des pauvres, non le traitement des malades, orchestré par l'Église. Il faudra attendre la moitié du XIXe siècle pour que la mission de l'hôpital ne devienne que médicale. Une loi dite « d'assistance publique » posera en 1851 les fondations du service public hospitalier actuel qui édicte que toute personne tombant malade devra se voir accueillie à l'hôpital sans condition de domiciliation ni de ressources. Il faudra attendre 1941 pour qu'une loi ordonne que soit ouvert à toute la population l'accès aux soins moyennant un prix à la journée d'hospitalisation.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) seront créés grâce à la « réforme Debré » en 1958 arborant une réforme de l'enseignement médical ainsi que le développement de la recherche médicale. Le prestige d'une partie du personnel médical de ces CHU était lié au partage de leur temps entre les soins, l'enseignement et la recherche. La course à « l'excellence médicale » était lancée et la prise en charge des pauvres deviendrait progressivement secondaire bien que non négligée, mais lorsqu'ils sont malades uniquement et non pour assurer leur recueil et leur hébergement. En 1970 sera créé le service public hospitalier signant par-là l'intervention quasi exclusive de l'État dans l'organisation des hôpitaux.

La loi de « réforme hospitalière » de 1991 posera très clairement les « missions de service public des hôpitaux » avec l'idée qu'une continuité des soins devait pouvoir être garantie en plus de l'enseignement universitaire, la recherche médicale, la formation des praticiens hospitaliers et non hospitaliers et le personnel paramédical. Les soins sont déclarés ouverts à toutes personnes le nécessitant, de jour comme de nuit, sans aucune forme de discrimination possible (CNLE, 2009). Cependant et malgré ces objectifs de maintien de l'activité en continu, de grandes réformes visant à la réduction des dépenses ainsi qu'à la rationalisation des soins ont été mises

en place dès les années 1980, démarrant un long cycle d'impact sur les pratiques professionnelles des personnels de santé. Plusieurs tentatives de financement des actes de santé vont être tentées pour aboutir en 2004 à la Tarification à l'Activité dans le cadre du « Plan Hôpital 2007 » (CNLE, 2009).

1.1. les successives politiques de gestion de l'hôpital

Les tentatives successives de plan hospitalier se sont construites avec l'ambition de réduire les dépenses que ces activités engendraient sans pour autant y arriver pour des raisons dans lesquelles nous nous garderons bien de rentrer. De toutes, la T2A ou tarification à l'activité est probablement celle qui a le plus impacté les pratiques professionnelles et surtout la façon dont les patients sont soignés. La T2A continue aujourd'hui d'avoir des retentissements sur les prises en charge médicales et nous aurons l'occasion de voir qu'au bloc opératoire de l'hôpital parisien où nous sommes intervenues, elle agit sur les comportements et les pratiques chirurgicales (CNLE, 2009).

Pour en expliquer rapidement le contenu, cette réforme renverse totalement le mode de financement des hôpitaux qui étaient jusqu'alors « remboursés » des dépenses de l'année précédente. La T2A, elle, mettra en place une tarification à l'activité où chaque acte de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique sera classifié et générera un coût fixe, quel que soit le contenu de la prise en charge. Un acte sera égal à un prix fixe qui sera déterminé chaque année par le ministère de la Santé. Ce tournant gestionnaire transformera fondamentalement les hôpitaux en entreprise, proposant des services et prestations hospitalières qui généreront des gains ou des pertes d'exploitation. Les gains permettront de nouveaux investissements et les pertes des débits comptables. Cette méthode de gestion aura le mérite de faire sortir la tête de l'eau aux petits hôpitaux, privés et publics ; en revanche, elle instaurera un rythme soutenu et une transformation du rapport aux patients dans les grands hôpitaux, habitués à construire leurs pratiques autour d'une prise en charge médicale spécifique et individualisée de ce dernier. Mentionnons également le fait que les infirmières et les aides-soignantes, soumises aux mêmes transformations des pratiques, ne pourront progressivement plus accorder du temps à la relation-malade, cœur des pratiques et sources de motivation essentielle de la profession (Perrault Soliveres, 2010).

L'heure est donc à la « responsabilisation » des directions d'hôpitaux, mais surtout des médecins, afin de les conduire à prendre en compte les coûts de leurs actions et à orchestrer efficacement une réduction de leurs dépenses. Rappelons qu'une dépense dans ce cas équivaut à la prise en charge médicale d'un patient. Dans ce nouveau contexte, les dépenses réalisées qui dépasseront le forfait fixé par le ministère ne seront pas remboursées. Les séjours à rallonge ou la multiplication des actes seront directement visés. Les bilans comptables des hôpitaux seront scrutés afin d'identifier les « zones de sous-productivité » (Moisdon, 2013) ou les actes jugés évitables.

En résulte, outre une concurrence active entre les établissements de santé, une évaluation du potentiel financier d'une action médicale qui conduira Agnès Buzyn à dire, alors médecin-hématologue, « je me souviens que le premier jour de mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital Necker, la directrice de l'établissement nous avait expliqué que soigner des enfants atteints de leucémie, ce n'était pas rentable, cependant, opérer des prostatites, si ! ». Ou à André Grimaldi de dire « il vaut mieux amputer un diabétique que prévenir l'amputation, c'est beaucoup plus rentable » (Chocron, 2022). Jean-François Mattei, à l'origine de cette réforme,

reconnait depuis que cette réforme n'était pas adaptée aux maladies chroniques, qui représentent actuellement la part la plus importante des dépenses de santé, mais c'est un autre sujet (Chocron, 2022). En 2008, Roseline Bachelot poursuit la philosophie de la démarche de la T2A en mettant en place la loi Hôpital, Santé et Territoires (dite loi HPST).

Cette loi votée en 2009 a plusieurs volets qui ont l'ambition de poursuivre la modernisation du système de santé. Elle fait, d'une part, naître les A.R.S. (Agences Régionales de Santé) qui regroupent les moyens financiers de l'État et ceux de l'assurance maladie pour articuler une coordination des politiques de santé territoriale entre les hôpitaux, la médecine de ville, la santé publique et la prévention. Rétrospectivement, nous pouvons attester du fait que cette coordination n'a pas été et n'est toujours pas optimale (Chocron, 2022).

D'autre part, elle renforce le rôle et le pouvoir du chef d'établissement hospitalier et instaure l'avènement des « communautés hospitalières de territoire » avec une perspective de mise en commun des moyens de plusieurs établissements. Ces communautés ne pourront se constituer que sur la base du volontariat, ce qui explique très probablement le résultat très relatif de cette mesure. Notons que le Sénat a modifié ce texte pour renforcer le pouvoir des médecins, confrontés à une lente destitution, grâce à la création d'une commission médicale d'établissement dans laquelle un médecin, élu par ses pairs, aura la possibilité de participer, avec la direction de l'hôpital, à la « politique médicale de l'établissement » et non plus de la recevoir unilatéralement en aval des décisions prises (Chocron, 2022).

Par ailleurs, la rémunération des praticiens est modifiée pour y adjoindre une part variable en fonction de l'intensité de leur activité. La logique de l'hôpital qui se transforme en entreprise est dénoncée par de nombreux commentateurs (Grimaldi, 2013). La notion de service hospitalier devient de plus en plus difficile à tenir puisqu'elle disparaît au profit d'une concurrence de marché (notamment entre le public et le privé), la rendant, de ce fait, soumise à un rythme « industriel » qui s'incarne par la mise en place d'objectifs chiffrés et des dispositifs de mesure de la performance des actes réalisés.

Une nouvelle aire émerge définitivement amenant dans son sillon un nouveau mode de management intitulé le New Public Management. Ce terme, inventé par Osborne et Gaebler (1993), s'inspire du courant néolibéral et décrit, au travers de mesures précises, comment étendre les règles de fonctionnement managérial du secteur privé au secteur public. Contrôle des coûts, transparence financière ou indicateurs de performance pour ne citer que ces critères, toutes les normes de fonctionnement du secteur privé sont utilisées afin d'optimiser cette vieille institution qu'est l'hôpital qui ne fait que dépenser sans compter ! Le patient et sa maladie disparaissent totalement des esprits pour ne laisser place qu'à l'efficacité et la rentabilité. Telle une véritable doctrine, le New Public Management promet de garantir la pérennité de l'accès aux soins pour tous, de même que sa qualité, mais ne se prononce pas sur la façon dont les professionnels de santé vont pouvoir tenir ces engagements, base de leur engagement professionnel et vocationnel. D'après Ferguene (2014), une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) antérieure à la mise en place de cette réforme, aurait mis en lumière que le système d'organisation d'alors générerait « des charges de travail trop lourdes, une organisation inefficace du travail et une répartition peu rationnelle du temps de travail entre fonctions d'administration et fonctions de soin. Qui plus est en raison de ses exigences en termes de rythme, ce système hospitalier serait source de stress au travail pour les infirmières et les aides-soignantes, souvent surmenées et manquant de temps pour effectuer correctement leurs tâches » (Ferguene, 2014, p.7). Ce constat et ces descriptions pourraient tout à fait provenir d'un rapport actuel. Autrement dit, les effets délétères des

conditions de travail du personnel soignant non médical sont les mêmes aujourd'hui qu'hier à la différence qu'aujourd'hui les vocations ne parviennent plus à retenir les individus dans ces métiers. L'analyse et le bilan qu'en dresse Ferguene, cinq ans après l'application de cette réforme, révèlent que les désordres du système précédent, à savoir une surcharge de travail et une répartition peu harmonieuse entre les catégories de tâches, se sont accrus et qu'à ceux-ci se rajoute une perte d'efficacité imputée à la non-adhésion du personnel soignant.

1.2. Les transformations de l'hôpital public

Les différentes réformes hospitalières, ayant pour objectif principal la maîtrise et surtout la réduction des dépenses de santé publique, ont surtout eu pour conséquence majeure de transformer les caractéristiques du patient. On pourrait penser que ce dernier s'est transformé en « client ». Or, si dans certaines situations, un patient peut avoir l'aisance et la latitude de se comporter à l'égard de « son expérience consommateur » hospitalière (Bathelot, 2021) comme un client, dans la majorité des cas, lorsque la maladie frappe, il ne va pas pouvoir avoir le « luxe » de se ressentir comme un consommateur qui parcourt les rayons d'un magasin. Du côté des soignants, le constat est le même. Un patient devenu « client » ne modifie pas la manière de le prendre en charge. En revanche, si les conditions dans lesquelles les médecins doivent prendre en charge ce patient-client ordonnent une transformation de la qualité du travail que l'on réalise pour lui et sur lui, alors des dimensions fondamentales et essentielles de l'activité des soignants, médicaux et non médicaux, viennent à se fissurer et avec cela, les fondements de ce qui attache les professionnels à leur métier et à l'institution hospitalière.

Lepront (2019) tisse une description subtile de l'évolution de ces réformes sur le personnel hospitalier à travers le monde et révèle qu'aux États-Unis, Dworkin (2000) décrit les soins comme de simples marchandises régies par les lois du marché de l'offre et de la demande. Ce dernier compare les hôpitaux à des centres commerciaux dans lesquels le but ultime est de garantir une réussite de « l'expérience consommateur », la rendant agréable et sans crainte à l'égard des soins. La conséquence la plus lourde pour Dworkin (2000) se fait sentir sur les médecins décrits comme « déconcertés », se vivant comme de simples « ouvriers » voués à se transformer eux-mêmes en gestionnaire, dépourvus de leurs compétences médicales. Dworkin (2000, cité par Lepront (2019) y voit là le « déclin de la profession » (Dworkin, 2000, p.3). Précisons qu'aux États-Unis, les hôpitaux sont des institutions majoritairement privées et que le système d'assurance maladie « à la Française » n'existe pas. Deux différences majeures impliquant des conséquences très importantes sur l'accès aux soins. Lepront (2019) indique qu'en France, l'ensemble de ces réformes conduisent le chirurgien Laurent Sedel (2009) à y voir les raisons premières d'une crise du métier de chirurgien, qu'il intitule dans une tribune du Monde (2007) « la déprime du bistouri ». Lepront mentionne également les analyses de Sainsaulieu (2003) parlant plus généralement du « malaise des soignants », titre de son livre, dans lequel l'auteur dénonce un « productivisme » hospitalier incompatible avec la nature de leur activité.

1.3. les impacts sur les blocs opératoires

N'échappant pas à la mise en place de ces réformes, les blocs opératoires, services où les dépenses sont également très importantes, vont être directement impactés. Lepront (2019) explique que, plus que dans tout autre service de soins, la nature de l'activité chirurgicale peut être découpée en tâches standardisables, selon une conception taylorienne du travail. Elle va

même jusqu'à parler de « médecine industrielle » dans laquelle les notions de « coût-qualité-délais » doivent être des paramètres identifiés et quantifiés afin d'être optimisés. Se basant sur les travaux de Chabaane (2004), Lepront (2019) présente les processus opératoires à la manière « manufacturière » qu'elle décrit comme « un ensemble de tâches exécutées par différents acteurs, dans un même lieu et autour d'un même patient (client ou produit) » (p.42). L'ambition de cette « standardisation opératoire » serait de concevoir des normes précises ne laissant plus aucune place aux initiatives des intervenants (Chandernagor et Dumont, 1996, cités par Lepront, 2019). L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) se joint au mouvement en proposant un découpage organisationnel support, là encore, d'une recherche d'optimisation : temps d'occupation des salles, nombre de salles ouvertes, nombre de vacations ouvertes, taux de dépassement, nombre d'heures supplémentaires réalisées. Tous les paramètres constitutifs du fonctionnement d'un bloc opératoire sont passés au crible de l'optimisation par le biais de la gestion. La réduction massive des temps opératoires afin de maximiser le nombre d'interventions en sera une conséquence directe. Comme toutes les approches situées dans la recherche de standardisation, elles excluent deux dimensions inhérentes à l'activité humaine, qui plus est lorsque l'objet de l'activité humaine est la maladie des êtres humains, à savoir que chaque individu va présenter des caractéristiques spécifiques et que, par conséquent, la réalisation de l'opération va être différente d'un patient à un autre pour la même pathologie. Minvielle (1996) parle de « singularité » de l'activité de soin.

Dans le cas de l'activité opératoire, nous avons relevé que pour la même intervention, chaque chirurgien va procéder, pour opérer, différemment d'un autre chirurgien. La singularité et l'idiosyncrasie sont donc poussées à leur apogée dans un bloc opératoire à travers les 2 axes essentiels de l'activité qui sont le patient et « l'opérateur » en charge de réaliser l'intervention chirurgicale. De surcroît, ce qui contrarie plus que tout une conception standardisée est la survenue de l'imprévu, et nous verrons plus loin que dans l'univers de la chirurgie, les imprévus sont légion. Comme en a fait état Gentil (2012) dans son article sur l'articulation de l'activité dans un bloc opératoire, les personnels du bloc doivent ajuster en permanence leur activité pour faire face aux contraintes qui apparaissent de manière imprévue, s'ajoutant à celles créées par cette approche standardisée du travail qui cherche à les faire disparaître du champ de vision de l'activité prescrite.

De surcroît, Gentil (2016) met en évidence dans son travail, se basant sur une étude empirique de deux blocs opératoires, que la recherche de l'efficacité « à tout prix » ne permettrait pas de répondre aux impératifs de sécurité des soins. Il serait, selon elle, possible d'allier « la rationalisation économique » et la sécurité des soins grâce justement à la dimension que l'approche standardisée cherche à faire disparaître à savoir « au travail d'adaptation des dispositifs que réalisent les personnels paramédicaux face à l'événement » (p. 291). Autrement dit, l'ajustement face à l'imprévu, conduit par un pilotage serré des personnels de bloc, permettrait d'atteindre une harmonie entre gestion des coûts et assurance de la sécurité du patient. Ce qui implique, pour citer Gentil (2016) « un pilotage des performances au plus près de l'activité » (p.293) et nous ajouterons : par des personnes habituellement en charge de la réalisation de cette activité et non par des prescripteurs éloignés du travail réel. Pour ce faire, les personnels de santé nécessitent de ce temps d'ajustement que Gentil appelle, citant Schulman (1993), des « slack organisationnels » qui sont finalement des temps intermédiaires dans lesquels aucune activité n'est prévue, qui permettraient de créer des espaces de réflexion dans lesquels des solutions aux imprévus survenant dans l'activité réalisée seraient trouvées. Or, ces espaces temps sont, toujours d'après Gentil (2016), considérés comme « source d'inefficience (Schulman, 1993), de gaspillage de ressources (Lorino, 2014) venant minorer les performances économiques » (p.306). Ils sont donc proscrits, voire « chassés ».

De la même manière, cette conception organisationnelle considère les temps « inter-bloc », c'est-à-dire ceux qui encadrent le temps de la chirurgie pure, dans lesquels se réalisent les tâches de bionettoyage des salles ou de brancardages des patients, comme des temps « improductifs » devant être réduits au maximum. Pour illustrer ce point, nous verrons qu'au bloc opératoire de l'hôpital parisien où nous sommes intervenues, les aides-soignantes de bionettoyage disposent de quinze minutes pour nettoyer les salles entre chaque patient, délais qu'il est quasiment impossible de tenir. Une salle correctement nettoyée requiert trente minutes à deux personnes. La qualité du ménage est donc sacrifiée pour tenir les délais au détriment de la dimension sanitaire.

Un autre aspect de cette conception implique de ne pas pouvoir s'appropriier, adapter ou détourner les outils de gestion comme l'outil de planning de bloc dans l'exemple étudié par Gentil (2016). En effet, cette approche « considère que l'efficacité d'un outil réside dans sa capacité à calquer la réalité, à normaliser les comportements puis à mesurer et contrôler les actions » (p.306). Ce qui revient à évincer toute tentative d'adaptation des outils à la réalité rencontrée par les personnes qui travaillent. Autant dire qu'il revient aux personnes de s'adapter aux outils, devenant ainsi une contrainte de plus qui va dévoyer toute possibilité de créer des solutions, car l'activité va, tout entière, se construire autour de l'adaptation à l'outil. La prise d'initiative de même que l'appropriation de leur activité par les individus seront rendues inaccessibles. L'analyse sur laquelle se base Gentil (2016) montre bien que pour garantir une sécurité des soins, il faut pouvoir faire face à l'événement imprévu et que cela requiert d'être en mesure de « bricoler des solutions au plus près des problèmes » (p.306). Le bricolage n'est sans doute pas standardisable et ne doit donc pas répondre aux logiques de performance économique. Or, c'est bien grâce à cette étape de bricolage, de réorganisation des « choses » stimulée par l'imprévu que pourront se « concilier impératifs de sécurité et efficacité » (ibid., p.306). Et pour cela, les professionnels de santé doivent pouvoir disposer de marges de manœuvre leur permettant de « prendre des décisions, de reconstruire l'organisation » (ibid., p.306). Mais donner ces marges de manœuvre aux agents reviendrait à accorder une place principale à l'inconnu et au fait que les décisions ne peuvent se prendre que dans l'activité et non en aval dans leur phase prescriptive. Gentil (2016) précise bien que cela n'est pas une approche dans laquelle les directions des hôpitaux sont à l'aise. Pour ces directions, comme pour tout système organisationnel taylorisé : « un système optimisé est un système où les plans et les procédures sont conçus en amont de l'action et ont été respectés » (ibid., p.306). En résulte une organisation en « flux tendu », comme dans le travail à la chaîne, « conduisant à la formation de goulots d'étranglement et mettant en tension l'ensemble du système » (ibid., p.307).

1.4. Le cas du bloc opératoire de l'hôpital parisien de l'intervention

Créé en 1607 par Henri IV comme une annexe de l'Hôtel-Dieu dédiée aux épidémies, cet hôpital parisien sera chargé des « pestiférés » et ne sera fonctionnel qu'en période de débordement épidémique de Paris. En fonction permanente dès 1773, il sera définitivement spécialisé en 1801 au traitement de la syphilis et des affections cutanées. Il faudra attendre les années 1900 pour qu'il commence à accueillir des activités de chirurgie (France Archives, 2020).

L'activité du bloc opératoire de cet hôpital parisien est opérée par environ 250 agents. 14 salles d'opération y sont présentes. Le bloc opératoire dans son organisation actuelle regroupe des spécialités chirurgicales différentes : chirurgie viscérale, urologie, plastie, sénologie et grands

brûlés pour les principales. Il accueille de façon plus occasionnelle des activités de chirurgie gynécologique, obstétriques (IVG), stomatologie et des chirurgiens viscéraux d'autres hôpitaux voisins. Une journée de bloc voit passer entre 60 et 80 opérations. L'organisation de l'activité chirurgicale est conduite en amont par chacun des services de chirurgie. Une cellule de régulation s'occupe de vérifier la faisabilité des plannings d'opération, appelés programmes opératoires. Un conseil de bloc, constitué d'un président et vice-président issu du corps médical, des cadres supérieurs IBODE (infirmière de bloc) et IADE (infirmier anesthésiste), est chargé de veiller au bon fonctionnement de l'activité du bloc. Ses missions sont multiples puisqu'elles portent aussi bien sur le volet organisationnel, matériel que sur la dimension communicationnelle diffusée au sein du bloc.

Ce bloc opératoire de 14 salles est mutualisé depuis 1984, ce qui veut dire que toutes les spécialités chirurgicales se partagent des ressources communes. Les personnels du bloc opératoire, à savoir les anesthésistes, les infirmiers et infirmières de bloc (IBO et IBODE), les infirmiers et infirmières d'anesthésie (IADE), les aides-soignants et aides-soignantes (répartis en trois catégories) chargés du brancardage interne au bloc et externe au bloc et celles en charge du bionettoyage, y travaillent de façon polyvalente. Ils ne sont pas attribués à une spécialité chirurgicale unique. Ils seront « utilisés » en fonction des besoins du planning opératoire de la semaine.

Des cadres de bloc, dont une cadre supérieure et trois cadres intermédiaires, ont la charge d'encadrer les infirmiers-ères de bloc et les aides-soignants-es (les trois catégories). De même, des cadres d'anesthésie, dont un cadre supérieur en charge de quatre départements (le bloc opératoire, la salle de réveil, la réanimation chirurgicale et le centre des brûlés) et une cadre de proximité dédiée aux IADE du bloc opératoire, ont la charge d'encadrer les infirmiers-ères d'anesthésie. Ils sont regroupés dans le même service d'anesthésie que les médecins anesthésistes, sous la direction des deux mêmes chefs de service.

Chaque spécialité chirurgicale reçoit un nombre précis de « vacation » par semaine (c'est-à-dire de journée de bloc opératoire) et constitue son planning opératoire en fonction des jours et des salles qui leur sont attribués. Chaque service de chirurgie inscrit le détail de son programme opératoire une semaine avant qu'il ne se déroule. Il contiendra le détail de chaque intervention (patient, détail de l'intervention ainsi que le chirurgien en charge de celle-ci) plus ou moins précisément, mais nous aurons l'occasion d'y revenir.

Le bloc opératoire, dont le schéma figure en annexe 4, regroupe 14 salles. La salle (1) est réservée à la pose et au retrait des cathéters,¹ les salles (2) et (3) aux activités de chirurgie d'urologie,² la salle (4) contient un robot Da Vinci et y accueille des activités chirurgicales variées (chirurgie viscérale, urologie, gynécologique, sénologie), les salles (5), (6) sont considérées comme des salles d'urgence, mais elles accueillent le plus souvent de la chirurgie viscérale, les salles (7), (8), (9), (10), accueillent principalement de la chirurgie plastique. Les salles (11), (12) ne servent pas la plupart du temps, mais ont servi pour de la plastie et de la chirurgie viscérale, et la salle (13) est utilisée pour accueillir les opérations de patients atteints du covid. Enfin, la salle (14) n'est pas, ou très peu, utilisée. En moyenne et hors période de crise covid, onze salles sont actives en semaine.

¹ dispositif médical permettant l'administration de nombreux médicaments par injection

² elles contiennent du matériel spécifique d'urologie très lourd et sont « plombées » pour permettre d'y effectuer des actes de radiothérapie

Une grande salle d'attente à l'entrée du bloc permet de placer les patients amenés au bloc en brancard. Une autre salle, également située à l'entrée du bloc, permet d'accueillir les patients du service d'ambulatoire. Ces derniers arrivent à pied et sont assis dans la salle qui leur est dédiée. Seuls 11 patients par jour peuvent être pris en charge par le service ambulatoire. Dans le couloir qui mène aux salles d'opération, une petite salle située sur la gauche est la salle d'attente des brancardiers internes. Juste à ses côtés se situe celle des aides-soignantes de bionettoyage. Enfin, à l'arrière des salles d'opération se trouve un couloir intitulé « couloir septique » où sont postées les aides-soignantes de bionettoyage et le matériel leur servant au nettoyage des salles. On appelle également ce couloir « le couloir du sale » parce que tous les produits s'y trouvant ne sont pas stériles et sont donc considérés comme « sales ».

Le planning opératoire est supervisé par la coordinatrice du bloc dont le bureau se situe à l'entrée du bloc. Sans rentrer dans un détail exhaustif, ses missions sont de coordonner et réguler quotidiennement l'ensemble des acteurs et des activités du bloc opératoire. Cette personne opère sous la responsabilité des cadres de bloc. Ce sont d'ailleurs souvent les cadres du bloc qui effectuent cette mission en plus de leurs autres activités.

Enfin, les chirurgiens sont répartis par services de spécialité chirurgicale avec pour chacun un chef de service, des praticiens hospitaliers qui peuvent également avoir le statut de praticiens universitaires, l'hôpital parisien étant un Centre Hospitalier Universitaire formant les médecins durant leur parcours, et des professeurs de chirurgie.

Une des modifications organisationnelles majeures ayant accompagné la mutualisation du bloc opératoire a consisté à supprimer le découpage de l'activité alors construit autour des spécialités chirurgicales, pour le rendre commun à toutes les spécialités. Les ressources opérationnelles du bloc, en dehors de la chirurgie, sont donc toutes devenues des « prestations de service » opérant dans toutes les spécialités, pour tous les chirurgiens. Auparavant, les personnels étaient exclusifs à chaque spécialité. Il y avait donc des anesthésistes d'urologie, des IBO de chirurgie viscérale ou des IADE de chirurgie plastique, pour ne citer que ces exemples. Les chefs de service de chirurgie étaient donc les chefs des infirmiers-ères de leur équipe contrairement à aujourd'hui. Seuls les aides-soignants (brancardages et bionettoyage) étaient communs. Les personnes se connaissaient et avaient l'habitude des façons de travailler des uns et des autres. Elles ne se découvraient pas au moment d'entrer en salle, voire autour du corps du patient endormi recouvert de champs opératoires comme c'est le cas aujourd'hui.

Nous insistons sur le fait que dans le schéma organisationnel antérieur, les chaînes hiérarchiques étaient construites autour des chirurgiens et des spécialités chirurgicales. Aujourd'hui, les chaînes hiérarchiques sont toutes séparées les unes des autres et construites autour des métiers. Les cadres de bloc encadrent les IBO/IBODE et aides-soignants-es. Les cadres IADE encadrent les IADE. Les chefs d'anesthésie encadrent les médecins anesthésistes et la chaîne IADE. Les IADE et les anesthésistes sont cependant indépendants hiérarchiquement entre eux. Les chirurgiens appartiennent à une lignée hiérarchique séparée. Autant dire que dans une salle d'opération, plus personne n'est le chef de personne alors qu'avant, le chirurgien avait d'une certaine manière le rôle du chef hiérarchique.

Une autre modification organisationnelle importante a concerné la durée du temps d'ouverture des salles de bloc. Antérieurement ouvertes pendant douze heures de suite, sur une amplitude horaire allant de sept heures trente à vingt-et-une heures, avec deux salles d'urgence ouvertes également toute la nuit, ce qui est toujours le cas aujourd'hui ; les salles sont depuis ouvertes et opérationnelles pendant huit heures, de sept heures quarante-cinq à dix-sept heures.

Enfin, les salles étaient attribuées aux mêmes personnes pour toute la journée (IBO/IBODE, IADE, anesthésistes, seuls les chirurgiens pouvaient se succéder en fonction du patient à opérer), ce qui est encore le cas aujourd'hui, à l'exception près que la mutualisation a entraîné un phénomène de « lissage » de l'activité. Il s'agit de placer les interventions dans les salles où de la place peut apparaître. Si, par exemple, la salle (3) prend plus de temps que prévu sur un patient et que la salle (11) se libère plus tôt que prévu, alors le patient prévu initialement en salle (3) est envoyé en salle (11). Parfois, le personnel de bloc (IBODE, IADE, anesthésiste) suit le mouvement, mais si la salle destinataire est dotée d'une équipe, seuls le patient et le chirurgien bougeront. Il sera nécessaire à l'IBO/IBODE de la salle d'aller chercher tout le matériel requis pour l'intervention en réserve ou dans la salle initialement prévue.

Retenons cet exemple concret, car la salle (3) contient une activité d'urologie connue pour utiliser beaucoup de matériel, dont du matériel imposant et lourd³, et que la salle (11) est située littéralement à l'autre bout du bloc. L'IBODE, seule, devra déplacer tout le matériel nécessaire à l'intervention. Ces modifications se décident à la coordination entre les cadres et les anesthésistes, celui qui assure la coordination du jour et celui de la salle. Une fois la décision prise, l'information de changement de salle est donnée aux personnes concernées par des voies variées. Précisons qu'il arrive que ces changements soient nombreux pour la même salle, la même intervention, ou pour plusieurs salles d'affilée. Ce rapport au lieu de travail n'est pas sans nous rappeler le concept du « flex office » (Bertier & Cochard, 2021) où les salariés n'ont pas de bureaux ou de postes de travail attribués. Ils doivent alors prendre le premier espace disponible en arrivant le matin sur leur lieu de travail. Cette technique qui s'est massivement développée avec les cabinets de consulting dont les personnels sont souvent en mission « chez le client », part du principe que l'ensemble des salariés n'est pas en même temps sur leur lieu de travail et que les espaces de travail peuvent être réduits au strict minimum de même que les locaux d'ailleurs. Dans ces modes d'organisation de l'espace, il arrive que des collaborateurs ne trouvent pas de « place vacante » et qu'ils doivent s'installer dans des salles de réunions ou dans des box minuscules prévus pour les appels téléphoniques et les visioconférences. Nous pouvons convenir du fait qu'une salle d'opération n'est pas un bureau. Cependant, l'idée de la mutualisation est de rendre l'activité disponible « à la carte » et de permettre à n'importe quel personnel de santé de prendre un espace de travail donné pour y effectuer sa mission. Nos discussions avec les personnels du bloc opératoire nous ont permis d'établir que pour les aides-soignants (brancardage) et aides-soignantes (bionettoyage), peu importe l'espace concerné, l'activité qu'ils auront à produire sera la même partout, pour les infirmiers-ères anesthésistes, cette hypothèse, déjà moins évidente à tenir, et pour les infirmiers-ères de bloc, nous pouvons affirmer que cette croyance est tout simplement erronée. Nous pouvons faire la même assertion pour la chirurgie : chaque chirurgie va être différente de l'une à l'autre et nous ajouterons que pour la même spécialité, pour la même intervention donnée, le matériel sera différent d'un chirurgien à l'autre. Une base sera bien évidemment commune, mais de nombreuses particularités opératoires sont propres à chaque chirurgien. Il faudra donc, pour les IBO/IBODE connaître le chirurgien concerné pour préparer le bon matériel opératoire pour chaque intervention de la journée.

³ dont une colonne de coelioscopie et un amplificateur de brillance

2. Les personnels des blocs opératoires

2.1. Les chirurgiens - une origine tumultueuse, mais « sacrée »

Loin de vouloir retracer une fresque historique du métier du chirurgien, il nous a semblé pertinent, pour mieux comprendre certaines caractéristiques de ce métier dans sa forme originelle que nous tenterons de rapprocher de sa forme actuelle, de mettre en évidence quelques éléments de cette genèse. Nous emprunterons ces éléments historico-culturels à Michel Caillol (2009) dont la thèse sur la chirurgie les regroupe avec exhaustivité et précision.

Nous ne nous attarderons pas sur la première présence chirurgicale importante datant de 219 av. J.-C. et représentée par la personne d'Achagatos, dont la boutique de chirurgie fut appelée Carniflex (bouvreau) tant la ressemblance de cette activité à celle des bouvreaux, ou des bouchers, était forte pour ses modes opératoires qui consistaient tous à « couper la chair » (Caillol, 2009).

Puis, il faudra attendre Galien (130-200 apr. J.-C.) pour voir apparaître à nouveau des actes de chirurgie. Ce dernier poursuivra les écrits d'Hippocrate et expérimentera des recherches en chirurgie en pratiquant des vivisections sur des animaux le conduisant à de fausses conclusions sur l'anatomie humaine puisqu'il chercha à les appliquer à l'homme. Cette étape révèle, néanmoins, l'émergence de la chirurgie comme une discipline qui se pratique par l'expérience concrète (praxis), de même que par le geste technique (Caillol, 2009).

C'est finalement au Moyen Âge que la figure du chirurgien apparaîtra plus spécifiquement et qu'elle se distinguera de celle du médecin. En 1163, le concile de Tours pose par décret l'interdiction aux médecins, alors hommes d'Église érudits lettrés, de pratiquer des « gestes sanglants ». Les barbiers, tenanciers de « boutique pour raser », étant considérés comme doués pour manier des outils tranchants, deviendront des « barbiers -chirurgiens » marquant alors la profession du sceau de sa dimension opératoire. Ils pratiquèrent de nombreuses opérations (calculs vésicaux, éviscérations, trépanations, fractures ou luxations) plus ou moins réussies, et marquèrent, par-là, deux éléments fondamentaux de cette profession : l'usage de la main dotée d'un instrument tranchant et la capacité à faire « couler le sang ». L'essor de ce métier provoqua les foudres des médecins, clercs diplômés et lettrés, qui ne s'accommodaient pas du fait que ces barbiers étaient, outre leur illettrisme, de véritables charlatans (Caillol, 2009).

En 1268, Louis IX créa un titre universitaire de maître chirurgien-barbier. Le chirurgien était donc pris en étau entre les médecins d'un côté et les barbiers de l'autre. Il faudra attendre le XVII^e siècle pour que leur statut soit clarifié et qu'ils cessent de chercher la reconnaissance des premiers, tout en se distinguant des seconds. La monarchie alimenta la rivalité entre les maîtres chirurgiens-barbiers à robe longue et les simples barbiers en les favorisant alternativement. Le statut des barbiers fut promulgué en 1371 qui autorisera cependant une batterie importante d'actes chirurgicaux⁴. Les médecins continuèrent cependant de sous-considérer les chirurgiens,

⁴ Statut des barbiers de 1371 – ordonnance du 3 octobre 1372 : « de panser, de curer et guérir toutes manières de clous, bosses, apostumes et plaies ouvertes en cas de péril et autrement si les plaies n'étaient mortelles sans pouvoir en être empêchés par les chirurgiens ou mires jurés... » (cité par Caillol, 2009, p.46). Détail de l'ordonnance disponible à l'adresse suivante : https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/chirurgiens_barbiers.html

établissant qu'il n'y avait aucune noblesse, ni rien de savant, à se servir exclusivement de ses mains pour soigner, de surcroît lorsqu'elles étaient souillées par le sang. Cette caractéristique des mains comme unique approche curative conduisit à créer le mythe du chirurgien-artisan, souvent assimilé à d'autres professions manuelles (l'orthopédiste étant considéré comme un menuisier, le chirurgien vasculaire comme un plombier). Nous avons nous-mêmes éprouvé des comparaisons de même nature avec certaines spécialités chirurgicales, les urologues nous rappelant l'activité des horlogers et les chirurgiens plastiques nous ont évoqué les tailleurs de vêtement (Caillol, 2009). Par ailleurs, les chirurgiens convaincus d'être les seuls à soigner « sans tricherie » et de la manière « la plus efficace » développèrent un certain mépris envers les médecins, tout en continuant secrètement à chercher leur reconnaissance (Caillol, 2009). Les chirurgiens obtinrent, au XVI^e siècle, la même reconnaissance universitaire que les médecins, mais en restaient encore dépendants. Les barbiers disparurent totalement en 1613 pour être « absorbés » par le corps unique de maître chirurgien et ce ne fut qu'au XVIII^e siècle que le chirurgien se verra placé à un rang d'égalité avec le médecin grâce à la création de l'Académie de chirurgie (Caillol, 2009).

On peut dire qu'en dépit des tumultes que l'émergence et l'installation de leur profession ont connus, sur plusieurs siècles d'ailleurs, les chirurgiens se sont illustrés dans une activité qui comporte des dimensions sacrées (Caillol, 2009). Elle transgresse, tout d'abord, l'interdit de l'ouverture du corps et s'en affranchit en étant la seule profession, depuis la disparition des bourreaux, habilitée à le faire. Elle se réalise, par la suite, dans sa forme la plus fondamentale, avec le sang qu'elle fait couler, symbole de vie, mais aussi de mort. Or Caillol (2009) voit une double signification dans le sang en tant qu'« il est signe de vie, mais il recèle un caractère sacré, car il ne peut couler sans qu'il y ait un minimum de violence, comme une effraction cutanée » (p.49). Pour distinguer la pratique chirurgicale d'une simple forme de barbarie, l'activité chirurgicale sera accompagnée de rituels nombreux, comme le souligne Pouchelle (2003/2008), comme celui du lavage des mains par exemple, ou celui de l'installation en salle du chirurgien que Peneff (1997) compare au rituel de préparation de la messe. Ce qui vaudra à Caillol (2009) d'intituler sa thèse de philosophie : « Dieu n'est pas un chirurgien », titre illustrant la comparaison dans laquelle s'inscrivent les chirurgiens par leurs attitudes souvent qualifiées d'égotiques sur lesquelles nous reviendrons.

2.2. Les infirmières de bloc - une filiation pieuse

Tout comme l'hôpital trouve son origine dans l'église, les infirmières étaient dans leur fonction première des religieuses. « Hôtel-Dieu » ou « Maison-Dieu » étaient les noms par lesquels étaient désignés les endroits où l'on soignait « pour l'amour de Dieu » (Terrasse, 1945 citée par Duboys Fresney et Perrin, 2017). Désignées pour s'occuper des soins apportés aux autres, qu'ils soient destinés à entretenir la vie ou à conforter les patients dans leur maladie, les femmes, qui plus est des religieuses, possèderaient des aptitudes naturelles à prendre ces tâches à leur charge. C'est une croyance que nos sociétés portent depuis la nuit des temps et qui perdure encore aujourd'hui. Du point de vue de la religion : « la vie est sacrée, il faut secourir l'homme pour l'amour de Dieu » (Mordacq, cité par Duboys Fresney et Perrin, 2017) et qui de mieux placée que les femmes pour le faire.

Dans un souci de professionnalisation, Saint-Vincent-de-Paul va créer en 1633 la compagnie des Filles de la Charité, institution dans laquelle seront formées des femmes, et non des nonnes, qui consacreront leur vie à porter des soins aux indigents. Ces femmes laïques ne seront jamais rémunérées puisque soigner doit être un acte bénévole, mais les infirmières qu'elles deviendront

seront « prises en charge » par la structure dans laquelle elles seront logées et nourries. Le soin est à appréhender en cela comme une valeur « culturelle » et non économique (Duboys Fresney et Perrin, 2017). Chevandier (2021) révèle que pour ces femmes laïques « un emploi dans l'hôpital d'une grande ville en arrivant de la campagne était envisagé comme un pis-aller avant de trouver une place de domestique » (L'histoire, 2021). Un lien étroit existe donc entre le métier des « bonnes à tout faire », nom attribué aux domestiques vivant à demeure chez les riches bourgeois, et celui des infirmières non engagées dans un cursus religieux de profession. On peut dire que ces métiers pouvaient attirer les mêmes femmes.

Notons qu'à cette époque les religieuses étaient cantonnées aux soins « fondamentaux » des patients (accueil, alimentation et hygiène) et, que malgré la possibilité ponctuelle de réaliser des actes prescrits par les médecins, les soins considérés comme trop techniques étaient réalisés par des étudiants en chirurgie et non par ces dernières. La professionnalisation du métier permettra de revenir sur cette répartition des tâches. La Révolution française rendra l'hôpital laïc et national. Par la suite, une loi de 1851 verra naître du personnel infirmier laïc. Cependant, les religieuses demeureront très nombreuses dans ces institutions, car elles coûtent moins cher et travaillent bien plus. On imposera au personnel de soin laïc de rester célibataire sur l'idée qu'elles ne doivent avoir ni vie personnelle ni moment de détente. On peut voir que les femmes infirmières seront assimilées malgré elles aux caractéristiques des religieuses, de même que la perception extérieure de ce que doit être une « bonne » infirmière à savoir une personne dévouée exclusivement à son travail et sans vie personnelle. En 1878 s'ouvrent les écoles des Hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre qui formeront les premières véritables infirmières non religieuses. Elles seront formées, éduquées et donc instruites, relevant ainsi le niveau préalable de la profession. Grâce au développement des activités de la Croix Rouge française en 1864, l'enseignement des infirmières va se poursuivre et se professionnaliser.

L'Union des femmes françaises définira, en 1920, le rôle de l'infirmière de la manière suivante : « [...] servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin... Son rôle auprès du malade est celui d'une mère ou d'une sœur » (Duboys Fresney et Perrin, 2017). Nous retrouvons, là encore, les stigmates, encore très actuels, de ce que doit être « une bonne infirmière » selon l'institution et les médecins. En 1925 est créé un bureau central des infirmières par le ministère de la Santé qui aura la charge du personnel infirmier. Ainsi, le métier continuera d'être défini et réactualisé régulièrement et le contrôle de l'exercice infirmier sera pourvu par cette instance. En 1946, le diplôme d'infirmière devient obligatoire et les hôpitaux seront dans l'obligation de recruter du personnel diplômé. En 1951 apparaît la première école de cadres infirmiers. Le Comité infirmier permanent de liaison et d'études (CIPLÉ) sera créé en 1971 par un regroupement des associations et des syndicats professionnels et il œuvrera à faire reconnaître un rôle propre aux infirmières.

Les mouvements de révolte de mai 1968 affecteront la profession d'infirmière en donnant lieu à une profonde réflexion sur le niveau de rémunération à donner aux élèves en formation, mais qui travaillent déjà dans les hôpitaux. Nous avons déjà mentionné qu'en 1958, la réforme Debré avait rapproché les universités des hôpitaux, donnant ainsi naissance aux C.H.U. (Centres Hospitaliers Universitaires). Dans ce mouvement s'était amorcée l'accentuation du niveau de qualification nécessaire des personnels paramédicaux ainsi que la durée du parcours d'étude sans aucune rémunération malgré la présence constante à l'hôpital « pour apprendre le métier ». Le positionnement de ce groupe professionnel, fortement impliqué, mais mal, voire non, rémunéré, conduira Pierre Bourdieu en 1979 à présenter les infirmières comme exemple de groupe social ayant une mauvaise rémunération, mais un fort capital culturel. Chevandier

(2021) relate que les manifestations menées en 1988 par le mouvement infirmier ont été conduites par les mêmes qui, vingt ans plus tôt, se soulevaient pour demander une amélioration du statut et de la rémunération des infirmières. Cette rébellion sera motivée par l'abaissement du niveau exigé pour entrer à l'école perçu comme un déni du niveau attendu d'elles et, *a fortiori*, de leur qualification. Un slogan célèbre marquera le mouvement : « ni nonnes, ni bonnes ni connes », formulation cherchant à entériner une rupture avec l'héritage de l'histoire du métier. Le métier s'est bien construit en opposition avec ces éléments puisque la formation professionnelle visait des personnels spécifiques et non des religieuses qui exerçaient en parallèle de leur vocation religieuse des tâches relevant du monde hospitalier. On peut noter qu'aux deux époques, 1968 ou 1988, les infirmières ne parviendront pas à infléchir une coupure avec l'implicite de l'histoire de leur métier.

La question des personnels spécifiques aux blocs opératoires est différente. La création d'un parcours de formation adapté est plus tardive. Un certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier de salle d'opération (CAFISO) est créé en 1971 sous l'impulsion des formations équivalentes existant déjà aux États-Unis. Un décret, promulgué un an plus tard, fixera les modalités des équivalences de terrain (comme les VAE d'aujourd'hui). Il faut savoir qu'il n'existe aucun quota obligeant les institutions hospitalières à prendre des infirmières de bloc opératoire diplômées et que nombreuses sont les infirmières qui travaillent dans des blocs opératoires avec simplement leur diplôme d'infirmière d'État. La fonction d'infirmière de bloc opératoire est finalement relativement récente puisque la première école destinée à les former spécifiquement apparaît en 1948 à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (A.P.H.P.). C'est avec la Seconde Guerre mondiale qu'apparaissent les premiers blocs opératoires, de même que le développement de l'anesthésie et l'avancée de techniques opératoires plus poussées qui change considérablement le métier de chirurgien (Blanchart, 2010). Chaque promotion d'infirmières fraîchement diplômées de l'A.P.H.P. verra ses 25 meilleures participantes affectées à la chirurgie et aux blocs opératoires munis d'un titre d'infirmière spécialisée et d'une grille d'indice spécifique. À la même époque, les chirurgiens sont contraints de se spécialiser dans leur activité chirurgicale. En 1984, un nouveau décret vient officialiser la fonction d'aide opératoire et d'instrumentation dans les soins infirmiers. Il faudra attendre 1992 pour que ce certificat soit transformé en diplôme d'État qui verra sa durée prolongée à 18 mois en 2001. Un décret supplémentaire en 2002 détaillera, dans son article 12, les missions et activités qui ne peuvent être (présument) réalisées que par une IBODE.

En 1961 Andrée Blanchart prend la tête de l'école de formation des panseuses de la Salpêtrière avec le docteur Flambeau. Elle explique que le diplôme alors en place permettait de certifier le niveau « intellectuel » et les « capacités d'apprentissage » des candidates, mais non les « aptitudes spécifiques à la fonction d'IBODE ». Elle détaille (Blanchart, 2010) des aptitudes que nous qualifierons de cognitives simples comme une « parfaite orientation temporo-spatiale », une « excellente célérité perceptive et motrice », mais aussi des aptitudes plus complexes comme la capacité d'« exécution immédiate et soignée de consignes qui peuvent être brèves ou longues, clairement formulées ou contradictoires » ce qui pose très clairement les exigences et les nécessaires adaptations face aux variations des tempéraments des chirurgiens assistés. Il est également demandé de s'acquitter de ses tâches avec « soin et organisation » et d'avoir « un esprit scrupuleux ». Certaines « contre-indications » au métier sont, elles aussi, édictées : les « personnalités phobiques ou impulsives », celles à « composantes caractérielles » ou à « anxiété pathologique » sont priées de s'abstenir. Évidemment, ce document ne parle pas de ce qu'il advient des personnes qui développent ces troubles au contact trop prolongé du métier comme cela a été le cas avec les téléphonistes et leurs névroses bien décrites par Louis Le Guillant (Le Guillant, 2010). Enfin, trop de

technicisation serait à craindre, car l'essentiel de la fonction reste le contact qualitatif avec le patient « avant l'intervention et au réveil », et celle tout aussi qualitative avec le chirurgien devient « un précieux facteur de sécurité » pour le chirurgien et l'opération (Blanchart, 2010, p.250).

Ces éléments très éclairants montrent bien la position dans laquelle doit se fondre l'infirmière de bloc qu'elle soit diplômée d'État ou non. Il sera pertinent de conserver ces éléments à l'esprit lorsque nous exposerons les récits des IBO/IBODE sur les réalités de leur métier.

2.3. Les anesthésistes-réanimateurs - une fonction déstabilisée

Les premières traces de l'anesthésie en France, en tant que spécialité médicale, datent de 1666. Les pratiques et les substances permettant d'endormir et de réduire la douleur sont anciennes puisqu'on en trouve des traces abondantes dans l'antiquité. En revanche, sur le terrain des interventions chirurgicales, cette pratique mit longtemps à s'imposer en raison des divergences de prise en considération de la douleur (Faure, 2005). Il faudra attendre 1830 et l'usage par des dentistes américains de produits anesthésiants pour les voir commencer à s'installer dans les pratiques chirurgicales. De 1853 à 1934 de nombreuses avancées en termes de produit, de dosage ou de technique (intubation) sont réalisées sans pour autant réussir à convaincre les chirurgiens d'y avoir recours, car elles interrompaient le « face-à-face avec le malade » qu'il faut comprendre comme un « affrontement physique où le savoir du praticien s'affronte au corps (du malade) pour imposer son pouvoir et extirper le mal » (Faure, 2005, p. 102). Fort heureusement, les améliorations en tout genre (durée d'intervention, confort de travail assuré par la tranquillité du patient et surtout l'évitement du décès du patient sur la table) finissent par convaincre les chirurgiens de l'intégrer dans les protocoles d'interventions chirurgicales.

La première Société française d'anesthésiologie et d'analgésie date de la fin des années 30. Les postes d'anesthésistes sont alors attribués par les chirurgiens à des infirmiers ou des médecins formés sur le tas et l'anesthésie générale est pratiquée sans aucune réglementation précise. L'évolution progressive de cette profession démarre véritablement à partir de 1945 grâce à l'expansion de la médecine, des médicaments, mais aussi en raison des connaissances et usages médicaux glanés au contact des équipes médicales étrangères bien plus avancées sur la question. Les chirurgiens s'équipent alors d'un « bon anesthésiste » comme d'un outil tout autant prestigieux que précieux. Fin 1940, le premier syndicat de métier (SNAF) sera créé et la Sécurité sociale positionne l'acte d'anesthésie à dix pour cent des honoraires des chirurgiens. Les sociétés savantes d'anesthésie seront dès le départ, et jusqu'au renouvellement des promotions d'anesthésistes, dirigées par des chirurgiens. Plus les techniques se diversifieront (transfusions, assistance respiratoire, soutien des fonctions vitales), plus les instruments deviendront complexes à utiliser, plus l'affirmation de cette profession comme spécificité médicale s'affirmera (Faure, 2005). La première chaire d'anesthésiologie, datant de 1958, sera attribuée à un chirurgien.

Au prix d'une organisation vive et structurée juridiquement, les anesthésistes œuvrent pour que les infirmières anesthésistes soient identifiées comme des aides subalternes à leur activité et non des substituts autonomes. Ce combat pour une autonomie face aux anesthésistes, nous verrons que les infirmiers anesthésistes tenteront de le mener jusqu'à aujourd'hui. La réforme hospitalière de 1958 pérennisera la fonction des anesthésistes en créant des statuts « à temps plein ». L'usage de l'endormissement du patient se multiplie désormais à de nombreux actes médicaux. Le territoire de l'anesthésiste s'étend de l'endormissement du patient, à sa

préparation lors de l'acte opératoire, à la prise en charge des effets secondaires et aux soins de suite. Cette amplitude d'action et de suivi leur confère un statut de « médecin généraliste de l'hôpital » (Faure, 2005). Leur maîtrise de l'étiologie des malades leur garantit une efficacité certaine dans la continuité des soins relatifs aux patients confrontés eux-mêmes à une suite d'actes médicaux séquentialisés. En dépit de cette centralité face au suivi et à la prise en charge du patient, leur statut au sein de l'hôpital reste précaire avec des salaires très bas et un accès aux titularisations très restreint. La syndicalisation de cette profession devient alors massive et elle l'est toujours de nos jours.

Dans les années 1970, un diplôme d'anesthésie en tant que spécialité médicale sera créé, de même que des services d'anesthésie au sein des hôpitaux seront généralisés, et le partage des responsabilités entre chirurgie et anesthésie sera ratifié dans le fameux « code de déontologie » médicale. La création des D.A.R. (département d'anesthésie-réanimation) dans les années 1980 leur octroiera la gestion de lits, leur donnant par là même une responsabilité et une respectabilité plus fortes au sein de l'institution hospitalière. Cependant, la profession est confrontée à des tensions importantes avec le corps des infirmiers anesthésistes (IADE) ainsi qu'avec les chirurgiens. En effet, le développement des procédures de sécurité liées à l'anesthésie bouleverse les habitudes, et habitus, des chirurgiens non disposés à partager en amont leurs pratiques chirurgicales, ce qu'impose ces nouvelles règles. Faure (2005) fait remarquer que le profil des anesthésistes de l'époque (1980) est plutôt féminin, d'origine sociale modeste, fréquentant peu les réseaux hospitaliers. Ils sont recrutés par validation des acquis de l'expérience (CES) malgré le fait qu'une filière de spécialisation universitaire existe depuis les années 1970. Ils ne travaillent pas en libéral, contrairement aux chirurgiens, ce qui explique les revenus inférieurs de la profession, et n'occupent que très peu de postes hospitalo-universitaires. Autrement dit, ces professionnels sont peu attachés au prestige du statut ou du salaire et sont consacrés par leur connaissance accrue du terrain.

Faute de poids au sein de l'hôpital, ils auront du mal à faire peser en leur faveur les négociations de département ou de salles de réveil. En revanche, la puissance syndicale grâce à l'action collective leur permettra d'obtenir des avancées sur le terrain politique par le biais de lois et de décrets « compensant l'absence de régulation en leur faveur à l'intérieur de l'espace médical » (Faure, 2005, p.102). Toujours selon Faure (2005), à partir de 1986, le nombre croissant d'anesthésistes et « leur capacité de blocage » leur donnent finalement une puissance de négociation certaine. En 1994, la loi impose les salles de réveil postopératoire qui deviennent obligatoires, de même que les consultations à distance de l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, les « cliniques de la douleur » ou la présence en service d'urgence leur donnent une place de pilier qui les amènera, pour certains, à prendre la direction des services d'urgence. Le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) tel que nous le connaissons aujourd'hui est désormais solidement posé. La profession n'arrêtera pas là ses transformations. Probablement dans le but de s'émanciper de leur filiation incontournable avec l'acte chirurgical, les MAR cherchent à imposer de ne pas être dans la salle de bloc opératoire pendant toute la durée de l'intervention, déléguant la surveillance et l'entretien de l'anesthésie à l'IADE. Par ailleurs, les réanimateurs et les cliniques spécialisées dans la gestion de la douleur s'autonomiseront de la fonction d'anesthésiste-réanimateur ce qui signe des fissures au sein d'une profession qui se spécialise autour de ses diverses fonctions.

À partir de 1981, une réforme de l'internat mettra, en cinq ans, un terme au CES faisant émerger une nouvelle génération de diplômés aux « aspirations utopiques à une pratique humanitaire, généreuse, soucieuse de l'environnement social des malades » et aux modestes ambitions de carrière (Faure, 2005, p. 105). De 1988 à 1994, l'accès unique par la voie de l'internat fait

chuter les prétendants à cette spécialité, la qualifiant d'ignorée (Faure, 2005). Puis, la dimension « consultante » de leur activité et l'élaboration des systèmes de surveillance du patient font remonter l'intérêt des personnels pour cette spécialité de même que la création constante de nouvelles molécules d'induction ainsi que l'usage des pousse-seringues simplifie la pratique en salle. De nombreuses tâches continuent d'être déléguées aux infirmiers anesthésistes en salle faisant de la « délégation des tâches » une ressource inestimable. Le choix de cette discipline revenant, dès 1995, à être cantonné à un statut de praticien hospitalier, reste une dramatique constante. Les médecins choisissant désormais cette spécialité par vocation se décriront comme « simples et humbles » par opposition à leurs collègues chirurgiens identifiés comme « suffisants » et à « l'humour méprisant » (Faure, 2005). Ils seront portés par l'approche « globale » qu'ils auront des patients, qualifiée de centrale pour leur activité. Cependant, ils se considèreront comme des spécialistes à part entière malgré la dimension holistique de leur approche du patient, ce qui n'en est pas moins paradoxal. L'opposition aux chirurgiens commence à se manifester de manière vive afin d'affirmer l'importance de leur « spécialité ». En parallèle apparaît la possibilité d'augmenter ses revenus grâce aux vacations réalisées dans le secteur privé qui seront cumulées aux bénéfices honorifiques obtenus dans le secteur public. Ces arguments sont des atouts non négligeables aux yeux des candidats à ces postes. Reste que la relation de travail avec le chirurgien en salle demeure conflictuelle. Les sources de désaccord sont nombreuses : « heure et lieu de l'intervention, validité du diagnostic, choix des techniques opératoires (chirurgicales et anesthésiques), légitimité de l'opération elle-même et appréciation portée sur sa réussite, évaluation de la balance risques/bénéfices, pertinence d'une "reprise", décisions médicales à prendre vis-à-vis des effets secondaires, caractère souhaitable de la mutation du patient » (Faure, 2005, p. 111). Ces sujets de désaccord ne faisant ni l'objet d'une discussion scientifique entre chirurgiens et anesthésistes et encore moins d'un accord, ou d'un compromis, débouchent sur une figure de style caricaturale, et toujours d'actualité, de dépeindre l'anesthésiste comme un personnage « rétif » et le chirurgien comme un « warrior » insouciant prêt à tout pour « ouvrir un patient ». Faure (2005) indique que la plupart de ces situations sont finalement tranchées par les chirurgiens, posant ainsi un rapport de force indéniable à l'avantage de ces derniers, et qu'aucune solidarité d'équipe au sein des anesthésistes ne les conduit à se mobiliser pour garantir une représentativité qui contrebalance cette iniquité. En revanche, reste à l'anesthésiste la possibilité de refuser tout simplement d'endormir le patient, et nous avons pu voir, sur que le terrain qui fut le nôtre, que cette option n'était pas qu'une simple menace.

Soulignons un dernier point : Faure (2005) précise que jusqu'en 1994, les anesthésistes en charge de la consultation des patients en amont de l'opération, étaient différents de ceux qui allaient les endormir, de même que ceux qui auraient la charge de leurs soins de suite en salle de réveil et qu'il était impossible pour un patient de choisir son anesthésiste, faisant d'eux des personnes interchangeables sans possibilité de suivre spécifiquement un patient. Nous remarquons que c'est toujours comme cela qu'est organisée la prise en charge des patients par les anesthésistes en milieu hospitalier aujourd'hui et que nous avons pu le constater sur notre terrain d'intervention. Les patients et leurs dossiers sont découverts au moment même de leur prise en charge en salle d'opération réduisant de fait la possibilité de réflexion approfondie autour de leur cas.

De nos jours, la pénurie de personnel dans ce secteur a fait largement monter le niveau des rémunérations. Cependant, cette profession se considère comme un « prestataire de service » de la chirurgie, la maintenant dans une perception « ressentie » de place secondaire malgré la grande force de ses syndicats et de ses sociétés savantes.

2.4. Les infirmiers anesthésistes - les combattants de l'évolution

L'histoire des infirmiers anesthésistes (que nous appellerons IADE malgré la dimension récente de cet acronyme) est très fortement liée à l'histoire des médecins anesthésistes. Comme nous l'indique le site de la Société française des Infirmier(e)s Anesthésistes (SOFIA, 2023) la discipline de l'anesthésie s'organise à partir de 1944 et en 1947 et se retrouvent sur les mêmes bancs universitaires médecins et infirmiers pour apprendre en treize leçons les rudiments de l'anesthésie. C'est en 1949 que la faculté crée un enseignement spécifique d'un an aux paramédicaux pour donner un titre d'aide-anesthésiste. En 1957, la durée des études est prolongée à deux ans à la faculté de médecine de Paris. En 1961, la formation passe à 18 mois et délivre un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste (I.A.A.) ce qui permet aux infirmiers d'être spécialisés par une filière spécifique et une représentation par un syndicat professionnel. En 1971, plusieurs écoles de formation ouvrent et la faculté de médecine cesse sa formation. L'A.P.H.P. en fera de même en 1973. En 1972, les études sont rallongées à 24 mois. Durant leur évolution professionnelle, les IADE n'auront de cesse de faire évoluer et reconnaître leur statut face aux MAR qui tenteront à de multiples reprises de faire disparaître cette spécialité des rangs des paramédicaux. C'est au prix de nombreuses luttes et grèves que ce corps professionnel obtiendra en 1988 la reconnaissance par décret de l'exclusivité de compétence pour la pratique de l'anesthésie aux seuls infirmiers diplômés du certificat de spécialisation en anesthésie-réanimation. Mais les grèves et la lutte reprendront pour obtenir une amélioration des grilles de salaire. En 1991 est créé le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. En 1993 s'uniformise le contenu de la formation à toutes les écoles d'IADE. En 1998, le combat repart autour du décret de 1997 qui ne rend pas nécessaire la présence d'un IADE dans les équipes de SMUR (urgences de terrain). Puis, de 1999 à 2001, les grèves et revendications ne cessent de se succéder pour aboutir sur une revalorisation des grilles d'indice et des programmes de formation des IADE. En 2010, la loi Bachelot déclenche à nouveau le mouvement (SOFIA, 2023). Les revendications portent là sur la reconnaissance de la pénibilité, l'exclusivité des compétences et la reconnaissance au niveau Master de la formation. La ministre aura le malheur de qualifier les IADE d'« aristocrate de la profession d'infirmière » déclenchant les foudres des foules d'IADE déjà prêt à en découdre. Certains IADE reviendront sur ces termes considérant qu'ils signifiaient qu'ils étaient bien « l'élite » de la profession d'infirmière et qu'ils sont bien « ce qu'il se fait de mieux, de plus élaboré en termes de connaissance et en responsabilité professionnelle » (site SOFIA). De fait, ces qualificatifs auraient dû, selon eux, être bien accueillis. En 2012, la formation obtient le grade de Master (et non le diplôme). Cela débouche néanmoins sur une harmonisation des rémunérations. En 2015, la guerre se relance autour de la loi Santé qui propose une restructuration de l'architecture des professions paramédicales et la mise en place d'infirmier de « pratiques avancées ». La qualification spécifique de niveau Master (et non de grade) déboucherait sur une autonomie de pratique avec un niveau d'étude et une grille de salaire indexée sur ces « super pouvoirs ». Les IADE n'y sont pas inclus et ne sont pas consultés alors qu'ils considèrent appartenir à cette catégorisation. Ils seront régulièrement déboutés de cette demande d'assimilation à des « pratiques avancées » telles que décrites par le ministère, n'ayant pas, selon lui, la capacité de prescrire des actions médicales. Leurs actions se situeraient en aval des prescriptions des médecins anesthésistes. Ce dernier combat les anime encore aujourd'hui et la dernière grève à ce sujet date de 2021 sous le mandat d'Olivier Véran. Ils seront déboutés par l'Assemblée nationale alors qu'ils étaient soutenus par le Sénat sur cette revendication grâce à leur aide précieuse à la gestion de la crise COVID. Fin 2021, les grèves se relancent et s'arrêteront début 2022. Les syndicats d'anesthésistes-réanimateurs prennent part au conflit et se positionnent une fois de plus en défaveur de la qualification des IADE en « pratiques avancées » qui leur donnerait une autonomie envers eux. Les syndicats d'IADE n'ont

probablement pas dit leur dernier mot sur ce thème des « pratiques avancées » et reviendront, le moment venu, au combat.

2.5. Les aides-soignants brancardiers - des intermédiaires oubliés

Il nous a été très difficile de trouver les éléments nous permettant de retracer une « histoire des brancardiers ». Cependant, on en trouve la trace dès les récits de la Première Guerre mondiale. Nous pouvons supposer que leur présence s'est développée avec l'évolution de l'hôpital telle que nous l'avons décrite en amont. Il a, de tout temps, été nécessaire de transporter les malades pour les sortir des champs de bataille ou pour les transporter d'un service hospitalier à l'autre. D'ailleurs, les aides-soignants sont arrivés dans les blocs opératoires pour leur force physique et leurs capacités à transporter et installer les patients (Sezestre, 2017). Ce genre professionnel est constitué de personnes étant pas ou peu qualifiées, les formations pour être brancardier étant livrées à la discrétion des établissements de santé. L'A.P.H.P. forme en 8 mois à cette profession et il ne faut pas forcément être titulaire d'un diplôme d'aide-soignant pour l'exercer. Des A.S.H. (agents de service hospitalier) peuvent tout à fait y être affectés. Cette profession est décrite comme discrète, mais fondamentale. Le contact avec le patient dans ses déplacements pour le conduire dans les lieux où il doit « subir » des actes médicaux est crucial. Le brancardier prendra souvent à sa charge de discuter avec le patient, lui permettant ainsi de ne pas trop paniquer sur le chemin du bloc opératoire par exemple.

Les brancardiers se divisent en deux équipes dans les blocs opératoires : celle qui conduit les patients des services d'hospitalisation au bloc opératoire. La seconde conduit le patient de l'entrée du bloc opératoire à la salle d'opération. La seconde équipe sera également chargée de l'installation des patients sur la table d'opération, ce qui est une étape stratégique, en tant qu'elle correspond à la position complexe dans laquelle le chirurgien a besoin de trouver le patient lorsqu'il arrivera dans la salle pour l'opérer, tout autant que gratifiante, car elle s'effectue au contact immédiat du chirurgien. Une connaissance poussée des positions correspondant aux interventions ou aux pratiques spécifiques des chirurgiens est nécessaire, car si le patient est endormi dans une position qu'il faudra changer, sa stérilisation sera inévitable, ce qui impliquera de refaire les étapes initiales de désinfection du corps. De même, bouger un corps endormi s'avère bien plus difficile une fois que tout le matériel d'anesthésie est posé. Selon Clot (1995) qui s'est livré à une analyse fine de l'activité de ces « garçons de bloc », installer le patient est considéré comme une « technique », voire une « tactique » qui ne peut s'obtenir que par le biais de l'expérience pure. Il s'agit d'une installation complexe nécessitant tout un nombre d'outil et d'artefact permettant au patient d'être dans une position idéale pour que le chirurgien puisse opérer au mieux et tranquillement, mais également pour « protéger » le corps du patient d'éventuelles meurtrissures obtenues par la compression prolongée de certaines parties du corps sur lesquelles la charge pondérale est répartie. Les gélouses par exemple (poches remplies de gel amortissant le contact direct entre la table ou les bras de la table) feront partie des équipements utilisés, de même qu'une manière de caler les bras du patient à l'intérieur des draps posés sur la table pour les maintenir le long du corps et éviter qu'ils ne tombent ou même qu'ils ne se heurtent à un instrument dans la salle. Une fois l'intervention terminée, ils reviendront en salle pour désinstaller le patient et le conduire en salle de réveil. Là encore, la tâche s'avère plus complexe qu'il n'y paraît, car outre le fait de devoir respecter tous les branchements dont le patient doit parfois encore bénéficier, il s'agira de le changer de lit en cours de route afin de laisser les brancards de salle non loin du bloc. Pour avoir assisté à un nombre important de ces transferts, devoir changer de lit un patient à peine réveillé qui parfois peut à peine bouger relève d'une grande ingéniosité. Là encore, tactique et technique sont de

mises. Précisons que cette tâche d'installation du patient revient, selon le code de la santé publique et le décret des infirmiers de bloc de 2015⁵, aux infirmiers et que les aides-soignants n'ont en théorie pas le droit de le faire seuls. Ils peuvent y contribuer, mais n'en ont pas la responsabilité. D'ailleurs, cette responsabilité incombe au chirurgien, mais il peut décider d'en déléguer la réalisation aux infirmières de bloc qui elles-mêmes le confieront aux aides-soignants-brancardiers. Il s'agit donc dans les faits d'une « délégation de tâche » plusieurs fois appliquée et d'une convention tacite entre les acteurs du bloc.

2.6. Les aides-soignantes en bionettoyage - les transfuges du *care*

L'origine du métier d'aide-soignant provient de la professionnalisation de la fonction d'infirmière. Nous pouvons même dire avec Sezestre (2017) qu'il s'agit d'une « invention hospitalière » qui a pour but d'alléger les infirmières des tâches les moins nobles tentant de les préserver ainsi dans un contexte où la pénurie de personnel ne cesse de s'aggraver. En 1956, le CAFAS (certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignante) est créé et permet la qualification en dix mois du « petit personnel de l'hôpital » pour lesquels les syndicats ne cessent de demander la reconnaissance. Un BEP sanitaire et social sera également créé en 1971 et la formation est augmentée à douze mois. En 1982 et 1994, les formations sont à nouveau enrichies et en 1996, le DPAS (Diplôme professionnel des aides-soignants) viendra remplacer définitivement le CAFAS (Arborio, 1996).

La définition de cette fonction réside dans le fait d'exercer une activité sous la responsabilité de l'infirmier dans le cadre des missions de ce dernier. Les soins qu'il doit réaliser dans ce cadre concourent « aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne » (Référentiel de formation du diplôme d'État d'aide-soignant, 2010, p ;20). Enfin, son action se situe dans « une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins » (Ibid.). Les missions des aides-soignants se situent dans le sillon de celles des infirmières et elles s'inscrivent dans une sorte de délégation d'activité. Notons, grâce à Sezestre (2017), que la formation au métier d'aide-soignant porte majoritairement sur le soin apporté aux personnes et que l'hygiène des locaux hospitaliers ne constitue qu'un seul module de formation. De plus, les stages, obligatoires pendant le cursus de formation, ne s'effectuent que très rarement dans des blocs opératoires, le métier étant présenté comme situé auprès des patients, dimension naturellement réduite dans un bloc opératoire. Leur formation comporte également les connaissances nécessaires à l'ouverture de matériel stérile.

Les tâches qui leur sont, en général, attribuées dans un bloc opératoire sont les suivantes : le bionettoyage des salles d'opération, l'accueil des patients et leur accompagnement en salle, le traitement des endoscopes et la désinfection des instruments opératoires utilisés. Arborio (2009) a mis en évidence que les aides-soignantes héritaient également des tâches « les moins prestigieuses » que les infirmières ne souhaitaient pas (ou ne pouvaient pas par manque de temps) effectuer. Il s'agit des tâches considérées comme des « corvées » plus précisément celles « à caractère domestique » et pour citer Hugues (1951) considéré comme « en deçà de [leur] compétence » et « ne requérant aucune compétence », autrement dit le « sale boulot » (Hugues, cité par Arborio, 1995, p. 108). Précisons que le « sale boulot » ne se définit pas par la nature des tâches concernées, mais plutôt par leur « moindre prestige relatif » (Arborio, 1995). Cette

⁵ Art 1er après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 R. 4311-11-2 ainsi rédigés : « Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgien(s) : Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment : L'installation chirurgicale du patient ».

catégorie professionnelle d'ailleurs située « au bas » de la pyramide professionnelle du bloc opératoire récupérerait les tâches les plus ingrates à faire.

Compte tenu de ces éléments plutôt accablants, Sezestre (2017) a tenté d'ébaucher une tentative de compréhension des motivations qui poussent les aides-soignants à travailler dans des blocs opératoires alors qu'ils ne sont pas tellement destinés à y « atterrir » compte tenu de leur formation initiale, et que les tâches qui leur sont confiées y sont particulièrement difficiles. L'auteur, grâce à une enquête de terrain, a pu mettre en évidence que les raisons principales expliquant ces choix de métiers sont les suivantes : l'appartenance à un milieu professionnel prestigieux ; la proximité avec les métiers médicaux (chirurgie et anesthésie) est gratifiante. De plus, le tutoiement entre les métiers est souvent d'usage au bloc, ce qui renforce cette notion de proximité et concoure même à un sentiment d'appartenance ; des connaissances accrues du fait de la mutualisation de leur fonction sur plusieurs spécialités chirurgicales ; pour les tâches de brancardages, le fait que ces activités soient réalisées par des équipes masculines, ce qui est rarement le cas dans les autres services hospitaliers. Par ailleurs, les activités liées à l'installation des patients avec manipulation des tables sont considérées comme très techniques. Ce point constitue un centre d'intérêt certain, selon l'auteure. Par ailleurs, on y trouve également les horaires et les rythmes de travail. En effet, contrairement aux autres services hospitaliers où l'on travaille en douze heures, les aides-soignants des blocs opératoires travaillent en sept heures trente et surtout ne couvrent qu'un week-end sur huit. Dans certains blocs, les équipes de nuit et de week-end sont différentes de celles de jour et le personnel de journée n'effectue pas de travail les week-ends. Dans les services hospitaliers, les aides-soignants travaillent un week-end sur deux. Ces éléments sont très pratiques pour garantir un accès plus favorable à sa vie de famille et à la gestion des enfants en bas âge. Enfin, l'accès limité (voire inexistant pour le bloc dans lequel nous sommes intervenus) aux patients réduirait la charge émotionnelle liée à cette prise en charge et aux soins qui sont habituellement réalisés par les aides-soignants sur ces derniers.

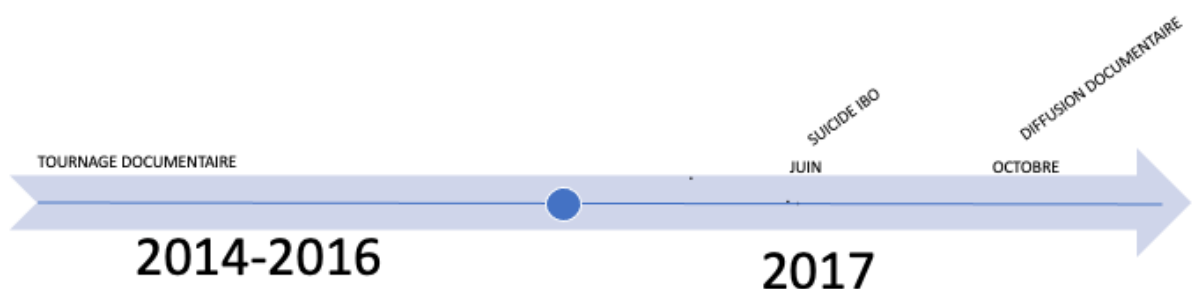
Deuxième partie : L'intervention réalisée et émergence de la problématique

3. Une frise temporelle pour mieux comprendre l'intervention

3.1. Quatre frises temporelles qui détaillent les événements clefs de l'intervention

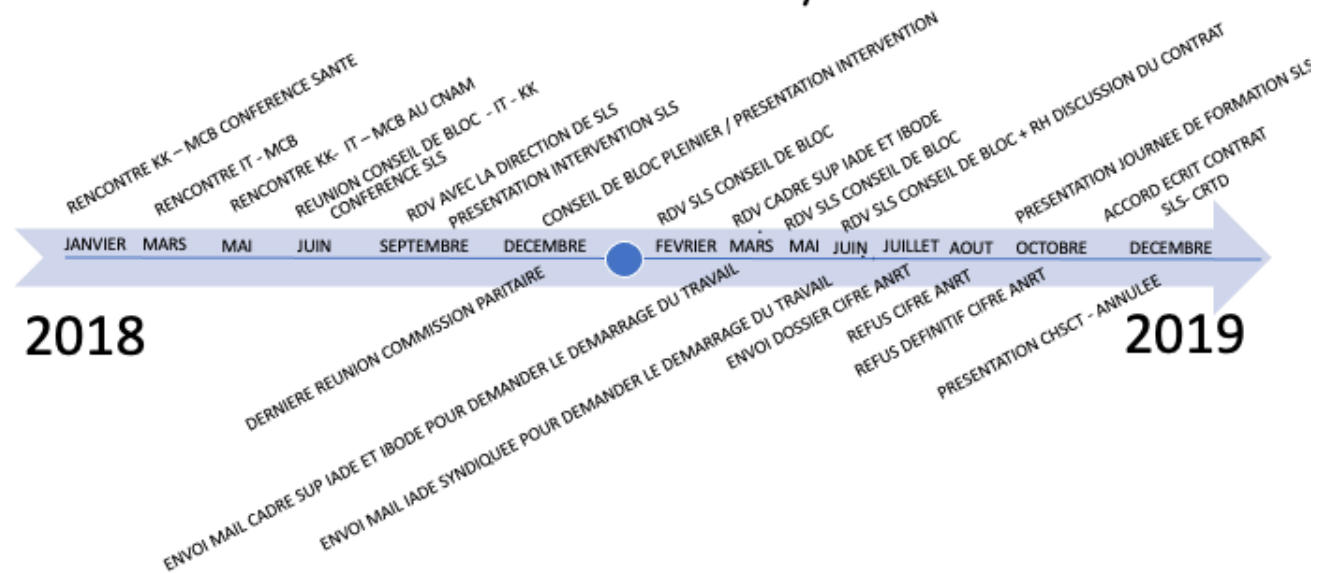
Nous avons dressé quatre frises temporelles qui retracent l'ensemble des éléments ayant une importance pour la compréhension de l'intervention de même que, plus généralement, pour la compréhension globale de ce terrain. Pour un plus grand confort de lecture, nous les avons insérées en format A4 dans les annexes (annexe 1).

Dates clefs de l'intervention – 1/4



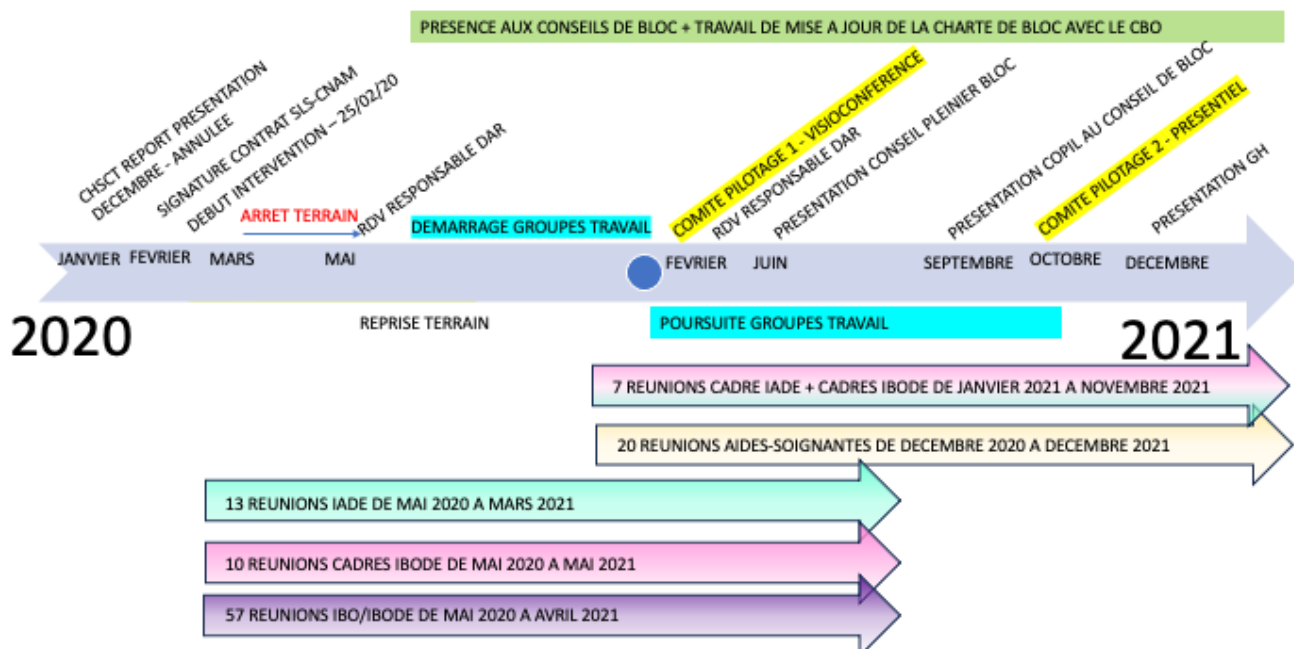
La première frise montre que le tournage du documentaire réalisé sur ce bloc opératoire a duré deux ans et que sa première diffusion sur la chaîne ARTE a eu lieu cinq mois après le suicide d'une IBO. La question du lien entre ce que montre ce documentaire et le passage à l'acte malheureusement réussi de cette infirmière de bloc se pose et s'est posée sans cesse depuis.

Dates clefs de l'intervention – 2/4



La seconde frise retrace les années 2018 et 2019 durant lesquelles de nombreuses présentations et rencontres ont eu lieu pour essayer de faire advenir une intervention en clinique de l'activité dans cet hôpital. Nous pouvons voir que les rendez-vous et présentations ont ponctué les deux années 2018 et 2019 et que malgré cela, le démarrage de l'intervention a pris beaucoup de temps à se concrétiser. Notons que les contretemps administratifs ont également émaillé la réalisation de l'intervention puisqu'en milieu d'année 2019, un dossier de financement a été déposé auprès de l'ANRT et refusé un mois plus tard. La raison évoquée concerne l'hôpital en tant que structure universitaire de recherche qui possède ses propres fonds de financement de recherche. À ce titre, l'ANRT a refusé de nous apporter son aide financière. Il nous a fallu trouver un terrain d'entente et de financement auprès de l'hôpital en fin d'année 2019, puis régler les contingences administratives par la suite début 2020 auprès du C.N.A.M. en tant qu'organisme de rattachement des chercheuses.

Dates clés de l'intervention – 3/4



La troisième frise présente l'intervention quasi immédiatement suspendue par le confinement lié à l'épidémie du covid-19. Redémarrée en mai 2020, l'intervention prendra un rythme soutenu sur les deux années 2020 et 2021. Deux comités de pilotage seront regroupés en 2021, le premier en février 2021 en visioconférence, format qui ne se prête pas particulièrement aux échanges qui doivent pouvoir se dérouler avec facilité durant ce type de réunion. Le format numérique empêche la spontanéité des propos et la qualité aléatoire des connexions provoque de nombreuses coupures qui entravent le dialogue. Un deuxième comité de pilotage se tiendra en octobre 2021, mais nous verrons qu'il ne permettra pas de soutenir l'action de terrain réalisée auprès des professionnels. Le détail des regroupements réalisés auprès des professionnels figure également sur cette frise. Nous pouvons voir apparaître le travail important qui s'est organisé auprès des IBO/IBODE de même que celui de moindre envergure qui s'est conduit avec les infirmières anesthésistes et les aides-soignants et aides-soignantes. De la même manière, cette frise laisse apparaître le travail conduit avec les cadres IBODE et IADE. En fin d'année 2021, une réunion s'est tenue avec les responsables du Groupement Hospitalier lors de laquelle nous avons présenté le bilan des groupes de travail et les besoins organisationnels qui avaient émergé lors des groupes de travail du terrain. Les éléments émanant du terrain ont eu peu d'échos, le groupe de direction ayant une vision très arrêtée de ce bloc opératoire et des professionnels en faisant partie.

Dates clefs de l'intervention – 4/4



Enfin, la quatrième frise montre une fin de travail de terrain qui s'organise autour d'un rendez-vous demandé par le responsable du département d'anesthésie et de réanimation dont nous aborderons le contenu plus loin. Le dernier comité de pilotage se tiendra trois mois après que nous ayons quitté le terrain. Nous retrouverons les équipes du terrain en fin d'année 2022 pour présenter un bilan de l'intervention lors d'une journée de formation qui leur a été dédiée. Le travail d'écriture et donc la coupure avec l'action du terrain démarrent en novembre 2022 et une soutenance a été programmée pour le mois d'octobre 2023. Inévitablement, le temps de l'action s'achève au moment où le temps de la réflexion commence. Notons qu'il nous aura fallu plusieurs mois pour élaborer, au sens fort du terme, ce qu'il s'était passé sur le terrain avant de démarrer le travail d'écriture.

La dynamique de l'intervention se retrouve bien à travers ces quatre frises. Un premier temps soutenu par le documentaire et le suicide d'une infirmière. Le temps des tractations pour entamer l'intervention, dense et constant, mais étalé dans une longue période. Puis le temps de l'intervention tout aussi important et constitué de l'action de terrain auprès des professionnels. Pour finir le dernier temps qui ralentit dès le début de l'année pour s'étioler jusqu'à sa fin. Nous allons maintenant présenter le cadre théorique de notre méthodologie d'intervention puis nous ferons un récit plus fourni de l'intervention.

4. Cadre théorique et méthodologique de l'intervention réalisée

Cette intervention-recherche s'inscrit dans le cadre théorique et méthodologique de la clinique du travail (Lhuilier, 2006a ; Clot et Lhuilier, 2010 a, 2010 b). La clinique de l'activité (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) est par essence une méthodologie d'action qui vise la transformation des milieux de travail. Il s'agit donc d'une intervention concrète qui passe par « la construction avec ceux qui en ont fait la demande d'un renversement » (Clot, 2008, p.31). Pour le mettre en œuvre, « l'observation et l'interprétation de la situation de travail [par ceux qui réalisent le travail] doivent pouvoir migrer pour se développer » (ibid.). Cela passe par l'affranchissement des professionnels « de leurs manières habituelles de penser et de dire leurs activités » (ibid.) pour les conduire vers un enrichissement des manières de faire nourri par une mise en commun, à travers un échange, des situations de travail vécues et de la façon dont elles ont été abordées par les pairs d'un même métier. Notre méthodologie d'intervention (Clot, 1999 ; 2008 ; Clot et Faïta, 2000) s'inspire des découvertes et avancées de l'ergonomie de langue française. Ce courant de la psychologie du travail nourrit son approche et ses acceptions théoriques des travaux de Bakhtine et de Vygotski. Développée par Yves Clot, elle conçoit une approche qui se centre sur l'analyse collective des rapports étroits qu'entretiennent activité et subjectivité, et ce dans la perspective du développement du « pouvoir d'agir » des individus. Pour ce faire, il s'agit de construire « [...] des cadres, méthodologiquement pesés, qui permettent aux professionnels impliqués dans l'histoire d'un milieu de développer leur propre expérience, individuelle et collective ». (Kostulski, 2009, p.7). Il faut donc placer au centre de l'investigation l'activité de travail dans ses multiples dimensions (matérielles, techniques, sociales, symboliques et subjectives), pour l'observer, l'analyser et la penser dans des dispositifs collectifs au sein desquels les professionnels et le psychologue-intervenant sont en situation de co-élaboration. Ce travail de co-analyse et de co-élaboration a ici une double visée. Il est à la fois « action de transformation » et « production de connaissances » (Clot et Lhuilier, 2010 a, p.8).

4.1. La clinique de l'activité : champs de pratique, corpus théorique et épistémologie des rapports action/connaissance

La clinique de l'activité considère le métier comme étant constitué de quatre instances (personnelle, interpersonnelle, impersonnelle et transpersonnelle) liées entre-elles, mais toujours en tension. La plasticité entre ces instances constitue le meilleur rempart contre les problématiques de santé au travail ou de « mauvais conflits » (Clot, 2017) dans l'activité (conflits interpersonnels, problèmes de coopération, baisse de la production, difficultés logistiques ou organisationnelles), par opposition à ce qui est considéré comme étant de « bons conflits » (Clot, 2017) comme les conflits de critères sur les manières de faire du « bon » travail (Clot, 2016a). La qualité des liens entre ces quatre instances garantit que « l'énergie psychologique indispensable à la vitalité professionnelle ne se dissipe pas autant dans les milieux de travail » (Kostulski, 2010, p.29) et que « le conflit entre elles reste créatif » (ibid., p.29). La clinique de l'activité est une méthode d'action, de transformation, mais également de production de connaissance sur les méthodologies (Clot, 2004). Nous tentons d'identifier les rouages des développements possibles, mais également de ceux qui n'ont pas eu un destin aussi

heureux afin d'en étudier les processus, et d'en tirer des enseignements, d'en détailler les mécanismes. Comme le disait Vygotski (1978, cité dans Clot, 2008, p.55) « c'est uniquement en mouvement qu'un corps montre ce qu'il est ». Clot (2008) en déduit le corolaire suivant et postule que « c'est seulement au travers d'une expérience de transformation que l'activité psychologique peut livrer ses secrets » (ibid.). On comprend donc que « le développement de l'activité est à la fois l'objet et la méthode de cette psychologie du travail » (Clot, 2004, p.9) et la recherche dans ce champ a pour vocation d'enrichir les moyens d'action méthodologiques et *a fortiori* cliniques, des intervenants dans ce champ théorique.

4.2. Une méthodologie d'action pour transformer les situations de travail

Dans nos interventions, les professionnels sont invités, en groupe de pairs, à réaliser une observation et une analyse de leur activité, individuelle et collective, accompagnés du psychologue. Cette perspective permet l'institution d'un cadre de travail invitant au dialogue sur les façons individuelles de faire le travail, et ce dans une visée de développement du sens et de l'efficacité de leurs actions. La transformation des situations de travail ne peut aucunement s'envisager par des préconisations sur les manières de faire. Autrement dit, une « expertise externe » ne peut en aucun cas conduire sur une modification des pratiques des professionnels. Seuls ces derniers peuvent être à l'origine de ces transformations, mais elles passeront inévitablement par une étape d'analyse collective. Pour le dire à la manière de Clot et Faïta (2000), il s'agit de mettre en place un dispositif méthodologique qui sera « un instrument pour l'action des collectifs de travail eux-mêmes » permettant au travail de « devenir ou redevenir un objet de pensée pour les intéressés qui en formulent la demande » (Clot et Faïta, 2000, p.7-8). Les ressorts de la dynamique mise en œuvre dans ces groupes de pairs reposent sur l'idée d'une présentation de l'activité individuelle qui deviendra l'objet d'une élaboration puis d'une explicitation collective. C'est ainsi que les professionnels vont pouvoir éprouver et accéder à leurs *zones proximales de développement* (Vygotski, 1934/1997), ou *zone de développement potentiel* (Clot, 1995), pouvant s'approprier ainsi les manières de faire en provenance des autres pour les reproduire seuls par la suite (Vygotski, 1934, p.355). Dans ce mouvement, ils mettront en exergue ce qu'ils font, mais également ce qu'ils ne peuvent pas faire, ou ce qu'ils font pour ne pas faire, révélant ainsi, grâce à la mise en visibilité des arbitrages qu'ils effectuent, les dimensions empêchées de leur activité, exposant les conflits non discutés qu'ils rencontrent et qui les animent dans la réalisation de leur travail. Ce faisant, ils expérimenteront la possibilité de débattre de ces critères collectivement, faisant de ces groupes de travail, un espace unique de développement des conflits de critères sur le travail bien fait (Clot, 2016b) leur permettant de se reconnaître dans le travail qu'ils effectuent quotidiennement.

4.3. Notre instrument principal d'action : le dialogue entre les professionnels

Kostulski & Clot (2007) affirment que « l'interlocution médiatise d'une part un rapport à l'activité, et d'autre part la coordination nécessaire avec autrui dans l'activité conjointe. L'interlocution est donc intimement liée à l'activité, et c'est dans son rapport à l'activité que ses fonctions psychologiques peuvent être comprises. Ainsi, rendre compte du rapport de l'interaction à la pensée suppose de comprendre le rôle fonctionnel de l'interaction verbale dans la structure même de l'activité » (ibid., p. 79). C'est bien par l'usage de l'interlocution qu'il

sera possible d'accéder au réel de l'activité. De plus, nous comprenons que c'est dans le lien de l'un à l'autre que nous pourrions identifier ses mécanismes opératoires.

Le second volet essentiel de cet usage interlocutoire est de considérer sa dimension adressée. En effet, selon Clot (2016 b) « dans une activité dialogique, il n'y a pas d'énoncé qui ne dise quelque chose à quelqu'un, autrement dit sans destinataire et sans objet. C'est vrai pour toute activité, de la plus pratique à la plus psychique. Il n'y a pas d'activité sans adresse, sans convocation d'autrui ou par autrui, cet autrui fût-il soi-même comme un autre. Et, du coup, il faut la regarder comme la plus petite unité de l'échange social, comme un rapport social à l'objet et dans l'objet » (ibid., p.56). Les propos qui seront tenus dans le cadre d'un échange interlocutoire seront donc à considérer comme n'étant accessibles que par cette configuration adressée. Ils ont, en ce sens, une portée particulière à laquelle nous n'aurions pas accès autrement. Comme nous le postulons en amont, les interventions en clinique de l'activité impliquent de mettre en place des cadres d'analyse ayant pour objectif le développement du pouvoir d'agir des personnes dans une approche historico-développementale (Clot, 2008). Selon Kostulski (2010) :

« C'est la singularité des situations, des contraintes, des façons de faire, du métier, qui est sur le devant de la scène. Les professionnels sont les principaux protagonistes du développement de l'analyse de leur activité. Nous opérons en effet un retournement de la question de l'expertise, et ce dès les premiers moments de l'intervention : si par exemple nous observons un professionnel au travail, ce n'est pas pour produire des connaissances, mais c'est bien dans le but de l'inciter à s'observer lui-même pour pouvoir ensuite mettre en dialogue ses façons de faire avec ses collègues. Ainsi, notre action est un moyen du dialogue entre les professionnels, et au-delà, un moyen du développement de leur pouvoir d'agir (Clot, 2008) » (ibid., p.34).

L'ensemble des configurations dans lesquelles nous mettrons nos interlocuteurs donneront lieu à des échanges dont la vocation sera de nourrir la réflexivité en vue de provoquer un développement. Selon Kostulski (2010), lorsque dans une intervention les cliniciens-chercheurs se confrontent à des difficultés comme « la résistance à "parler métier", l'impossibilité d'en débattre, les évitements des professionnels au moment des analyses, alors qu'ils étaient pourtant volontaires » (ibid., p.33), ces signes cliniques révèlent « la fluidité contrariée et même la nécrose des instances en tension » (ibid., p.33). Il s'agira, pour les cliniciens, d'essayer de mettre en discussion ces obstacles afin de tenter de les « transformer en développements réalisés » (ibid., p.33). La même démarche s'applique aux échanges avec les commanditaires, notamment dans les premières discussions autour de la commande. Les obstacles spécifiquement rencontrés dans ces premiers échanges seront à considérer comme des symptômes que les chercheurs pourront, par la suite, retrouver sur le terrain, dans les discussions avec les groupes de travail, comme cela fut le cas lors de l'intervention que nous aborderons en dernière partie. Par ailleurs, l'auteure nous fait remarquer l'importance de pouvoir débattre des obstacles rencontrés avec les commanditaires en tant qu'ils représentent les concepteurs du travail et l'institution et c'est à ce titre qu'ils peuvent faciliter ou entraver le développement. Il est donc nécessaire de les impliquer dans ces discussions avant et pendant l'intervention, notamment à travers la mise en place de comité de pilotage. L'échec de ces élaborations peut même être rapatrié dans les échanges comme objet de discussion à part entière en tant qu'il constitue un sujet de controverse.

4.4. Une approche singulière de l'activité en tant que mouvement « dirigé »

La clinique de l'activité considère le travail comme une activité triplement dirigée. Elle est conduite par le sujet lui-même vers l'objet de sa propre activité de travail, mais également vers l'activité des autres portant sur le même objet et ceci se fait par « la médiation du genre » professionnel (Clot, 2008). C'est précisément cette tri direction qui engendre un conflit permanent, et des tensions, se localisant entre ces trois pôles. Ces conflits et tensions peuvent être source de blocage comme être à l'origine de mouvement. Comme l'explique Scheller (2007) « la tension impliquée dans la triple direction de l'activité est toujours moteur de développement, à condition que les émotions dont elle est chargée trouvent le moyen de s'articuler de façon créatrice à cette activité. Si, en revanche, ces émotions sont ressassées, se fixant dans des routines conflictuelles, la disponibilité du sujet vis-à-vis du travail collectif ne se fait qu'au détriment des autres directions, et l'investissement nécessaire à l'action s'étiolé » (Scheller, 2007, p.91). Il s'agira pour le psychologue du travail d'œuvrer pour que ces conflits et tensions se dirigent vers un destin plus fertile pour les individus. Ces migrations fonctionnelles ne pourront s'effectuer que solidement arrimées aux mécanismes transférentiels générés par le cadre d'intervention que nous mettons en place (Scheller, 2013 ; Perrot, 2019).

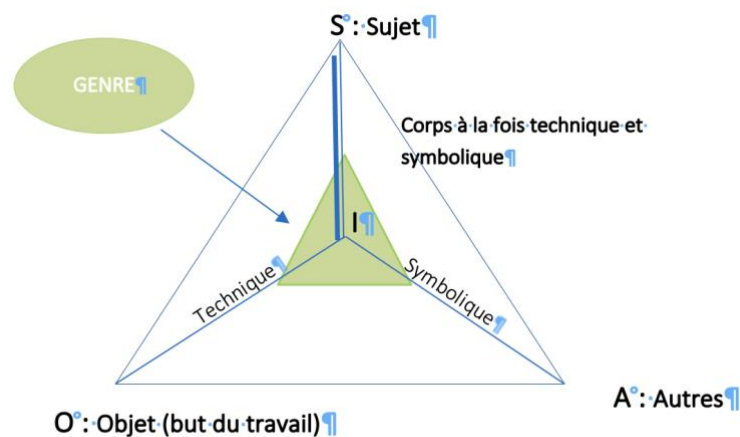


Figure 1 : Conceptualisation de l'activité dirigée (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008)

4.5. La part « invisible » de l'activité

Reprenant le principe posé par l'ergonomie selon lequel les tâches prescrites seraient structurellement différentes des activités réalisées, « la tâche étant ce qui est à faire et l'activité, ce qui se fait » (Leplat et Hoc, 1983, cités par Clot, 2008, p.89), Clot part de cette idée et met en évidence que l'activité réalisée et l'activité réelle ne sont pas chargées des mêmes composantes. S'inspirant des travaux de Vygotski selon lesquels « l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » et qu'*a fortiori*, un comportement est « un système de réactions qui ont vaincu » (Vygotski, 2003, cité par Clot, 2008, p.89), Clot repère que l'ensemble des activités qui n'ont pas pu être exprimées, que l'on peut considérer comme ayant été mises de côté, mais qui ont existé dans la pensée de l'individu, ne disparaissent pas. Elles exercent même une influence notable contre laquelle « le sujet peut rester sans défense » (ibid., p.89). On peut donc dire que le réel de l'activité englobe aussi « ce qui ne se fait pas, ce que

l'on cherche à faire sans y parvenir, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs » (ibid., p.89) tout comme « ce que l'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire » (ibid.). Il existe donc tout un pan de l'activité que nous qualifierons de non exprimé, mais qui existe et agit incontestablement sur l'individu. Ce point précis conduit Clot (2008) à affirmer que « le réalisé n'a pas le monopole du réel » (ibid.). Ce dernier va plus loin en décrivant que les expériences « déjà vécues » qui ont eu une issue négative vont marquer l'individu dans sa capacité à faire face à « l'inattendu de chaque situation » (Clot, 2016 b, p.57). En effet, il s'agirait, selon lui, du résultat d'un conflit à l'issue malheureuse, car « entre l'expérience qu'on a et l'expérience qu'on fait hic et nunc, il y a en fait un conflit plus ou moins grand. Du coup, l'activité est affectée par ce divorce potentiel, sous l'impact du premier conflit décrit ci-dessus. Elle est affectée dans sa marche du connu à l'inconnu et c'est là que le sujet trouve la source des fluctuations de sa vitalité, de l'intensité la plus forte à la plus faible » (ibid., p.58). L'activité est donc fortement impactée par les effets des affects produits par le destin des expériences vécues. Ces conséquences pourront, dans le pire des cas, figer les capacités d'action de l'individu. En effet, « par l'affect, le sujet se relie donc à la situation réelle qui le déborde en modifiant l'intensité de son activité » (ibid., p.59). Clot (2016 b) le pose très clairement : « c'est l'activité vivante en cours avec les autres qui mobilise ou immobilise l'activité déjà vécue en l'affectant. Cette exigence de travail qui ébranle l'organisation du sujet est justement l'affect » (ibid., p.59). Grâce à ces éléments théoriques, nous voyons plus nettement l'impact effectif des expériences non réalisées dans le réel de l'activité, de même que nous pouvons voir que le vecteur agissant sur la motricité de l'action de l'individu se trouve être l'affect.

4.6. Une théorisation des affects et des mouvements affectifs

Spinoza définit les affects comme étant « d'une part ces états corporels qui augmentent ou diminuent l'aptitude du corps lui-même à l'action, la favorisent ou la restreignent et d'autre part les idées qu'on a de ces états » (Spinoza cité par Clot, ibid., p.58), Clot, parle lui, de « coefficient de vitalité » (ibid., p.58) qui possède la capacité d'accroître ou de réduire le pouvoir d'agir des individus. Dans cette conception, l'affect sera appelé « actif », « quand le sujet parvient à faire du déjà vécu un moyen de vivre autre chose ; il sera dit plutôt passif quand, pour lui, l'activité vivante n'est plus, au contraire, que le moyen de vivre encore la même chose » (ibid., p.60).

Bonnefond et Clot (2016) démontrent qu'il est possible de transformer un affect passif en sa forme active dans le cadre des interventions menées en clinique de l'activité en s'appuyant sur les ressources collectives que constituent le groupe de pairs participant, mais également, sur le cadre clinique et dialogique en place, qualifié de « source du développement possible » (ibid., p.5). L'exploration des sources à l'origine de la production des affects passifs doit être « le moyen d'une "révision" [...] pour qu'un problème analysé sans avoir été d'abord résolu soit non pas refoulé dans l'organisation, mais au contraire objet d'une reprise-répétition dans un autre contexte où sa répétition est non seulement admise, mais sollicitée » (ibid., p.5). Faisant référence à la notion de *mémoire d'épisodes spécifiques* de Stern mobilisant *l'activité référentielle* (1989, cité par Scheller, 2007), Scheller explique qu'il s'agit « d'une fonction cognitive, dont nous sommes tous dotés, permettant de relier l'expérience émotionnelle et cognitive non verbale aux mots » (ibid., p.95). Conceptualisée par les travaux de Wilma Bucci (1997, cité par Scheller, 2007), eux-mêmes largement inspirés des écrits de Vygotski (1997) sur les liens entre la pensée et le langage, l'auteure dit :

« L'élaboration d'événements problématiques est possible si le sujet peut "s'approcher" verbalement des schèmes émotionnels qui constituent la source mobilisatrice de ces événements. La transformation de ces faits en mots est source d'élaboration, donc d'une reformulation possible du donné, si le sujet réussit à relier leur composante émotionnelle (qui

se déploie selon des modalités non verbales) à des mots symbolisant efficacement l'expérience vécue. Il s'agit d'une symbolisation que l'on peut considérer comme réussie si le sujet arrive à l'activer sans excessivement réduire, par des mots trop déconnectés de l'expérience (où la dimension émotionnelle est centrale), ce qu'il a vécu, éprouvé » (Scheller, 2007, p.95).

Le lien entre les émotions, la pensée et les mots est très nettement établi par l'auteure qui ajoutera que « si le noyau affectif est en partie clivé du schème, on peut accéder à ce noyau non pas par un accès direct - verbalement exprimé - au schème, mais à travers des associations périphériques parfois involontaires » (ibid., p.95) comme cela est le cas dans la méthode des instructions au sosie. Scheller (2013) a beaucoup travaillé sur le mouvement réalisé par les affects dans le cadre dialogique clinique mis en place lors des interventions en clinique de l'activité. Selon elle, le fait même de mettre une place, un cadre d'analyse dont l'outil principal sera l'activité dialogique fait émerger une « activité transférentielle ». L'activité transférentielle est en fait « une activité de “transport d'affects” à travers les instances qui structurent toute dimension de travail ayant une histoire, donc la production de formes d'actions plus ou moins réglées collectivement » (ibid., p.2).

4.7. Les outils de l'intervention de terrain et l'articulation du dispositif de terrain

Plusieurs outils nous servent à soutenir l'analyse collective du travail :

- des observations de terrain des situations concrètes de travail qui sont réalisées avec les professionnels dans le but de leur permettre de s'observer eux-mêmes grâce à la présence du psychologue. Cette mécanique permet de faire émerger des dimensions impensées étant devenues quasiment automatiques dans leur activité. Ces éléments vont nourrir les perceptions individuelles et seront versés au dialogue collectif afin d'alimenter et d'enrichir le travail réalisé en groupe de travail.
- Des groupes de travail entre pairs de niveaux hiérarchiques et de métiers identiques. Il est essentiel que les participants à ces groupes soient volontaires afin que le travail qui s'y déroule soit fructueux. La taille de ces groupes doit être moyenne (dix personnes maximum) afin de permettre une fluidité dans les discussions. Nous essayons d'organiser plusieurs séances de travail afin d'impulser une motricité dans les réflexions collectives.
- Des autoconfrontations simples et croisées. Sur la base de séquences de travail identifiées collectivement en groupe de travail, l'intervenante filme une certaine séquence de l'activité des professionnels. Ces films seront regardés et discutés individuellement dans un premier temps avec la personne concernée. Ils feront l'objet d'une première série d'analyses. Dans un second temps, les films seront projetés et discutés entre deux professionnels ayant été filmés afin d'ouvrir le dialogue et l'analyse à l'activité d'une autre personne faisant le même travail. Une fois cet exercice reproduit entre plusieurs personnes, il pourra être fait une restitution aux groupes de collectifs de métier concernés afin d'ouvrir une discussion collective de plus grande envergure. Dans nos interventions, le travail effectué avec un collectif de métier est articulé avec le suivi d'un comité de pilotage. Les personnes constituant ce groupe sont identifiées dès le démarrage du travail d'intervention. Il doit néanmoins être composé des commanditaires à l'origine de l'intervention et des professionnels jouant un rôle significatif dans l'encadrement et l'organisation du travail. Ce comité est ainsi invité à s'investir à son tour dans l'intervention en participant au dialogue professionnel se tenant, dans une temporalité différente, dans les groupes de travail. Ce faisant, il est donc sollicité et pourra ainsi se saisir des analyses produites par

les collectifs de métier, lui permettant ainsi d'entrer en dialogue avec ces professionnels à travers des sujets concrets. Le comité de pilotage pourra, en conséquence, prendre des décisions sur des points précis de l'organisation du travail, sur la base des analyses produites dans ces deux instances après une étape de concertation sur ces sujets avec les professionnels. On peut voir toute la dimension de l'articulation du travail du collectif et de celui du comité de pilotage permettant d'étendre la portée de l'intervention. Ce point nous paraît fondamental, car notre expérience de terrain révèle que la réussite d'une intervention en tant que vecteur de transformation ne peut s'opérer qu'en mettant en mouvement les deux niveaux de l'institution. En effet, il ne s'agit pas uniquement de permettre aux professionnels participants au travail d'analyse de trouver des ressources en eux et au sein du groupe, ils doivent également pouvoir en trouver dans l'organisation du travail à travers les propositions et les marges de manœuvre que le comité de pilotage pourra générer. Cet engagement hiérarchique est essentiel et il représente une condition fondamentale pour instaurer dans les institutions des voies de dialogue sur le travail, ses critères de qualité et ses dimensions génératrices de conséquences sur la santé.

5. Un documentaire et un suicide point de départ d'une commande « difficile à dire »

En novembre 2016 sort un documentaire dans lequel le réalisateur montre les ambiances conflictuelles et sinueuses du bloc opératoire de l'hôpital parisien dans lequel nous sommes intervenues. Il y a passé deux ans et durant cette période, muni d'une tenue de bloc et de sa caméra, il filme inlassablement les personnels présents. Or, même si tous les acteurs de l'hôpital, y compris le personnel du bloc opératoire, diront systématiquement que les blocs opératoires sont « toujours » des lieux de tensions et de heurts et que « c'est partout pareil », phrase qui nous a souvent interloquées en tant qu'elle pose un constat inévitablement accepté de tous, cette réalité figée sur un documentaire filmé a fait l'effet d'une bombe.

La déprogrammation des patients, tout d'abord. Au lendemain de sa diffusion, une quantité importante de patients a jugé qu'elle n'était pas rassurée à l'idée de se faire opérer dans un bloc opératoire où les personnels s'entendaient aussi mal. Il nous a été dit que trente pour cent des opérations prévues avaient été annulées.

Sur les personnels, ensuite. Le visionnage du film a révolté certaines personnes estimant avoir été piégées par ce « sympathique » réalisateur avec lequel elles avaient partagé de longs moments de discussion et qui semblait faire partie des leurs. Le film a été jugé « à charge » et son montage qualifié de construit pour nourrir cette idée d'une usine productrice d'épuisement professionnel, par rapport à l'ensemble des scènes tournées qui montraient une plutôt bonne collaboration entre les professionnels. Nous pensons qu'un documentaire est toujours construit avec une idée directrice et qu'il cherche toujours à présenter un propos préexistant au tournage des scènes sur un lieu-dit. Il semblerait que ce documentaire ne fasse pas exception à ce mode de construction. En effet, dans le dossier de presse de la présentation du film, le réalisateur explique qu'il avait lu un livre précis sur le *burn-out* et qu'il cherchait un milieu professionnel « en difficulté » pour illustrer les théories exposées dans le livre (Télérama, 2017). À la suite d'une rencontre avec une anesthésiste du bloc opératoire de l'hôpital parisien en question et d'une visite des lieux avec l'auteur du livre, le terrain semblait tout trouvé.

Cette présentation de ce monde violent et déchiré a également déclenché le départ de certains collaborateurs vivant préalablement très mal ce contexte de travail. Il faut cependant préciser que les équipes des blocs opératoires sont souvent amenées à se renouveler. Les équipes médicales changent tous les six mois avec les nouvelles promotions d'internes, les chefs de clinique restent au minimum deux ans, mais rarement plus alors que techniquement le clinicat peut durer plus longtemps, et les chirurgiens en recherche d'un titre de PU-PH (professeur des universités - praticien hospitalier) sont parfois amenés à changer d'hôpitaux pour obtenir le « sacré Graal ». Idem pour les anesthésistes bien qu'une poignée « d'anciens » se soit maintenue en poste dans l'hôpital concerné par le documentaire.

Du côté des personnels infirmiers, l'équipe d'IADE est plutôt stable, mais les infirmières de bloc et les aides-soignantes sont des équipes pour lesquelles le taux de renouvellement est assez fort. Les infirmières de bloc non diplômées partent faire l'école d'IBODE et les aides-soignantes ne restent pas très longtemps dans la fonction, soit parce qu'elles cherchent à faire l'école d'infirmière, soit parce que la nature des tâches à réaliser au bloc opératoire est trop éloignée du contenu de leur formation initiale. Cependant, l'impact de la diffusion de ce

documentaire a été retentissant. En juin 2017, une infirmière de bloc se suicide chez elle avec des produits anesthésiants subtilisés au bloc opératoire. Juste après se les être injectés, elle prévient deux collègues qui se rendront chez elle sans ne pouvoir rien faire pour l'aider. Le film sera diffusé en octobre 2017. Le lien avec le documentaire a été immédiat et évident pour la plupart des observateurs extérieurs. Dans le souci de faire la lumière sur ce terrible drame, une enquête paritaire sera diligentée. Elle aboutira un an et demi plus tard à la production d'un rapport mettant en cause l'encadrement de l'équipe des infirmières de bloc et son mode de management. Le rapport rassemble les témoignages des personnels du bloc recueillis par des syndicats et une personne d'un cabinet extérieur. Les questions autour de l'objectivité de ces témoignages et de la pertinence de leur contenu ont probablement participé à laisser ses destinataires sans voix, ne sachant pas vraiment quoi en faire.

5.1. Une double rencontre à l'origine du projet d'intervention

Une rencontre de la même personne du bloc opératoire par deux personnes différentes du laboratoire de recherche a eu lieu à quelques mois d'écart. Il se trouve que c'est la même personne qui avait initialement rencontré l'auteur du livre ainsi que l'auteur du documentaire et qui se trouvait à l'origine du projet de documentaire. Selon deux angles différents, les questions autour des possibilités d'aider les professionnels de ce bloc opératoire à sortir de cette situation se sont construites avec les deux membres du laboratoire de recherche et cette personne du bloc opératoire. De nombreuses discussions se sont initiées avec elle et se sont poursuivies avec les membres du bloc opératoire et de la direction de l'établissement.

5.2. Une commission d'enquête suivant le suicide d'une infirmière de bloc et un rapport accablant l'encadrement

À la suite du suicide de cette infirmière de bloc, une commission paritaire a été chargée d'enquêter avec l'aide d'un cabinet extérieur afin de comprendre si ce passage à l'acte pouvait trouver sa source dans une configuration professionnelle. L'enquête s'est déroulée sur plusieurs mois et a été réalisée principalement par des représentants syndicaux. Une personne en provenance d'un cabinet extérieur a accompagné de son côté des entretiens avec les personnels du bloc opératoire désireux d'apporter leur témoignage. Ce rapport a donc principalement conclu qu'il existait une responsabilité de l'encadrement du bloc opératoire. Par la suite, un groupe de travail a été créé regroupant un ensemble de personnes représentatives du bloc opératoire, de la direction et des syndicats. Ce groupe n'est pas parvenu à aboutir à un résultat concluant selon les personnes qui y ont participé. Notre rencontre avec les personnes du conseil de bloc s'étant fait vers la fin de ce groupe de travail, il y a été présenté l'idée que la réflexion et les échanges puissent se poursuivre avec notre accompagnement.

5.3. Une contractualisation qui prendra 2 ans à se concrétiser

Il faudra deux années complètes pour rencontrer successivement, les membres du conseil de bloc opératoire, instance chargée de la direction des activités opératoires et de leur régulation, les cadres IBODE et IADE, les membres et personnels du bloc opératoire lors des commissions plénières, les membres du CHSCT et les membres de la direction.

Après la présentation de notre manière de travailler et des modes opératoires qui façonnent nos méthodes d'intervention, les personnels semblaient tous intéressés à ce que nous intervenions

à notre tour sur ce terrain de recherche-intervention, mais la direction ne voulait pas prendre l'initiative de nous donner son accord sans obtenir en amont l'accord des équipes du bloc et du CHSCT. Lors de nos nombreuses réunions avec les personnels du bloc, il nous arrivait d'entendre une certaine désillusion de certains agents qui nous disaient avoir beaucoup d'intérêt pour notre approche, mais ne plus croire en la possibilité que les choses puissent changer au sein de cet environnement professionnel. En laissant la décision finale à la direction, ces mêmes agents devaient probablement attendre un signe de la direction, attestant de leur capacité à accueillir un changement organisationnel. De l'autre, la direction attendait probablement la même chose en mesure d'agir sur la situation de ce bloc opératoire.

En mars 2019, les acteurs du bloc se positionneront clairement et par écrit pour donner leur accord à une intervention de notre part, mais la contractualisation définitive ne pourra se faire avant décembre 2019 et le démarrage du terrain ne commencera que fin février 2020. En mars 2020, le premier confinement pour cause de Covid 19 viendra stopper l'action de terrain pour deux mois et cela, trois semaines après son démarrage. Le travail de terrain reprendra mi-mai 2020 dans un climat aggravé par une gestion de crise inédite dans le monde.

5.4. Une commande qui ne pourra pas se détacher des éléments évidents du terrain

Lors de nos différentes rencontres qui ont donné lieu à des présentations de notre approche méthodologique, nous avons régulièrement demandé à nos interlocuteurs « à quoi pourrions-nous vous servir ? ». Les réponses à cette question, posée prioritairement aux acteurs du bloc opératoire, ont toutes porté sur la nécessité d'améliorer la communication et les relations de travail entre les acteurs du bloc. Chaque représentant de son corps de métier faisait l'usage d'une démarche accusatoire envers les autres corps de métier, ou de l'organisation actuelle du bloc opératoire, de la façon dont la direction de l'établissement les « considère » et les « traite » et enfin, sur le point de vue que chacun porte sur la présence de telle ou telle activité chirurgicale au sein de cet hôpital. Devant ces difficultés d'élaboration sur les éléments constitutifs du « problème », nous avons retenu une thématique suffisamment ample pour qu'elle laisse le champ libre à toute problématique n'ayant pas émergé dans les discours de nos interlocuteurs.

L'intitulé retenu sera « étude et développement des coopérations au sein du bloc opératoire ». L'ambition de cette intervention sera donc d'analyser les dynamiques des coopérations de travail au sein de ce bloc opératoire en vue d'en tenter d'obtenir ses développements.

Une réunion avec le conseil de bloc en mai 2019, destinée à rassembler les éléments de la « commande » auprès des acteurs stratégiques de l'organisation et de la régulation du bloc opératoire, nous a permis de recueillir pêle-mêle des éléments clefs pour la compréhension des problématiques qui les traversent. Ce bloc opératoire est « présidé » par un conseil de bloc doté d'un pouvoir répressif très limité. Une cellule de régulation évalue toutes les semaines le contenu de l'activité programmée par les équipes chirurgicales sans pouvoir agir, là encore, sur les problèmes qu'elle voit poindre au loin. En résulte une majorité de journées de bloc dont le contenu ne pourra pas être effectué. Déprogrammations de patients, changements de salle intempestifs avec les répercussions inévitables pour les équipes en salle feront partie des conséquences quotidiennes à déplorer.

Les équipes chirurgicales paraissent vouloir optimiser leurs journées de bloc en les surchargeant, quitte à les organiser « stratégiquement », créant dans la foulée un sentiment de tension permanente à l'endroit des personnels de bloc. Leur objectif est énoncé sans réserve : il faut « recruter » des malades et parfois, notamment dans le cas de cancer, attendre n'est parfois pas une option possible pour les patients. Les chirurgiens demandent aux équipes de la souplesse et les équipes, elles, ne souhaitent pas dépasser leurs horaires. En effet, les chirurgiens qui ne sont là que pour le temps de leurs vacations (une à deux journées par semaine) travaillent avec des équipes qui, elles, travaillent au bloc tous les jours de la semaine. Chaque chirurgien qui dépasse son temps opératoire quotidien expose le personnel du bloc à une conséquence qui peut se reproduire régulièrement alors que pour lui, cet événement aura un caractère tout à fait isolé dans son planning hebdomadaire. Notons également que les chirurgiens sont habitués à faire des journées longues dans tous les cas. Travailler tard n'est donc pas un sujet problématique à leurs yeux. Par ailleurs, une équipe de chirurgie plastique s'est installée depuis une douzaine d'années au sein de ce bloc. Son activité est variée puisqu'elle fait aussi bien de la reconstruction, de la plastie esthétique et dans un autre endroit de l'hôpital, des opérations de grands brûlés. C'est plus particulièrement l'activité de plastie esthétique qui semble poser problème puisqu'elle s'apparente aux activités opératoires qui d'ordinaire se réalisent en clinique privée. De surcroît, c'est le service qui obtient le plus de temps opératoire au sein de ce bloc avec 46 % de l'activité opératoire. Les spécialités chirurgicales considérées comme curatives se sentent lésées et un sentiment d'injustice qualifié de « problème éthique » émerge fréquemment dans les discussions. La question pour l'équipe est de savoir si l'hôpital public est un lieu pour effectuer des interventions de chirurgie esthétique, qui plus est quand elles se font au détriment des interventions de cancérologie. Évidemment, ce sentiment se confronte rapidement dans la discussion au fait que la décision d'installer ce service au sein de cet hôpital ne leur revient pas et que la présence de ces activités, installées là depuis de nombreuses années, continue à déclencher une polémique puisqu'elles sont jugées être réalisées « à but lucratif » et avec dépassement d'honoraires donc en dehors des codes du service public hospitalier.

L'un des objectifs de notre travail sera donc de comprendre les conditions de l'efficacité de la régulation de l'activité du bloc et de soutenir son efficience dans un contexte quotidien.

La programmation au sein du bloc telle qu'elle apparaît se fait au prix de tensions interpersonnelles fortes : découragement, conflits interpersonnels, sentiment d'érosion du sens du travail accompagnent la programmation et la réalisation des activités du bloc.

5.5. Des commanditaires multiples, engagés, mais faisant preuve de précaution

Les deux ans qui auront été nécessaires pour contractualiser notre intervention nous ont amenés à rencontrer successivement le conseil de bloc de l'époque, la direction, le CHSCT avec les syndicats de l'hôpital, l'encadrement IBODE et IADE du bloc, les équipes. Notre démarche a probablement contribué à laisser un peu en retrait les personnes qui devaient se constituer comme commanditaire de notre intervention, par souci de laisser la place aux professionnels. En effet, dans nos interventions, il est indispensable d'avoir des personnes qui se sentent « responsables » de ce qui nous est demandé sur les terrains d'intervention. Sans cela, il est difficile d'avoir l'assise nécessaire pour construire une action de terrain efficace. Or, dans ces allers-retours entre la direction, renvoyant la décision aux professionnels, et les équipes, ne voulant pas plus prendre cette décision, au prétexte de ne pas vouloir se sentir comptable d'un

résultat qui pourrait être décevant, nous avons mis du temps à obtenir l'engagement des équipes cadres du bloc opératoire (IADE et IBODE).

Entre notre premier rendez-vous et l'engagement écrit des cadres supérieurs IADE et IBODE à accepter de vouloir travailler avec nous, le conseil de bloc s'était déjà intégralement renouvelé. Précisons que l'équipe que nous avons rencontrée initialement détenait ce mandat depuis 7 ans. Puis, un an après le démarrage du travail de terrain, le cadre supérieur IADE et la cadre IADE étaient partis. La direction avait, elle aussi, changé. Elle s'est d'ailleurs renouvelée trois fois durant notre intervention, de même que la direction des ressources humaines. Deux des cadres IBODE étaient également parties en deux ans. Autant dire que ces nombreux changements ont rendu difficile la tâche d'un collectif de commanditaire changeant aussi fréquemment et que les nouveaux arrivants ne se sont pas tous montrés forcément favorables à notre action de terrain, ayant du mal à en comprendre le bien-fondé de notre démarche. Le premier directeur des ressources humaines a changé de fonction au sein du Groupe Hospitalier, mais n'a pas perdu de vue notre action de terrain ni la réalisation du travail.

Entre la première réunion avec le conseil de bloc en mai 2019 et la dernière que nous avons réalisée en mars 2022, mobiliser les commanditaires aura été un objectif permanent. Ce collectif paraissait, tout comme le premier, fortement délié, laissant chacun pris dans sa sphère d'activité et en proie à des réalités ou des problématiques différentes de ses collègues. Tout au long de l'intervention, il nous paraît fastidieux de mobiliser les acteurs de terrain autour des problématiques rencontrées au fil des séances d'analyse de l'activité, chacun restant sur la réserve de son propre angle de vue.

Lors de la réunion de mai 2019, le cadre supérieur IADE de l'époque nous a avoué avoir mal accueilli le périmètre de notre action. Le fait que notre intervention de terrain devait porter sur l'organisation du travail et que cette sphère relevait du périmètre des cadres signifiait, pour lui, implicitement, de se voir dire que les cadres (IADE et IBODE) n'avaient pas été capables d'effectuer correctement leur travail. Autrement dit et toujours selon lui, la direction, sans leur reprocher ouvertement de ne pas arriver à s'acquitter correctement de leur travail, leur « collait dans les pattes » une équipe de recherche pour faire le travail à leur place. Nos discussions ont permis de mettre fin à cette perception compréhensible, mais erronée, et nous avons pu bien avancer avec lui jusqu'à son départ courant 2021. Son successeur, probablement en proie aux mêmes craintes, n'aura pas la même transparence à notre égard. Son intervention sera déterminante dans l'arrêt de notre action de terrain.

Notre présence était probablement inquiétante pour beaucoup des personnes ayant une fonction d'organisation des activités du bloc opératoire. Ces questionnements ont peut-être été également ressentis par des acteurs du bloc opératoire sans que nous puissions en discuter avec eux. Ces préoccupations n'ont malheureusement pas été travaillées comme nous avons eu la chance de le faire avec le cadre supérieur IADE de l'époque. Rappelons que nous avons eu de nombreux échanges avec lui, qui l'avait familiarisé avec notre démarche d'intervention. Ce point a probablement pesé sur cette équipe et c'est peut-être pour cela que nous avons rencontré plusieurs difficultés pour la constitution des collectifs ainsi que la tenue des groupes de travail avec les infirmiers anesthésistes sur la durée de l'intervention.

6. L'intervention réalisée au sein du bloc opératoire de l'hôpital parisien

Comme nous l'avons présenté dans la partie théorique de notre champ de recherche et d'intervention, notre approche méthodologique nous conduit inéluctablement sur le terrain et plus particulièrement auprès des collectifs de professionnels qui auront fait le choix de conduire, avec nous, une analyse dialogique de leur activité de travail.

De mai 2020 à décembre 2021, des groupes d'analyse de l'activité auront été organisés avec quatre catégories de métiers différents : les infirmiers anesthésistes, les infirmières de bloc, les aides-soignants de brancardages internes et les aides-soignantes de bionettoyage. Nous conserverons les terminologies genrées ci-dessus d'une part parce qu'elles représentent la prédominance des genres représentés dans ces catégories professionnelles dans ce bloc opératoire précis, et d'autre part, parce qu'elles faciliteront la distinction entre les métiers afin d'accroître la fluidité de lecture des chapitres suivants. Nous précisons toutefois que les personnes qui se sont constituées volontaires pour la catégorie des infirmiers anesthésistes étaient toutes des femmes alors que cette équipe est très largement masculine. Nous aurions donc pu tout aussi bien parler au féminin pour cette catégorie professionnelle.

Dans nos interventions, et plus particulièrement dans celle-ci, l'architecture des groupes se construit de la manière suivante : des groupes de professionnels se réunissent afin de faire émerger les problématiques spécifiques à leur activité professionnelle, à savoir le travail qu'ils arrivent à faire, que nous appelons travail « réalisé » (Clot, 2008), et celui qu'ils devraient faire, mais n'arrivent pas ou plus à faire, que nous appelons le travail « réel » (Clot, 2008). Une fois ces problématiques finement sélectionnées avec eux, nous décidons de les présenter, en leur présence, dans un comité de pilotage, regroupant l'institution et toutes les personnes en mesure de pouvoir « débloquer » les points relevant directement de l'organisation du travail. Une fois ces étapes réalisées, nous avons projeté d'organiser des groupes de travail entre les différents métiers dans la perspective de pouvoir rétablir un dialogue devenu impossible entre eux puisqu'il n'arrivait pas à s'extraire d'une formalisation conflictuelle. Autrement dit, et tel que cela était décrit par les professionnels eux-mêmes, les gens de ce bloc n'arrivaient pas à communiquer autrement qu'en « s'engueulant ». Nous avons donc, plus que sur tout autre terrain, besoin de passer par une période d'analyse individuelle des métiers avant de se lancer dans l'étape des réunions en groupes interprofessionnels au risque de déclencher le symptôme principal de ce terrain : les conflits interpersonnels.

Durant 22 mois, plus particulièrement entre mai 2020 et décembre 2021, pas moins de quatre-vingt-dix séances de travail ont été organisées entre ces quatre différents métiers représentant un peu moins de deux cents heures de discussion avec les professionnels. Nous avons constaté que les personnels concernés sur le terrain en étaient très demandeurs, en tout cas du côté des paramédicaux. Leur adhésion à notre protocole d'intervention semblait être une tentative pour eux de faire entendre leur voix d'une manière inédite. Les séances de discussion ont été un lieu dont se sont saisis les participants, et où la parole, établie dès le départ comme devant être totalement libre, s'est révélée comme cathartique et structurante. Nous allons entrer dans le détail de notre action de terrain afin d'exposer la façon dont chacun des groupes s'est emparé du dispositif de recherche-intervention.

6.1. Une intervention qui démarre par un confinement et une réquisition des hôpitaux pour urgence sanitaire

Notre première présence parmi l'équipe a eu lieu fin février 2020 alors que l'épidémie de covid 19 venait d'apparaître en Chine. Trois semaines plus tard, le virus avait envahi le territoire français et un confinement national inédit allait être proclamé pour une durée de deux mois. Nous n'aurons quasiment aucune nouvelle de nos acteurs de terrain qui allaient être rudement mis à contribution, l'ensemble des hôpitaux de l'hexagone ayant déclaré un « plan blanc » (ARS, 2020), signifiant la réquisition des agents pour faire face à un afflux de patients ou de victimes, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Progressivement, le bloc opératoire allait être réduit à son fonctionnement minimum et les agents du bloc seraient répartis dans les services qui s'étaient réorganisés pour prendre en charge des patients atteints du covid, patients qu'au départ, personne ne savait comment soigner. Les IADE ont été immédiatement réquisitionnés dans leur totalité, car leurs compétences dans le domaine de la réanimation étaient considérées comme très précieuses pour suppléer aux services de réanimation totalement pris d'assaut et dont les personnels « tombaient » les uns après les autres, eux-mêmes contaminés par le virus. Les IADE nous ont dit avoir dû « monter une réa » en quarante-huit heures alors qu'un grand nombre d'entre eux ne se sentait pas vraiment formé pour y être opérationnel immédiatement. Sans vouloir trop simplifier les choses, tout en cherchant quand même à pouvoir les décrire *a minima*, on appelle anesthésie-réanimation deux fonctions qui d'ordinaire donnent lieu à deux catégories d'activités différentes. En réanimation, on prend en charge des patients aux pathologies très variées et qui sont fortement à risque d'avoir un pronostic vital engagé. Au bloc opératoire, les anesthésistes endorment les patients et si les choses se passent mal, ils sont en mesure de pouvoir agir immédiatement de sorte que le patient ne meurt pas sur la table d'opération. Choc anaphylactique, voire arrêt cardiaque, sont des choses qui très rarement peuvent arriver dans un bloc opératoire. En revanche, la multitude des scénarios visibles dans les services de réanimation est bien plus vaste que ceux qui peuvent se produire dans un bloc opératoire. Pour le dire autrement, ce qui se produit au bloc opératoire relève plutôt des conséquences de l'intervention chirurgicale et de l'injection des produits anesthésiants que l'on utilise pour endormir le patient alors qu'en réanimation, les problèmes viennent de pathologies ou des accidents qui frappent les patients. L'éventail est donc bien plus varié et le champ de connaissance à maîtriser est bien plus large. Un IADE de l'équipe avait par le passé travaillé dans un service de réanimation. Il a donc servi de référence auprès de ses collègues qui avaient besoin de conseils dans les manières de faire.

L'équipe a donc été réquisitionnée dans sa globalité, à l'exception des quelques personnes ayant des pathologies considérées comme à risque (diabète, ou autres maladies chroniques), pour constituer une réanimation d'urgence. Du côté des infirmières de bloc et des aides-soignants, un appel au volontariat a été fait pour savoir qui pouvait être déployé dans les services de première ligne. L'hygiène et le respect des règles d'asepsie étant la spécialité des infirmières de bloc, une petite équipe s'est formée pour dispenser à l'ensemble des personnels de l'hôpital les bonnes pratiques permettant de garantir le respect des règles barrières. Un décalage entre les équipes IADE et IBODE s'est donc créé à ce moment-là, les IADE considérant que les IBODE avaient bénéficié d'un traitement plus avantageux que le leur. Certains ont même dit qu'elles avaient été « planquées » pendant la période la plus intense de la crise. À notre retour sur le terrain, la cadre IADE de l'époque nous a confié que cette différence de traitement entre les deux équipes avait créé des dissensions très fortes dont elle craignait ne jamais voir la fin.

6.2. Des groupes d'analyse de l'activité conduits au sein des 2 équipes paramédicales

6.2.1. Le travail avec les IADE

Les réunions de travail avec les IADE ont suivi le rythme de la reprise survenant après la première vague du covid. Le bloc opératoire n'ayant pas rouvert plus de six salles, les IADE présents au complet dans l'équipe étaient bien plus nombreux que ne le nécessitait l'activité en salle. Ils étaient alors en surnombre. La cadre de leur équipe avait profité de cette sous-activité pour organiser plusieurs séances de travail de suite avec eux : deux en mai, une en juin et une autre en juillet. Lors de ces quatre séances, jusqu'à douze IADE étaient présentes. L'équipe IADE regroupe 34 personnes dont un tiers avait fait le choix de participer. Puis, le rythme de travail du bloc opératoire a repris et l'activité opératoire étant organisée en affectant un IADE par salle, nous sommes entrées dans une période où il n'était plus possible de réunir l'équipe. Puis leur cadre est partie, laissant pendant plusieurs mois l'équipe sans encadrement de proximité. Le cadre supérieur étant pris par ses activités en lien avec la gestion de la suite de la crise covid, nous n'avons pas pu reprendre les groupes avant octobre 2020. Nous avons réussi à effectuer trois séances en octobre, puis trois autres en novembre pour finir par toucher le bout d'un problème logistique que nous n'avons pas réussi à surpasser. Pour regrouper celles qui souhaitaient poursuivre la tenue de ces groupes soit huit personnes, il fallait que leurs collègues qui étaient à des affectations de salles finissant plus tôt remplacent les participantes en salle pour qu'elles puissent se joindre la réunion. Les affectations plus courtes étaient au nombre de 5, donc au moins 5 d'entre elles pouvaient être remplacées. Cette organisation était pensée sans imaginer que cela poserait un problème aux collègues en situation de pouvoir les remplacer. Précisons que les IADE ont, contrairement aux autres personnels du bloc, la possibilité de quitter l'hôpital une fois leurs missions finies. Plus qu'un droit, il s'agit plutôt d'un arrangement au sein du service. Cet arrangement devant rester suffisamment invisible pour ne pas être rompu, il a fallu plusieurs séances pour que l'on puisse le voir apparaître et le comprendre. Les collègues participants au groupe se sont retrouvés dans un dilemme majeur : pouvoir continuer à venir sans pour autant révéler les difficultés de leurs collègues à les remplacer.

De nombreuses excuses ont été évoquées : « les affectations qui finissent plus tôt sont très fatigantes, les collègues doivent vraiment partir », « ils ne savaient pas qu'ils devaient nous remplacer, ils ont dû partir », « ils ont fait des dépassements d'horaires la veille, ils ont dû partir ». Puis, la responsabilité de cette situation a fini par se déplacer sur l'organisation du travail : « la direction nous oblige à être un par salle, ça n'est pas suffisant pour avoir la souplesse de pouvoir se remplacer, même pour prendre nos pauses déjeuner. Nous sommes obligées de demander aux anesthésistes de nous remplacer pour le déjeuner et une grande majorité refuse de le faire. Les IBODE, elles, n'ont pas ce problème. Pourquoi ne pourrait-on pas être plus nombreux pour avoir la même organisation qu'elles ? De toute façon, elles sont protégées par leurs cadres... ».

Grâce à la nouvelle cadre IADE récemment arrivée, nous avons tenté une nouvelle technique : faire venir en nombre plus important l'équipe IADE les jours de réunions pour que les participantes ne soient pas bloquées par les collègues ne souhaitant pas les remplacer. Les dates des réunions ont été affichées plus d'un mois à l'avance de sorte que l'information soit connue de tous. La veille des trois dernières réunions, les IADE, libres de pouvoir remanier leur

planning, ont décidé de se déclarer absents le jour des réunions de sorte que l'effectif n'était plus assuré pour remplacer les collègues participants aux séances. Le refus de certains à ce que ces réunions se tiennent était avéré. Le malaise venait bien du cœur de l'équipe et plus particulièrement de ceux qui ne souhaitaient pas participer à ces groupes d'analyse de l'activité. Nous n'aurons pas plus d'explication pour comprendre les motivations de ces personnes. Lors de notre présence en salle pour des observations d'opération, certains IADE ne participant pas aux réunions nous avaient confié de manière informelle que notre intervention était inutile et qu'il serait impossible de transformer les modes de fonctionnement de ce bloc opératoire.

Les trois dernières séances ont donc été compromises et n'ont pu se tenir convenablement. Très peu de personnes ont pu y venir et lorsqu'elles venaient, elles devaient repartir aussitôt, car elles ne pouvaient pas « laisser leur salle plus longtemps ». Nous pouvons donc considérer avoir eu dix séances de travail avec ce groupe et que les trois dernières séances ont été avortées. Les séances ont duré environ une heure trente avec un temps de démarrage dédié à réunir l'équipe qui s'amorcera toujours à notre initiative.

6.2.2. Le travail avec les IBODE

Le travail avec les IBODE s'est organisé avec nettement plus de fluidité. Les premières séances ont démarré fin mai 2020 et les dernières se sont tenues en mai 2021. Durant ces douze mois, huit groupes ont été constitués avec en moyenne quatre à cinq personnes par groupe. Nous avons réalisé au moins huit séances pour chaque groupe avec trois groupes qui en ont fait onze et deux groupes, constitués de stagiaires ou de personnes n'étant pas restées très longtemps au bloc, n'en ont fait que deux.

Nous dénombrons un total de cinquante-sept séances de travail, soit un peu moins de cent quatorze heures de discussion avec au moins trente et une personnes sur les trente-six composant l'équipe. Cette équipe devrait être à un effectif de quarante-trois infirmières, mais les difficultés de recrutement dans ce secteur hospitalier sont tel que nous avons démarré le travail de terrain avec un effectif de moins neuf IBO/IBODE et nous l'avons fini à moins quatorze. On peut dire qu'une hémorragie touche ce métier, mais lorsque les discussions à ce sujet se sont tenues en comité de pilotage, nous nous sommes, là encore, heurtées à la même remarque « c'est partout pareil », « c'est une crise nationale », « c'est pire dans les autres hôpitaux », « ailleurs ce sont les IADE qui sont en sous-nombre ». Une myriade d'arguments sous-entendant qu'il ne fallait pas paniquer ou peut-être ne pas réagir.

Dans tous les cas, la mobilisation de cette équipe a été facilitée, il faut le souligner, par l'adhésion des cadres de proximité. Les IBO/IBODE participantes venaient avec enthousiasme et régularité aux séances de discussion et elles se sont livrées avec sincérité et transparence dans un exposé des réalités de leur métier. Ce groupe professionnel, tout comme celui des aides-soignants et aides-soignantes d'ailleurs, n'a pas souvent l'occasion de s'exprimer et lorsqu'on leur donne la parole, elles ne sont pas vraiment entendues. C'est probablement une réalité qui frappe tout le personnel paramédical à l'hôpital. Les IBO/IBODE, elles, sont aux premières loges de l'activité des chirurgiens et en vertu de ce qui nous a semblé ressembler à des « castes » de métiers, elles n'ont pas, ou ne s'autorisent pas, à réagir aux problèmes auxquels elles sont exposées ; nous reviendrons sur ce point dans l'exposé clinique.

Les IBO/IBODE se sont laissé porter dans ce dispositif tout comme elles en sont sorties sans vraiment pouvoir en maîtriser le flux. En effet, la densité de cette intervention portant sur une

quantité importante de métiers n'a pas permis d'assurer un suivi ou un accompagnement suivi pour chaque groupe professionnel. Nous avons donc dû suspendre les groupes avec les IBO/IBODE pour pouvoir faire les réunions avec les aides-soignants et les aides-soignantes avec la perspective de reprendre les séances avec les premières pour les « clôturer ». Or, le destin de cette intervention ne nous a pas permis de procéder de la sorte et nous avons dû quitter le terrain, un peu à la hâte, laissant les IBO/IBODE dans un sentiment d'interruption inexplicée. Cependant, tout comme elles pouvaient en faire la démonstration à l'égard des attitudes parfois exagérées des chirurgiens, elles s'y sont résolues sans rien dire. Lorsque nous avons pu nous en expliquer, elles avaient bien fait l'hypothèse d'un imprévu sans vraiment en savoir plus, à l'image de ce qu'elles font en salle quand elles y travaillent. Elles ont la finesse de saisir les troubles qui s'y déroulent sans le faire remarquer et sans en parler.

6.3. Le travail avec les aides-soignants brancardiers internes

Le travail réalisé avec les brancardiers internes, aides-soignants exclusivement masculins que nous appelons également, comme il est d'usage au bloc opératoire, « les garçons », s'est révélé beaucoup plus réduit qu'avec les IBO/IBODE. En effet, les groupes de travail avec les infirmiers et infirmières (soit IADE et IBO/IBODE) ayant pris beaucoup de place, il a été matériellement impossible de réunir tout le monde dans les mêmes périodes.

L'équipe de brancardiers étant découpée en deux équipes, une du matin et une de l'après-midi, nous avons réuni l'équipe deux jours de suite début juin 2020 pour leur présenter notre façon de travailler, à savoir des réunions, au volontariat exclusivement, dans le but d'établir avec eux un état de leurs difficultés au travail. Puis nous les avons rencontrés de nouveau fin juin et mi-juillet 2020. Nous sommes rentrées très vite avec eux dans leur réalité de travail et nous avons pu rapidement discuter des solutions qui se présentaient pour tenter d'agir sur ce qui posait le plus de problèmes dans leur activité. En parallèle, nous avons initié des discussions avec une personne de leur équipe qui se montrait très fédératrice au sein de leur groupe et qui se paraissait disposée à s'investir un peu plus d'un point de vue quasiment managérial. Nous avons conduit également des discussions plus spécifiques avec lui sur les points de difficultés décrits par ses collègues, ce qui nous a permis d'envisager un niveau encore plus abouti d'hypothèses pour tenter de trouver des solutions directement sur le terrain et avec l'aval des cadres.

Nous pouvons dire que l'ambiance qui régnait au sein de cette équipe était plutôt cordiale et que les personnes se respectaient même lorsqu'elles agissaient de manière variable en termes d'investissement. Pour le dire autrement, les plus investis ne gênaient pas les moins investis et vice-versa. C'est donc sans grande surprise que lorsque nous avons réuni l'équipe à nouveau début mars 2021 et en juin 2021, les discussions réalisées avaient porté leurs fruits. Il faut dire que pendant tout ce temps, de nombreuses discussions informelles, mais collectives, s'étaient tenues entre eux et parfois avec nous, et que plusieurs temps d'observation avaient également été organisés en leur compagnie. Les réunions plus officielles au sein de cette équipe étaient difficiles à organiser, puisqu'elles nécessitaient de réunir toutes les personnes travaillant dans les mêmes créneaux horaires au moment où leurs collègues venaient les remplacer, mais sans empiéter pour autant sur leur temps de pause-déjeuner. Nous avons donc constaté que les discussions qui s'étaient tenues avec eux dans des temps de pauses naturelles de leur activité avaient été tout aussi opérantes. Nous avons réalisé au total sept réunions avec eux, d'environ une heure chacune, et sept réunions en effectif plus restreint, avec d'abord la personne identifiée comme disposée à s'investir à un niveau organisationnel dans l'équipe puis une seconde qui s'est rapidement positionnée comme ayant le même intérêt que son collègue. Toutes les

personnes de l'équipe ont participé aux réunions même si elles n'avaient pas toutes les mêmes intérêts pour les sujets abordés. Elles se sont positionnées très ouvertement sur les sujets abordés lors des premières réunions.

6.4. Le travail avec les aides-soignantes de bionettoyage

Avec les aides-soignantes de bionettoyage, équipe exclusivement constituée de femmes et qui, sans grande surprise, est appelée l'équipe « des filles », les réunions ont été bien plus nombreuses qu'avec l'équipe « des garçons ». En effet, cette équipe s'est immédiatement illustrée à travers de très forts conflits interpersonnels que les cadres n'arrivaient pas à enrayer. Il faut dire que pour cette catégorie professionnelle, les syndicats sont très impliqués et qu'ils ne manquent pas de prendre immédiatement position dès que le moindre conflit apparaît, surtout quand les cadres y sont impliquées. Les sujets conflictuels y sont donc très sensibles, sous haute surveillance et malheureusement très nombreux.

Nous avons donc rencontré cette équipe début mai 2020 pour lui présenter notre dispositif. Puis nous avons commencé les observations dans leur espace de travail en juin 2020. Les réunions ont pu commencer en juillet 2020. Elles se sont alternées avec des rendez-vous avec des personnes de l'équipe désignées comme ne s'inscrivant pas dans la même dynamique que le reste de l'équipe. Nous avons réalisé douze réunions d'équipe d'environ une heure, cinq réunions individuelles avec des membres de l'équipe. Les réunions se sont tenues de juillet 2020 à décembre 2021. Sans grande surprise, en novembre 2021, les syndicats nous ont contactées pour s'entretenir avec nous du cas d'une personne de l'équipe ayant cristallisé beaucoup de tension. Nous n'exposerons pas le contenu de cette situation puisqu'il ne s'inscrit pas dans le travail de recherche que nous réalisons, mais il mérite néanmoins d'être mentionné puisqu'il est venu émailler notre action de terrain. Nous pouvons cependant dire que nous les avons rencontrés et que les échanges avec eux ont été fort intéressants en ce qu'ils nous ont fait voir la qualité de l'accompagnement qu'ils accordent aux personnes en détresse qui les sollicitent.

Des conflits au sein de cette équipe, il y en a eu plusieurs. Au départ, une personne en convalescence d'un covid long revient avec un mi-temps thérapeutique. Elle passe une grande partie de son temps au bloc opératoire à dormir dans des salles inoccupées et ses collègues font son travail à sa place. Les mois passent et cette collègue ne semble pas se relever de ses séquelles. Son travail est très restreint et elle présente des symptômes encore lourds comme une fatigue chronique, des pertes de mémoire et de concentration, des troubles de la déglutition et quelques autres troubles que nous ne détaillerons pas. Or, pendant tout ce temps, cette personne fait partie des effectifs de l'équipe, mais elle ne peut pas faire son travail. Ses collègues sont obligées de la remplacer pour toutes ses tâches. Plus d'un an après son retour et sans grande amélioration de son état, ses collègues commencent à se plaindre. Elles ne veulent pas offenser la collègue malade, mais elles ne veulent plus assurer son travail à sa place.

Lorsque les groupes démarrent, les collègues profitent de la réunion pour dire à la collègue souffrante ce qu'elles pensent de la situation. La collègue malade se sent acculée et refusera de participer au dialogue collectif. À partir de cette première rencontre, elle décide de ne plus venir aux réunions. L'équipe, « délivrée » de la présence de leur collègue malade, donne libre cours au récit de ce qu'elles seules vivent au quotidien c'est-à-dire ce qu'il se passe lorsque personne n'est là pour le voir à part elles. Ce qu'elles racontent est sans conteste accablant pour la collègue malade : cette dernière n'a pas attendu d'avoir le covid pour être « déloyale » dans

l'exécution de son travail. Selon elles, cela fait des années, au-delà de la maladie qui l'affaiblit aujourd'hui, qu'elle ne fait plus ce qu'elle doit faire et que lorsque ses collègues la confrontent, de violentes interactions éclatent suivies d'une prise à partie rapide d'une des cadres du bloc en charge de la supervision de l'équipe d'aides-soignantes. Cette dernière prise dans le récit de la collègue malade finit toujours par prendre la défense de la mise en cause. Ce scénario s'est produit de nombreuses fois et les collègues, sans recours, ont fini par abandonner. Et puis, vient cette affaire de covid long, qui s'ajoute à ce tableau d'ores et déjà bien déséquilibré et qui réduit de nouveau la participation de la collègue à sa part de travail légitime. La situation est délicate puisqu'elle pose la question de savoir quoi faire lorsqu'une personne n'est plus en état d'effectuer son travail. La médecine du travail statue par un mi-temps thérapeutique, mais parfois, et surtout dans les cas de covid long sur lesquels la science n'a encore que très peu d'information, cela ne suffit pas à protéger tous les acteurs d'une situation professionnelle, à savoir le malade, mais aussi les collègues restants dans la situation de travail. Cette problématique s'est donc prolongée et la personne malade se sentant accablée par ses collègues s'est naturellement tournée vers certaines de ses collègues les plus proches. Deux personnes de l'équipe sont de la même ville qu'elle et les liens qui les unissent sont naturellement plus serrés. Le paradoxe de la situation est que les deux personnes en question qui participent aux séances de discussion sont devant le groupe de l'avis de l'équipe et devant leur collègue malade, de l'avis de cette collègue. Le tiraillement qui traverse ces personnes finit par rompre l'équilibre précaire de cette équipe et se transforme rapidement en conflit qui, à notre grande surprise, prend un caractère ethnique. Subitement, ces personnes s'affrontent à coup de missives portant sur leurs pays d'origine. Sans que nous ne puissions véritablement comprendre ce qui se jouait, la situation s'est envenimée au point que l'une des collègues, dans une position ambiguë à l'égard de l'aide-soignante souffrante, en est venue à une agression physique sur une autre de ses collègues. Le passage à l'acte était franchi et l'agression verbale, faute de devenir soluble, s'était transformée en agression physique. Soulevons qu'alors que les membres de l'équipe présents étaient affairés à tenter de séparer les deux combattantes, une seule d'entre elles a eu la présence d'esprit de prévenir la coordination qu'une bagarre était en cours pour qu'elles préviennent les cadres, la personne souffrante. Notons que l'aide-soignante concernée ne contacte pas les cadres directement, mais qu'elle passe par un tiers pour que les cadres soient averties. L'encadrement est intervenu et les protagonistes prises dans ce combat ont été sanctionnées pour ces actes violents. Par la suite, plusieurs personnes de l'équipe sont parties, soit en raison de la fin de leur contrat à durée déterminée, soit pour aller suivre des formations.

Nous avons constaté que dans les mois qui ont suivi, les personnes de cette équipe se sont beaucoup renouvelées, la souffrante a fini par changer de service au sein de l'hôpital, et malgré cela, les conflits interpersonnels ont perduré bien qu'étant de moindre envergure. Nous sommes arrivées à la conclusion que le métier tel que nous le concevons n'était pas suffisamment protecteur des personnes et que les conflits au sein de ce groupe seraient inévitables tant que leurs fonctions ne seraient pas renforcées par des dimensions plus robustes. Nous détaillerons cette partie dans le chapitre suivant.

6.5. Le travail avec l'encadrement IBODE et IADE

6.5.1. Le travail avec les cadres IBODE

Depuis le démarrage de notre action de terrain, les liens avec les cadres IBODE ont été très nourris. Ces dernières, au demeurant très accueillantes, étaient toujours prêtes à nous aider à organiser les groupes de travail avec les personnes qu'elles encadraient ou à échanger avec

nous. Dès le mois de mai 2020, nous avons organisé des réunions de travail entre elles de manière à avancer sur les problématiques qui étaient les leurs. Au nombre de trois cadres de proximité, avec une cadre supérieure pour les encadrer, nous avons pu les réunir une dizaine de fois pour une durée d'une heure et demie en moyenne et au moins cinq fois avec leur cadre supérieure pour la même durée, mais il faut préciser que notre présence permanente au bloc opératoire rendait les échanges constants avec elles.

Au fil de ces échanges, nous avons pu voir que les trois cadres avaient toutes une manière différente de travailler, mais également une approche différente de l'encadrement et de ses questions afférentes de sorte qu'il leur paraissait difficile de s'harmoniser sur les manières de faire. Ce point en soi aurait pu ne pas être un problème à part entière si les sujets qu'elles traitaient, les gens qu'elles encadraient et les journées de travail qu'elles réalisaient n'étaient pas toutes enchevêtrés les unes aux autres. Un travail commencé par l'une le matin devait impérativement se terminer par une autre dans l'après-midi et leurs styles étaient si différents qu'ils en devenaient souvent contradictoires et avaient des effets contreproductifs. Des demandes confiées le matin à des IBO/IBODE pouvaient être annulées par la collègue de l'après-midi, mais le lendemain, les IBO/IBODE devaient se justifier de ne pas avoir exécuté les demandes données par la première cadre auprès de cette dernière. S'étonnant que les informations ne circulent pas entre les cadres, les IBO/IBODE se trouvaient souvent prises en tenaille entre deux consœurs. Ces situations relativement fréquentes et touchant tous les sujets qu'elles couvraient, ne les conduisaient pas à échanger entre elles. Les tâches qu'elles réalisaient étaient conduites comme si elles étaient seules à piloter leurs activités et lorsqu'un sujet s'élevait comme pouvant créer un problème, il était soigneusement évité et laissé de côté, provoquant un imbroglio voire un blocage sur le versant du sujet en question et des personnes qu'il impliquait. La cadre supérieure, consciente de ces manières de faire, se trouvait prise entre la nécessité d'agir et la crainte de décourager ses effectifs, le métier se trouvant, par ailleurs, grandement en tension.

Dans ces inévitables chassés-croisés, l'activité se trouvait parfois suspendue et souvent contrariée. Les personnes prises dans ces entrelacs étaient les premières victimes de ces situations contradictoires et elles se plaignaient non pas d'avoir à faire des choses en plus, mais plutôt de perdre du temps à faire des choses « pour rien », le temps étant une dimension précieuse et rare dans un bloc opératoire. L'idéal aurait été que celle qui commence une tâche puisse la finir ou la reprendre dès le lendemain matin, mais le volume d'activité qui était le leur ne leur permettait pas ce luxe. Un carnet de transmission était bien présent entre-elles, mais il servait à consigner d'autres types d'informations et pas celles-ci. De plus, en fin de journée, il leur était impossible de prendre un temps de plus pour tout noter. Seules les informations pratiques et techniques y étaient donc consignées. Sur un agenda de la coordination pouvait être ajouté des informations spécifiques aux jours concernés, mais il était, de la même manière que le cahier de transmission, mis à contribution pour une autre catégorie d'information.

Ces cadres se plaignaient de ces situations, mais aucune ne tentait d'y remédier. La faute était, encore une fois, portée sur les différences de caractères et de comportements, et plus précisément sur le fait qu'une des cadres travaillait avec la cadre supérieure depuis plus de douze ans et qu'elles se connaissaient parfaitement bien, contrairement aux deux autres cadres qui étaient relativement récentes dans ce bloc. Les deux cadres récentes se connaissaient depuis l'école de cadre qu'elles avaient effectuée ensemble. D'ailleurs, c'est la première qui avait fait venir la seconde. Nous aurons pu penser qu'elles auraient trouvé plus facilement une manière de s'entendre dans le travail, mais ça n'était pas le cas. Elles évitaient soigneusement le sujet. Cette situation n'a pas duré au-delà d'une année puisque l'une d'entre elles est partie dans un

autre hôpital pour assurer d'autres fonctions. Son départ n'a malheureusement pas facilité le fonctionnement entre les cadres restantes. Une seconde cadre est partie en juillet 2021. Une nouvelle cadre a rejoint l'équipe quelques mois après. La situation entre les deux cadres restantes a été la même. Cette dernière recrutée a posé quelques mois après sa démission pour partir fin 2022. Nous pouvons supposer que cette conjoncture de travail ne permet de tenir ni dans la fonction ni dans le poste.

6.5.2. Le travail avec les cadres IADE

La collaboration avec la première cadre IADE a été très courte puisqu'elle est partie à peine quelques mois après notre arrivée au bloc opératoire. Elle s'était immédiatement illustrée dans une collaboration active avec nous, multipliant les moments d'échanges informels, tout en maintenant l'objectif principal qui était de nous permettre d'organiser des groupes de travail avec son équipe. Elle a d'ailleurs très largement facilité l'organisation des premières réunions de groupe. Elle ne semblait pas envisager que nous puissions travailler spécifiquement avec elle sur les problématiques qui étaient les siennes. Sa vision des problèmes du bloc opératoire était bien précise et ne la concernait pas. Elle semblait plutôt évoquer la responsabilité des chirurgiens et les interactions avec les infirmières de bloc ou leur encadrement sans en dire véritablement plus. Sa préoccupation principale semblait bien délimitée à la « protection » de son équipe. D'ailleurs, elle démarrait toutes ses journées à sept heures du matin en leur faisant « couler le café ». Elle semblait se positionner dans une autonomie forte à l'égard des autres métiers du bloc y compris envers les cadres IBODE alors qu'une coopération « entre cadres » aurait certainement amélioré le fonctionnement de l'activité surtout lors d'imprévus survenus dans le cadre de l'activité opératoire.

La cadre qui lui a succédé a été également d'une grande collaboration à l'égard de notre travail d'intervention, cherchant, elle aussi, à nous faciliter l'accès à son équipe. Les IADE nous ont paru déçus de voir partir la cadre précédente avec laquelle les liens étaient, d'après leurs dires, très forts. La transition a donc été difficile à accepter pour eux et l'accueil de la nouvelle cadre n'a pas toujours été optimal. Plusieurs sujets ont fait l'objet de désaccord entre-eux et la cadre de sorte que des tensions ont rapidement émergé. La cadre mettra plusieurs mois avant de trouver un mode d'entente apaisé avec l'équipe, construit sur une forte autonomisation du groupe et sur une grande discrétion de la cadre. Elle quittera son poste courant 2023. Nous avons eu plusieurs réunions avec elle, sans compter les échanges informels qu'elle sollicitait à notre égard, certainement utiles pour évaluer les difficultés qu'elle était en train de traverser. Puis nous avons tenté de mettre en place un travail de collaboration avec les cadres IBODE à travers des réunions spécifiques.

6.5.3. Le travail avec les cadres IBODE et IADE

Nous avons réalisé six réunions regroupant les cadres IBODE et IADE en incluant, sur quelques dates, les cadres supérieurs des deux équipes (cadres supérieurs). Outre l'entente interindividuelle qui peut s'avérer variable d'une personne à l'autre, réalité pouvant altérer l'envie de travailler ensemble, nous avons rapidement touché des points de divergence fondamentaux entre les deux équipes de cadres qui ont, à terme, contribué à mettre fin à ces discussions.

Les cadres de bloc IBODE ont dans leur fonction la gestion opérationnelle du bloc opératoire. Ce faisant, elles s'assurent que les « salles » puissent fonctionner correctement pour les chirurgiens et le personnel paramédical. Elles vont s'affairer à déjouer toute difficulté, tout retard ou toute problématique imprévue pour faire en sorte que les chirurgiens puissent opérer leurs malades. La cadre IADE gère son équipe, ou en tout cas sa mise à disposition, sur les lieux où sont requis des infirmiers anesthésistes. Son objectif est de pourvoir à toutes les réalités qui impliquent son équipe et leurs attributions. À titre d'exemple, si une personne de son équipe estime qu'il est trop tard pour opérer ou qu'endormir le patient les ferait terminer le travail au-delà de l'heure de fin du bloc opératoire, soit à 17 h 30, la cadre ne contestera pas que l'IADE de son équipe refuse de le faire. Pour le dire autrement, son périmètre d'action ne couvre pas l'activité globale du bloc opératoire. Son activité s'articule exclusivement autour de la gestion et de la mise à disposition de son équipe. Ce point est fondamental par essence puisqu'il signe un paradigme d'approche et de préoccupation différent en termes d'activité.

Les cadres IBODE ont donc rapidement eu l'impression de réaliser ces réunions dans une optique irrémédiablement opposée à celle des cadres IADE, sans aucune notion de coopération ni de partage. La cadre IADE s'est sentie très largement rejetée par ce que lui renvoyaient les cadres IBODE et les perspectives de se retrouver autour d'un objectif commun se sont rapidement taries. Les réunions se sont arrêtées et aucun terrain commun n'a pu être trouvé. Vers le début de l'année 2022, le cadre supérieur ayant remplacé celui qui initialement avait soutenu notre présence et notre intervention dans cet hôpital et qui l'avait quitté en 2021, s'est manifesté négativement à l'égard des sujets sur lesquels nous étions amenées à travailler avec le conseil de bloc, demandant notre retrait de ces questions organisationnelles. Pour obtenir un plus grand soutien, il a sollicité le responsable du département d'anesthésie qui a pris le même positionnement. Nous avons finalement dû suspendre notre intervention en mars 2022.

6.6. Des tentatives variées pour réaliser des groupes d'analyse avec les médecins (anesthésistes et chirurgiens)

Tout au début de notre travail de terrain, nous avons décidé avec le conseil de bloc qu'il serait nécessaire que ce dernier contacte les chefs de service de chirurgie et d'anesthésie afin de leur expliquer, par mail, l'objet de notre intervention. Dans le même message, il était annoncé que nous prendrions contact avec eux afin d'envisager un développement de notre action au sein de leurs services. C'est ce qu'il s'est passé et le message a bien été envoyé avec ces éléments. Ce message n'a pas suscité de réponse de la part des chefs de service en dehors d'un questionnement pour savoir s'il s'agissait d'un « audit » ou d'une recherche et si elle avait un caractère obligatoire. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une certaine lassitude à l'égard de ces démarches qui, pour la plupart, ne sont pas très fertiles.

6.6.1. Une approche groupale des anesthésistes

Nous avons eu dès le début ce qui nous a été présenté comme « le soutien » du chef de service du département d'anesthésie et de réanimation. Ce dernier nous a reçus, à sa demande, dans un face-à-face au cours duquel, il nous a demandé d'expliquer notre démarche et, par la même occasion, le contenu de notre parcours de recherche. Puis, dans ce qui, là encore, nous a paru être une forme de « validation » de notre approche, la discussion s'est organisée autour de sa vision de ce que devait être notre intervention, comment nous devions nous y prendre, à qui

nous devrions parler, qui étaient les responsables des dysfonctionnements de ce bloc. Nous avons également eu le droit à « sa vérité » concernant le suicide de la jeune IBO en juin 2017 ainsi qu'à son point de vue sur ce « terrible » documentaire produit en 2016, qui lui procurait, encore aujourd'hui, le goût amer d'une trahison commise par le réalisateur qu'il avait « si chaleureusement accueilli » et qui s'était révélé « si cruel » dans ce qu'il avait choisi de « montrer » qui n'était pas, selon lui, le reflet des relations au sein du bloc. Enfin, il nous a vivement conseillé de nous servir, comme guide d'action, d'un livre écrit par un ancien négociateur du GIGN, qu'il trouvait « formidable et très utile » pour agir efficacement avec les équipes. Il nous a proposé de présenter notre intervention aux anesthésistes lors d'une réunion de service, appelée « staff » dans le monde hospitalier, et quelque temps plus tard, il a honoré son engagement.

Il y a eu, tout d'abord, peu de monde à ce premier « staff » et notre présentation fut relativement courte. Nous n'avons pas recueilli « d'écho » particulier de la part de l'équipe et n'avons suscité aucune interrogation auprès des personnes présentes. Dans les semaines qui ont suivi, nous avons échangé informellement avec certains anesthésistes lors de nos déplacements au sein du bloc et ils ne semblaient pas manifester d'intérêt pour notre démarche. Lorsque nous leur avons parlé de la possibilité de filmer leur travail en salle et de se livrer à des autoconfrontations simples et croisées, certains ont dit qu'ils trouvaient cela intéressant, mais sans y donner suite.

Quelques mois plus tard, nous avons eu l'occasion de mentionner au chef de service l'absence de réponse de la part de l'équipe d'anesthésie. En réponse, il nous a invités à un autre « staff » où un intervenant extérieur devait présenter un sujet. Nous avons donc présenté une seconde fois notre démarche d'intervention à l'équipe présente. Cette réunion n'avait pas suscité la présence de nombreuse personne de l'équipe malgré les quelques médecins anesthésistes connectés à distance sur ordinateur. Leurs visages, tout comme leurs noms, étaient cachés de sorte que nous n'avons jamais su qui s'était connecté. En cours de route, certains ont quitté la réunion. La technologie actuelle n'est pas facilitante de notre travail d'intervention. Les personnes présentes en salle ont eu la même réaction que lors de la première présentation. Aucune question ni réaction n'ont émergé à l'issue de notre présentation.

À la suite de cette seconde, et dernière, tentative de les interpeller, quelques anesthésistes sont venus nous dire de manière très confidentielle qu'ils leur étaient impossible de se regrouper avec leurs pairs pour discuter des manières de faire le métier, car il y avait autant de style que de personne et qu'au regard des personnalités de l'équipe, il serait impossible de se mettre d'accord sur quoi que ce soit. Il ne fallait surtout pas aborder ces sujets, ni même tenter de se réunir au sein de l'équipe. De plus, il serait mal vu par le chef de service de révéler des désaccords au grand jour. En revanche, lors de nos observations en salle, la parole ne se faisait pas rare et les anesthésistes échangeaient volontiers avec nous, dans la mesure de ce qui était dicible en salle devant tous les métiers du bloc. Ces propos concernaient souvent le travail avec les paramédicaux, ou plus précisément, ce que devaient être, selon eux, les tâches des deux corps de métier paramédicaux, à savoir IBO/IBODE et IADE, ou quelques remarques sur les chirurgiens et leurs défauts de « caractère ». En revanche, rien ou quasiment rien, concernant leur propre activité. Par ailleurs, les quelques-uns qui avaient montré de l'intérêt pour les autoconfrontations ont renouvelé à plusieurs reprises leur position, tout en nous précisant, à chaque occasion possible, que ça n'était pas le moment opportun pour le faire. Nous avons filmé quelques interventions qui montrent le travail des anesthésistes sans pouvoir en travailler le contenu de ces films avec eux. Nous avons relevé quelques éléments de leur travail, lors de nos observations, qui nous ont paru importantes et que nous aurions volontiers mises en discussion avec eux, mais cela n'aura pas été possible non plus.

6.6.2. Une approche très parcellaire de l'activité des chirurgiens

Les chirurgiens font partie d'un groupe professionnel « épars » du sein du bloc. Organisées en structure pyramidale, les équipes sont très rarement regroupées, même lors des « staff » qui servent à passer en revue les dossiers des patients qui vont être opérés. Sans grande surprise, les internes y sont surreprésentés vu qu'ils sont présents pour apprendre. Le chef de service et les chirurgiens plus séniors y participent en fonction de la présentation des dossiers de leurs patients et de leurs présences à l'hôpital pour effectuer les consultations ou leurs vacations opératoires. La perspective de constituer un groupe de pairs nous paraissait donc difficile à envisager. Nous avons décidé de solliciter les chefs de service afin de leur présenter notre approche méthodologique pour voir ce qu'il serait, de leur point de vue, possible de faire avec les chirurgiens de leurs équipes.

Le chef de service d'urologie nous a reçus avec beaucoup d'enthousiasme. Il avait beaucoup de doléances à nous livrer et il s'affichait comme « très contrarié » par ce qu'il appelait « les dysfonctionnements » du bloc. Annonçant qu'il était à six ans de la retraite, mais encore très impliqué dans la gestion de son service et de son activité professionnelle, il avait passé une longue partie de sa carrière dans cet hôpital et l'organisation actuelle du bloc opératoire le déconcertait. De plus, il ne dissimulait pas des dissensions très vives avec la cadre supérieure du bloc opératoire et ne semblait pas disposé à envisager la moindre collaboration avec elle. Les voir soigneusement s'éviter ou s'adresser des reproches par l'intermédiaire des personnes présentes à la coordination montrait à quel point la situation s'était effectivement et affectivement dégradée entre eux. Il faut rappeler qu'historiquement les blocs opératoires étaient organisés par spécialité et que les chefs de service étaient, à l'époque, en haut de la pyramide. Les infirmières de bloc, les infirmiers anesthésistes ainsi que les anesthésistes-réanimateurs faisaient partie de leur équipe. La dynamique de ces équipes était donc hiérarchique et pyramidale et l'activité se conduisait en fonction de leurs rythmes et de leurs règles. Actuellement, l'organisation d'un bloc mutualisé, à savoir partagé sur l'ensemble des activités chirurgicales, avait supprimé les pyramides et décroisé les équipes. Les chefs de service, de même que les chirurgiens, devenaient de simples « opérateurs » de leurs interventions chirurgicales et c'était à eux qu'il était désormais demandé de s'adapter et de fonctionner par restriction. S'ils souhaitaient opérer et qu'il n'y avait pas d'IBO/IBODE disponible pour instrumenter à leurs côtés, il était uniquement de leur ressort de devoir s'adapter, se priver, ou de trouver des internes qui feraient fonction d'instrumentiste.

Les IBO/IBODE n'étaient désormais plus spécialisées à leurs disciplines chirurgicales, car elles étaient mutualisées. Certaines avaient même une connaissance très relative de certaines interventions et les chirurgiens pouvaient parfois se sentir lésés par les conditions dans lesquelles ils opéraient. Ce problème n'était pas spécifique aux IBO/IBODE. Il concernait tous les métiers en salle. Le fait de ne pas connaître les personnes, de ne pas être au fait de ce qu'elles pouvaient, ou ne pouvaient pas faire, leur donnait probablement une impression d'incertitude. La concentration qui devait les équiper pendant les interventions était très certainement fragilisée par le fait de garder, souvent, un œil sur le travail des autres métiers.

Lors de nos observations en salle, nous avons vu des chirurgiens bondir un peu rapidement, selon nous, sur des anesthésistes qui pouvaient mettre un peu plus de temps que d'accoutumée à poser une sonde gastrique et leur dire d'« aller chercher quelqu'un qui sait faire » ou « quand on n'y arrive pas, on va chercher un collègue ». Les compétences de l'anesthésiste, de surcroît

quelqu'un d'expérience, n'étaient pas à remettre en question. La pose de la sonde gastrique semblait difficile sur le patient en question et pas moins de quatre personnes se sont succédé pour arriver à la poser. Peut-on dire que les quatre personnes étaient incompétentes ? Rien n'est moins sûr. En revanche, il semble que le ressenti du chirurgien était peut-être exacerbé par le fait de ne pas, ou peu, connaître les personnes qui avaient cette charge.

Le chef de service d'urologie nous a invitées à participer à leur « staff » afin de voir ce que nous pouvions leur proposer. Nous avons assisté à deux réunions médicales lors desquelles, les cas des patients sont passés en revue pour avoir un avis collectif sur l'approche médicale du chirurgien qui présentait. La seconde avait une orientation spécifique d'oncologie et des oncologues et radiologues y participaient également. En début de réunion, le chef de service a expliqué notre présence par le fait que nous fassions une intervention au sein du bloc opératoire, mais auprès des infirmières de bloc. Nous avons précisé que cette intervention concernait tous les acteurs du bloc, mais qu'il faudrait voir quel type de travail proposer aux chirurgiens. Aucun temps de présentation n'ayant été prévu pour nous, cette réunion ayant pour objectif de passer en revue les dossiers des patients, nous ne nous sommes pas attardées sur le sujet. En fin de réunion, les chirurgiens sont tous partis sans marquer d'intérêt à l'égard de notre démarche. Nous nous sommes dit que nous reviendrions les voir plus tard dans l'intervention, une fois que le travail avec les autres groupes aurait un peu plus avancé, afin de leur présenter spécifiquement notre dispositif d'intervention sans finalement pouvoir le faire.

Le chef du service digestif et viscéral nous a également invitées à venir au « staff » de son équipe. Nous avons préféré, là encore, démarrer par des observations en salle et avancer sur les groupes avec les autres métiers avant d'entamer un processus d'intervention plus spécifique avec cette équipe. Nous n'y serons pas arrivées au terme des vingt-deux mois d'intervention. Cette équipe nous a, par ailleurs, donné son accord pour être filmée par nos soins. Nous avons réalisé plusieurs films de leurs interventions, matériaux qui se sont révélés très précieux pour nos analyses. Nous aurons l'occasion d'en parler un peu loin.

Le chef de service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, nous a, lui aussi, reçues, mais avec un peu plus de difficulté. Il faut lui reconnaître d'avoir un rythme très intense du fait de ses activités réparties sur trois services différents et localisées dans trois espaces distincts. Notre échange avec lui s'est révélé un peu déroutant, car il ne semblait pas très intéressé par notre intervention. Il nous a beaucoup parlé de lui et d'autres sujets qui l'intéressaient. Il nous a proposé de venir à son « staff » pour voir comment les choses se passaient dans son équipe, mais s'est opposé catégoriquement, contrairement aux deux autres chefs de service, à ce qu'un film puisse être fait dans ses salles d'opération. Notre présence en salle n'était, de la même manière, pas souhaitée. Nous n'aurons finalement pas la possibilité d'assister au staff de son équipe mais nous avons tout de même réalisé des observations dans ses salles d'opération et eu quelques moments d'échanges avec les chirurgiens séniors présents à ces moments.

De manière générale, tous les médecins, qu'ils soient chirurgiens ou anesthésistes se sont comportés comme si cette intervention ne devait concerner que les personnels paramédicaux. Les faire entrer dans ce dispositif de recherche aurait nécessité plus de temps, et surtout d'organiser l'intervention spécifiquement autour d'eux. La notion même d'intervention sur « le bloc opératoire » induisait, de ce que nous avons déduit, que les personnes concernées étaient spécifiquement le personnel du bloc, soit les infirmiers et les aides-soignantes. Toutes les personnes des équipes médicales, qu'elles soient chirurgiennes ou anesthésistes, ont toutes présenté leurs analyses sur les causes et les responsabilités impliquées par l'organisation actuelle de ce bloc opératoire. À aucun moment, une remise en question de leur activité ne

devait être envisagée. Ils devaient pouvoir être soutenus et accompagnés dans leurs activités. Le bloc opératoire devait fournir une réponse à leurs besoins, les positionnant comme des prestataires de service qui nécessitent des ressources pour pouvoir travailler. Rien n'a, bien sûr, été évoqué en ces termes, mais la nature de leurs propos laissait entrapercevoir ce positionnement précis ; or, c'est là où l'on peut voir la limite de l'organisation actuelle. Permettre au bloc d'apporter ces ressources précises aux chirurgiens et aux anesthésistes sous-entendait des modifications paradigmatiques majeures au sein du bloc opératoire : redonner à la direction et à l'encadrement du bloc opératoire les moyens d'agir sur l'organisation de l'activité opératoire et sa programmation pour pouvoir agir sur l'activité au quotidien. Ceci impliquerait que ces deux instances (le conseil de bloc ainsi que l'encadrement du bloc opératoire) soient situées en amont de l'activité opératoire et qu'elles puissent avoir légitimement le pouvoir de véritablement « réguler » le contenu de l'activité. Ce n'est évidemment pas le cas dans la réalité bien qu'en théorie cela soit l'objectif de la réunion de régulation hebdomadaire. Ce déplacement de paradigme ferait perdre aux chirurgiens et à leurs services les dernières « zones de pouvoir » dont ils disposent sur leur activité opératoire. De plus, la « destitution » dont ils ont souffert au sein de l'institution hospitalière n'étant toujours pas « digérée », ce qui peut tout à fait se comprendre, il paraît périlleux de croire que leur retirer la maîtrise de leur programmation opératoire se passerait avec facilité.

Le second point, sur la capacité de la direction et de l'encadrement du bloc à pouvoir mobiliser les ressources dont il a besoin pour répondre au fonctionnement du bloc opératoire, s'avère aller à l'encontre de la manière dont les responsabilités sont partagées au sein de l'institution hospitalière et ce serait, là, la direction des soins, la direction des ressources humaines et la direction de l'établissement qui perdraient « la main » sur les prises de décision. Difficile de penser qu'il serait possible de flexibiliser l'accès aux pouvoirs des personnes qui le détiennent. Précisons que ce sont ces mêmes instances qui ont décidé de la flexibilité que devaient fournir les équipes médicales et paramédicales.

6.7. Des observations en salle d'opération fondatrices pour la construction de la problématique : l'omniprésence de la violence en salle

Nous avons eu la possibilité de filmer cinq interventions chirurgicales. Quatre en chirurgie digestive et une en urologie. Ces films nous ont permis de voir plus spécifiquement des phénomènes dont nous avons été témoin, lors de nos observations en salle, mais dont nous n'avions pas réalisé l'ampleur en étant simples spectatrices. Ces situations réelles mettent en scène des chirurgiens, des IBO/IBODE, des anesthésistes et des IADE et grâce à ces traces filmées, nous pouvons nous livrer à une analyse détaillée des échanges discursifs qui se tiennent entre les personnes de la salle. Ces dialogues révèlent, directement ou indirectement, les dynamiques interactionnelles liées aux diverses activités de chacun, et celles impliquées dans les contentieux préalables entre ces professionnels qui jouxtent les conflits qui émergent au fil de la réalisation de l'activité. Il paraît essentiel d'analyser ces éléments interlocutoires afin de mettre en évidence ce qui les constitue pour les qualifier.

Nous partons d'un constat qui nous amène à qualifier la grande majorité des interactions qui se tiennent entre les personnes de la salle de brutales, conflictuelles et violentes et cela à divers degrés. Dans la majorité des cas, les chirurgiens sont à l'origine des propos que nous qualifions de « violents », même si nous englobons dans ce terme ses dimensions brutales et conflictuelles

comme nous le préciserons dans la revue de littérature. Précisons qu'à chaque fois que nous utiliserons le terme « violent », il impliquera automatiquement les notions de brutalité et de conflictualité. Le terme de conflictualité sera à prendre dans le sens d'une interaction conflictuelle, en tant qu'elle cherche à produire un affrontement pour son auteur, tout autant qu'elle impliquera la notion de « conflit » comme elle est conceptualisée par la clinique de l'activité (Clot, 1995, 2008). Il s'agira donc de l'entendre comme le combat qu'il peut y avoir entre ce que l'individu fait et ce qu'il pourrait faire, mais qu'il ne fait pas, ou bien encore avec ce qu'il devrait faire sans y arriver. Directement attachée à la notion d'activité, le conflit est l'équation, toujours en mouvement, qui résulte de la confrontation entre le réalisé et le réel qui inclut tout ce qui n'a pas pu être fait, mais qui fait partie de l'activité même à travers des dimensions non visibles à l'œil nu.

Nous prendrons le film où les démonstrations de violence sont les plus fortes et nous tenterons de les mettre en regard de l'activité opératoire afin d'établir des corrélations. Pour cela, nous avons fait un montage de trente minutes qui recense chronologiquement les phases les plus fortes de l'activité opératoire, celles où l'échange est le plus dense. Situé en annexe 2, le texte contenant les retranscriptions des trente minutes de film contient également un commentaire permettant de comprendre ce qui ne peut être dit par les protagonistes, mais qui est présent dans les échanges de manière sous-jacente. Dans ce film, nous pouvons voir la violence verbale au sein de la salle d'opération telle qu'elle nous a été, de nombreuses fois, décrite par les acteurs du bloc. Identifiée par ces derniers comme provenant systématiquement des chirurgiens, elle les conduira à les désigner comme étant les « coupables » de la violence présente au sein du bloc opératoire. Certains nous ont même demandé de faire des ateliers de « rééducation » à l'égard des chirurgiens afin de les amener à changer leurs manières de parler, considérant qu'il s'agissait-là d'un « problème de communication ».

Après de nombreuses observations et autant de séances de travail avec les IBO/IBODE et les IADE, nous avons posé l'hypothèse que si cette violence était aussi durable, elle pourrait être envisagée comme ayant une raison d'être, voire comme étant nécessaire ou utile aux chirurgiens et qu'elle avait probablement une fonction psychologique. Nous chercherons également à identifier les différentes sources de cette violence, car au-delà d'être visible dans les couches accessibles des échanges interlocutoires provenant des chirurgiens, il nous semble l'avoir vue présente dans des dimensions plus cachées des échanges et de la deviner à travers des phrases à double sens ou des phrases inachevées. La violence aurait donc des modes d'expressions liés aux situations interactionnelles, mais également des sources liées à l'activité de chacun des métiers, en tout cas à la bordure de ce qui fait conflit entre les métiers. La violence telle qu'elle nous semble apparaître aurait donc, d'un côté, des aspects nécessaires et utiles pour certains métiers et représenterait des conflits qui n'arrivent pas à se travailler de l'autre. Dans ce dernier sens, elle aurait des aspects évidemment délétères puisqu'elle signifierait un renforcement de ce qui ne marche pas à la frontière des coopérations entre métiers. Ce sont ces hypothèses que nous chercherons à investiguer dans les chapitres suivants.

7. La violence, un élément permanent de l'ensemble de l'intervention : émergence de l'objet de recherche

L'analyse d'une intervention ne peut se faire qu'une fois que cette dernière est achevée et qu'un temps suffisamment long se soit écoulé pour faire émerger ce qui est invisible lorsque nous y sommes plongés. En effet, nous sous-estimons souvent les capacités d'adaptation que nous déployons dans les milieux dans lesquels nous intervenons. Plus encore lorsque nous y restons plusieurs années. Le cas de cette intervention n'échappe pas à cette règle.

Lorsque nous avons démarré les échanges, formels et informels avec les commanditaires et les personnes du terrain, tous nous ont unanimement affirmé qu'en dehors du cas dramatique de cette infirmière de bloc qui s'était suicidée, le « problème » de ce bloc était « la communication avec les chirurgiens ». Cherchant à faire préciser ce « diagnostic », ces mêmes personnes nous ont dit : « le problème c'est que les chirurgiens parlent mal aux gens ! ». Certains nous ont même demandé, nous l'avons déjà dit, de pouvoir leur donner des cours pour « leur apprendre à communiquer ». Il y avait une forme de consensus de la part des personnes des « autres » métiers, d'ailleurs majoritaires au sein du bloc, pour pointer collectivement une responsabilité unique sur les chirurgiens et surtout sur leurs comportements qualifiés d'« inacceptables ».

Notre mission n'était pas destinée à honorer une orientation de formation à destination des chirurgiens « impolis » et il nous semblait très clair que délimiter le problème à des capacités relationnelles, ou plus précisément des incapacités communicationnelles n'était certainement qu'une façon de réduire la problématique à son symptôme le plus visible. Précisons que nous constatons que cette forme d'approche est souvent celle que nous trouvons sur nos terrains d'intervention. Elle consiste essentiellement à dénoncer des comportements et à réduire les problèmes rencontrés à des inadaptabilités de certains « caractères ». Le travail est toujours exclu des réflexions et des diagnostics posés par les acteurs des situations.

Lors des observations en salle d'opération, nous avons été amenées à constater que l'abord des chirurgiens était, certes, souvent peu évident, que les interactions avec eux étaient rudes et que leur manière de se comporter était souvent inattendue et directe, pour ne pas dire brutale. Cependant, ces traits de « caractère » n'étaient pas la chasse gardée des chirurgiens. Ils avaient, certes, l'exclusivité de la visibilité de ces façons d'être et de parler et ils semblaient utiliser fièrement ces attributs. Cependant, nous pouvons dire rétrospectivement que la violence, la brutalité, l'agressivité ont fait partie de l'ensemble de l'intervention. Ces éléments figurent, pour une grande part, dans le récit détaillé de l'intervention. Par ailleurs, d'autres personnes travaillant dans d'autres métiers étaient également très brutales dans leurs façons d'interagir et les gens s'agressaient très fréquemment au quotidien, mais, précisons-le, de manière inconstante. En dehors des dimensions interactionnelles, nous avons trouvé ces caractéristiques de violence absolument partout et surtout dans les arcanes des décisions prises autour du travail et de son organisation.

7.1. Une intervention « colorée » de violence

La dynamique globale de l'intervention, avant et après la contractualisation de l'intervention, fait apparaître des mouvements sur le terrain successivement ralentis, saccadés, suspendus puis interrompus. Ce flux d'action en lui-même est difficile à tenir puisqu'il ne permet pas une stabilisation à un rythme constant et régulier, ce qui peut être considéré comme « violent » en soi. Précisons que ce rythme se retrouve sur le terrain des professionnels dans le cadre de l'exercice de leur fonction au sein des salles de bloc. Au bloc opératoire, tout comme dans le milieu hospitalier en général, le rythme est rarement régulier. Il est produit par le rapport à l'activité qui se déroule et s'enroule autour des manifestations médicales du patient et des contraintes que sa prise en charge génère.

Les deux années qui ont précédé le début de l'intervention ont été émaillées non seulement des animosités que les groupes professionnels entretenaient entre eux, autant qu'à l'égard de la direction du bloc, de l'encadrement infirmier, des directions des services ou encore de l'établissement incarné par sa direction, mais également des doutes que la plupart des personnels avaient sur la capacité de cette institution à pouvoir accueillir et faciliter le « changement ». Le démarrage de l'intervention, lui, fut immédiatement stoppé par la situation sanitaire, le confinement des populations ainsi que la réquisition des personnels soignants pour prendre en charge la crise du covid 19, qui a été, selon nous, une autre manifestation de violence vécue par les personnels médicaux et paramédicaux. À la réouverture des portes de l'hôpital, le terrain sur lequel nous nous sommes rendues avait des allures de champ de bataille sur lequel les affrontements envers un « ennemi », bien présent, mais invisible, venaient de se suspendre. Nous pourrions dire que l'ennemi, constitué par cette pandémie, alors extérieur pendant les temps forts de la crise du covid 19, pouvait, une fois les restrictions de confinement levées, être symboliquement de retour dans l'enceinte de l'hôpital et se localiser de nouveau sur les conflits entre personnes ou entre métiers et services. Pour le dire autrement, une fois la première vague terminée, le terrain était libre pour donner l'espace nécessaire à l'apparition de nouvelles rancœurs face à l'institution ou envers les collègues. La métaphore de l'hôpital comme terrain de guerre n'est pas nouvelle. Elle est même à l'origine de l'activité chirurgicale qui s'est également construite dans ce contexte. Néanmoins, elle prenait là une toute nouvelle ampleur.

Nous avons détaillé les difficultés que nous avons rencontrées pour organiser l'avènement de notre intervention. De même, le déroulé de l'intervention n'a pas été facile, bien qu'ayant été serti de nombreuses réunions qui ont contrebalancées la nature aride du terrain à laquelle nous nous sommes probablement assez rapidement habituées. Les mouvements et rapports de travail étaient eux très objectivement violents, ce qui nous permet d'avancer que ce terrain démontrait une réalité difficile, aride et brutale. Enfin, la fin de l'intervention que nous n'avons volontairement pas présentée ne s'est pas, elle aussi, déroulée de façon calme et apaisée. Nous pouvons même la qualifier de hautement violente et tout à fait questionnable.

Pour résumer, cette intervention a été, tout du long, colorée de violence, de brutalité et d'agressivité. Notre propos présent n'est ni de soutenir une plainte, ni de dire que nous n'étions pas équipées pour faire quelque chose de cette violence. Tous les psychologues attesteront qu'ils sont formés pour cela. Cependant, cela reste un élément si permanent, si constant, si spécifique à ce terrain, que nous ne pouvons omettre d'en rendre compte. Notons qu'au-delà de l'équipement théorique et clinique qui est le nôtre, nous nous sommes habituées à cette violence et qu'au fil des mois, elle nous est parue absolument invisible, comme n'étant plus notables ni importantes du tout. C'est uniquement en s'extrayant de cet environnement, en s'en sevrant en quelque sorte, qu'elle est redevenue évidente, primordiale, essentielle et fondamentale pour comprendre ce qui se jouait dans les interactions sociales de travail de ce bloc opératoire.

Nombreuses sont les personnes qui nous ont dit, et ce régulièrement : « un bloc opératoire, c'est toujours violent ! ». La récurrence de ce propos nous permet de voir que cette particularité fait bien partie inhérente du fonctionnement de cette activité de travail si particulière. Cependant, notre orientation épistémologique nous invite à comprendre les processus engagés dans les activités de travail et nos ambitions de recherche à en détailler les fonctionnements et à en éclairer les étapes. Notre problématique tente donc de se constituer autour de la compréhension de cette violence, de l'analyse de sa fonction, de ses modes opératoires et de ses processus de fonctionnement.

7.2. Problématisation de la violence et hypothèses

Il nous semble voir deux conceptions s'opposer autour du thème de la violence. La première, normative, va critiquer la violence au prétexte, légitime, que le monde dans lequel nous vivons ne peut pas, ne doit pas, n'est pas autorisé, à être violent, de surcroît lorsque le monde dont on parle est celui du domaine professionnel dans lequel les gens sont très investis et travaillent de nombreuses heures et sur un temps long. La violence prise dans son acception morale et sociétale fera toujours partie des choses qui seront combattues et réfutées bien qu'elle existe et qu'elle s'incarne dans de nombreuses dimensions de la vie en société et que nous la voyons présente au quotidien dans des modalités parfois discrètes, mais toujours persistantes.

Nous ne pouvons que comprendre les motivations qui poussent les individus à faire entendre, à travers cette approche, la position qui est la leur. Lorsque l'on reçoit cette violence de « plein fouet » et qu'elle vous est adressée à répétition, il paraît difficile d'y faire face impassiblement ou de l'endurer sans aucun impact. Malgré cette évidence, nous avons constaté que sur ce terrain professionnel précis, les personnes qui reçoivent directement cette violence tiennent le choc et souvent, sans y réagir directement, ou plus précisément verbalement. Nous serions même tentées d'estimer qu'elles y font face dignement et qu'elles y résistent plutôt bien, en tout cas bien plus qu'elles ne devraient. Nous ne cherchons pas à émettre un jugement de valeur sur cette capacité à recevoir de la violence, mais plutôt à en faire le constat, car il n'est pas commun en soi à tous les individus ou à toutes les situations sociales.

La seconde conception, qui émane de notre champ épistémologique, part de ce dernier constat et postule que pour être un élément permanent d'un milieu de travail, on peut faire l'hypothèse que cette violence sert à quelque chose voire qu'elle est peut-être même nécessaire. Dans notre jargon, nous pourrions dire qu'elle a une fonction et plus précisément une fonction psychologique. Reste à préciser, bien entendu, à qui et à quoi elle sert. En effet, nous serons amenées, dans les deux prochaines parties de ce document, à décrire de quelles manières les chirurgiens arborent des attitudes « violentes » envers les autres professionnels et nous pourrions voir que ces façons d'agir sont spécifiques à ce corps professionnel. Nous regarderons quelles réactions suscitent ces expressions de violence aux personnes qui en sont les destinataires. Nous chercherons également dans la quatrième partie à recenser les diverses formes d'expression de cette violence, de même qu'à les qualifier. Les professionnels destinataires reçoivent donc cette violence et font, malgré son impact, ce qu'ils doivent et ce qu'ils peuvent pour réaliser leur travail du mieux possible. L'activité chirurgicale se déroule souvent pour le meilleur, en termes d'accomplissement technique, et rarement pour le pire, nous devons le préciser afin d'éviter tout malentendu ou risque d'insinuation malheureuse. En revanche, cette violence exprimée contribue très largement à dégrader les relations de coopération entre les professionnels, de même qu'elle se répercute entre les professionnels initialement destinataires de la violence exprimée par les chirurgiens. Enfin, nous pouvons voir qu'elle atteint très massivement

l'efficacité du travail des IBO/IBODE, groupe qui fait l'objet de nos analyses les plus poussées. Nous utilisons le terme d'efficacité non pas comme la faculté à atteindre un objectif précis par rapport à une tâche donnée et prescrite, mais plutôt la capacité à réaliser un travail de qualité approuvée par le « genre professionnel » (Clot & Faïta, 2000) concerné dans une économie psychique qui permet à l'individu de se protéger efficacement contre l'érosion des tâches, du contexte et du temps passé dans cette activité de travail.

La violence serait donc-t-elle, dans ce bloc opératoire et dans cette activité chirurgicale, un instrument psychologique ?

Vygotsky définit la notion d'instrument psychologique comme ce qui « tend à exercer une influence sur le psychisme propre (ou celui des autres) ou sur le comportement. Il n'est pas un moyen d'agir sur l'objet » (Vygotski, 1985/1930, p.43). Il lui oppose l'idée de l'instrument technique qui, pour le coup, agit, lui, sur les objets du monde. Kostulski (2011) précise que « l'instrument psychologique est un médiateur entre le sujet et lui-même ou les autres sujets, alors que l'instrument technique se caractérise par sa fonction de médiation entre le sujet et un objet externe » (Kostulski, 2011, p.55).

Nous posons là le constat que les chirurgiens accomplissent leur activité technique chirurgicale sur fond d'attitude violente et que même si les destinataires, multiples, de cette violence, y font face, y résistent, ne quittent pas leur fonction à la première agression, ces formes d'interactions créent un environnement de travail qui se rétracte et s'atrophie pour les professionnels destinataires de cette violence. Nous regarderons en détail dans la quatrième partie les formes que prennent ces asphyxies du contexte professionnel. D'un autre côté, cette attitude violente des chirurgiens doit très probablement leur servir à soutenir leur activité d'une ou de plusieurs façons. De cette manière, ils construisent l'illusion qu'ils tiennent plus efficacement leur scène opératoire. C'est, en tout cas, ce que nous chercherons à comprendre et à analyser dans la quatrième partie.

Nous pourrions résumer ce postulat initial en disant qu'en un sens, la violence concourt à produire « le meilleur » en tant qu'elle soutient l'activité des uns, tout en produisant « le pire » en tant qu'elle contribue à dégrader l'environnement de travail et *a fortiori* la réalisation de l'activité, des autres. Y aurait-il, pour poursuivre cette métaphore empruntée à Dejours (1998) sur la centralité du travail, une centralité fonctionnelle de la violence dans les blocs opératoires ? Cette modalité de fonctionnement serait-elle incontournable dans l'activité des chirurgiens ? Nous chercherons, en tout cas, à mettre en tension la violence « ambiante » sociale, telle qu'elle est présente dans ce service hospitalier, qui à son échelle semble représenter une violence systémique, et la violence mobilisée par les chirurgiens, qui après avoir été désignée comme la source du problème de ce bloc opératoire, se révélera comme ayant une fonction psychique nécessaire à la réalisation du métier de chirurgien.

Il nous faut commencer ce travail en cherchant à définir conceptuellement les choses, c'est pourquoi nous démarrerons par une revue de littérature sur la question de la violence.

Troisième partie : Quelles ressources théoriques pouvons-nous mobiliser pour comprendre ces mécanismes de violence ?

8. Analyse structurelle et sources de la violence

8.1. Définir le concept de violence

Chercher à définir la violence pour tenter de la comprendre est une tâche bien plus complexe qu'il n'y paraît tant l'étendue de ce concept est vaste et sa présence dans l'histoire de notre civilisation ancienne comme en atteste le contenu des œuvres de Sartre (Wormser, 2005), ou de René Girard (Coulon, 2012 ; Girard, 1972) ou encore les récits contenus dans l'Ancien Testament.

8.1.1. Définition du mot violence

Partons de sa définition la plus élémentaire. D'après le dictionnaire de l'Académie française (1694), le mot violence définit « la qualité de ce qui est violent ». Les vents, la tempête, le mal, la douleur, un remède ou l'humeur. Le mot « violent » qualifie ce « qui est impétueux ou qui agit avec une force non contenue » (ibid.). À l'instar du vent, il peut s'agir de quelque chose, ou de quelqu'un, qui se manifestent lors d'une action, d'un discours, d'une passion, d'un caractère (Académie française, 1694). Enfin, il peut s'agir d'une instance de pouvoir comme « un gouvernement violent et tyrannique » ou d'une caractéristique d'action comme « une violente persécution » ou encore un élément psychologique comme la nature de soupçons qui peuvent être qualifiés de violents. Nous pouvons constater que les autres dictionnaires en ligne, tel que le Robert (Le Robert, s.d.) ou le Larousse (Larousse en ligne, s.d.) par exemple, recensent les mêmes typologies de définition. Pour Crettiez (2008), la violence n'est pas exclusivement un acte de contrainte, elle peut être également le fruit d'une pulsion dont l'unique finalité serait sa seule expression, « satisfaisant ainsi une colère, une haine, un sentiment négatif qui cherchent à se réaliser » (Crettiez, 2008, p.2). Michaud (1986) classe ces définitions à travers deux orientations sémantiques, celle des « faits et actions » et de l'autre « une manière d'être de la force, du sentiment ou d'un élément naturel » (Michaud, 1986, p.3). Selon l'auteur, la première acception oppose la violence à l'ordre ou la paix alors que la seconde lui confronte plutôt la mesure (Michaux, 2014).

L'origine de ce terme se rapporte au latin *vis* qui induit la notion de force et de vigueur et à celle de la « force vitale », de la « force du corps » (ibid., p.4). Michaud (1986) décrit qu'au cœur de la signification de ce terme, la force est « la vertu d'une chose ou d'un être ». Elle devient violence lorsqu'elle perturbe un ordre et en ce sens, elle se qualifie en fonction de la norme qu'elle vient bousculer. Comme nous le démontre l'auteur (ibid.), la torture ou l'exécution deviennent inacceptables en fonction des normes qui sont appliquées dans un pays, à une certaine époque donnée. Là, le droit entre en ligne de compte puisqu'il va définir, pour une société donnée, à une époque donnée, ce qui est autorisé ou non autorisé, ce qui devient, de fait, moral ou immoral. Michaud (1986) précise que c'est également la loi qui autorise certaines violences comme dans le domaine du sport, comme dans la boxe, par exemple, où frapper son partenaire, parfois même sauvagement, fait partie des règles, ou dans celui de la chirurgie, où « découper » un patient devient un acte salvateur lorsque, bien sûr, le résultat obtenu est curatif. Le consentement du patient à éprouver la violence de la chirurgie est donné explicitement par celui-ci lorsqu'il accepte de recevoir cet acte chirurgical (Michaud, 2014). Crettiez (2008) précise que les notions de douleur et de peur peuvent être classiquement associées à celle de

violence, mais elles ne suffisent pas à la qualifier. En effet, l'atteinte à l'intégrité physique telle que celle que peut réaliser un chirurgien ne constitue pas une violence en soi. Elle le devient, lorsque « la mise à l'épreuve intentionnelle de la volonté de l'autre, génératrice de douleur », devient première et qualifie ainsi la présence de la violence (ibid., p.3).

Nous ajouterons une dimension que Michaud (1986) soulève concernant la violence. Il se base sur les écrits de Georges Sorel⁶ ou Hannah Arendt⁷ pour soulever la dimension d'imprévisibilité liée à la violence, qu'il double de « l'absence de forme, au dérèglement absolu » (ibid., p.12). Ces aspects intrinsèques de la violence lui donnent un caractère chaotique, transgressif et produit donc un sentiment d'insécurité. Il ajoute que cette insécurité porte en elle la croyance, légitime ou non d'ailleurs, que « désormais tout peut arriver, que l'on peut s'attendre à tout, que l'on ne peut plus être sûr de rien dans les comportements quotidiens » (ibid. p.13) sentiment tout à fait destructeur qui empêche de reposer sur une forme de stabilité nécessaire pour garantir une économie psychique disponible au développement. C'est en cela qu'il pose la valeur « performative » de la violence en tant qu'elle réalise une action. En effet, il constate que donner le qualificatif de « violent » à quelque chose, une action, un comportement ou une situation, c'est « lui attribuer une valeur et commencer à agir » (ibid., p.13).

Un autre point nous paraît essentiel à soulever dans les écrits de Michaud (1986) sur la violence : il concerne les composantes subjectives qui sont à inclure lorsqu'il s'agit d'en définir la nature. Les critères invoqués peuvent être juridiques, institutionnels, les valeurs d'un groupe ou d'un sous-groupe, ou les sensibilités personnelles. Il ajoute que « cette composante normative fait les limites des approches objectives » (ibid., p.14) point auquel nous adjoindrons l'idée qu'une personne familière aux formes de violences interactionnelles peut évaluer comme modérément violente, voire pas violente du tout, une conduite qui paraîtrait inacceptable pour une personne n'en ayant jamais rencontré dans son existence au moment de l'exposition aux faits en question. Gourevitch et al. (2018) disent que « ce qui fait violence n'est pas tant l'intentionnalité de l'auteur que le ressenti de la victime » (ibid., p.145).

Là encore, Michaud (2014) parle d'une divergence de normes. En cela, il dit que certains faits vont communément être considérés comme violents et d'autres, impliquant des sensibilités différentes, feront diverger les avis. L'auteur ajoute qu'il n'y a pas de moyen terme entre les deux points de vue. Ils ne peuvent s'intercepter l'un l'autre qu'en changeant complètement de perspective. Crettiez (2008) présente même l'idée que pour une majorité de personnes, l'usage de la violence est moralement hors de raison, mais pour d'autres, elle est « libératrice et nécessaire à l'accomplissement de soi, quand elle n'est pas naturelle, voire innée » (Crettiez, 2008, p. 3). Hirigoyen (2014) abonde dans ce sens en disant que la violence peut être perçue comme « restauratrice » dès lors qu'elle est produite en réponse à une agression, ou destructrice lorsqu'elle concerne celle de l'agresseur. D'ailleurs, selon l'auteure, la violence est souvent considérée comme celle de l'autre, utilisant le dicton infantile « c'est lui qui a commencé » (ibid., p. XVII). Il s'agit là d'« attribution d'intention hostile » (ibid.). Sibony (1998) qui a longuement étudié le phénomène décrit le caractère universel et propre à l'être humain de la violence. Il dit qu'elle est « un type de rapport à l'autre, à soi-même, à l'origine, impliquant des formes de peur, de rejet, d'angoisse, de constructions sophistiquées, mais ordinaires » (Sibony, 1998, p.12). À l'instar d'Arendt, il pose que la violence ne s'est pas banalisée dans notre société, mais que « c'est le banal et l'ordinaire qui conditionnent l'extrême violence » (ibid.).

Michaud (2014) remarque que la notion de violence a été, depuis les années 1960, socialement incarnée à travers des faits de société allant du « culte de la violence révolutionnaire », faisant

⁶ G. Sorel. (1946). *Réflexions sur la violence*. Éditions Marcel Rivière

⁷ H. Arendt. (1969). *On violence*. Calmann-Lévy

« rupture avec les règles de la société bourgeoise », au terrorisme religieux que nous vivons depuis les années 2000. Il note que celles concernant « la violence des cités, la violence à l'école, la violence domestique ou conjugale, la violence au travail sous forme de stress ou de harcèlement » l'ont largement rattrapé (Michaud, 2014, p. 36). Il analyse que c'est de cette manière que s'expriment indirectement « les hantises, les malaises et les attentes de la société » et qu'en cela, « la violence est un bon indicateur de la situation sociale et de la manière dont elle est perçue » (ibid.). Bien qu'il s'agisse également de l'expression d'une « sensibilité nouvelle », ces formes de violence révèlent également que le droit est entré dans des sphères auxquelles il était extérieur jusqu'à présent et en cela, la violence devient un « révélateur » d'un état de société (ibid.).

8.1.2. Quelques exemples de forme de violence

8.1.2.1. La violence symbolique

Présentant le travail de Pierre Bourdieu sur ce thème, Crettiez (2008) affirme qu'il s'agit d'un axe fondamental de sa pensée sociologique. La violence symbolique aurait un mécanisme propre fondé sur le double mouvement de la reconnaissance et de la méconnaissance. La domination opérée par les uns ne serait possible que parce que les « dominés » reconnaîtraient comme légitime ou installé « l'ordre social dominant » en niant, par méconnaissance totale, son caractère arbitraire et aliénant. Cela revient à ce que La Boétie appelait « la servitude volontaire », notion largement reprise dans les travaux d'Hamraoui (2005 ; 2010) ou de Dejours (1998 ; 2000). Dans ce mécanisme, la violence deviendrait absolument invisible pour ceux qui la subissent puisqu'elle serait intériorisée dans les « habitus de chacun » en tant que « système des dispositions individuelles issues de la socialisation de classe » (ibid., p. 4). La dimension la plus violente de ce mouvement serait donc l'idée, acceptée par ceux qu'elle cible, que cet ordre des choses est immuable et naturel et que l'ordre social est fondé sur une inégalité structurelle. Bourdieu considère l'État, les institutions ainsi que les autres lieux de « pratique de l'ordre dominant » tels que l'école, l'université, les médias ou encore les lieux de pratiques politiques, comme des sources de diffusion et de normalisation de la violence symbolique installant dans une pérennité absolue des rapports de domination invisibles (ibid., p. 4). Le reversement de cet état de violence symbolique ne serait pas envisageable tant que les personnes qui en sont les destinataires ne prendraient pas conscience de la violence qu'elles subissent, ce qui constituerait le noyau même du mécanisme de la méconnaissance. La souffrance subie ne serait pas ressentie. Le déni de son existence garantirait la persistance de cet ordre des choses ainsi que ses effets pervers.

La violence peut également incarner, selon Crettiez (2008), une démarche identitaire. Elle ne serait plus la manifestation d'un mouvement de colère, mais une façon de revendiquer une appartenance collective de la part de ceux qui en font la démonstration, ou une manière de dénier ceux qui en sont les destinataires. Elle permettrait alors de réunir un groupe à la manière d'une tribu, comme le font les adolescents par exemple, ou les groupes de mouvements armés, où l'appartenance à un culte de la virilité cimentera le groupe et organisera son homogénéité. Ces dernières années, les gilets jaunes ou encore les black blocks se sont illustrés dans ce registre.

La violence peut aussi bien servir de voie d'affranchissement des peuples comme l'ont démontré Sartre avec la « violence libératrice » et Nietzsche avec la guerre envers la « morale des maîtres » (Cités par Crettiez, 2008). Elle sera également considérée comme endémique à

l'espèce humaine et pourra être perçue comme une « nécessité pratique au fondement des sociétés archaïques comme modernes » dans les œuvres de Lorenz ou Girard, et décrite alors comme inéluctable à l'humanité (Cités par Crettiez, 2008). Pour Freud, elle est propre à l'homme puisqu'elle incarne la rencontre, voire la confrontation, entre le principe de désir et de réalité (Cité par Crettiez, 2008). Freud aurait décrit la propension de l'homme à vouloir satisfaire son « besoin d'agression » envers autrui ou de lui prendre ses biens sans son consentement. La culture vient prévenir cette violence, mais ces interdits, insupportables, vont « tourmenter » les individus. Le surmoi, censure de l'appareil psychique, va retenir le moi de soulager ses envies et produire de la culpabilité servant le même objectif de retenue. Par ailleurs, l'instinct de pulsion de mort, sur lequel nous reviendrons, source d'une tendance à l'autodestruction, va produire une violence qui sera, dans ce cas, expulsée vers l'extérieur. Ce mécanisme est, là encore, endogène au fonctionnement psychique humain.

8.1.3. La violence et la santé.

Soucieux de vouloir faire de la « prévention » de la violence dans un objectif non dissimulé de réduire les conséquences produites par ses implications en termes de coûts de santé, l'OMS a mandaté en 1999 160 experts qui ont travaillé pendant près de trois ans à la réalisation d'un rapport qui en dressera un état des lieux précis ainsi que des « solutions » pour tenter d'agir dessus et peut-être en enrayer quelques formes.

L'OMS définira donc en 2002, dans un rapport intitulé « la violence et la santé », ce thème de la violence sous un prisme incluant notamment des dimensions psychologiques puisqu'elle parlera de :

« L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne, ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. La définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire ». (OMS, 2002, p.3).

Cette définition précise de la violence, mais au spectre large, se construit sur un modèle qui prend en considération des facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques et qui comprend les niveaux de l'individu, des relations, de la communauté et de la société.

Le Haut Comité de la Santé publique fera de même en 2004 en qualifiant la violence dans la lettre de mission rédigée par J.F. Mattei, à l'origine de la réalisation du présent rapport, de « fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous » (HCSP, 2004, p.6). Il n'hésite pas à la considérer comme « une cause de mortalité prématurée, un facteur de risque des maladies mentales les plus fréquentes, une menace pour la cohésion sociale » et déclare que compte tenu des « conséquences somatiques et psychologiques de l'exposition à la violence », en tant que « déterminant majeur de l'État de santé », sa lutte doit être considérée comme « une priorité de santé publique » (ibid.). Précisons qu'en 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé recensera dans son rapport sur les violences en santé environ 24 000 signalements dont 86 % correspondent à des violences faites aux personnes et

plus particulièrement aux personnels soignants en milieu hospitalier. Ces chiffres indiquent que la lutte contre la violence n'a finalement pas été une priorité puisqu'elle n'a pas disparu des enquêtes de terrain.

Le présent rapport consacre un chapitre sur les violences dans les milieux de soins et de travail. Il part du postulat que la violence au travail est « un phénomène ancien » et bien que la vocation du travail soit d'« accomplir l'individu », il est également source de « pénibilité », de « souffrance physique » ou d'« angoisse » (ibid., p.88). Dans ce document, l'imputation de la violence provient, pour une grande part, des conditions de travail, plus particulièrement dans les « contraintes économiques et institutionnelles » actuelles (ibid.). En effet, les impératifs économiques, de même que la course à la meilleure performance, ont motivé l'accroissement de la précarité des contrats de travail. Il en résulte une « dépossession du travail », une injonction paradoxale conduisant les individus à être responsables de choses sur lesquelles ils n'auront aucun moyen d'action, un « transfert des tensions organisationnelles sur les salariés », une « opacité de la représentation des objectifs » ainsi qu'une « individualisation des performances » (ibid., p.89). L'isolement des personnes sera une tendance qui se généralise faisant perdre aux salariés tout sens à leur travail. Ces conséquences créent de la vulnérabilité et de la marginalisation (ibid.). Par ailleurs, le rythme de travail est qualifié comme trop élevé en France, tout comme dans l'Union européenne d'ailleurs. De cette intensification vont naître des conséquences, là encore, fragilisantes telles que l'impossibilité de suivre certaines règles de sécurité et donc un accroissement des accidents qui seront suivis par des pathologies physiques ou mentales. Le manque de temps va compromettre la bonne réalisation des tâches prescrites et les horaires pourront même devenir irréguliers. Le passage aux trente-cinq heures a contribué à intensifier les besoins en productivité dans un temps qui s'est restreint. Enfin, l'identification du harcèlement moral, tant de la part de la hiérarchie qu'entre collègues, a accru la « charge mentale » des salariés. Ces facteurs ont renforcé la perception de la souffrance au travail et des conséquences extrêmes telles que le suicide sont maintenant recensées dans ce rapport sans pour autant établir directement un lien avec le travail. Le coût de la violence au travail est évalué par le Bureau international du Travail à 4 milliards aux États-Unis en 2002. Le chiffre n'est pas communiqué pour la France.

Le volet sur la violence en milieu de soin est exclusivement envisagé à travers les violences commises par les patients envers les soignants. La violence au sein même des équipes soignantes n'apparaît pas dans ce rapport bien que son existence ne soit plus à démontrer. Le rapport de l'Observatoire national des Violences en milieu de Santé sur les violences en santé de 2020 en fait bien état. Cet observatoire recense les signalements effectués par les personnels de santé. Le rapport 2020 reconnaît que l'institution hospitalière peut également être à l'origine de violence. Il recense les sources de la violence aussi bien dans les rapports humains intitulés « les facteurs humains » que dans les dimensions organisationnelles du travail appelées « facteurs institutionnels et organisationnels » ou encore « les facteurs architecturaux » qui, comme indiqué, concernent la part matérielle des locaux comme celle liée à la fluidité des patients dans l'hôpital. On peut donc voir que les champs sont larges et qu'ils englobent finalement l'ensemble de ce qui constitue l'activité voire la vie dans le monde hospitalier. La violence serait donc inévitable et incorporée dans la moindre parcelle de cet univers.

La violence signalée entre professionnels représente 3 % des déclarations. Elle n'est donc pas la plus représentée dans les déclarations des professionnels. Elles sont détaillées comme étant des violences verbales, psychologiques et moins fréquemment, mais néanmoins présentes, physiques. Leurs expressions sont décrites de la manière suivante : « attitudes hostiles, mépris, critiques ponctuelles, blessantes, critiques et reproches incessants sur l'inaptitude

professionnelle réelle ou supposée des pairs, confrères ou collaborateurs, dénigrement du travail effectué devant d'autres personnels de santé ou devant des patients/résidents, des accompagnants ou encore du public, avec parfois des éclats de colère, des propos insultants, grossiers et dégradants, du harcèlement, des actes de malveillance, ou de vengeance, des menaces physiques pouvant aller jusqu'à des menaces de mort et même des violences physiques (bousculades, coups) » (ONVS, 2020, p.8).

8.1.4. La violence au travail

D'après Brasseur, Muller, & Pellissier-Tanon, (2010), la violence au travail n'est pas un phénomène récent. Ce qui semble, en revanche, spécifique au milieu de travail des vingt dernières années se qualifierait par la dénomination de violence « psychologique » au travail. Les années soixante avaient vu apparaître la description de la fatigue nerveuse, notamment celle des téléphonistes bien détaillée par Le Guillant (2010). Dès la fin des années 1980, des auteurs comme Broda et Roche (1988) identifiaient que la charge psychique au travail était alourdie par la dimension anxiogène de la « parcellisation du travail » génératrice d'affects « liés au sentiment de solitude » (cité par Brasseur, Muller, & Pellissier-Tanon, [2010], p.2).

8.1.4.1. Le concept de harcèlement moral

C'est à travers la notion de harcèlement moral que s'illustre le plus fréquemment les violences psychologiques au travail et la loi qui a été promulguée, supposée aider à sa prévention et sa sanction, a été largement fourvoyée dans des usages qui l'ont éloignée de sa définition originelle bien qu'il faille lui reconnaître de nombreux bénéfices évidents. Elle a également permis la mise au grand jour l'« existence de processus de destruction psychologique à l'œuvre dans le monde professionnel » (ibid.) de même qu'elle a exposé l'envergure des souffrances générées par ce phénomène.

Poilpot-Rocaboy (2010) décrit le harcèlement de la façon suivante : « Il trouble la pensée, il touche la sensibilité, il suscite des émotions (toutes négatives), il crée le doute chez la personne et l'affaiblit jour après jour, sans violence physique, juste par des mots, par des gestes, par des injonctions paradoxales répétées, par des objectifs fixés irréalisables, par une pression permanente, par un contrôle continu des faits et gestes de chacun, par des impositions de décision sans concertation ni prise en compte de l'individu, de ses contraintes, de ses valeurs et de ses objectifs professionnels et personnels... » (ibid., p.10).

Notons que dans cette description à valeur de définition, l'impact se fait par le biais d'une dégradation progressive. Les mots sont la principale arme et ils permettent l'action de « l'agresseur ». Les zones psychologiques touchées sont multiples et complémentaires dans ce qu'elles détruisent, et ce toujours progressivement. Le « trouble » suscité par l'affect qu'il implique et qu'il agite est l'opérateur d'une forme d'anesthésie à portée sidérante tel que nous pouvons le voir décrit dans les travaux de Ferenczi (2006) sur le traumatisme.

Le concept de « harcèlement moral » a été décrit en 1998 par Hirigoyen et il est expliqué comme étant, la plupart du temps, l'œuvre d'un individu qualifié de « pervers narcissique » défini comme « des psychotiques sans symptômes, qui trouvent leur équilibre en déchargeant sur un autre la douleur qu'il ne ressent pas et les contradictions internes qu'il refuse de percevoir. Ils “ne font pas exprès” de faire mal, ils font mal parce qu'ils ne savent pas faire autrement pour

exister. Ils ont eux-mêmes été blessés dans leur enfance et essayent de se maintenir ainsi en vie. Ce transfert de douleur leur permet de se valoriser aux dépens d'autrui. » (Hirigoyen, 1998, p.127).

Cette définition a été intégrée successivement dans le Code du travail, le Code pénal et les statuts de la Fonction publique en 2002 et sert de terme juridique pour qualifier ces formes de nuisances psychologiques au travail et tenter de prévenir les personnes qui en sont, ou en ont été, victimes au titre qu'« Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlements moraux qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (article L.1152-1 du nouveau Code du travail).

Au terme de harcèlement moral, Poilpot-Rocaboy (2010) lui préfère celui de harcèlement psychologique mieux à même de rendre compte de la nature des effets produits par ces agressions. Selon l'auteure, le harcèlement psychologique correspondrait à une violence hétérogène, en raison du nombre foisonnant de publications présentant une multiplicité de descriptions. Cependant, ce concept présente quatre phases distinctes permettant d'en reconnaître le processus.

Dans une partie des définitions mettant en avant les causes de ce phénomène, l'organisation et le contexte de travail semblent en être le théâtre idéal puisqu'elles en favorisent l'apparition (Poilpot-Rocaboy, 2010) en raison de « l'injustice sociale » et de la « banalisation du mal » (Dejours cité par Poilpot-Rocaboy, 2010) qui y règnent.

Les définitions centrées sur les faits font, elles, état d'une manière d'agir à l'encontre d'une personne ayant pour conséquence de la priver de ses possibilités professionnelles et sociales (Leymann cité par Poilpot-Rocaboy, 2010). Poilpot-Rocaboy (2010) y ajoute les notions de durabilité et de répétition ainsi que celle de « déstabilisation ». Chappell et Di Martino (cité par Poilpot-Rocaboy, 2010), dans la tentative de qualifier l'action de violence psychologique, précisent qu'il s'agit d'un « comportement abusif et tyrannique vis-à-vis d'un subalterne ou d'un pair » (ibid., p.12). Il pourra s'agir de paroles, d'actes, d'écrits conduisant à une atteinte de la personnalité, de la dignité ou de l'intégrité physique, psychique ou sociale, ou bien provoquant la mise en péril de l'emploi occupé, tout autant que le climat de travail. Là encore, la notion de répétition y est cruciale puisqu'elle constitue le critère d'aggravation central des dégâts causés. Enfin, le harcèlement moral est qualifié d'« agissement interpersonnel hostile » et sa répétition rejaillit négativement sur le travail tant dans ses conditions d'exercice que sur l'environnement délétère qu'il crée.

Selon les travaux de Poilpot-Rocaboy, (2010), les quatre phases qui permettent de reconnaître la dimension dynamique et linéaire de ce processus sont les suivantes. Tout d'abord, trois types d'antécédents interagissent (phase 1) afin de développer le comportement même du harcèlement (phase 2). Celui-ci va engendrer des réponses des individus de même que de l'organisation (phase 3) et produire trois types de conséquences (phases 4). Le harcèlement moral peut également être produit de manière non linéaire, car la phase 1 peut agir immédiatement sur la phase 3 et produire la réponse de la phase 4.

8.1.4.2. Des « victimes » souvent prises dans une relation de pouvoir

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont beaucoup discuté la « responsabilisation » des victimes afin de déterminer si l'on pouvait établir un profil stéréotypé de ces dernières plus enclin à faire l'objet de ce type d'agression. Certains pensent que c'est le cas, d'autres affirment l'inverse. Dans tous les cas, on constate que les situations dans lesquelles se met en place ce type de rapport mettent en scène très souvent un « déséquilibre des pouvoirs » à travers une relation hiérarchique (ibid., p.14). Dans ce cas, cette situation crée de la vulnérabilité et devient propice à susciter du harcèlement. De la même manière, les auteurs ont réfléchi au profil des personnes commettant ces violences pour mettre en exergue leurs caractéristiques, s'il y en a. Trois formes de harcèlement psychologiques auraient été recensées (Zapf et Einarsen, 2003, cités par Poilpot-Rocaboy [2010]).

La première notion qui émerge est celle de l'estime de soi. Avoir un niveau élevé d'estime de soi semble augmenter la propension aux conduites agressives. Poilpot-Rocaboy (2010) cite Baumeister et al. (1996) (ibid., p.15) qui précise que « les émotions négatives telles que la frustration, la colère et l'anxiété jouent un rôle intermédiaire entre l'estime de soi et l'agression » (ibid., p.15). Par ailleurs, citant Neuman et Baron (2003) (ibid., p.15), l'auteure explique que « la perception d'un traitement injuste, la frustration et le stress qui en découlent, est souvent des antécédents des agressions et de la violence au travail » (ibid., p.15). Une autre réalité contribue à influencer la probabilité des comportements de harcèlement. Il s'agit de la pression des organisations du travail à obtenir des salariés, et plus particulièrement des personnes en situation de responsabilité, un modèle de performance infaillible, mais en réalité inatteignable qui serait à l'origine d'un stress et d'une crainte de l'échec permanent. Citant les travaux de Le Goff (2008, cité par Poilpot-Rocaboy, 2010, p. 15), le sujet percevrait dans le regard de ses collaborateurs le risque de ne pas y arriver et projeterait sur ces derniers la responsabilité de cette impossibilité alors que ce modèle est par essence impossible à réaliser. L'agressivité produite en réaction ne serait autre que le reflet du « ressentiment et de la mésestime de soi » (ibid.).

Les deux autres typologies de situation mettant en scène un harcèlement moral sont plus classiques. La première révèle que le harceleur fait preuve d'un « manque de compétence sociale et relationnelle » (ibid.). Dans ce cas, la personne peut faire retentir l'expression de sa colère, voire de ses autres humeurs, sur des collaborateurs par manque total d'empathie. Nous sommes là dans un cas de figure inspiré du psychopathe. Dans la seconde, il fera le jeu d'un scénario plus politique dans lequel l'auteur cherchera à protéger sa place ou une quelconque forme d'intérêt stratégique dans l'organisation. Bien entendu, ces modes opératoires ne pourraient être produits sans la tolérance des organisations du travail (Brodsky, 1976, cité par Poilpot-Rocaboy, ibid.) situations dans lesquelles certains auteurs parleront de « défaillance organisationnelle » (Dejours, 2008, cité par Poilpot-Rocaboy, ibid.).

La responsabilité de la sphère organisationnelle sera également inspectée de manière à voir de quelle manière elle favorise ces distorsions comportementales. Il semblerait qu'un changement organisationnel fréquent, utilisé pour maintenir un niveau de compétitivité fort, tant du point de vue des performances de l'entreprise que de celles de ses salariés, favoriserait l'apparition de situation de harcèlement. Les restructurations deviennent fréquentes et génèrent pression et intensification du travail de manière cumulée. Elles dégraderaient les relations avec les salariés qui se sentiraient fragilisés et donc plus vulnérables ce qui engendrerait de leur part une capacité amoindrie à résister à la pression de même qu'à réagir aux comportements injustes et agressifs (Poilpot-Rocaboy, 2010, p. 17). Le Goff (2008, cité par Poilpot-Rocaboy, ibid.) identifie également que les formes d'organisation actuelles, plus souples, ont modifié l'ergonomie des

lignes hiérarchiques, voire les ont détruites, provoquant de ce fait un cloisonnement entre les équipes qui n'était alors que symbolique, de même qu'elle promet un accès à la polyvalence qui se veut incontournable, accompagnée d'un accroissement des tâches réalisées et d'une autonomie qui doit désormais être l'affaire de tous. Ces changements ont eu un effet dramatique sur les groupes professionnels et les collectifs de travail qui, de fait, ne peuvent plus, en retour, assurer le repère et le soutien qu'ils produisaient auparavant.

Deux modes de management favoriseraient également la survenue de situation de harcèlement psychologique. Celui dans lequel la dimension autoritaire installerait un positionnement « dominant dominé » légitimisant un rapport déséquilibré entre les pouvoirs. Un autre serait, au contraire, largement trop permissif et véhiculerait par le truchement d'une incapacité à réagir des responsables, l'idée d'une permissivité à l'égard des situations de harcèlement.

8.1.5. Les mécanismes de régulation de la violence

Cintas (2010) a réalisé une étude sur la violence en milieu psychiatrique qui lui a permis de repérer des mécanismes de régulation de la violence par les équipes paramédicales dans le but d'atténuer la souffrance immanente à cet environnement de travail, considéré comme particulièrement aride. Dans son article, elle mentionne les propos de Mafessoli (1984, cité par Cintas, 2010, p. 64) qui considère la violence comme hétérogène puisqu'elle est selon lui « destruction, mais aussi parfois source de vie ». En effet, elle serait, selon l'auteur, « un structurant collectif si on arrive à la contrôler, la canaliser pour s'en servir à des fins créatrices ». Les mécanismes de régulation jouent donc un rôle fondamental dans, ce qui nous semble être, une forme de sublimation de la violence pour lui permettre d'investir une destinée plus profitable à tous.

Les mécanismes de régulation sont produits par les personnels paramédicaux de manière spontanée et autonome. Ils sont qualifiés de « mécanismes d'ajustement » permettant de réduire la perception de la violence et d'éviter qu'elle ne produise de la souffrance insurmontable, voire fatale, pour la poursuite de l'activité.

Le premier mécanisme identifié est celui du déni par le truchement de l'acceptation du danger. Dans l'exemple que cite Cintas, l'infirmier minimise le fait d'avoir reçu « une claque monumentale » ayant cassé ses lunettes par une patiente en état de crise délirante. L'infirmier estime que cela fait partie des risques du métier. La violence est selon Cintas (2010) « un phénomène socialement construit » (ibid., p.65) et c'est la perception du groupe qui rend acceptable une part de violence directement induite par l'expression d'une activité professionnelle, dans ce cas, la prise en charge de patient délirant et violent par démence. La violence y est même considérée comme inévitable par le personnel paramédical. Ce qui permet d'éviter d'anticiper la violence, voire de l'éviter, est décrit par les équipes comme étant l'écoute des patients, disposition largement entravée par les rythmes de travail actuels et le manque de personnel. L'écoute des patients est identifiée comme le deuxième mécanisme de régulation de la violence. L'écoute est une disposition qui s'inscrit dans une dimension « relationnelle » du rapport au patient. Elle englobe donc également la discussion pour être complète dans son action de prévention de la violence.

Le troisième mécanisme de régulation de la violence est le glissement de tâche entre infirmiers, aide-soignant et ASH. Ce mécanisme qui consiste à dépasser la rigidité des fonctionnements prévus de chacune des équipes est propre aux environnements où les situations de crise sont

permanentes. Une solidarité s'exprime entre les membres des équipes et chacun fait au mieux pour aider à la prise en charge des patients. Nous avons vu ce phénomène dans un service d'urgence. En revanche, nous ne l'avons pas vu dans le bloc opératoire faisant l'objet du présent écrit.

Le quatrième et dernier mécanisme de régulation est la dérision. Le rire et le fait de prendre le contre-pied d'une réaction spontanée à l'agression constitueraient une manière d'atténuer la réception brutale d'insulte ou de coups. Comme le disent les personnels dans l'exemple de Cintas (2010) « ça permet de décompresser ». Précisons que ces quatre mécanismes de régulation sont qualifiés comme faisant partie du genre professionnel. Ils constituent des savoir-faire de métier. Cintas (2010) identifie, par ailleurs, des mécanismes individuels de régulation qui nous semblent plutôt être des écueils de l'activité : la peur, l'arrêt de maladie, le départ de l'organisation. De même, les ASH ont manifesté une stratégie spécifique à leur corps de métier qui est le retrait du travail dans le travail, qui correspondrait au fait de travailler avec des œillères, souvent consécutive à des échanges désagréables avec les médecins ou l'encadrement.

Au-delà de cette étude sur les personnels de soins paramédicaux, les travaux de Cintas (2007) postulent que la violence au travail serait liée au nouveau mode de management de l'hôpital dans lequel un modèle idéalisé de la performance aurait conceptualisé un mode opératoire se basant sur une « démarche qualité », de même que sur l'individualisation du travail. Par ailleurs, la violence serait également engendrée par des dysfonctionnements organisationnels produits par un décalage irréductible, et bien trop important, entre ce que la personne doit faire et ce qu'elle peut faire réellement, de même que sur la transformation, voire l'absence, de l'encadrement des équipes qui les conduit à devoir faire face, seuls, aux difficultés accrues des contextes de travail.

8.1.6. La violence comme stigmaté d'une idéologie défensive de métier

Citant une des grandes théories du courant de la psychodynamique du travail (Dejours, 1998 ; 2000), Pezée (2014) explique que la violence en milieu professionnel peut extraire sa source d'un mécanisme de défense collective incarnant une idéologie défensive de métier. Les métiers à risque fournissent aux salariés y travaillant des valeurs de « virilité » ayant pour objectif de subvertir ce qui pourrait donner naissance à des phénomènes de peur. Il en résulte des conduites de bravade prenant souvent comme cible les jeunes dans le métier ou des « vulnérables », soit par leur position hiérarchique, soit parce qu'ils incarnent « la faiblesse » qu'il faut absolument éradiquer symboliquement, et leur font subir toutes sortes de violences physiques tout autant que psychologiques. Le but de ces manœuvres est bien de « tourner en dérision le danger » et leur mode opératoire consiste à afficher toutes formes de « désobéissance » et d'« indiscipline » comme conduites habituelles et signes extérieurs de courage. La force sera arborée comme objet de démonstration virile et ceux qui n'y souscrivent pas seront des « mauviettes » indignes de leur statut d'homme viril. Le déni collectif a valeur de ciment du groupe et toutes formes de « faiblesses » incarnées par des manifestations affectives de stress, d'angoisse ou de doute seront considérées comme des attitudes « féminines » et donc indignes du métier et des gens qui l'incarnent. Ces personnes deviennent, par conséquent, des menaces pour le groupe et seront, de gré ou de force, éliminées. C'est par cela que les membres d'un collectif de métier « tiennent » au travail (Dejours, 2010).

Cependant, la violence entre collègue ou de la part des destinataires de l'activité peut également être le résultat d'une organisation du travail défailante. En effet, Pezée (2014) incrimine

directement des organisations du travail issues de l'ère taylorienne, suivies par les organisations toyotiste puis de *lean management* qui ont, selon elle, ont généré des conséquences fatales pour les salariés dans l'exercice de leur travail. Les effets sont les suivants : « dépossession d'un savoir » et de la liberté d'organisation et d'adaptation dans le travail ; l'isolement des individus conduisant à l'éradication des prises en charge collective des formes de surcharge ; l'évaluation individualisée des performances générant compétition entre les collègues et le « chacun pour soi » ; l'envahissement du travail dans la sphère privée facilité par le développement des technologies informatiques ; et enfin, l'aliénation du fonctionnement mental, générée par l'empêchement de toutes formes d'« évation mentale » conduisant à une « paralysie mentale » qui contribue à réprimer « l'agressivité et la frustration réactionnelle » (ibid., p.139).

Dans ces organisations, la maltraitance revêt souvent les traits d'une personne, un manager ou un collègue alors que selon Pezée (2014), « la force agissante » serait en fait « celle d'un système » (ibid., p. 145). Le coupable désigné ferait « écran » et la situation de conflit interpersonnelle serait l'analyse de la situation qu'en feraient toutes personnes à l'œil non averti.

Sur un autre plan, le passage aux 35 heures hebdomadaires de travail a contribué activement à une intensification du travail, aujourd'hui rattrapée par une pénurie de personnel dans le monde hospitalier. Les temps de pause et les collectifs ont été largement impactés par ces nouvelles configurations du travail. Dans ce contexte, la reconnaissance et les identités de métier sont difficiles à obtenir d'une hiérarchie fonctionnant par « objectifs et évaluations » (ibid., p.140). Ces éléments constituent ce que l'auteure nomme « la violence blanche », à savoir la négation de l'identité professionnelle et du capital de l'expérience. C'est également ce que l'on provoque lorsque l'on considère qu'une infirmière n'est qu'une infirmière et qu'on la déplace d'un service à l'autre sans tenir compte des spécificités propres à chaque département. Le travail d'une infirmière en réanimation n'a rien à voir avec celui que fera une infirmière de bloc opératoire. Cette expérience est spécifique et n'est pas rapatriable d'un service à l'autre.

De fait, l'estime de soi qui, pour l'auteure, passe par le fait de faire du bon travail et d'être reconnu par ses pairs, postulat également très fort de la clinique de l'activité (Clot, 1995), sera impossible à alimenter par des actions quotidiennes de terrain. L'agressivité viendrait, dans ce cas, de la fatigue, mais également d'autre étiologie comme les failles narcissiques, le désintérêt à collaborer, la perte de sens au travail (Pezée, 2014, p.140). Le harcèlement moral ne serait autre qu'un symptôme de « la difficulté d'être ensemble » dans des organisations du travail cherchant à « aligner les personnalités » (ibid.). Le « mal » serait ainsi « banalisé » (Dejours, 1998), car « la tolérance à l'injustice et à la souffrance infligée » serait une « valeur virile » (cité par Pezée, ibid., p. 141), le harceleur étant, ici, non pas un pervers narcissique, mais « un homme » qui doit se débarrasser de la peur et de la souffrance.

La violence entre collègues serait donc, selon le classement de Pezée (2014, p.142), une pathologie comportementale liée au travail, au même titre que les comportements tyranniques, le harcèlement moral ou la banalisation du mal fait à autrui.

8.1.7. La violence verbale

Les éléments que nous avons abordés jusque-là montrent que la violence peut être incarnée par des manières d'agir, des formes d'action, d'interaction même, et dans les échanges entre les individus, elle revêt majoritairement une forme prédominante qui n'est autre que verbale. Nous

pourrions même dire qu'elle se révèle majoritairement dans une dimension verbale. Trois auteurs, Moïse, Meunier et Romain (2015), se sont penchés sur l'analyse de cette violence verbale dans les situations de travail, plus spécifiquement dans des cadres professionnels comportant des relations asymétriques de travail. Leur tentative est d'analyser comment la violence verbale se met en scène dans des situations d'interaction professionnelles pour aider les professionnels à ne pas « céder » aux montées en tension, infailliblement présentes dans ces situations, et, *a fortiori*, à prévenir les souffrances et autres entorses psychiques qui seraient provoquées par ces événements. Leur ambition est également de définir un cadre conceptuel de cette violence d'un point de vue linguistique sans omettre de prendre en compte les dimensions sociologiques, ethnologiques et psychologiques des situations analysées. Par ailleurs, les auteurs s'intéressent à la dynamique de la violence verbale qui mettra en exergue les actes de langage directs (provocation, menace, insulte, reproche) et indirects (honte, culpabilisation, mépris ou disqualification). Enfin, ils s'attardent également sur les facteurs d'exacerbation de la violence verbale dans le cadre de situations professionnelles faisant apparaître des rapports de pouvoir, d'autoritarisme ou de rivalité et avec eux, des actes de langage intermédiaires (médianse, bouc émissaire, manifestation de violence extrême avec emprise, perversité ou cruauté). La théorie des actes de langage utilisée est celle que Searle a conceptualisée (Armengaud, 2007).

La violence verbale peut être fulgurante, polémique ou détournée (Moïse, Meunier et Romain, 2015, p.11). Dans le premier cas, elle est le lieu d'une tension contextualisée croissante qui aura plusieurs étapes (incompréhension, négociation, évitement, renchérissement, renforcement...), sera déclenchée par un conflit matériel ou symbolique, des expressions marquant l'arrêt de la conversation (« ça suffit ! ») et des actes de langage dépréciatif direct (harcèlement, mépris, provocation, déni, insulte...) ayant pour objectif de dominer l'interlocuteur.

La violence polémique mobilise des actes de langage indirects et implicites, un contenu argumentatif et des figures rhétoriques incarnant la recherche polémique dans un but de persuasion. Elle est souvent présente dans le domaine politique, celui où s'exerce l'autorité ou celui de l'humour. Elle peut s'ériger sur une perspective vexatoire adressée à autrui (individu ou groupe) auquel cas, elle s'incarne par l'ironie, la réfutation, des arguments *ad hominem*⁸ entre autres. Enfin, lorsqu'elle est « détournée », la violence se glisse dans « des interactions consensuelles et coopératives, feintes et ambiguës (compliment, éloge, flatterie, hyperpolitesse, sous-entendus) à des fins de manipulations et de harcèlement » (ibid., p.11).

La forme de violence qui retient l'attention des auteurs, de même que la nôtre, est sa forme fulgurante qui se caractérise par des « montées en tension » dans lesquelles s'illustrent des rapports de pouvoir (ibid.). Provocations, menaces, insultes seront les actes de langage à « qualification péjorative » qui y seront mobilisés. Le conflit, en tant qu'opposition de points de vue, comportements ou sensibilité ne trouvant pas de manières de s'harmoniser, en est une source intarissable. L'opposition entre les interactants sera donc « caractérisée » et en montant en pression, l'interaction permettant d'autres modes de résolution sera rendue inatteignable même si les protagonistes ont toujours la « liberté » de stopper, de moduler (en plus ou en moins) la vigueur de leurs propos.

^{8 8} D'après le Larousse en ligne, argument par lequel on attaque un adversaire directement sur sa personne en lui opposant ses propres paroles ou actes. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ad_hominem/1072

8.1.7.1. Quatre étapes de montée en puissance

Les étapes de la montée en tension de la violence verbale fulgurante sont d'après Moïse, Meunier et Romain (2015) les suivantes :

-1 ère étape : la violence potentielle incarnée par « les conditions de la rencontre de deux sujets, le type de rapport qui les unit », les éléments du contexte, de même que le comportement de la personne ou les représentations plus ou moins conscientes (ibid., p.12).

-2e étape : la violence embryonnaire ou amorce de la violence verbale est caractérisée par la manière de se comporter et de s'exprimer. L'agressivité y est souvent latente et elle se marque par des « micro-détails » comme un changement de ton ou de posture. L'impolitesse et l'incivilité pourront très bien en être des déclencheurs.

-3e étape : la violence cristallisée est l'étape où, après plusieurs tours de parole entre deux personnes produisant successivement agressions et attaques, l'interaction est bloquée sur un mode « mimétique » dans une joute verbale ininterrompue.

-4e étape : la violence physique qui succèdera à l'étape précédente. La menace d'agression physique peut aussi bien avoir un effet dissuasif et éviter le passage à l'acte tout comme elle peut le déclencher.

8.1.7.2. Les moteurs de la violence verbale

Les moteurs de la violence verbale sont nombreux. Les éléments contextuels la dirigent et la construisent. Ils génèrent de la fragilité à l'égard de tensions chez les interactants et peuvent influencer une sensation d'agressivité, présente ou non dans la situation. Les dimensions normatives, culturelles et sociales créent un référentiel de comportement, de pratiques langagières. Les dimensions peuvent entrer en synergie les unes avec les autres et engendrer des représentations et des valeurs très divergentes. Le contexte émotionnel et la part subjective que chacun entretient à l'égard de ses émotions et de celles des autres peuvent abonder dans le sens de la production de violence. Les personnalités, les éléments biographiques de la personne, son âge sont autant d'éléments qui peuvent agir sur l'intensité de la violence. Le passif entre deux personnes dans un lieu de travail peut également alourdir la charge de l'intensité qui se remettra en scène à chaque nouvelle interaction. Un dernier contexte entre en ligne de compte, celui qui regroupe les buts et les enjeux animant les interactants. Ils vont déterminer ce que les personnes attendent d'un échange et être au cœur des réactions positives ou négatives (satisfaction ou frustration).

Les éléments du contexte interagissent avec la dimension linguistique. La violence verbale se regroupe dans les gestes, les expressions verbales, la prosodie. Deux points supplémentaires nous apparaissent importants. Pour les auteurs, les actes de langage dits « menaçants » (provocation, menace, reproche, insulte) sont à considérer comme étant au centre de la violence verbale en tant qu'ils cherchent « à atteindre l'autre, à altérer son sentiment de sécurité, de dignité et/ou d'estime sociale, à le rabaisser dans une prise de pouvoir pragmatique et, souvent, sont accompagnés de procédés argumentatifs qui légitiment les jugements assénés (“je te traite comme ça parce que...”)) » (ibid., p.16). Les « petits » mots comme « ben », « bon », « euh », « alors » peuvent renforcer la perception de violence surtout lorsqu'ils sont prononcés avec une prosodie adaptée.

La situation de violence verbale éclatera lorsqu'un sentiment de vulnérabilité, d'insécurité physique et psychique viendra déséquilibrer la personne, rendant incontrôlables ses émotions. L'interaction verbale devra également « s'emballer » pour atteindre un niveau de violence élevé.

Un des effets de la violence verbale est l'altération, puis, la destruction de la confiance accordée à l'autre que la relation soit antérieure à l'échange ou qu'elle se réalise dans l'immédiateté de la scène. Les affects, manifestes et exprimés, associés à cette violence, lors de la montée en tension décrite préalablement, sont les suivants : agressivité, brutalité, haine, indignation, jalousie. L'agressivité est, selon les auteurs (Moïse, Meunier, Romain, 2015), l'affect primordial à prendre en compte, car il constitue une des premières composantes de la violence verbale. Il faut bien démarquer l'agressivité de la violence destructrice en tant qu'elle est une tentative d'appel à l'autre, de demande de reconnaissance, de considération (ibid., p.22).

Le mot agressivité tire son origine du latin *Adgredior* (construction intransitive : aller vers, s'approcher ; construction transitive : agresser, attaquer [dictolatin, s.d.]) et décrit la même dynamique que celles des verbes signifiant la progression ou la régression (ibid., p.22). La notion d'altérité y est impliquée étymologiquement. Notons que les auteurs en déduisent que l'agressivité serait une démarche du sujet pour « se faire reconnaître de l'autre, faire percevoir sa présence, dans un affranchissement de territoire, spatial ou personnel ou intime, là où l'on a l'impression, bien souvent, d'avoir été ignoré, mal considéré, voire méprisé. Elle est une forme de protection et de défense de l'intégrité du sujet, à la différence de la violence, manifestation d'une offensive gratuite » (ibid., p.22). Les auteurs notent que les éthologues utilisent ce terme pour qualifier les comportements de protection territoriale des animaux, ou de reproduction. Pour Gourevitch, K'Ourio, Launay, Meignan-Sabri, Noël-Lamotte & Yakoub (2018), l'agressivité est l'expression d'une pulsion difficile à contrôler. Elle permet de garantir la survie de l'espèce, mais peut avoir un effet « destructeur et délétère ». Les auteurs soulignent que toutes les violences ne font pas forcément l'objet d'agressivité comme dans les situations de contention imposée en milieu hospitalier à un patient (ibid., p.146).

Sur le terrain professionnel qui nous intéresse, les situations de violence se manifestent entre des personnes qui s'inscrivent dans un rapport professionnel asymétrique dans le sens où un « rapport à l'autorité », et non un rapport hiérarchique, est présent. Moïse, Meunier et Romain (2015) qualifient le rapport à l'autorité comme « une relation de reconnaissance mutuelle dans une relation asymétrique, l'un étant dans une position "haute" et l'autre dans une position "basse" qui ne se confond pas avec une relation de domination, en ce qu'elle est une relation coconstruite (et par conséquent toujours susceptible de se transformer au cours de la relation) et rassurante » (ibid., p.26). Cette reconnaissance mutuelle doit être présente dans les mots qui sont échangés dans une interaction. C'est dans cet échange que se dessinent les identités professionnelles et que seront émises des représentations de soi, et des autres, grâce à des expressions d'affirmation de soi, de valorisation, mais également de dévalorisation (Goffman, 1973). Suivant la pensée de Goffman, nous pouvons dire que c'est de cette manière que se créent les identités professionnelles et que ce sont dans ces échanges que se déterminent « l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres » (Goffman, 1973, p.23). Lorsque l'échange donne lieu à de la violence, qu'elle soit verbale ou autre, ce sont ces deux dimensions des individus qui sont attaquées. Nous ajouterons que dans chaque échange entre des personnes se joue un rapport de place spécifique et qu'il s'y trouve les éléments pour produire de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance. Il se construit donc bien une reconnaissance (ou l'inverse) de place dans l'activité discursive et la manière d'échanger qui l'accompagne. On peut donc dire, en suivant les auteurs (Moïse, Meunier et Romain, 2015) qu'il existe une « lutte des places » qui se joue dans les interactions entre personnes au sein d'un même milieu professionnel.

Gourevitch et al. (2018) relèvent que dans le milieu hospitalier, les violences peuvent venir de toutes parts. On les trouve entre collègues (violences verbales : injures ou menaces, rumeurs, insinuations, ou psychologiques : hostilité, harcèlement, discrimination), mais également de la part de la hiérarchie (abus d'autorité dans un sens, dénigrement systématique), tout comme de la part de l'institution (règlements absurdes ou inapplicables, harcèlement administratif), de même qu'on les retrouve envers les patients de manière souvent « inconscientes » (infantilisation, abus d'autorité, atteinte à la liberté de circuler librement, ou à la dignité, manque de respect, insultes, moqueries) (ibid., p. 147).

8.1.7.3. L'usage des « gros mots »

Dans les échanges de violence verbale, de gros mots peuvent être utilisés. Le film dont des éléments sont analysés dans cet écrit en montre un exemple particulièrement rempli. Moïse, Meunier et Romain (2015) analysent qu'ils peuvent être utilisés dans le cadre d'une transgression des règles de politesse à des fins de soulagement, voire d'exutoire. Cependant, ils peuvent avoir d'autres fonctions comme celle de « juron », auquel cas, ils diffusent un « sentiment de soulagement et d'expression d'un désir d'envoyer au diable la pesanteur de la contrainte sociale » (ibid., p.44). Ils peuvent également avoir une fonction « ludique » par l'entremise de « vannes » qui relèvent souvent des mots d'esprit. Chez le petit enfant, les auteurs notent qu'ils peuvent avoir une fonction « d'affirmation de soi » qui transite par un stade de transgression. Nous avons tous été témoins de la jubilation que les petits enfants manifestent lorsqu'ils en prononcent un ou celle, tout aussi visible, des enfants qui en prononcent une ribambelle presque sans s'arrêter. L'usage des gros mots peut aussi être « démarcatif » pour les adolescents dans leur tentative de mise à distance du monde des adultes plus en prise avec une restriction normative de cet usage.

8.1.8. Synthèse

De cette première partie, nous pourrions retenir les éléments suivants :

La violence est dans toutes ses acceptions un mouvement induit par une force intense, brutale et dont les effets sont souvent destructeurs. Elle s'incarne dans des comportements, des paroles dans lesquelles l'agressivité est souvent de mise. Soulevons que la violence vient toujours perturber une norme morale et légale, que son apparition est imprévisible dans la plupart des cas et qu'elle produit toujours un sentiment d'insécurité à ceux à qui elle se destine. En ce sens, elle est performative. On pourrait soutenir l'hypothèse que les actions qu'elle réalise puissent être multiples et que dans le cas des salles de bloc opératoire, elle permette d'obtenir plusieurs actions à la fois qui plus est lorsqu'elle est adressée à différents interlocuteurs avec lesquels les relations aux objets de travail divergent.

Notons que la violence exercée peut générer un système social dans lequel un rapport dominé dominant s'installe dans la durée. Dans ces rapports sociaux, la perception de la violence est systématiquement déniée de même que son caractère arbitraire et aliénant. Cela est le cas lorsqu'il est question de la violence symbolique, mais également dans d'autres formes de violence qui s'inscrivent entre des personnes qui sont liées par un rapport engageant et installé dans un temps long comme celui du travail par exemple. On le trouve également dans les relations de couple, mais cela reste un autre sujet dans lequel nous n'entrerons pas. Enfin, la violence peut être un moyen de reconnaissance d'un groupe social et prendre la place d'un objet de revendication collective.

Les violences au travail et leurs effets ont très distinctement été recensés et définis par différents rapports institutionnels. Les violences entre collègues, notamment en milieu hospitalier, sont largement documentées et paraissent ne pas disparaître au fil des années. Ces violences semblent s'afficher aux yeux de tous et faire l'objet, parfois, de signalements officiels. Nous faisons l'hypothèse de la centralité de la violence dans les milieux de travail non comme symptôme, mais plutôt comme corolaire de l'activité de travail. Elle serait alors une production de l'activité ou exercerait une fonction nécessaire et utile à l'activité de travail. Nous développerons cette hypothèse par la suite.

Les phénomènes rattachés à la violence comme le harcèlement moral font désormais partie du paysage quotidien du monde du travail. Le harcèlement moral est même consigné dans le Code du travail. Les sanctions qui lui sont rattachées ne semblent pas réussir à en vaincre l'apparition dans les milieux de travail. Là encore, les organisations du travail semblent avoir leur part de responsabilité dans les conditions qu'elles créent, lesquelles semblent favoriser la récurrence de ce phénomène. La fréquence de ces situations de nos jours en est un signe. Sans vouloir accabler les entités professionnelles, nous pensons qu'elles auraient aisément les moyens d'en réduire l'apparition. Nous avons abordé les phénomènes de régulation de la violence dans certains milieux de travail et mis en évidence que la strate collective dans l'activité avait la capacité à créer de la ressource pour y faire face ou tout du moins, pour en minimiser les effets toxiques. Enfin, la violence peut être un des effets visibles d'une idéologie défensive de métier dans laquelle les valeurs de virilité s'incarnent dans un contact brutal et agressif aux autres, et plus particulièrement envers ceux dont les caractéristiques viendraient « menacer », par leur sensibilité, la construction défensive en elle-même.

Nous pourrions résumer l'ensemble de ces éléments en décrivant la violence comme « une chose » que l'on produit ou que l'on reçoit, comme un attribut d'un acte, mais également comme un rapport. Il s'agit plus précisément d'un rapport humain, c'est-à-dire d'un rapport aux autres, de même que d'un rapport à soi (la violence peut être retournée vers celui qui la produit). Il nous faut bien distinguer la dimension subjective de l'acte violent de sa dimension intersubjective. Autrement dit, l'acte « pour soi » et l'acte « pour autrui », ou encore les fonctions subjectives, des fonctions intersubjectives de l'acte. Le même acte, ou nous pourrions dire la même réalisation, justifiable d'un point de vue subjectif, car il s'inscrit, à notre avis toujours dans une économie subjective, peut être délétère d'un point de vue social. L'acte violent pose des matérialités qui, comme toutes réalisations, portent des valeurs symboliques et les posent de manière univoque, c'est-à-dire « d'une seule voix », sans laisser la possibilité à l'autre d'y répondre sous la forme d'un dialogue. C'est en cela que le geste ou l'action sont qualifiables de violents. La violence ne semble pas attendre d'autres réponses que l'absence de réponse ou un geste de même nature. D'ailleurs, nous pourrions dire qu'elle s'y « prépare » en visant à « neutraliser » l'autre.

8.2. Apports théoriques sur les dynamiques psychologiques et psychopathologiques de la violence

Nous allons tenter dans ce chapitre de comprendre les mécanismes psychiques qui sous-tendent l'action de violence. Qu'elle soit verbale ou dans l'agir, qu'elle fasse partie de la culture professionnelle ou qu'elle soit une réaction face aux contraintes organisationnelles, la violence produit un effet sur celui (ou celle) qui la provoque. Elle a peut-être aussi une fonction précise. C'est ce que les articles suivants vont nous aider à mettre en réflexion.

8.2.1. Des théories identifiant la violence comme un corolaire secondaire du fonctionnement plus global de l'individu

8.2.1.1. Un mécanisme sublimatoire ?

Dans sa thèse de 2009, Caillol avançait l'idée qu'il avait emprunté à Bloch (2009), que le chirurgien avait le « courage » de garder pour lui les angoisses liées à l'opération et ses aléas au lieu de les décharger sur le patient et les familles et que cet élan de « courage chirurgical » était ce qui permettait au chirurgien de « sublimer l'agressivité de son geste » (ibid., p.271). Il citait Bloch (2009) pour laquelle la sublimation équivaldrait à « la transformation des pulsions inférieures en sentiments supérieurs » (ibid., p.116). Dans son texte de 2014, Caillol ajoute une autre raison qui crée un mouvement sublimatoire sur l'agressivité du geste chirurgical qui est « l'objectivation volontaire » (ibid., p. 207). L'auteur explique que pour pouvoir opérer, il faut « objectiver le patient » à savoir « faire abstraction du sujet » qu'il est, de manière à créer une « illusion » introduisant « une certaine in-humanité », mais cela peut également « permettre » les « pires dérives comme la torture » (ibid.). Caillol (2014) cite Ricoeur (1989) qui « constatait qu'il y avait beaucoup d'analogies sur le plan de la technicité entre un médecin tortionnaire et un médecin "ordinaire" » parce que les deux mobilisaient une « technique objectivante » (ibid., p.207). Il poursuit la constatation de Ricoeur en ajoutant que la différence entre les deux se place sur le « plan moral », car le tortionnaire « objective sa victime pour mieux la torturer » lorsque le second « objective son malade pour mieux le soigner » (ibid.). C'est de cette objectivation dont il s'agit qui devient une « nécessité » pour parvenir à opérer en tant qu'elle « sublime en quelque sorte la violence du geste » (ibid.). En atteste, selon Caillol (2014) la difficulté que rencontrent les chirurgiens à opérer « correctement » les personnes qu'ils connaissent ou auxquelles ils sont liés.

Dans un de ses derniers ouvrages, Dejours (2021) se livre à ce qu'il nomme une « anthropologie de la sublimation » lui permettant de la « désenclaver du seul domaine de la création artistique » dans laquelle Freud l'avait consignée (ibid., p. 14). Partant de sa définition freudienne, la pulsion est décrite comme « un renoncement à la satisfaction sexuelle de certaines pulsions » (Dejours, 2021, p.18). Il s'agit donc « d'un destin pulsionnel » ayant pour source « le sexuel » (ibid., p.20). Dejours (2021) précise que « les composantes de la sexualité principalement impliquées dans la sublimation sont les pulsions partielles » et que Freud positionne la sublimation « du côté des défenses du moi contre les pulsions » (ibid., p.20). La sublimation est d'une part liée au « sublime entendu comme élévation de soi », mais également à celui défini par la philosophie. Cette notion implique une « référence à des valeurs » (ibid., p.21) et par-là une dimension éthique. Il s'agit donc d'un « chaînon entre l'individu et la société » (ibid.). Elle tient une place fondamentale dans la création artistique tout comme dans la recherche scientifique d'ailleurs. Pour Dejours (2021), et contrairement à Freud qui a toujours écrit qu'elle ne concernait qu'un petit nombre de personnes, des « êtres d'exception », la sublimation est « au rendez-vous d'activités professionnelles [...] qui s'inscrivent dans un métier au sens strict du terme » (ibid., p.23) et concerne donc beaucoup plus de monde que ce qu'avait imaginé Freud lui-même. Dejours (2021) précise que pour que la sublimation opère, il faut que son, ou ses destinataires produise de la reconnaissance. Selon lui, « commande et reconnaissance » sont fondamentales pour qu'un individu soit en mesure de déployer des « ressources sublimatoires » (ibid., p.24). Dejours (2021) développe également l'idée que la sublimation peut stimuler, tout comme elle peut agir de manière dramatique, sur la sphère psychique et somatique d'une personne. Ce serait donc un opérateur de santé lorsqu'elle est générée par l'activité de travail. Ses effets pourraient, au contraire, être tout à fait destructeurs, si elle venait à manquer. Enfin, l'auteur investigate les rapports entre sublimation et plaisir en établissant que la sublimation a, comme le point précédent le laissait sous-entendre, de puissants effets sur le narcissisme de

l'individu. Une sublimation « réussie » rejaillirait sur le moi en produisant de « l'accomplissement de soi » (ibid., p.26). Le plaisir qui en découlerait générerait un « accroissement du moi, un gain de subjectivité » et en fin de parcours un « accroissement de l'amour de soi » (ibid.).

La psychodynamique du travail a, dès ses débuts, mis en évidence que l'intelligence était convoquée dans le travail. Et c'est parce que le réel « résiste » à sa maîtrise, « sur le mode affectif de l'échec » dit Dejours (2021, p.36), que l'intelligence intervient. La confrontation à cette résistance interpelle l'intelligence dans sa capacité à subvertir « les pesanteurs objectives par un processus de subjectivation du réel où le corps tient le rôle principal ». Dejours (2021) pense que cette « subversion » serait « le principe même » de la sublimation, destin « contrarié » de la pulsion sexuelle. C'est par la dimension sexuelle que « la matière inanimée » devient vivante (ibid., p.29). Les objets, les outils ou les objets techniques par principe, inanimés, seraient investis libidinalement. Dejours (2021) rappelle que la conception freudienne envisage l'investissement libidinal sur une partie du corps ou sur un organe. Ce serait par l'intermédiaire de ce corps, ou de ses parties que l'investissement sur l'objet serait rendu possible (ibid., p.30). Dejours ajoute que pour ce faire, l'objet matériel doit être enrichi d'une « dimension charnelle » et qu'il y aurait alors substitution de « l'objet originaire de la pulsion ». Dans le changement d'objet seraient conservées fantasmatiquement « les qualités du vivant » (ibid., p.31). Par conséquent, il y aurait également « transposition du but pulsionnel ». C'est par « la lutte qui passe par un corps à corps avec la matière à travailler, lutte où se joue la mobilisation du corps de l'artiste (la démonstration est faite sur le métier de sculpteur), comme condition *sine qua non* d'un rapport pulsionnel avec la matière d'où émergera peut-être l'œuvre » (ibid., p.32). Dejours observe que la matière « ne parle pas, mais (qu') elle réagit » (ibid., p.37). Le principe qui consiste à « la tripoter » va permettre d'obtenir les informations nécessaires à ce que le corps puisse savoir comment agir avec elle pour obtenir un résultat. C'est bien par ce processus qui allie aussi bien pulsion, sexuel, corps, matière que par l'action du travailler, que l'on peut voir apparaître une « transposition pulsionnelle qui est au départ, à l'origine même de la sublimation, à l'origine du “travailler”, qui passe par une lutte où le “sexual” entre en jeu » (ibid., p.33).

De cette rencontre, provoquant « intimité et familiarisation » entre « le corps subjectif et la résistance que le réel oppose à son effort » (ibid., p.39) va naître un processus dont nous avons déjà parlé en amont qui n'est autre que la *corpsappropriation*, concept développé par Michel Henry que Dejours a très judicieusement rapatrié du côté du travail. Le fantasme qui s'allie à ce processus, rend la matière, avec laquelle le corps à corps se joue, « vivante » dans la perspective de pouvoir la « domestiquer ». Dejours note que « ce fantasme se dit tout haut » et même qu'« il se parle » (ibid., p.39). Il en résulte un monologue, prononcé à voix haute, dans lequel les pires insultes peuvent être affublées à la matière que l'on cherche à « domestiquer ». Dejours ajoute : « il peut la détester, la haïr, parfois même la frapper dans un accès de colère contre la résistance qu'elle lui oppose » (ibid., p.40). Cette description n'est pas sans nous rappeler les vociférations des chirurgiens que nous avons observés en train d'opérer. Les propos tenus envers la matière peuvent, à l'inverse, être doux et considérants ce qui révèle la « charge érotique et sensuelle » du fantasme qui lui est attaché propre aux pulsions dont il est issu. Cette relation privilégiée avec la matière, objet des combats les plus farouches comme de la relation la plus tendre, conduit à une forme de « relation amoureuse » avec la matière qui amènera celui qui en a l'usage à lui donner un « petit nom ». Dejours (2021) rappelle que les ouvriers nomment souvent leurs machines de travail ou leurs établis. Dejours (2021) précise que le corps dont il est question dans le rapport au travail n'est pas le corps biologique, mais le « deuxième corps, dérivé du premier par la “subversion libidinale” : le corps érogène » (ibid., p.44). Ce point est très important, car il permet de comprendre comment ce « corps » se dote de capacités qui

dépassent largement le domaine du physiologique. Caillol (2009 ; 2014) et Peneff (1997), précisait que bien souvent les chirurgiens tapotaient la zone qu'ils devaient opérer avec leur doigt avant que cette dernière soit désinfectée puis cachée par des champs opératoires. Dejours affirme qu'il s'agit de « jouer de tous ces registres fantasmatiques qui s'égrènent entre jouissance de détruire, jubilation de la maîtrise et tendresse de l'amour dans le rapport à la matière » (ibid., p.41).

Nous pourrions légitimement penser que ces mouvements psychiques de combat avec la matière pourraient s'accompagner de manifestations affectives comportementales qui verseraient dans les registres de la colère et de la violence. Ils seraient, non pas l'expression d'une haine nourrie et définitive, mais plutôt le signe d'un processus de combat mené envers « la matière » dans le but de la « domestiquer ». D'ailleurs, Dejours (2021) précise que ce fantasme implique de se libérer de l'emprise de la « pensée rationnelle » et de toutes les formes d'incarnation de cette pensée (prescription, procédure, etc.). On pourrait dire que l'individu doit basculer dans une sorte de transe qui lui fait perdre le contact avec la réalité pour se laisser aller « à la provocation, l'impertinence, à la transgression, à l'infraction, à la destruction » (ibid., p.41).

8.2.1.2. Comprendre les sources de l'action : focus sur les pulsions

Dans les parties précédentes, nous avons souvent évoqué le concept de pulsion, provenant de la théorie psychanalytique élaborée, à l'origine, par Freud (1915/2018) et largement développée depuis (Green, 1983/2007). Il nous faut préciser, *a minima*, ces concepts afin de mettre en évidence ce en quoi ils peuvent nous permettre de comprendre ce qui est en jeu dans l'analyse des mécanismes de la violence dans une salle d'opération. Dans « Vocabulaire de la psychanalyse », Laplanche et Pontalis (1967) ont proposé des définitions très précises qui se révèlent très éclairantes pour notre compréhension des dynamiques psychiques dont il est question dans notre propos. Précisons tout d'abord que ces définitions s'érigent sur la théorie métapsychologique freudienne considérant l'appareil psychique comme étant constitué de trois instances : d'abord conscient, préconscient, inconscient dans sa première version, puis moi, surmoi, ça dans la seconde. Ces deux temps correspondent aux deux « topiques » conceptualisées par Freud au fil de ses recherches.

Pour Green, A. (1993/2011) les pulsions seraient à l'origine de toutes les activités psychiques (individuelles comme sociales). Laplanche et Pontalis (1967) définissent les pulsions comme « un processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon Freud, une pulsion tient sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'État de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet, ou grâce à lui, que la pulsion peut atteindre son but » (ibid., p.359). Les auteurs précisent que d'après Freud (1915/2018), on peut décrire ce mouvement comme « une force qui attaque l'organisme de l'intérieur et (qui) le pousse à accomplir certaines actions susceptibles de provoquer une décharge d'excitation » (ibid., p.361). À la question de savoir s'il s'agit d'une force somatique ou psychique, les auteurs répondent que d'après Freud, il s'agit d'un « concept limite entre le psychisme et le somatique » (ibidem) et peut donc être compris comme faisant une jonction entre les deux domaines. Les pulsions peuvent être sexuelles, relevant du moi ou assurant des fonctions d'autoconservation (celles qui consistent à assurer les fonctions vitales de l'individu). La théorie pulsionnelle chez Freud est toujours « dualiste » et pour lui, la pulsion sexuelle se détache « des fonctions d'autoconservation sur lesquelles elle s'étayait d'abord » (ibidem). En cela, Freud tente de présenter le conflit psychique dans lequel se situe le moi qui trouve dans la pulsion

d'autoconservation « l'essentiel de l'énergie nécessaire à la défense contre la sexualité » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.361). Le « dualisme pulsionnel » fait se confronter les pulsions de vie et les pulsions de mort, de même qu'il « modifie la fonction et la situation des pulsions dans le conflit » (ibid., p.362). Précisons que ces deux catégories de pulsions ont été conceptualisées par Freud après la seconde topique. Le conflit peut être « topique » auquel cas, il se situe entre l'instance défensive et l'instance refoulée. Le ça est un réservoir pulsionnel dans lequel se regroupent les deux types de pulsions. Les deux catégories de pulsions sont à envisager comme étant au principe fondamental de l'activité de l'organisme. Dans tous les cas, il est essentiel de souligner « l'exigence dualistique » dans la pensée freudienne qui se traduit dans la notion de « couples opposés » surtout dans le fonctionnement des pulsions. Ces dernières « fournissent des forces qui s'affrontent en dernier ressort dans le conflit psychique » (ibid., p.373).

Nous pourrions dire des pulsions de vie et des pulsions de mort, dans leur opposition, qu'elles correspondent « à deux types d'énergies, libres et liées » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.377). Freud voit dans la pulsion de mort « l'essence même de l'inconscient » et la définit comme une « pulsion de destruction » dont le but est la déliaison, « de dissoudre les assemblages et ainsi de détruire les choses » (ibid., p.377). Il perçoit la pulsion de vie comme un Éros, dont le but « est d'instituer des unités toujours plus grandes et ainsi de les maintenir : c'est la liaison » (ibid., p.377). Pour Green, A. (1993/2011), « les mécanismes de défense contre l'angoisse et les autres affects pénibles désorganisant peuvent être également réinterprétés à la lumière des réflexions sur le conflit entre pulsions de vie et pulsions de mort » (Green, 1993/2011, p.124) avec une polarité liaison-déliaison. Par ailleurs, le concept de « pulsion partielle » indique que la pulsion sexuelle, à l'origine des pulsions, existe d'abord « à l'État polymorphe et vise principalement la suppression de la tension au niveau de la source corporelle, et qu'elle se lie dans l'histoire du sujet à des représentants qui spécifient l'objet et le mode de satisfaction » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.362). Dans les pulsions partielles, « chacun des éléments se spécifie par une source (par exemple pulsion orale, pulsion anale) et un but (par exemple pulsion de voir, pulsion d'emprise) » (ibid., p.367) et bien qu'elles appartiennent aux pulsions sexuelles, le terme « partiel » doit être pris « dans un sens génétique et structural : les fonctions partielles fonctionnent d'abord indépendamment et tendent à s'unir dans les différentes organisations libidinales » (ibid.). Les pulsions d'agression sont, pour Freud, des pulsions de mort orientées vers l'extérieur. Leur but est la destruction de l'objet. La pulsion de destruction possède la même définition, mais elle s'orienterait plutôt vers une perspective plus proche « de l'expérience biologique et psychologique » (ibid., p.363). Les deux pulsions sont regroupables sous l'intitulé plus général de pulsion de mort selon Freud. Ces pulsions tendent « à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'État anorganique » (ibid., p.371). La pulsion d'emprise désigne « une pulsion non sexuelle qui ne s'unit que secondairement à la sexualité et dont le but est de dominer l'objet par la force » (ibid., p.364). C'est celle qui « constitue le seul élément présent dans la cruauté originaire de l'enfant » (ibid.). Pour Freud, elle ne n'aurait pas comme but la souffrance causée à autrui, mais « n'en tiendrait simplement pas compte (phase antérieure aussi bien à la pitié qu'au sadisme » (ibid., p.365). Elle devient « sadisme » lorsqu'elle se trouve « au service de la pulsion sexuelle » (ibid.). Freud a vu dans les compulsions de répétition la marque de la pulsion de mort. En effet, ce mécanisme de répétition ne semble pas être à la recherche d'une satisfaction libidinale ou à maîtriser les expériences déplaisantes. Pour Freud, il s'agit de l'action du « démoniaque », « d'une force irrésistible, indépendante du principe de plaisir et susceptible de s'opposer à lui » (ibid., p.372). Green (1993/2011) rappelle que selon Freud les pulsions ont quatre destins différents : le renversement en le contraire, le retournement sur la personne propre, le refoulement, et la sublimation. Il regroupe ces destins deux par deux en tant qu'il les considère assimilés en termes

de mouvement. Freud a écrit longuement sur les deux premiers destins dans son ouvrage *Pulsions et destins des pulsions* (1915/2018), puis dans un autre ouvrage (*Métapsychologie*) parle du troisième destin et laissera le dernier destin sans aucun écrit. Green (1993/2011) présente la sublimation comme une « vicissitude pulsionnelle » ou encore « l'un des avatars de la pulsion » (ibid., p.300).

Si nous devons envisager des hypothèses au regard de ces éléments théoriques, nous serions tentées de voir dans l'agressivité verbale présente sur notre terrain d'observation le signe de pulsions d'agressivité, en cela qu'elle nous semble non maîtrisable et qu'elle ne semble pas impacter son auteur (au moins dans le film présenté) autant qu'elle marque ses destinataires. On peut y voir la marque d'une déliaison des relations qu'elle produit sur ses destinataires. De même, nous constatons que malgré la présence de ces pulsions du « négatif », la réussite de l'intervention chirurgicale semble atteinte. Il pourrait être question-là d'une réussite sublimatoire que soutiendrait la migration de l'activité pulsionnelle.

8.2.1.3. L'affect : la valeur motrice

Le concept d'affect nous a paru également essentiel à aborder puisqu'il est défini dans le dictionnaire international de la psychanalyse (cité par Llopis-Salvan, 2021) comme « des modalités d'expression des pulsions manifestant des états internes de la vie psychique à partir des deux polarités primitives de plaisir et déplaisir » (ibid., p.31). À chaque situation psychique est générée une quantité d'affect dont le moi va chercher à se libérer par une réaction motrice ou une activité psychique. Lorsqu'il est « coincé », Freud dit que l'affect ne va pas pouvoir se décharger et que l'équilibre psychique ne pourra pas revenir « à la normale ». Cette notion d'affect « coincé » signale le lien entre événement traumatique et souvenir refoulé. Il est donc doublement attaché à la pulsion (excitation) et le souvenir. L'affect va être attaché à une « représentation de chose » liée à la pulsion que Freud nomme « quantum d'affect ». Pour Green (cité par Llopis-Salvan, 2021) les deux sont liés « inconsciemment » et l'affect doit être considéré « comme un événement psychique en attente d'une forme » (ibid., p.55). La représentation de chose va donner sa forme à l'affect et c'est sa « connexion » à la représentation de mot qui le fera migrer vers la conscience. Nous ne développerons pas les définitions des termes de représentation de chose et de mot. Cette conceptualisation de l'affect et de sa forme « perceptible » nous permet de comprendre le lien manifeste qu'il existe entre les mots et les affects et cela nous donne un aperçu important de la façon dont les quantités d'affect (quantum d'affect selon Freud) venant surcharger le moi vont pouvoir s'apurer par un mode expressif verbal. Sur la base de ce fonctionnement, nous pouvons faire l'hypothèse que la décharge d'affect produite par les agressions verbales des chirurgiens est peut-être le signe d'un processus, d'un mouvement d'affect dont le résultat serait l'homéostasie émotionnelle du chirurgien, lui permettant de poursuivre son activité opératoire sans être alourdi par une surcharge nerveuse ou affective.

Nous allons maintenant aborder une autre hypothèse de fonctionnement autour de la violence, basée sur des travaux qui mettent en avant les dimensions traumatiques, situées à la source de même qu'aux résultats de la production de violence.

8.2.1.4. Les mécanismes traumatiques de la violence

Les travaux de Salmona (2022) sur les violences sexuelles explorent de manière exhaustive et approfondie les mécanismes présents dans ce type de violence tant du côté de la victime que de celui de l'agresseur. Loin de vouloir convoquer un parallèle sur la nature des violences impliquées dans ces situations et celles qui concernent notre terrain d'analyse, il nous a paru pertinent de nous attarder sur les mécanismes générés par ces violences du côté de l'agresseur, faisant l'hypothèse que des bénéfices de même nature pouvaient être présents pour les personnes que nous avons observées. Du côté des victimes en revanche, la nature des violences sexuelles est très spécifique et elle ne peut être en rien comparable à celle rencontrée sur le terrain de notre intervention. Avant de pouvoir délimiter notre propos, il nous faut reprendre certains concepts théoriques clefs développés par Salmona (2022) pour nous accompagner dans la compréhension des mécanismes psychiques en jeu dans ces formes de violences. Salmona (2022) indique que « les violences ont un énorme pouvoir de sidération et de colonisation du psychisme des victimes, mais aussi des témoins » (ibid., p.75). Les violences ont systématiquement un effet traumatisant par lequel une effraction psychique va provoquer une sidération. Pétrifiées, les victimes ne vont plus pouvoir se défendre mentalement. Le psychisme ne va plus permettre d'identifier les éléments objectifs de la situation ni « jouer un rôle de défense et de modulation du stress intense déclenché par ces violences » (ibid., p.77). Le stress, comme élément psychique, est une « réponse adaptative » qui va permettre de déclencher tout un ensemble de réponses psychiques pour permettre à l'individu de se défendre. Lorsqu'il est absent, la défense sera impossible à mettre en place. La violence « traumatique » engendre donc une paralysie des défenses psychiques qui à son tour génère « un stress dépassé » dont les conséquences seront l'apparition d'atteintes neurologiques. Elles peuvent être « des altérations de la conscience et des troubles de la mémoire émotionnelle qui seront la cause de troubles psychiques et de souffrances mentales » (Salmona, 2022, p.77). Toute victime va faire l'expérience d'une « mémoire traumatique ». Il s'agit d'« une mémoire émotionnelle et sensorielle brute et hypersensible des violences » (ibid., p.83). Il est important de préciser qu'elle n'est pas « sous le contrôle des fonctions supérieures corticales et qu'elle échappe à toute analyse, à tout travail de « réécriture » (ibid., p.83). Elle est donc tout à fait différente de la mémoire autobiographique « consciente et déclarative, qui est travaillée, remaniée, modifiée et affectée par le temps » (ibid., p.84). Les souvenirs qui s'y trouvent et leurs remémorations seront suivis d'émotions très modérées avec des « représentations intellectuelles » et non des « phénomènes sensoriels bruts » (ibid.). Or, lorsque la mémoire traumatique est stimulée de manière à produire des réminiscences, les événements remontants à la surface sont vécus à l'identique du souvenir originel, source du trauma et donc de l'agression, malgré la distance temporelle survenue depuis. Comme le dit Salmona (2022) : « le temps écoulé n'a pas d'action sur l'intensité et sur la qualité des sensations et des émotions » (ibid.).

Précisons comment se déclenche cette mémoire traumatique. Elle est stimulée par des « associations mnésiques, par des stimuli ou des contextes rappelant le traumatisme » (ibid.). Se trouver dans un même lieu ou dans un environnement suffisamment marqué par les traces du souvenir seront à même de la déclencher. Selon Salmona (2022), tout perpétrateur de violences est d'abord une personne qui a fait l'objet, elle-même, de violences de même nature antérieurement. Elles s'enferment dans des conduites qualifiées de « dissociantes violentes » qui sont « des comportements [...] d'autodestruction compulsifs, de dépendance à l'agresseur, ou de conduites à risque reproduisant au plus près le scénario des violences subies, contre soi ou contre autrui » (Salmona, 2022, p. 247). En agissant ainsi, l'agresseur cherche à s'administrer une « dose » d'excitation « à visée calmante et anesthésiante » (ibid.). Ces comportements ont pour but de créer une échappatoire « à la souffrance et au malaise déclenchés par la mémoire traumatique des violences du passé, subies et commises, quand les

conduites de contrôle et d'évitement ne suffisent plus à éviter son allumage » (ibid.). Salmona (ibid.) précise qu'en termes de stress produit « les violences exercées sur autrui sont aussi efficaces que les violences autoagressives, voire plus efficaces, car elles “bénéficient” de l'émotion et du stress supplémentaire générés par l'horreur de faire à une victime innocente quelque chose d'immoral, d'atroce, voire de criminel, et cette horreur produira une effraction psychique d'autant plus importante qu'elle sera inconcevable. De plus, il peut être assez facile, si on s'y autorise, d'avoir sous la main quelqu'un à terroriser et à qui faire mal » (ibid., p.130). Sur cet enchaînement de fonctionnements, nous pouvons faire l'hypothèse d'un parallèle qui existerait entre toute personne ayant elle-même subi des violences qui ont généré chez elle des souffrances, qui auraient déclenché un état d'amnésie traumatique et qui, dans la perspective de calmer les effets de cette souffrance, passeraient du côté de l'agresseur, ce qui engendrerait un effet calmant. La mémoire traumatique peut donc « s'activer » à n'importe quel moment, stimulée par un élément qui provoquerait un « retour » des éléments que nous qualifierons de refoulés. Ce retour de mémoire provoquerait « un état de tension extrême et de mal-être insupportable qui explose » et les seules « solutions psychiques » à disposition de cette personne traumatisée seront les comportements de violence auto infligée. Cette violence auto dirigée « va recréer une effraction psychologique avec une sidération et un état de stress extrême, provoquant un “survoltage” qui va être à l'origine d'une disjonction du circuit émotionnel, comme lors des violences traumatisantes initiales » (ibid., p.248). Les effets « chimiques » de cette « disjonction » sont « la sécrétion de neurotransmetteurs morphine et kétamine-like et entraînera l'État d'anesthésie émotionnelle et de dissociation recherché pour se calmer » (ibid., p.248). Ces neurotransmetteurs sont des drogues endogènes et Salmona (2022) précise qu'ils ont les mêmes effets que des stupéfiants (ibid., p.126). Une accoutumance va rapidement apparaître en raison des effets de ces sécrétions chimiques internes. La personne sera de plus en plus encline à provoquer les situations qui vont permettre l'activation de ces neurotransmetteurs. Tout comme dans le cas d'une accoutumance à une drogue, des effets de tolérance aux substances se produisent au fil du temps et il faudra des situations de plus en plus fortes pour satisfaire les besoins de la personne. Elle les trouvera en provoquant des disjonctions du circuit émotionnel grâce aux conduites dissociantes (ibid., p.126). Les violences envers autrui auront les mêmes effets et les mêmes « bénéfiques » pour l'agresseur. Par ailleurs, lors de violences répétées, des « symptômes dissociatifs » s'installent chez la victime lui permettant, là encore, de se protéger des souffrances provoquées par les agressions. La personne va se trouver dans un état « décalé » de ce qu'elle vit, la conduisant à être « dans les vapes », « déconnectée » ou « absente ». Pour Salmona (2022) « La dissociation est donc un mécanisme de survie qui permet à la victime de ne pas ressentir le stress extrême et la terreur en permanence, ce qui représenterait un risque vital, mais elle ne se protège pas du psychotraumatisme. Au contraire, celui-ci se chronicise et s'aggrave si d'autres violences sont subies. En quelque sorte, la plaie reste ouverte, mais avec l'anesthésie elle semble « cicatrisée » (ibid., p.98). L'auteure précise que « pendant la dissociation, la mémoire traumatique envahira et colonisera la victime quand les liens l'allumeront, mais de manière fragmentée, sans connotation émotionnelle, ni état de stress. L'absence de connotation émotionnelle la rend en quelque sorte indifférente, comme sans importance » (ibid., p.99). Ce mécanisme explique que sans ses capacités émotionnelles, la tolérance à la douleur va devenir de plus en plus grande, de même que la faculté à oublier les événements violents sera de plus en plus systématique. Cela est appelé « amnésie traumatique dissociative » (Salmona, 2022, p.99). Salmona (ibid.) rapporte que la dissociation peut également être provoquée par des situations « d'accumulation de stress » comme les jeux d'argent, les achats compulsifs, les mises en danger administratives et financières (ibid., p.136). Les situations stressantes de travail peuvent entrer dans cette catégorie. Il existe des formes de réminiscences de la mémoire traumatique qui sont complètes et qui altèrent totalement le fonctionnement conscient de la personne qui sera prise par une forme de transe dans le souvenir

de l'acte traumatisant initial, de jour comme de nuit. Il existe également des formes de réminiscences partielles, « des formes parcellaires ». Salmona (2022) indique que « les réminiscences de colère ou de rage peuvent être prises pour argent comptant par la victime, et la pousser à des crises clastiques ou des passages à l'acte agressifs incompréhensibles ; la sensation d'agression peut être attribuée à tort à une situation anodine que l'on est en train de vivre au moment où se déclenche la mémoire traumatique » (ibid., p.89). Salmona (ibid.) remarque que souvent, « l'hypersensibilité, l'irritabilité, les colères explosives par réminiscences d'affects et l'impulsivité de certaines victimes traumatisées sont susceptibles de rendre les relations professionnelles avec les usagers, les collègues et les supérieurs hiérarchiques très difficiles et mouvementées, aboutissant parfois à des réactions de rejet de la part de l'entourage professionnel » (ibid., p.154). Le surmenage physique et le surinvestissement dans les activités de compétition au détriment d'activités socialisantes et de celles permettant une jouissance des plaisirs de vivre, font souvent partie du tableau clinique des conduites qui peuvent générer une accumulation de stress et donc une disjonction traumatique. L'activité professionnelle, si elle est bien choisie, pourra conduire à une « exploitation » positive des travers de ces mécanismes traumatiques en tant que la personne fera spontanément la démonstration d'une capacité d'endurance plus forte face aux situations extrêmes. Le travail qui sera surinvesti permettra d'offrir un terrain de jeu idéal à des conduites d'évitement « qui permettent de s'abstraire de toutes les autres réalités et d'échapper ainsi aux réminiscences de la mémoire traumatique, ils peuvent aussi fonctionner comme des conduites dissociantes s'ils sont pratiqués dans le stress et jusqu'à épuisement total, ou si le travail comporte des risques importants » (ibid., p.156). Dans son ouvrage, Salmona (2022) fait souvent des comparaisons entre les violences extrêmes subies par l'intermédiaire des agressions sexuelles, à celles qu'ont vécues les victimes de camps de concentration, celles des vétérans de guerre ou celles des victimes d'attentats. Elle établit des liens entre les dimensions provoquées et induites par les violences extrêmes en général. On pourrait donc suivre son impulsion et pousser la comparaison avec d'autres violences extrêmes, du moment où elles ont les mêmes effets traumatiques et les mêmes symptômes pour les personnes qui en auraient été victimes.

Sur la base de ces éléments, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une construction traumatique qui se serait mise en place, pour les chirurgiens, durant leurs années d'apprentissage du métier et qui conduirait à installer, dans leur fonctionnement psychique, les bases d'une mémoire traumatique. Les situations de stress endurées pendant les interventions chirurgicales viendraient créer des réminiscences des traumatismes qui ne seraient calmées que par l'explosion de colère ou l'expression d'agressivité. Les boucles traumatiques étant suivies, à la suite des « explosions » agressives, des mécanismes physiologiques que nous avons décrits plus haut (sécrétion de neurotransmetteurs). Nous faisons l'hypothèse que ces cycles de (dys -) fonctionnement dans lesquels s'enferment les protagonistes garantiraient la répétition systématique des scénarios traumatiques avec les effets que nous avons décrits grâce aux travaux de Salmona (2022). Nous avons pu être témoins d'un bon nombre de ces situations et de nombreux récits identiques ont été portés à notre connaissance.

8.2.2. Synthèse

Les diverses conceptualisations de cette partie permettent d'établir le paradigme suivant : Opérer correspondrait à une sublimation de l'agressivité du geste chirurgical. La sublimation est d'ailleurs un processus qui se retrouve dans toutes les formes de « travailler » grâce à l'implication du rapport avec la matière. En ce sens, le rapport au corps est crucial pour établir un investissement libidinal au cœur du mécanisme sublimatoire. Le rapport au corps implique

un mouvement pulsionnel. D'ailleurs, les chirurgiens font fréquemment la démonstration d'une communication directe entre leur corps et « la matière » qu'ils opèrent. De cette manière, on comprend qu'ils « s'approprient » « la matière », objet de leur travail et lieu de subjectivation. Comme « la matière » devient vivante par effet de fantasme, elle fait l'objet d'un affrontement verbal à travers lequel le combat est signifié. Dans ce dégagement verbal, on peut voir « l'excitation » du combat monter. La violence verbale est très potentiellement une des formes visibles de ce rapport particulier produit par l'activité de travail. En approfondissant les théories sur les pulsions, nous pouvons voir qu'elles se situent toutes à l'orée d'un conflit psychique, signe du dualisme pulsionnel et qu'elles s'opposent en pulsion de vie et pulsion de mort. L'une fait la liaison, l'autre délie. Les mécanismes de défense et autres rapports défensifs face à l'angoisse pourraient être réinterprétés à l'aune de ces mouvements de bascule entre les deux valences des pulsions. Dans tous les cas, une pulsion va toujours chercher à pouvoir se décharger de son quantum d'affect pour maintenir un fonctionnement psychique opérationnel. L'expression de cette décharge peut être réalisée à travers les mots en tant qu'objet de représentation de chose. La violence verbale pourrait être également une façon de signaler ce mouvement de décharge de la pulsion. Dans tous les cas, l'objectif recherché sera la fonctionnalité de l'activité réalisée. Nous pouvons faire à nouveau l'hypothèse d'une production de violence qui serait le révélateur d'un mouvement produit par la réalisation de l'activité. Plus précisément, elle soutiendrait même la réalisation de l'activité, lui permettant de se poursuivre du mieux possible.

Une autre hypothèse soutiendrait l'idée que les chirurgiens auraient depuis leur formation fait l'objet de traumatismes violents et répétés. Tout comme ces mécanismes sont décrits dans le cas des violences sexuelles, ils deviendraient avec le temps des « agresseurs » en recherche de stimulation de disjonction traumatique de manière à pouvoir poursuivre l'exercice de leur activité sans être trop parasité par les souvenirs des violences dont ils auraient eux-mêmes fait l'objet. Dans cette hypothèse, les comportements violents feraient partie intégrante des stratégies disjonctives et le surmenage physique et le surinvestissement dans les activités à fort challenge également en tant que l'excitation qu'elles produisent vient renforcer la puissance de l'effet obtenu. Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des Professions de Santé (ONDPS) (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007) fait état d'une violence active ou passive concernant les situations d'apprentissages des gestes de métiers par les internes de chirurgie. Les chercheurs observent et mettent en avant que les internes doivent, dans la situation d'apprentissage encadrée par leurs aînés, se laisser « manipuler » comme des soldats de plomb s'ils veulent pouvoir bénéficier d'une transmission complète. S'ils n'arborent pas cette docilité, ils seront laissés de côté et considérés comme de simples outils. La violence dans l'apprentissage se constate donc dès les premières étapes réalisées sur le terrain.

9. La violence dans les métiers du soin

9.1. Le travail modifié, élément oublié des restructurations hospitalières, génère une violence organisationnelle

Lors de restructurations fonctionnelles dans les services de santé, le travail des professionnels est inévitablement impacté pour ne pas dire affecté (Clot, 2008). Raveyre et Ughetto (2003) font le constat que lors de ces réorganisations, le travail, tel qu'il se réalise dans les services concernés, n'est pas nécessairement le paramètre faisant l'objet de discussions en amont de ces changements. Les auteurs remarquent que le travail modifié et affecté n'est tout simplement pas anticipé même s'il se voit altéré ou rendu plus coûteux, psychologiquement et physiquement, pour les personnes qui en ont la charge. Ce constat a été réalisé dans le cas de fusions entre établissements hospitaliers, mais l'on peut certainement étendre cette tendance à toutes modifications organisationnelles. Nous avons, nous-mêmes, observé que cette dimension était bien souvent absente des réflexions tenues en amont. Le sujet du travail s'invite finalement toujours mais souvent bien trop tard, lorsque les problèmes se manifestent sur le terrain.

Les propos des auteurs (Raveyre et Ughetto, 2003) se fondent sur l'observation de deux cas de fusions d'établissements hospitaliers, soit sur quatre établissements. Ils définissent que « par restructuration, ou recombinaison hospitalière, nous désignons un processus d'ensemble pouvant comporter diverses opérations, se trouvant plus ou moins combinées entre elles suivant les cas : des fermetures d'unités, des créations d'unités, des fusions d'unités, des réorganisations d'activités (redéploiement ou reconversion) » (ibid., p. 98). Ces diverses situations de modification des organisations du travail alimentent notre réflexion afin de comprendre les réalités qui ont traversé le bloc opératoire dans lequel nous sommes intervenues.

Raveyre et Ughetto (2003) précisent qu'à l'origine, l'ambition première des restructurations organisationnelles concerne toujours « la rationalisation » des services, qu'elle soit financière ou opérationnelle. Néanmoins, ces changements sont quasiment toujours le « révélateur », voire l'amplificateur, de tensions latentes dans les situations de travail » (ibid., p.98). Ce point est à mettre en lien avec l'absence « d'objectivation du travail » par les « différents acteurs de l'hôpital » (ibid., p.98). Les auteurs insistent sur le fait que « la question des pratiques effectives de travail semble demeurer pour une large part hors du champ de la réflexion et de la négociation » (ibid., p.99). En ce sens, les auteurs soulignent « les signes d'insuffisance » de l'organisation du travail, prise en tant qu'outil pratique et source de moyens pour exercer son activité concrète. Ils relèvent également que le monde hospitalier a fait l'objet de nombreux changements à travers les années sans qu'aucune « réponse organisationnelle » ne lui ait été apportée. Par ailleurs, ils constatent que les tensions révélées et amplifiées par les restructurations sont vraisemblablement régulées « dans la pratique, par les agents » eux-mêmes.

Ce texte date de 2003 et déjà, les auteurs mentionnent que les restructurations hospitalières ont considérablement modifié la nature et le contenu du travail hospitalier. De nouvelles tâches à effectuer qui conduisent à une augmentation de la charge de travail sont à observer, avec du personnel qui manque de plus en plus à l'appel et malgré cela, l'organisation du travail semble ne pas avoir été ajustée en conséquence, « créant ainsi une intensification des contraintes ressenties par les diverses catégories de personnel » (ibid., p.99).

Dans les transformations intrinsèques de l'activité des métiers hospitaliers, les auteurs (Raveyre et Ughetto, 2003) recensent les points suivants : un accroissement de la technicité des actes, une augmentation des actes administratifs, l'informatisation des services d'hospitalisation. Autant de tâches constituant une charge de travail importante, accompagnant une réduction de la durée d'hospitalisation des malades et donc une multiplication de la récurrence de ces tâches. Ces éléments donnent aux personnels paramédicaux l'impression de donner « une place plus marquée qu'auparavant à ce qui n'est généralement pas perçu comme le cœur de l'activité » (ibid., p. 100). Dans le registre administratif conjugué à celui de l'informatisation des procédures, le dossier du patient doit, désormais, être de plus en plus nourri avec la consigne écrite du moindre geste pour avoir une meilleure traçabilité du « parcours de soin » de ce dernier, mais également une meilleure maîtrise des coûts engendrés.

Par ailleurs, les critères d'hygiène ne cessent de s'améliorer impliquant également pour les agents de service hospitalier une augmentation des tâches qu'ils effectuent. Les « protocoles » se multiplient permettant de répondre à des normes ministérielles qui se redéfinissent sans cesse tout en générant des crédits financiers supplémentaires lorsque les hôpitaux s'y soumettent rigoureusement. Les auteurs relèvent que « la place acquise par ces protocoles est perçue, toutes catégories de personnels confondues, comme ayant considérablement déplacé la nature du travail et comme ayant assez durement sollicité ces personnels depuis plusieurs années du point de vue de la charge de travail. La lourdeur de l'activité qu'ils représentent conduit parfois les personnels à s'interroger sur leur utilité » (Raveyre et Ughetto, 2003, p. 101).

Pour le dire plus simplement, l'accroissement de la sécurisation des interventions médicales a conduit à un accroissement de la charge de travail, mais surtout à une transformation du contenu du travail réalisé. Les auteurs constatent que ces tâches sont souvent sous-évaluées par les personnels soignants et citent le cas du travail des infirmières qui assurent « l'articulation des différentes interventions » du patient ; pour cela elles se livrent à une communication importante entre les soignants et les services concernés. Étant donné que ces activités ne font pas partie du « cœur » du métier, les soignants ont tendance à ne pas prendre en compte le temps et l'énergie qu'ils y consacrent (Grosjean et Lacoste, 1999, cité par Raveyre et Ughetto, 2003, p.101). Ce point pourrait expliquer le sentiment d'accroissement de la charge de travail sans pour autant avoir d'utilité directe à l'acte de soin à proprement parler. En découle une « impression frustrante » de faire un travail auprès du malade qui se réduit progressivement, qui ne correspond plus à « la représentation du métier » que se font les professionnels et qui leur génère le sentiment « de ne plus avoir les moyens de pratiquer un travail de qualité » (ibid., p.102). Ces derniers disent « manquer de temps pour faire l'essentiel, ce qui devrait représenter le cœur du travail » (ibid., p.101). La dimension relationnelle au patient est ainsi idéalisée et considérée comme « constitutive du cœur du métier de soignant » (ibid., p.101) par opposition aux dimensions techniques et administratives. On peut voir le danger que représente une telle idéalisation quand le patient, ou la famille du patient, se transforme, dans la relation hospitalière, en source d'agression de toute nature. L'idéal tombe alors brutalement, faisant s'effondrer ce qui portait le soignant dans son activité de travail, le laissant en prise avec le désarroi des tâches techniques et administratives, considérées comme secondaires.

Concernant les dimensions relationnelles avec les patients, les auteurs ajoutent qu'elles sont « appréhendées de manière relativement ambivalente » (ibid., p.102) puisqu'elles sont décrites comme un « facteur d'évolution du travail et de renforcement des contraintes éprouvées » (ibid., p.102). En effet, les malades et leurs accompagnants sont décrits comme ayant une exigence qui augmente sans cesse. Par ailleurs, ils sollicitent plus régulièrement l'ensemble des divers

professionnels hospitaliers. Leur gestion est traduite comme augmentant la charge de travail de tous les hospitaliers qu'ils rencontrent durant le temps de leur prise en charge. Le temps qui leur est consacré réduit d'autant celui qui sera accordé aux tâches quotidiennes qui ne pourront s'effectuer qu'en surplus. En conséquence, les personnels décrivent ne plus pouvoir faire face à la charge de travail à effectuer. Parallèlement à une réduction, bien constatée par les personnels, de la charge physique relative au travail de prise en charge du patient, la charge mentale, elle, n'a fait que s'accroître. « L'extrême sensibilité de ces professions aux tensions, ressenties de plus en plus vivement, générée aussi bien par les protocoles que les interruptions de tâches accomplies » (ibid., p.103) fait partie d'une part de l'accroissement de la charge mentale ainsi que du sentiment de ne pas pouvoir faire un travail qualitatif.

Cependant, comme le signalent les auteurs (Raveyre et Ughetto, 2003), l'organisation du travail ne semble pas « en avoir pris acte ». En effet, cette dernière ne paraît pas avoir été « repensée formellement pour en tenir compte » (ibid., p.104). Les conditions de travail sont donc vécues comme dégradées et une des raisons évoquées porte sur la disparition progressive des règles informelles ne pouvant plus soutenir l'organisation et la régulation des divers acteurs. Les personnels de soins évoquent la disparition « de ce qui régulaît les interactions entre ces personnes aux statuts très divers que fait se rencontrer l'hôpital et ce qui, *a posteriori*, se révélait avoir un effet protecteur quant aux conditions d'exercice du travail » (ibid., p. 104). Ce point se cumule à ceux évoqués précédemment qui imposent aux personnels une augmentation de leur attention et de leur engagement subjectif. Par ailleurs, l'accroissement des protocoles contribue à créer une désorganisation du travail de chacun par l'accumulation de contraintes et d'excès de paramètres qu'ils imposent. L'organisation du travail n'est plus en mesure de réguler l'activité de travail, ce qui met en exergue, d'après Raveyre et Ughetto (2003), ses vertus protectrices lorsque les personnels sont exposés à une charge de travail croissante et une inflation des tensions. Les auteurs s'étonnent que les évolutions de l'hôpital n'aient pas été accompagnées d'une réflexion solide et opérationnelle sur le travail concret. Les personnels de terrain se trouvent bousculés par un ensemble de changements auxquels ils n'arrivent pas à répondre et pour lesquels aucune ressource ne sera disponible dans l'organisation actuelle du travail. Raveyre et Ughetto (2003) présentent les résultats d'une analyse conjuguant « le malaise hospitalier » et « la difficulté à penser l'organisation du travail à l'hôpital » (ibid., p.105). Cette analyse met en lumière que « les réponses organisationnelles à cette évolution de l'hôpital ne sont pas clairement pensées » (ibid., p.105). Il en résulte que ce sont les personnels de soins qui prennent en charge l'exécution de « la rigueur hospitalière » dictée par « les impératifs médicaux » sans en avoir conscience et surtout sans connaissances ni outils de gestion qui pourraient leur être utiles pour le faire de manière plus « économique » pour leur santé psychique. Raveyre et Ughetto (2003) précisent que les médecins auraient probablement du mal à voir remettre en question les manières d'organiser le travail médical puisque cela sous-entendrait de revoir les impératifs médicaux qui prévalent dans la manière dont les étapes sont organisées. De plus, introduire des « techniques managériales », tel que cela peut éventuellement déjà être le cas dans certains hôpitaux, est souvent réalisé sans prise en compte spécifique des caractéristiques du terrain hospitalier et s'avère donc plus préjudiciable qu'utile. Organiser le travail autour de la prise en charge du patient et du fait de minimiser tous les risques le concernant a un sens. Cependant, c'est en raison de ce « sens » évident que les formes d'organisation du travail ne sont pas discutées, ni remises en question, pour essayer d'optimiser la capacité de cet environnement à répondre à des objectifs toujours grandissants. Raveyre et Ughetto (2003) posent le constat que c'est en raison de ce contexte que les personnels paramédicaux doivent prendre en charge l'exécution de tâches aux contenus contradictoires comme le fait de travailler rapidement sans dégrader la qualité des soins ou de prendre en charge chaque patient dans sa singularité, et donc avec le temps qu'il faut pour le faire, tout en

répondant aux imprévus qui viennent bouleverser le déroulement du travail en cours. Ces contraintes aux allures « paradoxales » sont les raisons principales qui expliquent la surcharge de travail et qui mettent les personnels en situation de tension dès qu'elles se manifestent (Raveyre et Ughetto, 2003). Les auteurs observent que des tentatives de coordination pour optimiser le fonctionnement sont tentées dans quelques endroits, mais dès que les situations rencontrées se révèlent « dysfonctionnelles » ou que l'urgence s'installe, le mode de fonctionnement précédent réapparaît comme un mauvais pli pris en guise de réflexe. Les auteurs (Raveyre et Ughetto, 2003) ajoutent que c'est dans ce cadre précis qu'apparaît, ce qui est à notre sens l'injonction paradoxale la plus forte, qui touche le bloc opératoire dans lequel nous sommes intervenus, celle qui consiste à demander aux personnels une spécialisation toujours plus grande conjugée à une polyvalence totale, deux objectifs qui se cannibalisent intégralement comme nous le verrons dans les matériaux cliniques recueillis sur le terrain d'intervention. Raveyre et Ughetto (2003) précisent que « ce n'est pas tant le fait de devoir accroître sa compétence technique et sa spécialisation qui paraît remise en cause que le sentiment de désorganisation et d'instabilité ou d'incertitude que représente la polyvalence : difficulté à planifier ses tâches de la journée, désorganisation du collectif de travail dans lequel on s'insère à titre principal, etc. » (ibid., p.107). Soulevons, en suivant Raveyre et Ughetto (2003), que cette situation provoque l'absence des repères dont les professionnels ont besoin pour organiser leur travail effectif et créer un schisme entre le travail tel qu'il est vécu et l'idée que ces personnels s'en sont fait durant leurs années de formation véhiculant « le caractère rassurant d'un milieu très organisé par des règles professionnelles intangibles » (ibid., p.107). Ce point est probablement celui qui altère le plus la façon dont les infirmières, qui minimisent la présence des tâches de coordination qui leur incombent, vivent le métier qui ne correspond pas à ce qu'elles pensaient trouver sur le terrain. Précisons également que les auteurs font le constat que le personnel d'encadrement est lui-même en surtension et la plupart du temps débordé. C'est pour cela que la gestion concrète revient directement aux agents par voie de conséquence et que les problèmes rencontrés se résolvent de façon « informelle » (Raveyre et Ughetto, 2003, p.111). Les auteurs remarquent que souvent, les agents qui décrivent et expriment une intensification de leur travail n'arrivent pas à en déterminer précisément l'origine. « Avec le stress et l'insatisfaction personnelle, c'est la pénibilité mentale qui se trouve accrue » (ibid., p.115). Ce sont bien les tensions psychiques qui sont plus élevées. En effet, les tâches de coordination étant, pour la plupart, rendues invisibles aux yeux extérieurs, elles génèrent aux personnels qui les effectuent « culpabilité et fatigue plus grande » (ibid., p.115). De plus, les doutes que rencontrent ces personnels en situation de coordination ne peuvent pas être discutés avec leur hiérarchie et lorsque les infirmières se heurtent à des « conflits d'objectifs », elles traversent ce que les auteurs nomment « des drames intérieurs » reflétant l'intériorisation du conflit qui les consume alors. Raveyre et Ughetto (2003) résument leur constat de la manière suivante : « au-delà de l'augmentation de la charge de travail, c'est donc un sentiment d'insatisfaction professionnelle qui prime, pour les personnels qui se trouvent en porte-à-faux entre leurs pratiques et la représentation qu'ils ont de leur mission, tensions psychiques qui contribuent à accroître la pénibilité mentale du travail » (ibid., p. 115). Pour les auteurs, lorsque les personnels accusent explicitement la polyvalence et le manque de personnels, ils seraient, en réalité, en recherche d'aide concernant l'accroissement de cette pénibilité mentale liée aux activités de coordination effectuées dans des conditions obscures et délétères. Il semblerait qu'effectivement, ces sujets ne soient pas pris en compte ni considérés, par les instances chargées de concevoir le travail dans sa globalité, laissant les agents en prise avec des dimensions informelles de l'activité positionnés dans des perspectives dangereuses.

9.2. La profession de chirurgien - la violence omniprésente tout au long de la vie professionnelle

Les éléments que nous avons rapatriés de notre terrain d'intervention mettent en scène des manifestations de violence de la part des chirurgiens à l'égard du personnel paramédical et plus particulièrement des infirmières de bloc, public professionnel sur lequel nous avons arrêté notre angle de vue. Zolesio (2012-A) relève que « le bloc opératoire est un espace où s'expriment les modalités d'interaction les plus "brutes" en chirurgie : c'est généralement là que le sexisme et le machisme se manifestent le plus impunément ; [...] c'est encore là que les colères des opérateurs et les conflits interpersonnels sont les plus vifs. [...] Le bloc est un formidable condensateur des modalités les plus brutes de la domination chirurgicale » (ibid., p.386). Par ailleurs, pour Caillol (2009 ; 2014) les actes de soin ont inévitablement une « part de violence », mais la chirurgie est doublement violente en tant qu'elle est « agressive », car physiquement douloureuse et « toujours dangereuse » (Caillol, 2014, p.202) par les risques qu'elle fait encourir à ses patients.

Pour comprendre la nature et les enjeux de cette violence ressentie, il nous a semblé fondamental de nous livrer à une étude approfondie du métier de chirurgien à travers des écrits sociologiques, ethnographiques, psychologiques et ceux des chirurgiens eux-mêmes. Ils nous permettront de brasser à spectre large ce métier partant des éléments qui en composent son « genre professionnel » (Clot, 2008) à la manière dont s'effectue l'apprentissage du métier.

9.2.1. Une formation dans une violence passive

Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des Professions de Santé (ONDPS) (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007) s'est penché sur l'étude des conditions de l'apprentissage et de la transmission des gestes professionnels dont bénéficient les internes en chirurgie, dans un service de chirurgie cardio-vasculaire. La précision de la spécialité chirurgicale est importante, car il nous a été mentionné par les IBO/IBODE du bloc opératoire dans lequel nous avons réalisé notre intervention de terrain que cette spécialité chirurgicale est connue pour être très précise sur les gestes à déployer et surtout qu'elle est rarement serties d'imprévus. Les temps opératoires, les instruments dont on se sert, les gestes chirurgicaux que l'on y pratique sont toujours les mêmes. Ces caractéristiques peuvent contribuer à y rendre l'apprentissage du métier plus facile contrairement à d'autres spécialités chirurgicales, comme la chirurgie viscérale, plus connue pour la quantité de situations imprévues que l'on y rencontre.

La chirurgie est un métier qui s'acquiert sur le terrain et plus particulièrement en situation de pratique. Tomas, Kostulski & Meritan (2007) le posent comme un postulat de départ, « il n'y a pas de chirurgie sans instrument, pas plus qu'il n'y a d'opérations réussies sans expertise manuelle » (ibid., p.38). L'apprentissage des gestes se fait sous l'égide d'un compagnonnage entre professionnels expérimentés et professionnels débutants. C'est de cette manière que se transmettent les gestes à pratiquer sur les patients. De plus, l'apprentissage des gestes opératoires s'accompagne de celui des pratiques des différents chirurgiens présents sur le terrain, mais également de celles des autres métiers (perfusionnistes en charge de la circulation extracorporelle, anesthésistes, infirmières de bloc, instrumentiste ou circulante). Autant d'information que l'interne devra, pour une part, acquérir par sa présence assidue et son implication sans limite sur le terrain opératoire, et d'autre part, obtenir des chirurgiens plus expérimentés qui encadreront successivement son apprentissage. Pour obtenir l'implication des chirurgiens seniors, les internes devront se plier, à une corvéabilité absolue sans quoi, les

encadrants ne considéreront pas que l'étudiant est digne de la discipline pratiquée. Sur la pratique chirurgicale, tout d'abord, le geste à effectuer par l'interne devra l'être tel qu'il lui est décrit et dicté, sans réfléchir. Les chirurgiens séniors attendent de l'interne qu'il exécute le mouvement demandé « à la lettre » quitte à lui prendre la main pour lui montrer comment le réaliser. Ce point conduit les chercheurs à se demander si le geste enseigné de la sorte est enseigné « à la main de l'interne ou à l'interne ? » (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007, p.44), mais également si l'apprentissage de « l'objectivation de l'objet (c'est-à-dire l'objet opéré, à savoir le cœur) » passe nécessairement « par une dé-subjectivation de l'interne » (ibid.).

De leur côté, les internes doivent adopter une conduite qui s'ajuste et tolère ce mode d'apprentissage. Tomas, Kostulski & Meritan (2007) statuent que les internes doivent accepter « de se laisser “manipuler” pour apprendre. Ils supportent que leur main soit écartée par le chirurgien responsable de l'intervention » (ibid., p.44). Les auteurs en déduisent que « la transmission des gestes professionnels semble être associée à cette disposition : s'engager à supporter d'être un étai, c'est-à-dire un “soldat de plomb” qu'on place ou déplace en fonction de la configuration de l'opération. Plus encore, parfois, pour faire des gestes qu'ils désapprouvent » (ibid., p.45). Il en résulte que l'activité dans laquelle se retrouvent les internes s'apparente très nettement à une activité empêchée. Pour le dire avec les mots de Tomas, Kostulski & Meritan (2007) « ne pas pouvoir faire, ne pas pouvoir aider à la mesure de ses compétences et de ses moyens difficilement acquis, faire pour signifier le désaccord tacite avec la manière canonique de faire et attendre le geste de sanction du séniors » (ibid., p.45).

Précisons, cependant, que la transmission par compagnonnage se fait sans aucune discussion autour de la manière de pratiquer les gestes opératoires. Les internes doivent adopter ces gestes dans une soumission “religieuse” aux ordres dictés au prétexte que les chirurgiens qui leur enseignent ces gestes les ont acquis de cette même manière et qu'elle correspondrait au mode d'apprentissage de ce genre professionnel (Clot, 2000). Nous pouvons donc souligner que l'apprentissage des internes se fait par la découverte de ce qu'ils n'ont pas le droit de faire, par la connaissance des interdits, par la rencontre des actions empêchées (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007). Ce travail “du négatif” (Green, 1993/2011) s'avère constituer “des normes structurantes pour apprendre le métier de chirurgien” (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007, p.65). Les auteurs insistent sur ce point distinctif du métier, “les interdits fonctionnent comme l'une des conditions de l'apprentissage : apprendre dans ce service, c'est, en forçant le trait, renoncer à discuter des manières de faire, c'est aussi abandonner des gestes professionnels acquis ailleurs. La pratique de la chirurgie, et pour le dire à la manière de les des internes : ‘c'est sous-cortical, c'est bulbaire’” (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007, p.65).

Si l'interne ne se plie pas à ces règles, la confiance que les chirurgiens séniors devraient avoir envers lui sera compromise et leur investissement pour lui transmettre les gestes de métiers sera lui aussi réduit voire deviendra inexistant. Il ne restera plus qu'à l'interne de “voler le métier” comme le décrivent Tomas, Kostulski & Meritan (2007) ce qui lui sera très difficile à faire. Être interne en chirurgie est donc un “rôle” et s'y conformer implique de “savoir mettre de côté dans sa pratique tout au moins, pendant le temps de l'intervention lorsqu'il est guidé par un chirurgien, ce qu'il a appris ailleurs, dans d'autres services, et ce qu'il a appris avec les autres chirurgiens du service. L'obéissance que demande le chirurgien est une condition immédiate, en situation, pour la transmission en cours d'intervention” (ibid., p.59). La notion incontournable de confiance, condition *sine qua non* de la transmission, devient véritablement une “fonction” pour les auteurs (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007). Ils émettent l'hypothèse que la confiance serait une “instrumentalisation psychologique de la structure hiérarchique du service” (ibid., p.61) qui permettrait, étant donné l'absence de controverse et de discussion entre

pairs sur les manières de faire les gestes, de même que l'absence de prescription rigoureuse autour de la tâche à effectuer, à "structurer vigoureusement un cadre permettant l'activité de chacun, c'est-à-dire d'un côté la transmission et de l'autre l'apprentissage, tout en s'appuyant sur un acquis historique et culturel : la forte hiérarchisation du service de chirurgie" (ibid., p.61).

9.2.2. Un positionnement de supériorité absolue

Zolesio (2012-A) explique que pour être chirurgien dans le cursus des études médicales, il faut d'abord avoir été "bien classé" pour choisir sa spécialité chirurgicale, puis deux autres concours vont clôturer la phase de formation universitaire. Ces étapes semblent véhiculer aux candidats la sensation de "faire partie d'une élite" (Bourdieu, 1989, cité par Zolesio, 2012-A, p. 381). De plus, cette perception va se renforcer par la position dans la sphère hospitalière dans laquelle les chirurgiens "commandent", d'abord les équipes paramédicales puis, au fil de leur progression hiérarchique (interne, assistant, chef de clinique, praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier, professeur, chef de service, chef de pôle), ils vont commander d'autres chirurgiens. De surcroît, cette profession bénéficie d'un fort prestige social, et même médiatique lorsqu'ils sont sous les projecteurs en fonction de leur performance (nouvelle technique, prouesse n'ayant jamais été réalisée, démarche caritative). Zolesio (ibid.) identifie que ce sont ces éléments qui constituent un "développement des dispositions à l'assurance et au leadership" (ibid., p.381).

Ainsi, un chirurgien praticien hospitalier interrogé par Zolesio (2012-A) arbore les attributs d'une évidente supériorité à l'égard de ses collaborateurs (infirmières, anesthésistes) et rapporte qu'il n'hésite jamais à dire à un anesthésiste "qu'il est con" ou que les patients ne viennent dans ce service "que pour les chirurgiens" et certainement pas pour les anesthésistes (en témoigne le fait que le sigle "service de chirurgie" soit indiqué sur la porte ! [Ibid.]). Il se dit "en haut de la pyramide" ce qui illustre bien un autre trait de caractère, estimé "agaçant" pour les autres, qui est dépeint comme la propension à se prendre pour "un cow-boy", de faire la démonstration d'une attitude "assurée" et "conquérante", ce qui leur vaudra les qualificatifs d'"orgueilleux" ou de "mégalos" par leurs nombreux détracteurs (ibid.). Zolesio (2012-A) constate de la part des chirurgiens sur le terrain "une grande directivité", "des attitudes condescendantes et méprisantes", "un excès d'assurance" ainsi qu'"un goût pour le pouvoir" (ibid.). Nous avons, nous aussi, pu voir les mêmes travers chez de nombreux chirurgiens, pas chez tous, bien sûr, mais dans une large majorité, ce qui nous renseigne sur ce que Zolesio (2012-A) qualifiera souvent d'"attirail comportemental" du chirurgien.

Leur "mépris" n'épargne pas les infirmières comme en atteste un témoignage rapporté par Zolesio (2012-A) dans lequel un chirurgien explique qu'il enseigne à ses internes de ne pas tenir compte des choses que les infirmières vont leur dire en salle (ou leur reprocher), car ce ne sont que des infirmières et qu'elles le seront pour l'ensemble de leur vie professionnelle. Il ajoute : "c'est ça qui est con dans leur métier" (ibid., p.381). Lorsqu'il décrit la conduite à avoir avec elles, il dit : "tu lui dis c'qu'il faut faire. Et tu lui dis que... qu'elle a fait une faute d'asepsie, qu'la salle est sale, qu'le malade est mal installé, que l'fil est trop long, trop court, qu'le porte-aiguille est pas bon, que la pince c'est pas la bonne. Euh... tu la casses psychologiquement" [...] Pour ça qu'on... qu'on les prend un peu pour des connes. Enfin... c'est salaud d'dire ça, mais... j'suis sûr qu'y a un peu d'vrai quand même » (ibid., p.381). Ce

même chirurgien demandera ironiquement à une « surveillante⁹ » si les infirmières sont recrutées « au QI » en référence à une infirmière de bloc qui avait posé une question qu'il estimait peu judicieuse. Souvent, les infirmières sont déstabilisées par ces attitudes hostiles et celles, en début de carrière, se demandent ce qu'elles ont fait « de mal ? ». D'autres, ayant plus d'expérience, deviennent à leur tour agressives tout en essayant, néanmoins, de rester dans le domaine de « l'acceptable », respectant par-là les nivellements « hiérarchiques ». Comme le dit Zolesio (2012-A), ces attitudes sont souvent « minimisées » par les infirmières, telles que nous le verrons dans les propos des infirmières que nous avons recueillies sur notre terrain, au titre que le métier des chirurgiens est dur et stressant. Zolesio (2012-A) considère que cet argument permet de légitimer ces conduites et de les pérenniser. Ce témoignage a le mérite de décrire avec beaucoup de transparence un comportement dont nous avons souvent été témoins en salle d'opération, tout en ayant toujours été pondéré, voire nié, lorsque nous abordions le sujet avec les chirurgiens qui agissaient de la sorte. Nous pouvons y voir une description précise d'une dynamique d'agression répétitive à l'égard des infirmières, voire d'attaque, dont il nous faudra qualifier la fonction plus tardivement, une fois que nous aurons les concepts nous permettant de le faire. Pour Caillol (2014), la supériorité des chirurgiens proviendrait du rapport « très particulier » qu'ils entretiendraient avec le sang du malade. Il pose l'idée que le sang a toujours été un « symbole de violence » de même que de « puissance ». Il pointe également que de tout temps, l'ouverture du corps humain, par l'implication du sang qui, de fait, va « s'écouler », a toujours eu lieu avec un « rituel » qui confère à cet acte « un caractère sacré ». Le sang impose un interdit qui, dans l'histoire de nos civilisations, a perduré jusqu'à l'époque de la Renaissance. Il faut s'en tenir éloigné, car il est « impur » et, comme nous l'avons vu dans la première partie, ce sont les moins érudits (barbiers, bouchers ou bourreaux) qui peuvent y toucher. Le pouvoir dont hérite alors le chirurgien, lorsqu'il sera devenu le seul habilité à le faire « couler », sera un pouvoir « quasi religieux » (Caillol, 2014, p. 206). À la manière du sacrifice, le chirurgien opérant un patient, donnera lieu à la réalisation d'un acte de transgression autorisée et sera donc considéré comme « maudit » tout comme « sacré » (ibid.). Boch (2009) souligne qu'au-delà de la dimension sacrée, la nature du risque encouru est vectrice de prestige. Elle établit le paradigme que pour les chirurgiens : « sans risque, pas de prestige et sans prestige, pas de chirurgien » (ibid., p.47) ce qui crée un tandem qui va s'entretenir notamment par le résultat qu'il permet d'obtenir.

9.2.3. Le « mauvais caractère » des chirurgiens

Peneff (1997) relate que dans une étude qu'il a effectuée en 1992 dans un service d'urgence, il avait de nombreuses fois entendu les médecins du service qualifier les chirurgiens de manière peu flatteuse. Décrit comme vivant en « univers clos », les chirurgiens sont qualifiés de personnes « autoritaires », aux mauvaises humeurs régulières, imbues de leurs personnes et souvent en conflit avec les autres spécialistes (Peneff, 1997, p. 271). Il mentionne les écarts à la norme qui font « légende » dans la profession : « violence verbale, jets d'instruments ou de gants, excès qu'accompagnent la courtoisie sincère ou narquoise manifestée quelques instants après la crise ou bien qui précèdent la sortie en grand seigneur du chirurgien » (ibid., p. 289). Dans son texte, Peneff (1997) fait état du fait que la salle d'opération est le lieu de nombreuses tensions qu'il met en lien avec l'activité qui s'y déroule. Pour l'auteur, « la nervosité » est directement imputable à « l'enjeu, les décisions à prendre rapidement, leurs applications mal expliquées, la clôture du lieu de travail, la cohabitation quotidienne » (ibid., p. 287). Ceci explique que « les occasions de mésentente » soient fréquentes. Parfois, un chirurgien doit

^{9 9} Ancienne appellation donnée aux cadres qui supervisent les infirmières

requérir l'assistance d'un confrère à l'extérieur de l'hôpital pour éviter d'avoir à travailler avec un collègue avec lequel il ne s'entend pas. Cela est souvent le cas lorsque les opérations à effectuer sont « délicates », ce qui met en exergue les tensions présentes au sein des équipes « figées » dans un même hôpital. Molinier (2012) considère plutôt que les chirurgiens « calment leur excitation ou leur tension nerveuse en “se défoulant” sur leurs équipes, notamment lorsqu'ils commencent à être fatigués » (Molinier, 2012, p.103), ce qui sous-tend l'idée d'une corrélation entre fatigue nerveuse, tension nerveuse et expression de la colère qui permettrait de décharger des tensions encombrantes pour la réalisation de l'activité nécessitant une précision et une tenue du geste, voire la soutenir. Concernant les infirmières, lorsque Zolesio (2013-A) demande à un chirurgien s'il lui arrive de « gueuler » contre des infirmières, ce dernier répond : « rarement. C'est-à-dire que j'ai des colères... il m'est arrivé de piquer des colères. Ou alors... ce que j'essaye c'est de les... C'est pas du piège affectif, mais c'est vraiment de leur dire “je suis déçu quoi !”. Et elles le voient quoi. [...] Je mets un froid [...] Il m'est arrivé de leur dire “tu vois, c'est pas bien” devant le patient [...] je leur fais “c'est quoi ce pansement ?” [...] quand c'est pas fait comme je voulais » (ibid., p. 6). Le mode de fonctionnement adopté par les chirurgiens, apparenté au compagnonnage lorsqu'il concerne les chirurgiens juniors, s'applique également à toutes les personnes faisant partie du service de chirurgie concerné dès lors qu'elles participent aux activités couvertes par le chirurgien sénior. À la différence près que les chirurgiens juniors bénéficient également des dimensions positives accolées à ce « compagnonnage » alors que les infirmières n'écopent que de la partie rudoyante. Zolesio qualifie la nature de ces interactions en « rapport de domination » (ibid.). Ces attitudes d'humiliation, souvent adressée devant « un public », font œuvre d'affirmation « du pouvoir du dominant » auprès de tous. De la même manière, l'auteure affirme qu'il en est de même pour les entrées et sorties de salle des chirurgiens, bien connues pour être « jouées » de manière théâtrale. Elles seraient l'objet de l'affirmation d'une position de « chef d'orchestre » pour toutes les personnes présentes, témoin de la « suprématie de la position professionnelle et sociale » de ces derniers (ibid.). L'attitude des chirurgiens envers les femmes, qu'elles soient internes ou d'autres catégories professionnelles, est également l'occasion pour eux d'affirmer cette position de « domination ».

9.2.4. Un apprentissage « à la dure »

Nous avons commencé à poser quelques données sur le contexte d'apprentissage du métier de chirurgien (ONDPS, Tomas, Kostulski & Meritan, 2007). Zolesio (2013-A) s'est également penchée sur les modes d'apprentissage des internes en chirurgie et a mis en évidence que cette profession était réputée pour son enseignement « à la dure ». Elle qualifie cette « école » de « rigueur et perfectibilité » dans laquelle l'« apprentissage de la hiérarchie [la] soumission aux règles arbitraires » (ibid., p. 2) font partie des règles fondamentales à adopter. L'auteure décrit la rigueur et l'exigence du service de chirurgie dans lequel elle a effectué un stage d'observation et rapporte y avoir entendu des internes eux-mêmes, qu'ils y apprenaient « par claques ». Les journées commencent à sept heures et finissent à vingt et une heures sans compter les gardes et les astreintes, tout comme dans l'hôpital dans lequel nous avons effectué notre recherche-intervention. Zolesio (2013-A) note que la présence des femmes y était rare et qu'elles faisaient l'objet de plaisanterie grivoise (Zolesio, 2012) dont la fonction est d'« humilier les apprenants » de même qu'une autre fonction, non négligeable, qui est celle d'éliminer « les candidates non désirables » (ibid.). L'apprentissage du métier se fait par la répétition des gestes chirurgicaux de sorte que ces gestes puissent « faire corps » et être incorporés pour devenir instinctifs et non réfléchis. Zolesio (2013-A) cite le modèle théorique de l'incorporation de Bourdieu (1980, cité par Zolesio, 2013-A, p. 3) lorsque de notre côté, nous serions tentées de mobiliser celui de la

corpsappropriation (Henry, 1987, cité dans Dejours, 2017) dans lequel le corps devient autonome dans la maîtrise du savoir professionnel. Toujours est-il que les internes savent que c'est en répétant les gestes qu'ils deviendront meilleurs, par conséquent, ils sont souvent présents dans les salles de blocs en vue de pouvoir opérer dès que possible. Cette situation peut provoquer une compétition ardue entre les internes. Zolesio (2013-A) mentionne que lors de ces apprentissages qui se font sous le regard des chirurgiens expérimentés, ces derniers se livrent à de nombreuses remarques pour guider l'apprentissage. Ces réflexions, au contenu souvent brutal, s'assèment sans ménagement (exemple : « c'est quoi ce nœud de tapette ? » [ibid., p.3]). La nature de cette pression répétitive conduit à produire, selon les chirurgiens, de la perfectibilité et de la rigueur. Cette recherche de perfection, quasi obsessionnelle, est qualifiée de « paranoïaque » par Cassel (1987). Zolesio écrit : « 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 failles » (ibid., p. 4). Les chirurgiens séniors, interrogés par Zolesio, disent, eux-mêmes, qu'ils tiennent cette façon de faire des chefs de service avec lesquels ils ont appris qui les « tyrannisaient » et qui les « critiquaient devant tout le monde » (ibid.). Cette forme, ce fond et cette recherche d'objectif semblent être totalement intriqués les uns aux autres. L'auteure note que cette façon de faire se manifeste au fil de l'avancée dans la hiérarchie des chirurgiens. Il y aurait donc une reproduction des « modalités brutes et brutales, explicites et non négociables de leur propre formation » (ibid., p.4) une sorte de revanche prise sur ce que les « anciens » ont eux-mêmes enduré durant leur parcours de formation. Zolesio relève que cette exigence de rigueur prend également source dans les « enjeux vitaux » de leur activité ainsi que dans « la responsabilité » dont ils se sentent investis par cette même activité. Dans ce métier, le « droit à l'erreur » n'est pas autorisé, et l'auteur mentionne que les chirurgiens parlent de leur « cimetière personnel » lorsqu'ils « cassent un malade » (ibid.). Certains datent le début de cette attitude « à la dure », avec les jeunes qu'ils encadrent, au premier « incident » qu'ils ont rencontré eux-mêmes, dans leur propre parcours, dimension qui s'avère donc très importante pour comprendre la « rectitude » des indications et des gestes techniques (ibid.) qualifiée de « maniaquerie » ou de « psychorigidité » par les personnes les entourant. Il semblerait que les « patrons tyranniques » soient le propre des services de chirurgie (Zolesio, 2013-A). Pour se faire recruter d'un « patron » de cette nature, il faut avoir un « tempérament chirurgical » c'est-à-dire une capacité à avoir « moins peur » de ces formations « à la dure ». Du reste, les internes ayant choisi les chefs de service connus pour leurs colères et autres abus de pouvoir, sont ceux ayant eux-mêmes un caractère bien trempé. Il faut au moins cela pour être capable d'endurer au long cours « grandes et petites humiliations » (ibid. p.5). Les internes qui n'arrivent pas à se fondre pas dans cet état de « soumission masochiste » rapportent mal vivre ces formes d'interaction et considèrent qu'ils font l'objet de « harcèlement » ou « d'acharnement » alors que pour les auteurs de ces propos, tous les internes sont logés à la même enseigne (Zolesio, 2009) et cette rigueur est également celle que s'imposent ces mêmes chirurgiens séniors. Zolesio (2013-A) rapporte qu'un anesthésiste aurait dit « ça, c'est leur tempérament ! » (ibid., p. 6). Les humiliations se manifestent souvent par « des petites phrases qui tuent » comme celle que lance un professeur de chirurgie regardant les points de suture effectués par un chef de clinique. « C'est pas gagné ! » dit-il en regardant l'infirmière instrumentiste. Le chirurgien concerné par la remarque dit qu'il pensait que cette phrase n'était pas censée avoir été prononcée à voix haute. Il fait donc semblant de ne rien avoir entendu. Nous avons souvent vu cette attitude lors de nos observations, celle qui consiste à n'obtenir comme réaction à des phrases désagréables aucune réponse de la part des destinataires. Zolesio (2013-A) affirme que ces phrases désagréables font partie intégrante de l'apprentissage classique en chirurgie. Chaque palier d'apprentissage fait l'objet de nouvelle forme de « claques » et un interne témoigne, dans le texte de Zolesio (2013-A), du fait que ce soit dur pour eux tout au long d'un parcours parsemé de

doute et de remise en question. L'auteure caractérise ce phénomène de « dressage » et note qu'il vient régulièrement « bousculer » aussi bien les compétences professionnelles acquises que « les assises de la vocation » (ibid., p.7).

Un autre point essentiel est mis en évidence par l'auteure, celui du poids très fort de la hiérarchie qui doit être « incorporée », c'est-à-dire admise de ceux qui travaillent dans un service. Le chef de service, appelé « le patron » est connu pour « avoir toujours raison » et, dans les services hospitaliers, l'organigramme est « pyramidal » ce qui détermine un ordre des choses en dépit de sa légitimité. Les grades des uns et des autres entrent toujours en ligne de compte dans les discussions entourant la prise de décision. Peneff (1997) fait, sur ce point, état d'un rapport « figé » au sein de la hiérarchie chirurgicale que les jeunes internes de cette époque n'apprécient guère. L'auteur parle du « rapport enchanté du disciple vis-à-vis du maître » (ibid., p.288) dans lequel les internes ne se retrouvent pas. Il émet l'hypothèse d'une crise de vocation qui pourrait provenir de cette forte distinction générationnelle.

9.2.5. La répression des corps

Nous avons souvent vu que les personnels travaillant en bloc opératoire (nous ne parlerons que des infirmières de bloc et des chirurgiens) devaient faire abstraction des dimensions fonctionnelles de leurs corps. Quand on opère, côté chirurgie, ou que l'on instrumente un chirurgien, côté infirmière, pas question de mettre « en pause » l'action qui se déroule pour aller boire ou se rendre aux toilettes. Les infirmières avec lesquelles nous avons échangé nous disaient fréquemment : « soit on boit, soit on pisse et comme souvent on ne peut pas sortir de salles, on ne fait ni l'un ni l'autre ». Zolesio (2012-A) décrit la même forme de répression des corps pour les chirurgiens, mais elle est, au contraire, érigée comme une forme d'endurance bien pratique pour effectuer ce métier, et surtout, elle est le signe qu'on a des « atouts » compatibles avec les exigences de la profession. Cassell (2000) rapporte que les chirurgiens considèrent leur métier comme « un sport de contact ». Elle précise que cela exprime aussi bien la dimension « agressive » et « intrépide » du métier que le fait qu'il soit « très physique », « vécu corporellement » ou « incorporé de façon particulière » (ibid., p. 53). Caillol (2014) explique que « tarauder une corticale très dense, comme tendre avec force un greffon tendineux afin qu'il se bloque dans un tunnel osseux, ne correspond jamais à un geste très tendre » (ibid., p. 203). Le métier est donc inévitablement physique, quelle que soit, d'ailleurs, la spécialité médicale concernée. D'autres chirurgiens expriment que leur corps est un outil et que leurs mains travaillent de manière quasiment autonome (Caillol, 2009 ; Mimoun, 1996). Peut-être que ces dimensions expliquent que le corps, en situation de chirurgie, devient autre chose que ce qu'il est dans la vie de tous les jours de « l'homme » chirurgien ou de « la femme » infirmière, et qu'il doit être mis tout entier au service de l'activité qu'il effectue quitte à inactiver ses fonctions vitales qui sont entravantes pour le bon déroulé de la mission. Décrit comme une « passion » ce métier, dans lequel l'investissement est total, impose des contraintes et parmi elles, dormir peu, ne pas avoir de douleur liée aux menstruations, tenir debout longtemps sans fatiguer, ne pas avoir besoin de manger ni d'aller aux toilettes. Ces caractéristiques physiologiques sont autant des atouts que les signes d'un « tempérament endurant » signant votre compatibilité avec le métier (ibid., p.382). Ces caractéristiques font l'objet de « mises à l'épreuve » qui seront infligées aux nouvelles recrues par les chirurgiens les encadrant pour évaluer qui peut « en être » et qui « n'a pas les compétences pour ». Il en est de même pour les infirmières de bloc surtout lorsqu'elles instrumentent les chirurgiens. Nous avons vu une cadre « oublier » systématiquement de remplacer les infirmières qui instrumentaient pour les pauses déjeuner au titre qu'elle-même ne faisait pas de pause déjeuner lorsqu'elle était encore

infirmière. Il a fallu que sa chef lui demande de le faire, à de nombreuses reprises, pour qu'elle s'y plie. Cela la mettait tellement en désaccord avec sa vision du métier qu'elle parvenait malgré tout à faire culpabiliser les infirmières qui acceptaient de prendre leur pause. Lorsque certaines refusaient finalement d'y aller, elle allait les féliciter avec insistance en fin d'opération.

Nous pouvons voir que l'établissement des capacités à effectuer le métier, que ce soit pour les infirmières comme pour les chirurgiens sont grandement, mais pas uniquement, constituées par des aptitudes physiques que nous qualifierons de « répressives » au regard des besoins vitaux du corps. Nous avons fait l'expérience, à notre manière, de ces exigences du corps et de la fatigue qu'elles pouvaient occasionner lors de nos observations, bien que nous ne fussions que spectatrices.

9.2.6. Le rapport à la mort des chirurgiens

Les chirurgiens, dans leur « arrogance consacrée » supposée, sont souvent décrits comme étant dotés d'un « sentiment de toute-puissance » très certainement généré par la dimension démiurgique de leur activité qui leur donne « un pouvoir de vie et de mort » (Zolesio, 2013-B) sur leurs patients. Cependant, ils sont, au cours de leur apprentissage, nécessairement contraints d'apprendre à se protéger contre l'écueil ultime de leur activité, à savoir le décès d'un patient.

Zolesio (2013-B) note qu'il y a trois cas de figure illustrant le rapport que les chirurgiens entretiennent à la perte d'un patient. Les morts ne leur suscitent aucun état d'âme, souvent lorsque le décès du patient est inéluctable. Les morts qui « brassent » émotionnellement les chirurgiens. L'auteure relève que ces cas touchent souvent les chirurgiens « en apprentissage » et qu'ils font souvent l'objet d'une forme de « projection », d'une « identification », soit du chirurgien même, soit d'un membre de sa famille. Nous pouvons imaginer la déstabilisation que le professionnel ressent lorsqu'il est traversé par ces affects. Les étudiants en médecine, dès l'époque de leur internat, travaillent à la maîtrise de ces affects en cherchant à contrecarrer tout élan empathique envers le patient pour ne garder que le « cas opératoire ». Et enfin, les morts considérées comme le véritable « cimetière personnel » du chirurgien, appelés les « merdes opératoires » (Zolesio, 2013-B, p. 94), dans lesquelles toutes complications opératoires ou postopératoires sont enregistrées. Ces incidents vont véritablement « remettre en cause » le médecin dans sa pratique. La distanciation d'avec le patient va faire l'objet d'un apprentissage régulier et minutieux bien que dans certains cas, elle ne puisse être activée. Zolesio (2013-B) relève que les chirurgiens n'accordent que très peu de temps aux échanges avec les familles et qu'ils délèguent la « gestion émotionnelle des familles » post-incident aux infirmières. Parfois, ils oublient même la présence du patient lorsqu'ils font leurs tournées des chambres avec leurs collègues. Ils expliquent cela par le fait d'être habitués à ce que le patient soit endormi en salle (Zolesio, 2012-B). Zolesio (2012-B) cite le cas d'un chirurgien qui siffle devant un patient en lisant ses résultats d'examens *a priori* négatifs (ibid., p.82). Par ailleurs, Zolesio (2012-B) établit que le « manque d'appétence pour la relation » ne serait pas spécifique au patient, mais serait une orientation « générale » du chirurgien (ibid., p.88). La « réduction » du patient à un « amas de bidoche », permet, là encore, la « dépersonnalisation » ou la « déshumanisation » du sujet, et s'apprend dès les salles de dissection sur les bancs de l'université. Par la suite, en salle de bloc, le patient est soigneusement dissimulé sous un ensemble de draps d'opération (champagne) et seuls les anesthésistes à la tête du patient en sont dispensés, même si, la plupart du temps, ils font la même chose, faisant disparaître le visage du patient sous un film plastique (expliquant vouloir lui tenir chaud) et un champ opératoire par-dessus. Le patient devient alors « un organe », ou « une structure anatomique » et son opération

est de ce fait facilitée puisqu'il (re) devient un « cas opératoire ». La mise à distance de la dimension « humaine » du patient, par le biais de mouvement comme celui d'éviter la compassion et l'empathie, a bien un rôle de protection de la personne comme de son activité selon Zolesio (2013-B). Mais c'est également un moyen de « socialisation secondaire » les chirurgiens marquant leur appartenance au métier et au groupe professionnel de cette façon. Zolesio (2012-B) remarque que les deux fois où elle s'est identifiée en salle à un patient, elle a eu un malaise. Cette mise à distance passe également par le fait de ne pas apprécier toutes les étapes de discussion préopératoire, postopératoire avec le patient ou avec les familles et lorsque les patients sont suivis pendant longtemps pour des pathologies longues, il arrive à des chirurgiens de s'en plaindre et même de dire « il faut leur parler, et moi j'ai pas fait parleuse [...] sinon j'aurais fait psychiatre » (Zolesio, 2012-B, p. 93). Une stratégie de défense a été mise en évidence par Zolesio (2013-B) lorsqu'un chirurgien perd un patient de manière inattendue. Il s'agit de l'usage d'humour noir qu'elle attribue à une façon de déjouer la fatalité de la perte, tout comme de l'échec. Elle note que l'humour noir est exclusivement utilisé dans « un contexte de tension émotionnelle, notamment quand un patient est sur le point de mourir » (ibid., p. 100). Il semblerait que cela soit une façon de « gérer la souffrance du praticien » (ibid.). Dans l'exemple que l'auteure mobilise pour asseoir son propos, elle identifie que cet usage permet à la chirurgienne « d'éviter la culpabilité, de ne pas perdre la face devant ses collaborateurs » et « de ne pas se laisser submerger par ses émotions » (ibid., p. 103) ce qu'elle avouera, néanmoins, avoir fait plus tard.

9.2.7. Un métier basé sur un conflit envers le féminin ?

Zolesio (2009) livre des éléments, que nous qualifierons de cliniques, lui permettant de démontrer la dimension fondamentalement professionnelle de combat que les chirurgiens entretiennent avec les caractéristiques « féminines ». Nous savons, grâce au récit de l'histoire du métier figurant dans la première partie, que la chirurgie est historiquement un métier masculin, qui plus est, qui détient ses origines fondatrices dans le métier de barbier ou de boucher (Caillol, 2009). Zolesio (2009) raconte que ces métiers, ainsi que celui de chirurgien, étaient interdits aux femmes en tant qu'elles n'étaient pas autorisées à effectuer « un métier sanglant » (Legoff, 1977 ; Testart, 2005, cités par Zolesio, 2009, p.121). On peut dater de la fin du XIXe siècle, le début de la présence des femmes dans les études médicales. En 2009, Zolesio (2009) constate qu'elles n'étaient que 23 % à choisir une carrière chirurgicale. Une femme est présente en chirurgie pour cinq hommes. En 2015, Bercot note qu'elles étaient 26 %, soit une légère augmentation de 3 points. Selon Zolesio (2009), ceci s'explique par les caractéristiques « techniques, organisationnelles et symboliques » (ibid., p.121) associées à la profession de chirurgien, mais également à la disponibilité requise par le métier, souvent difficilement conciliables avec la vie de famille ou au fait d'être enceinte tout en travaillant. Zolesio (2009) précise également qu'anthropologiquement, les hommes se sont historiquement attribué le « contrôle des outils et des instruments de production » également pour asseoir une domination sur le féminin. N'oublions pas que le métier s'est démocratisé sur les champs de bataille militaire et que « les dispositions à l'action, au leadership autoritaire, combatives, à l'endurance physique » (Cassell, 1986 ; Katz, 1999, cités par Zolesio, 2009, p.122) sont autant de dispositions nécessaires au métier de chirurgien et qu'elles sont construites sur des attributs masculins. Le métier serait donc imprégné de valeurs viriles et elles se transmettraient de génération en génération, garantissant ainsi une reproduction sociale genrée. Zolesio (2009) cite les propos d'un chirurgien qui claironne faire souvent pleurer les infirmières et les étudiantes en médecine « en les rudoyant » (ibid., p. 123). Il explique qu'une interne avait « fait une connerie » et qu'il était donc normal qu'elle se fasse « engueuler ». Il dit : « elle se fait

engueuler, puis après on s'explique, mais c'était sportif, c'était des rapports... normaux quoi, virils, pas toujours très fins, mais virils ». Il s'étonne du fait que « l'étudiante n'ait pas bien compris » et qu'elle se mette à pleurer. Il commente par : « moi je conçois pas ça quoi ! J'ai tellement pris dans la gueule que c'est un aveu de faiblesse pour moi [...] il faut savoir encaisser et encaisser avec pudeur. On a le droit de chialer, mais dans les chiottes quoi, voilà ! ».

Nous notons que les internes femmes sont assimilées aux infirmières dans l'approche du chirurgien, probablement juste en raison de leur genre. La différence de métier ne se démarque pas lorsqu'il est question de combattre des manières de faire dites féminines comme pleurer. Zolesio précise, d'ailleurs, que les manières de se tenir ou de parler considérées comme « trop féminines » font souvent l'objet de moqueries ou de mépris. À l'inverse, les femmes aux attitudes très masculines, « les femmes à couilles », comme elles sont appelées par les chirurgiens, sont très clairement appréciées, voire valorisées, par ces derniers. Les pairs des chirurgiens tenant les propos les plus tranchés et explicites à l'égard des femmes, ne disqualifient jamais ces derniers, ni ne s'y opposent, ce qui atteste que ces éléments de langage constituent, selon Zolesio (2009) de véritables « valeurs professionnelles » (ibid., p. 123). À l'inverse du personnel paramédical qui ne se cache pas de s'en offusquer. On peut également voir ce refus d'une approche dite « féminine » à travers le fait de ne pas vouloir expliquer au patient le langage technique qu'il destine à l'infirmière en charge des soins, ou dans le fait de ne pas prendre en considération « la pudeur » du patient, effectuant des examens, comme des touchers rectaux ou vaginaux, alors qu'une dizaine de personnes est dans la pièce (Zolesio, 2012-B, p. 82). Ces éléments sont considérés comme des formes de prises en charge du patient et les chirurgiens estiment que c'est aux infirmières d'en être le garant. Ce sera donc à elles de fermer la porte de la chambre du patient si nécessaire pour un examen. Ces points font systématiquement l'objet de remarques et de critiques de la part des infirmières. Relevons, grâce à Cassell (2000), que malgré ces combats permanents envers ces valeurs dites féminines, le métier de chirurgien se construit et s'effectue soutenu par l'activité des femmes infirmières. Cassell (2000) note que le respect des règles d'asepsie se déroule comme « une danse qui regonfle les hommes » (ibid., p.68). En effet, l'auteur constate que jamais un chirurgien ne s'habille « tout seul » (c'est-à-dire enfiler sa casaque stérile avant d'opérer) ou ne prend ses gants stériles par lui-même pour les enfiler alors qu'elle note que les infirmières qui instrumentent le font, elles, souvent seules, de même que des chirurgiennes. Selon Cassell (2000), les infirmières « s'autodiminent » afin de « regonfler » le chirurgien à la manière du boxeur auquel on va « bander les muscles avant les compétitions ». Cassell (2000) s'interroge sur l'idée que les infirmières s'adonneraient volontairement à une certaine « soumission » pour permettre aux chirurgiens, mâles, de se livrer, sans vergogne, à une « domination ». Ainsi, les interactions entre les deux seraient induites et nourries par « une fabrication de genre plutôt que par « les exigences de la propreté » (ibid., p.69). L'attitude des unes soutiendrait la réalisation de l'activité des autres par le positionnement pris.

9.2.8. L'agressivité dans les interactions professionnelles

Zolesio (2009) parle d'une « dimension agonistique des interactions professionnelles » (ibid., p.124). Elle relève que l'humour est utilisé à des fins de « sélection et reproduction (masculine) du corps professionnel » (ibid.) et que les chirurgiens se livrent sans cesse à des provocations qui font office de test. Les femmes sont soumises à des remarques qui seront inévitablement liées à leur genre, en tant que cibles d'un humour sexuel, comme par le biais de plaisanteries sexistes ou grivoises (ibid.). Les infirmières ne sont pas épargnées par ces « blagues à caractère sexuel ». Ces « blagues » ont pour vocation de revendiquer leur statut de « mâle dominant »

(ibid.). Zolesio rapporte le détail des notes qu'elle a prises lors d'une observation en salle auprès d'un chirurgien viscéral. Certains propos tenus par les chirurgiens sont très proches de ceux dont nous avons pu être témoins en salle lors de notre intervention. Certaines situations sont également similaires comme le fait de ne pas être reconnue du chirurgien lorsqu'elle arrive en salle, malgré le fait de lui avoir donné son autorisation à venir préalablement. Elle sera prise pour une infirmière en raison de sa tenue de bloc. En guise de test, le chirurgien lui jettera un champ stérile à la figure pour voir sa réaction. Cette dernière le rattrape tardivement, ce qui lui vaudra la critique de ne pas avoir de réflexes. Zolesio indique également que si une infirmière demande à baisser la température de la pièce, il lui demande si elle est ménopausée (elle précise qu'elle n'a que 35 ans !). Si une infirmière n'appuie pas assez vite sur la pédale du bistouri électrique, il prévient qu'il va devoir changer d'infirmière. Lorsqu'une autre infirmière répond à sa demande de fil qu'il est déjà disponible sur la table, il lui rétorque de ne pas répondre. Lorsqu'il voit l'infirmière circulante s'asseoir, il lui fait remarquer que lui aussi il aimerait pouvoir travailler assis. Les remarques sont tellement incessantes qu'un seul regard suffit à ce que l'infirmière demande : « qu'est-ce que j'ai fait encore ? ». Le chirurgien se félicite fièrement de l'État de « conditionnement » obtenu auprès de l'infirmière. L'auteure ajoute que les provocations ne se cantonnent pas aux infirmières puisqu'il dira à l'interne que malgré la proximité de leurs corps, il n'est pas en train de lui « faire du pied » et qu'il pourrait être son père. Puis notant qu'elle ne rougissait pas, il demande à changer d'interne parce qu'il préfère « lorsqu'elles rougissent et qu'elles pleurent ». Zolesio (2009) parle de « joute verbale », « d'ambiance de provocation permanente » (ibid., p.125) et précise que certaines chirurgiennes ont été attirées par le défi représenté par cette mise à l'épreuve permanente. Elle note que souvent ces chirurgiennes sont « préparées » à cette dimension « agonistique » des rapports sociaux de sexe par la socialisation familiale (père chirurgien, militaire ou ingénieur) et qu'elles se qualifient elles-mêmes de « garçons manqués ». Zolesio (2012-A) considère l'altercation comme « une modalité complètement intégrée dans les rapports interpersonnels en chirurgie » (ibid., p. 383). Elle décrit le déroulé de ces altercations comme étant toujours le même avec un début marqué par une remarque (ou exigences tyranniques) du supérieur hiérarchique « jugée totalement déplacée » par le destinataire qui sera suivi par un mécontentement catégorique de celui-ci qui marquera le signe de « l'incident » en « allant au conflit » (ibid.). En revanche, une fois le conflit passé entre chirurgiens, les deux passent à autre chose rapidement. Il arrive parfois que cela signe l'arrêt de la collaboration, mais souvent pour un cumul de raisons qui dépassent le cas du conflit en question. Entre chirurgiens et infirmières, le conflit laisse des traces et signe souvent le début d'une relation de travail dégradée. Molinier (2012) remarque que l'expression « caractérielle » des chirurgiens peut être accrue ou diminuée par « les conditions de sécurité » présentes en salle au moment de l'opération. Une de ces conditions est assurée par le fait de connaître les personnes qui les assistent, y compris dans leur façon de travailler. De cette manière, ils savent exactement quoi attendre professionnellement de la personne et la confiance générée par cette connaissance sera une source de tranquillité et de certitude pour le chirurgien, comme nous l'ont fréquemment dit les infirmières dont nous avons recueilli la parole. Molinier (2012) relève que cela les rendrait moins agressifs avec les équipes (ibid., p.103).

9.2.9. Combattre « à tout prix » les émotions

Les chapitres précédents nous ont permis de voir que les chirurgiens, dans les étapes de formation professionnelle qui étaient les leurs, construisaient ardemment une mise à distance de leurs émotions. Pour Caillol (2014), une angoisse « inévitable » envahit le chirurgien en raison de « la nécessaire agressivité de son geste » (ibid., p.204) et du risque que représente l'intervention pour son patient. Cette « angoisse » peut être un moyen « d'opérer avec

efficacité » s'il en a la maîtrise. Cependant, pour Caillol (2014), le chirurgien est un être « naturellement angoissé » que son expérience lui octroie un « rodage » face à l'acte à réaliser ou non. L'angoisse sera là et elle se manifestera au moment même de l'incision. « Cette angoisse est bénéfique puisqu'elle oblige constamment notre opérateur à faire bien, mais elle peut être paralysante et la tentation alors serait de s'en décharger, ou bien sur le personnel de la salle opératoire, ou bien sur le malade lui-même, sa famille en tête » (Caillol, 2014, p.204). L'auteur ajoute que les infirmières de bloc connaissent bien ce cas de figure du chirurgien « angoissé », « vitupérant et jamais satisfait, ni du matériel, ni des conditions de préparation de la salle, transpirant souvent et injuste toujours, à la recherche d'un responsable, nécessairement innocent, à leur angoisse » (ibid.). Molinier (2012) interroge ce qu'elle qualifie, selon la psychodynamique du travail (Dejours, 2008), de « stratégie collective de défense » (Molinier, 2006), afin de comprendre la dimension psychologique, essentielle et salvatrice, de cette absence de « représentation humaine » du patient, de même que la suppression de toute forme d'empathie à son égard. Elle part du constat que l'acte même « d'ouvrir » la peau du patient est un anéantissement « des frontières du dedans du dehors » (Molinier, 2012, p.99), celles du corps, mais aussi du psychisme. Le chirurgien prend, par cette action, un risque, et ce à chaque opération, qui n'est autre que celui de faire basculer le patient de « l'autre côté » de la frontière de la vie. L'auteure, citant Zolesio (2012-B), soulève que les chirurgiens se considèrent comme « des assassins légalisés » (ibid.), point de vue que nous n'avons pas entendu de la part des chirurgiens que nous avons rencontrés, mais qui est également présent dans les écrits de Caillol (2009). Molinier (2012), en ce sens, les oppose aux anesthésistes qui eux ont la mission unique de faire en sorte que les patients restent en vie. Aucun risque n'est pris en salle par les anesthésistes et parfois dans les échanges entre les deux métiers, les propos conflictuels laissent penser qu'il peut y avoir une divergence de positionnement systémique alors que sur le fond, ça n'est pas le cas. Seul le rapport à la prise de risque est divergent entre les deux métiers. Il n'en reste pas moins que l'acte chirurgical possède en son sein un envers « angoissant » provoqué d'une part par les risques qu'il représente pour le patient, de même que par l'effraction psychique suscitée par la « transgression des frontières » (ibid., p. 100). Autoriser l'envahissement de cette angoisse reviendrait à ne plus pouvoir être dans l'action. D'ailleurs, nous serions immédiatement dans le traumatique avec ses symptômes bien connus que sont la sidération ou l'État de panique. Le corps du patient sera donc « désobjectivé » (ibid.) par l'invisibilité produite par les draps (champs opératoires) qui le recouvrent intégralement. Molinier (2012) précise que « la peur et l'angoisse » sont le plus souvent accompagnées de « tremblements et de sueur » et que ces effets sont largement incompatibles avec la précision du geste que requiert la chirurgie au point d'en faire une expression : « la précision chirurgicale » (ibid.). Cependant, la sueur fait souvent partie du tableau physiologique manifesté par le chirurgien, très certainement malgré lui, et il est, en ce sens, probablement le signe d'un mouvement affectif, *a minima*, dissimulé pour ne pas dire refoulé. Nombreux sont les chirurgiens qui ont « leurs habitudes » pour éviter que la sueur de leur front ne tombe dans la zone qu'ils opèrent : se faire éponger par les infirmières, lorsqu'elles se montrent disposées à le faire ce qui n'est pas systématique, où se mettre une bande en gaze de coton absorbante en bandeau sur le front, à la manière des tennismen. Pour Molinier (2012), ces signes physiologiques sont le révélateur de la présence de la sphère « somatique », impliquée, malgré elle, par l'activité de chirurgie. Les stratégies collectives de défense sont très efficaces pour occulter toutes perceptions, à commencer par les souffrances, liées à la performance (tenir debout pendant de longues heures, rester concentré quelle que soit la réalité opératoire, tenir la tension) que ressentent inévitablement les chirurgiens, mais à laquelle ils choisissent de ne pas donner trop d'importance. L'auteure remarque que nombreux sont les étudiants en chirurgie ne présentant pas une grande affinité avec « la relation malade » ni ayant une forte « fibre altruiste » et elle s'en félicite. Elle relève que l'appétence pour la chirurgie peut provenir d'une

forme de curiosité à l'égard « des secrets du corps » et qu'il correspondrait certainement à un « plaisir pulsionnel de percevoir et de toucher les organes vivants » qui serait « socialement approuvé » (ibid., p. 100). Il pourrait même passer pour de l'altruisme sans en être le moins du monde. Elle souligne également que plus l'expérience de la chirurgie se développe, moins le chirurgien sera à même de développer un intérêt pour la dimension empathique à l'égard du patient ou à manifester un intérêt pour son histoire, sa personne ou entretenir une relation nourrie avec ce dernier. Elle explique que cette absence de capacité d'échange avec le patient contamine y compris la sphère d'explication des caractéristiques de leurs pathologies (en tout cas avec des « mots simples ») ou celle qui consiste à décrire la nature de l'intervention chirurgicale, comme nous le montrerons dans le film dont le contenu est expliqué en aval. Il semblerait qu'ils en soient capables dans des contextes différents et que l'usage d'un « jargon technique » soit, lui aussi, le signe d'une mise à distance du patient. En faisant cela, Molinier (2012) relève qu'ils s'épargnent toutes possibilités que le patient ne panique à l'écoute de ce qui va lui arriver et que la « détresse » qu'il pourrait manifester soit prise en charge plus tard par les infirmières qui s'occuperont des soins postopératoires. Elle note également que fermer la porte de la chambre du patient lorsque les médecins font leur tournée « au lit du malade » est considéré comme étant de la responsabilité des infirmières en tant que ce sont elles qui doivent se préoccuper « de la pudeur du malade » (ibid., p.101). D'ailleurs, les chirurgiens dévalorisent franchement toutes les formes de travail relationnel (ibid., p. 102) et pour eux, les compétences chirurgicales ont plus de valeur que les compétences relationnelles. Molinier (2012) fait référence à un article de Zolesio (2012-B) sur lequel nous nous sommes également longuement attardées, dans lequel une chirurgienne manifeste de la fatigue à l'écoute des questions et des demandes d'explication des patients. Molinier (2012) pointe que le sentiment de fatigue n'est présent que parce que la chirurgienne est affectée malgré elle, bien qu'elle clame ne pas se préoccuper le moins du monde de la « dimension du patient ». Cet affect est, pour Molinier (2012), le signe qu'une défense est sollicitée dans sa robustesse. Il aurait été largement plus confortable pour la chirurgienne de « passer outre » (ibid., p. 101). L'auteure précise d'ailleurs que l'insensibilité est plus solide lorsqu'elle est construite et maintenue collectivement. Cela se manifeste par des moqueries collectives à l'encontre du patient comme celles dont nous avons pu être témoins en salle ou pendant les staffs préopératoires. Rendre le patient « ridicule et méprisable » (Molinier, 2012, p.102) contrecarre le fait de ressentir le patient comme digne de respect et touchant. En faisant cela, inconsciemment, toute forme d'élan empathique est ainsi bloquée. Nous remarquons, encore une fois, les signes d'une activité qui se relaie sur un plan largement inconscient pour les chirurgiens et qui se révèle par des micromouvements qui témoignent du fait que le refoulement est souvent fragilisé dans la confrontation au réel de l'activité. Molinier (2012) relate que les infirmières font, elles aussi, l'usage de moqueries à l'égard des patients, mais qu'elles sont souvent exprimées avec une considération empathique et des signes d'émotion, de compassion, voire de projection assumée sur le patient. L'auteure en déduit que les défenses entre chirurgiens et infirmières ne sont pas les mêmes parce que les métiers diffèrent radicalement. La dimension technique du métier d'infirmière n'est qu'une partie du métier. Elle consiste en des gestes pas très agréables pour le patient que nous qualifierons même de sadiques (piquer, sonder, perfuser, recoudre) et pour les réaliser, rien de mieux que, là encore, la mise à distance des dimensions humanisantes du patient. En dehors de ces actes techniques, une large part de l'activité des infirmières se déroulera autour de la prise en charge humaine, de soin, de *care*, du patient. Molinier (2012) observe que pour les infirmières du SAMU, comme nous l'avons également observé dans un service d'urgence, la délégation des dimensions relevant du *care* se fait sur les élèves ou les aides-soignantes, ce qui laisse aux infirmières chargées des tâches les plus lourdes la possibilité de se distancier à l'égard du patient et d'être plus disposées à réaliser les actes « durs ».

9.2.10. Synthèse

Nous avons tout d'abord abordé la question de la violence organisationnelle contenue dans le fait que les restructurations donnent rarement lieu à une reconsidération du travail concret (Raveyre et Ughetto, 2003). Nous avons recensé, grâce aux écrits de Raveyre et Ughetto (2003) l'ensemble des répercussions sur le travail des professionnels qui sont engrangés par ce biais (augmentation de la charge de travail physique et psychique, sentiment de ne pas pouvoir faire face à l'ensemble de ces tâches, impression de ne pas pouvoir faire du travail de qualité...). De plus, ces auteurs précisent bien que les processus de régulation qui sont trouvés sur le terrain, pour absorber ces dysfonctionnements, sont effectués de manière informelle par les agents, eux-mêmes, que ces tâches sont sous-considérées parce qu'elles ne font pas partie du « cœur de métier » et qu'elles ne donnent pas lieu à une concertation avec l'encadrement hiérarchique ou les pairs, les laissant en prise avec les traces d'un « drame intérieur » lorsque les problèmes se règlent dans des « conflits d'objectifs » maintenus sous silence.

Nous pouvons voir, par ailleurs, que la profession de chirurgien est ornée de violence de sa phase d'apprentissage à son exercice professionnel. Les modes d'interactions y sont les plus brutaux de tous les corps médicaux hospitaliers. Le sexisme et le machisme s'y manifestent assez systématiquement. Sans reprendre toute la description qui figure dans cette partie, nous pouvons dire que la violence fait partie inhérente du métier de chirurgien. Cette violence nous paraît même endémique puisqu'elle constitue un attirail comportemental intégré au genre professionnel (Clot, 2008). Nous savons grâce aux définitions de Clot (2008) sur le sujet que le genre professionnel implique également un genre de discours en tant qu'ils sont des « parlés sociaux en usage dans une situation » (ibid., p.105). La violence verbale présente dans le métier de chirurgien serait donc un genre de discours faisant partie d'un genre professionnel. Elle fait ralliement social précisément parce qu'elle appartient au genre professionnel. Le fait que les infirmières de bloc fassent systématiquement l'objet d'attaque de la part des chirurgiens semble également être un ornement du métier comme en atteste les propos du chirurgien de l'article de Zolesio (2012-A) qui déclare enseigner à ses internes de systématiquement « critiquer » les infirmières. On pourrait dire que ces attaques font également partie des pratiques de métier.

De la même manière, les colères et les conflits sont plus vifs et plus fréquents dans une salle de bloc et sont produits à l'initiative des chirurgiens envers les autres métiers. Ces éléments constituent là encore, aussi bien un ensemble d'attitudes comportementales spécifiques au métier de chirurgien, mais ils remplissent également d'autres objectifs comme celui de maintenir le chirurgien calme lorsqu'il rencontre des obstacles lors de l'opération qui peuvent faire monter la tension nerveuse. Ils permettent également de stimuler l'assertivité des équipes environnantes tant dans leur disponibilité (équipe d'anesthésie et infirmières de bloc) que dans le suivi qu'elles ont du déroulé opératoire. Enfin, ils renseignent le chirurgien sur la fiabilité qu'ils peuvent attendre et obtenir des infirmières de bloc, élément produisant un sentiment de confiance et pouvant générer de la disponibilité psychique pour le chirurgien. Nous commençons -là à faire émerger une pluralité de fonction obtenue par l'usage de la violence en situation d'opération. Nous faisons l'hypothèse que ces fonctions sont loin d'être recensées exhaustivement dans cette revue de littérature. Dans tous les cas, nous pouvons voir que ces fonctions sont bien multiples et qu'elles sortent largement du spectre unique porté par la perspective du chirurgien « sadique » aux débords « mégalos ».

De plus, nous pouvons voir que l'apprentissage du métier de chirurgien se fait dans un balancier faisant apparaître d'un côté les dimensions « dures » du métier (exposition aux risques de l'intervention chirurgicale, répression des corps, risques de mort du patient, conditions physiques excessives) et de l'autre côté, le « traitement » psychologiquement brutal des

collègues chirurgiens en charge de la formation des plus jeunes (ONDPS, Tomas, Kostulski & Meritan, 2007). Nous pourrions aisément faire l'hypothèse d'un « labourage » psychologique ayant pour fonction d'activer chez le chirurgien en apprentissage une capacité d'endurance aux dimensions arides du métier recensées précédemment. Un effet miroir serait recherché entre la confrontation aux diverses dimensions dures du métier et le traitement psychologique auquel ils seraient exposés. Ce mouvement se ferait sans conscience apparente de l'effet recherché. Il serait plutôt reproduit « à l'infini » dans les méthodes d'apprentissages qui se reproduiraient de génération en génération. Une des conséquences immédiates de ces méthodes en serait la distanciation « humaine » aussi bien envers les patients qu'avec les équipes.

Enfin, nous pouvons recenser dans cette partie les éléments qui permettent d'attribuer les conduites des chirurgiens à des stratégies de défenses collectives. La mise à distance des émotions est véhiculée et soutenue par des attitudes agressives envers toutes personnes porteuses de valeurs pouvant porter préjudice à l'édifice psychique construit pour éviter tout ressenti sensible. Ce faisant, la violence sera vectrice d'un sentiment de toute-puissance permettant de produire des actions difficiles et dangereuses sans avoir conscience du risque engrangé. Le bénéfice immédiat se retrouvera dans la réalisation de l'opération sur (et pour) le patient. Les conséquences inévitables seront subies par les infirmières de bloc, destinataires de premier choix des chirurgiens. Les autres métiers seront à bien moindre niveau destinataire d'agressions plus ciblées, en lien avec les reproches classiques que nous avons vus apparaître en salle.

9.3. Les infirmières : posture de victime ou coupable idéal ?

Nous avons plusieurs fois présenté le fait que les infirmières semblent être les destinataires privilégiées de la violence comportementale des chirurgiens. Endurer la violence des médecins apparaît comme une réalité qui remonte à la création même du métier d'infirmière. Cela nous conduit à une interrogation autour de cette prédisposition qui nous paraît, de prime abord, relever d'un « châtement » plutôt que d'une caractéristique de métier. Pour comprendre les dynamiques complexes, et souvent obscures, qui étayent la relation « chirurgiens-infirmières » qui pourrait, au demeurant, aisément passer pour une relation « sadomasochiste » assumée, regardons ce qu'en disent les auteurs qui se sont penchés sur cette question précise.

9.3.1. Le masochisme infirmier est-il un masochisme générique ?

Molinier (2010) relate que la violence est « fréquente et normale » sur les terrains d'exercice des soignantes, observation faite lors de ses interventions sur différents terrains du soin. La question se pose de savoir comment les soignantes peuvent supporter les violences qui leur sont faites et qui s'expriment de manière régulière. Les éléments de réponse sont à trouver du côté de l'exercice du métier d'infirmière.

9.3.1.1. Une violence méritée ?

Molinier (2006-A) présente, dans un texte très riche, un tableau psychique et fonctionnel très détaillé des infirmières de bloc opératoire. Elle observe que ces dernières doivent construire une posture psychique très complexe, voire contradictoire, puisqu'elles manifestent une « déférence », ainsi qu'une attitude attentionnée, envers les chirurgiens, de même qu'un

« effacement de soi » envers leurs propres besoins (ibid., p.212). De la part des chirurgiens, elles doivent « supporter » ce que l’auteure nomme leurs « crises caractérielles » ainsi que des manifestations de « harcèlement de genre » (ibid., p.212) défini par des façons de les (mal) traiter justifiées par l’unique fait qu’elles soient des femmes (gestes ou propos humiliants, voire insultes, ou « simple mouvement de doigt pour refuser l’entrée en salle d’une infirmière » [ibid.]). Des descriptions identiques sont fournies par Zolesio (2009 ; 2012-A et B ; 2013-A et B) de même que par Pouchelle dans ses différents textes (2003 ; 2008 ; 2019). En dépit de la constance des situations rapportées, Molinier (2006-A) remarque que ces récits soulèvent systématiquement un « malaise » de la part des infirmières elles-mêmes, et une batterie d’arguments opposant que « ça ne serait plus vrai aujourd’hui » ou, que cela serait « exagéré » voire « anecdotique ». Nous avons, nous-mêmes, fait l’expérience de la fréquence de ce type de réaction de déni de la part des infirmières, de leur encadrement, tout comme des médecins. Pour Molinier (2006-A), ce « refus de réalité » serait explicable par le fait que les principales intéressées, au même titre que les autres victimes de formes de harcèlement, auraient tendance à en minimiser l’importance, voire à les qualifier « d’actes sans importance » (ibid.). Parfois les infirmières sont même qualifiées de « masochistes » ce qui permet de poser la responsabilité sur ces dernières pour mieux, et plus vite, passer à un autre sujet « plus important » comme celui, par exemple, de la prise en charge des patients d’un point de vue chirurgical. Se lançant dans une analyse ésotérique (à savoir une définition sophistiquée et précise) et exotérique (qui concerne la « vulgate » populaire simplifiée) du terme masochisme, Molinier (2006-A) met en avant qu’utilisé sous sa forme exotérique, ce terme est « indissociable de la connotation du mépris » et inévitablement « associé au féminin » et par cela, à une « mollesse pathologique » (ibid., p.214). Et comme, suivant Héritier (1996, cité par Molinier, 2006-A), « tout terme associé au féminin est (forcément) dévalorisé », ou porte le signe d’une faiblesse, on comprend pourquoi le prétendu « masochisme infirmier » reviendrait à dire (ou à penser) qu’elles sont bien responsables de ce qui leur arrive si elles n’y réagissent pas elles-mêmes. Molinier (2006-A) ajoute que masochisme et féminin sont des termes liés, au même titre que la domination répond à un rapport de soumission et qu’il fait écho à l’ordre genré, à savoir celui du masculin envers le féminin.

9.3.1.2. Des défenses professionnelles ?

Il y aurait derrière la notion de masochisme féminin « une certaine conception valorisée de la sexualité virile comme force instinctuelle, irrépressible, active et pénétrante » (ibid., p.215). Suivant les théories de la psychodynamique du travail, Molinier (2006-A) développe l’idée que les défenses produites par les infirmières en situation de travail seraient érigées pour les protéger de la souffrance provoquée par leur activité, comme celle impliquant un désaccord éthique, ou celle d’effectuer des tâches qui seraient irréalisables, ou encore celle d’endurer une hyperactivité inassouvisable imposée par l’organisation du travail. D’après Dejours (2004), il y aurait dans toutes situations de souffrance au travail une part masochiste qu’il faudrait concevoir comme un « effet secondaire de la souffrance dans le travail » puisqu’elle se retrouve dans les composantes intrapsychiques de ce qui permet de fournir une réponse efficace à l’hyperactivité. Il s’agit là de masochisme secondaire, le masochisme primaire correspondant à l’érotisation de la souffrance. De plus, le masochisme en tant que défense, éviterait au « sujet » toute forme de décompensation somatique ou psychique. Dejours (2004), va un peu plus loin en établissant que dans l’activisme (ou l’hyperactivité), le masochisme est toujours sous-jacent. Molinier (2006-A) invite à ne pas prendre le masochisme comme une forme de désir, ce qui aurait peut-être été envisageable pour le masochisme primaire. De plus, elle précise qu’il ne faut pas étendre l’idée d’un masochisme secondaire systématique pour les femmes comme pour

les hommes car à travail égal, les deux ne sont pas soumis aux mêmes contraintes en raison des spécificités engendrées par la division sexuelle du travail. Molinier (2006-A) soulève que les chirurgiens doivent faire appel à une dimension « sadique » fantasmatique, dans leur activité, afin d'effectuer les tâches comme celles de percer, couper, trancher le corps humain, difficile à envisager autrement. Cependant, l'évitement de la peur, condition *sine qua non* pour réaliser ces tâches sans risque parasitant invite, comme dit précédemment, au développement de la « virilité défensive ». Molinier (2006-A) le résume par la formule suivante : « un homme, un vrai, n'a pas peur » (ibid., p.218). Il en résulte que toute personne exprimant des doutes et des fragilités devra être « supprimée » pour ne pas mettre en cause le processus érigé en guise de défense. Les conduites viriles, y compris celles moralement critiquables, seront vivement encouragées. Les « crises » et autres démonstrations de force seront également soutenues en tant qu'elles constituent la preuve de la présence d'une construction virile et donc d'un déni de la peur. Libérer ses tensions par ces « coups de gueule » ou ces expressions brutales et agressives aura pour Molinier (2006-A) la double vertu de s'assurer de la présence d'une défense virile, mais également de produire « une voie de décharge rapide, partielle, des pulsions agressives ou sexuelles » et, de cette manière, de « soulager les tensions » (ibid., p.219) provoquées par l'activité elle-même. Par ailleurs, le « shot » d'adrénaline produite par ces « éclats émotionnels » servira de rempart de résistance face à la fatigue engendrée par les longues heures d'intervention. Molinier (2006-A) en déduit donc que « l'activisme » présent dans les activités professionnelles masculines « vectorise naturellement l'agressivité vers les subalternes » et présente la notion de « sadisme secondaire » (ibid., p.219) ou de « défoulement viril ». Elle précise que le but des chirurgiens consiste, en premier lieu et en motivation majeure, à bien opérer et non à brutaliser les infirmières. Cependant, la souffrance engendrée « n'est qu'un moyen pour y parvenir » (ibid., p.220). Procéder autrement, se comporter poliment, avec respect, reviendrait à « agir de façon non conforme aux règles de sentiment viril » (ibid.). Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que les bénéfices secondaires énoncés précédemment ne pourraient être obtenus autrement.

Les femmes seraient, en tant que symbole de « vulnérabilité », une menace d'autant plus que leur travail consiste à « prendre soin des hommes » (ibid.). Le paradoxe est donc posé : les chirurgiens ont besoin du travail des infirmières, sans lequel ils ne pourraient pas opérer, mais par ailleurs, ce positionnement professionnel de *care* viendrait bousculer « la cohérence de leurs défenses professionnelles » (ibid.). Les infirmières se verront donc privées de la reconnaissance de leur travail en tant que menace pour l'intégrité des défenses viriles des chirurgiens. Elles devront faire leur travail en développant « des savoir-faire discrets » puisqu'il s'agira de prendre en charge des chirurgiens (en prendre soin ?) sans leur révéler ou leur faire prendre conscience, d'aucune manière que ce soit, de leur vulnérabilité. Molinier (2006-A) remarque que « toute transgression du pacte entre la virilité défensive et la discrétion du *care* sera sanctionnée par des représailles immédiates » (ibid., p.220). Par opposition, lorsque le chirurgien opère avec une équipe qu'il connaît, lorsqu'il se sent « en confiance », la rigidité des valeurs défensives s'assouplit « au profit de stratégies plus souples, plus ludiques, où les panseuses sont actives, plaisantent, maternent, flirtent » (ibid., p.223). Molinier (2006-A) présente ces comportements sous l'intitulé de « stratégie de séduction » (plaire et faire plaisir). La transformation des tensions en une expression « érotisée » rend la subordination plus supportable, les tensions également, et permet une meilleure « anticipation des crises ». De plus, elle répare la relation avec le chirurgien fortement dégradée par les crises antérieures.

9.3.1.3. Un rapport ambivalent aux chirurgiens

Dans ses enquêtes de terrain, Molinier (2006-A) relate que les infirmières qualifient leur rapport aux chirurgiens de combinaison « haine-admiration » dans laquelle elles leur reconnaissent des compétences ainsi qu'une « admiration non aveugle » en raison de la façon dont ils les traitent (ibid., p.223). L'auteure note également que ces dernières manifestent un certain ressentiment à l'égard des chirurgiens, ressassant à l'envi, l'ensemble des agressions dont elles font l'objet et cherchant à tourner « en ridicule » l'ensemble de leurs caractéristiques comportementales (manies, tics corporels, signes de faiblesse). Dans un article postérieur, Molinier (2014) décrit cette même intervention en donnant les détails suivants : les infirmières, prises dans l'excitation du récit des situations en salle avec les chirurgiens, en viennent à jouer la comédie, se mimant en soubrette ou sous les traits de la « bonniche terrifiée » de sorte à pouvoir se moquer d'elles-mêmes, alors qu'elles sont « enfermées » dans ce rapport stéréotypé de travail avec le chirurgien. Elles clôturent ces descriptions moqueuses en déclarant : « cela soulage ! ». Cela n'est pas sans nous rappeler les groupes de travail que nous avons effectué avec les infirmières de bloc lors desquels ces dernières nous disaient « ça fait du bien de raconter ce qu'on traverse » après avoir raconté une partie des agressions dont elles pouvaient avoir fait l'objet. Ces récits évoquent les écrits sur la condition des bonnes à tout faire de Molinier (2005), eux-mêmes basés sur les analyses de Le Guillant (2010), dans lesquels le métier de ces femmes était assimilable à une « condition » fermée et enfermante, produisant ressentiment, humiliation et dépersonnalisation. Nous reviendrons sur ces conditions dans notre discussion. Molinier (2014) souligne un point qui nous semble crucial lorsqu'elle explique que par l'action de la parodie, des récits moqueurs et des jeux auxquels elles se livrent, les infirmières « encerclent et domestiquent le réel de la vulnérabilité humaine, en se moquant de leurs propres faiblesses et simultanément de la faiblesse des dominants, transformant de la sorte ces derniers en leurs semblables » (ibid., p.204). On comprend bien l'enjeu qui est porté par ces mouvements psychiques que nous qualifierions volontiers de sublimatoires en tant qu'ils permettent de subvertir des dimensions négatives de l'expérience du travail en une réalité acceptable et surtout supportable. Dans ce processus psychique, la moquerie est à voir comme le signe d'une percolation, d'une transformation d'une dimension difficilement supportable de l'activité.

Dans un article plus ancien (Molinier, 2000), l'auteure faisait déjà état du fait que les infirmières « ravalait » la rage que leur suscitaient les « débordements caractériels » des chirurgiens ainsi que la soumission qu'elles devaient leur garantir, et que ces sentiments étaient largement contrebalancés par une forme de compréhension à leur égard sous prétexte qu'un patient était « sur la table » ou que les chirurgiens sont comme cela « parce qu'ils sont des hommes » et que sans agir ainsi « ils ne pourraient pas opérer » (Molinier, 2000, p.13). Elle qualifiait déjà ces dimensions compréhensives des infirmières à l'égard des chirurgiens de « rationalisations partagées » consistant à « naturaliser » ces « débordements » sous le qualificatif de « machisme irréductible ». Ces manifestations sont également le signe des défenses dont s'affublent les infirmières pour supporter les situations dont elles font l'objet. Il est important de noter que selon Molinier (2014) la rage que ressentent les infirmières à l'égard des chirurgiens, se calme dès que ces dernières « sont d'accord pour excuser le chirurgien au nom de son savoir-faire » (ibid., p.202). Le fait de « s'extasier » sur la qualité du travail fourni par le chirurgien permet « au ressentiment et à la moquerie de laisser place à l'admiration émue et affectueuse » (ibid., p.202). Nous ajouterons donc qu'il s'agit d'un processus de régulation de la perception de la violence et de ses effets. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce mécanisme de régulation fait écho à celui qui profite aux chirurgiens dans les bénéfices directs et indirects que leur procure l'usage de la violence. Nous avons collecté des témoignages identiques des infirmières avec lesquelles nous avons travaillé relatant les mêmes bénéfices. De plus, ce consensus « admiratif » sur la qualité du travail chirurgical les prémunit d'une part, de se trouver en situation de

séduction « à titre individuel » (bien que cela arrive malgré tout), et d'autre part, cela les conduit sur le chemin des règles communes, d'en fixer les limites, et d'établir communément ce qui sera acceptable ou pas, de même qu'établir une « différenciation entre « la femme » et « la professionnelle » (ibid., p.202) en contact avec les chirurgiens.

9.3.2. Un témoignage pour éclairer la condition du métier

Dans le précieux témoignage que livre Anne Perrault Soliveres (2010) sur sa carrière d'infirmière, métier qu'elle a exercé de nuit en service de réanimation, nous retrouvons des éléments fondamentaux qui complètent les analyses précédentes sur plusieurs des sujets que nous avons abordés grâce aux travaux de Molinier (2000 ; 2005 ; 2014).

9.3.2.1. Un métier qui s'apprend et se déroule dans une condition aride

Perrault Soliveres est entrée à l'école d'infirmière de l'Assistance publique en 1965, cursus scolaire de vingt-quatre mois durant lequel les élèves n'avaient pas le statut d'étudiante, mais celui de salariée sans pour autant avoir de salaires. Le métier leur était enseigné à l'hôpital où elles travaillaient tous les matins sauf le dimanche. Le reste du temps, elles étaient encadrées par des responsables en retrait du cercle hospitalier pour des raisons qu'elle qualifie « d'incompétence notoire », voire de « dangerosité dans les soins » (ibid., p.83). Elle décrit que ces encadrantes ne l'étaient pas beaucoup sur la transmission du métier et qu'elles étaient essentiellement occupées par l'établissement des plannings de stages, l'organisation des contrôles de connaissances, le maintien d'une discipline « infantilisante », et l'assistanat des médecins chargés de l'enseignement des étudiantes. Elle explique qu'à travers ces deux instances qu'étaient l'école et l'hôpital, ce qui leur était enseigné était la médecine, certes, mais surtout la soumission. En effet, celles que l'on nommait alors « les petites bleues » servaient de « main-d'œuvre gratuite à disposition des infirmières, comme des aides-soignantes, pour les soulager des besognes ingrates dans un contexte de sous-effectif permanent » (ibid., p.84). Maintenu dans la réalisation de ces tâches élémentaires et arides, l'apprentissage des tâches plus techniques du métier d'infirmière ne leur était pas accessible. En revanche, les contrôles de connaissance portaient dessus. Elle révèle qu'il s'agit de « la réalité du métier à laquelle on ne fait, encore aujourd'hui, guère de publicité » (ibid.). La formation suivie provoquait « un sentiment d'incomplétude » (ibid.) et les diplômées arrivaient sur le terrain avec la sensation de ne pas connaître le métier qui devait, de ce fait, s'apprendre « sur le tas ». De plus, les postes disponibles correspondaient aux places laissées vacantes par les personnes les ayant « fui », ce qui amène l'auteure à dire que « les postes à pourvoir étaient les moins enviés du circuit, voire les pires » (ibid., p.85). À titre d'exemple, elle mentionne avoir démarré sa carrière par un poste de nuit en réanimation chirurgicale cardiothoracique, autant dire un service aux exigences techniques très fortes, avec trois collègues novices et une encadrante venant de la lingerie. La première nuit, le réanimateur de garde a immédiatement alerté sur la dangerosité de la situation et une infirmière « du pool de remplacement » fut appelée à la rescousse pour encadrer les jeunes recrues. Ce sont les réanimateurs présents qui ont assuré le plus gros de leur formation. Par ailleurs, elle décrit qu'une seule chaise était disponible pour les trois infirmières dans la salle de soin et lorsqu'elles sont allées en parler à la cadre, cette dernière leur a répondu : « parce que vous pensez que vous aurez le temps de vous asseoir ? » (ibid., p.85). Perrault Soliveres décrit qu'elles travaillaient six nuits de suite par semaine avec un dimanche de repos toutes les sept semaines. Les grèves de 1968 ont conduit à un allègement du temps de travail qui leur donna un jour de congé de plus tous les quinze jours sans qu'il puisse être consécutif au dimanche. L'encadrement infirmier, alors en charge des plannings, pouvait s'arranger pour que ces jours soient consécutifs, mais semblait peu disposé à le faire. Nous évoquions, dans la partie

précédente, l'hypothèse d'un masochisme infirmier, mais nous pouvons, grâce à ce témoignage, nous interroger sur ce qui nous semble s'assimiler à une forme de sanction de la part de l'encadrement et sur le « traitement » général des infirmières au sein de l'hôpital. Concernant la dureté souvent rapportée par les infirmières concernant les méthodes d'encadrement, y compris celles produites par l'institution même, l'auteure raconte que lorsqu'elle a eu son premier enfant, elle a fait la demande d'un poste de jour qui lui a été refusé, mais obtint le droit de venir avec son enfant la nuit moyennant une place en crèche dans l'hôpital. Plus tard, ayant déménagé, elle réussit à obtenir un poste de jour à la suite de ce qu'elle appelle « un coup de force » (ibid., p.86), mais on lui donna, certainement en « représailles », un statut indéfini conduisant à ce qu'elle ne soit ni affectée ni à un poste fixe, ni au pool de remplacement (qui bénéficiait lui d'un jour de congé fixe le dimanche). Elle remplaçait donc des personnes en fonction de leurs absences, ce qui conduisait à ce que ses jours de congés soient ceux de la personne remplacée et qu'ils soient donc toujours fluctuants. Elle donne un exemple représentatif de l'ambiance générale en expliquant qu'elle avait acheté un « carnet de repas » dont elle ne put jamais se servir pendant cette période. Elle finit par quitter l'Assistance publique et dû rembourser « son contrat » de formation. Bien que les infirmières avec lesquelles nous avons travaillé relatent des conditions similaires dans la façon dont elles sont considérées et même « traitées » au sein de leurs structures, de nombreuses conditions se sont améliorées à l'hôpital. D'autres restent encore à évoluer. Ce récit permet d'établir que les conditions de traitement auxquelles sont soumises les infirmières sont depuis longtemps laborieuses à vivre. Il est difficile d'imaginer qu'un salarié d'une entreprise privée, hors circuit hospitalier, puisse subir le même traitement. Cela serait tout simplement impensable. Nous devons nous interroger sur les raisons qui conduisent les encadrantes, les directions hospitalières et les médecins, à maintenir les infirmières dans ce rapport, cette position infantilisante, très largement située dans une dureté permanente.

9.3.2.2. Conséquences sur le sentiment de légitimité et la revendication de soi

L'auteure explique qu'elle relate ces éléments afin de rendre compte du « mépris pour les conditions de travail et la vie privée des infirmières » (ibid., p.86) qu'elle a connues et que c'est en raison de ce contexte que les infirmières ont l'impression, hier comme aujourd'hui d'ailleurs, « de n'être ni reconnues ni respectées » (ibid., p.86). On peut aussi comprendre, grâce à ces éléments, qu'il soit difficile pour les infirmières de se sentir légitimes à toute forme de revendication qui les rendrait trop visibles. Ces éléments ont fait partie de ceux exprimés par les infirmières du bloc opératoire de notre intervention. L'auteure constate d'ailleurs que les infirmières sont, sur ce qu'elle qualifie de plan intellectuel, « privées depuis toujours d'une parole officielle sur leurs sentiments, leurs intuitions et leurs affects » (Perrault Soliveres, 2010, p.82). Sur « le plan politique » également, les infirmières ont du mal à prendre position publiquement, « frappées d'une espèce d'interdit de “dévoilement” intériorisé et largement entretenu par toutes les instances de l'institution aussi bien professionnelles que médicales ou administratives » (ibid.). Elle explique que ces interdits à la parole sont justifiés par un « devoir de réserve » brandit à la moindre critique évoquée ce qui les « condamnent » à devoir les réserver au « huis clos des salles de soins ou à s'exprimer anonymement » (ibid.). L'auteure présente une de ses hypothèses qui consiste à considérer l'apprentissage de la soumission dont sont l'objet les infirmières depuis le début de leurs études, comme la source de tous les maux dont elles sont victimes par la suite, et plus particulièrement sur « l'évolution de leur métier et leur place dans la société » (ibid., p.89) pour lesquelles elles n'arrivent pas à œuvrer. Elles en deviennent incapables d'« argumenter leurs critiques pourtant nombreuses et pertinentes du système de soins, mais quasiment toujours empreintes d'une subjectivité et d'un manque de

recul qui leur fait perdre du crédit » (ibid., p.89). Les médecins sont bien conscients de ces lacunes et « ne se privent pas d'en abuser » (ibid.) perdant, dans la foulée, le crédit et la confiance nécessaires à les faire devenir « des interlocuteurs valables » (ibid.). Pour « rester en paix » avec eux et surtout éviter les conflits, elles garderont tout commentaire ou critique pour elles et endureront, en silence, « un paternalisme au mieux bienveillant, au pire condescendant » (ibid.) de la part de ces derniers. L'auteure précise que ce paternalisme n'équivaut en rien à une forme de rapport privilégié. Pour preuve, elle explique que bien qu'aucun lien hiérarchique ne scelle la relation médecins-infirmières, une infirmière qui n'aurait pas les bonnes grâces d'un médecin-chef de service ne pourrait aucunement prétendre à rester affectée dans le service en question.

L'administration se tient, pour sa part, à bonne distance des infirmières qui en font de même. Les directrices des soins, infirmières d'origine qui ont monté les échelons hiérarchiques pour atteindre le poste le plus élevé de leur lignée professionnelle, sont les interlocutrices exclusives des directions administratives concernant les décisions touchant les infirmières. Ces dernières ne seront pas, pour autant, impliquées dans les choix retenus. Les infirmières restent, de ce fait, éloignées de toutes les décisions qui les impactent et sur lesquelles elles ne pourront, d'ailleurs, pas agir. Elles consacrent donc tous leurs efforts au travail de soin et « s'engagent peu au-delà et se plaignent beaucoup » (ibid., p.90). L'auteure ajoute qu'elles se mettent rarement en grève, non pas par manque de conviction, mais « par réels soucis de ne pas faire porter à ceux dont elles ont la charge le poids de leurs difficultés » (ibid., p.90) ce qui nous semble être, là encore, un digne héritage de leurs origines religieuses. Dans la même lignée, l'auteure précise qu'« elles ont une haute idée de leur responsabilité », signe d'un engagement professionnel fort et qu'elles sont dominées par la culpabilité, « un des restes très prégnants de l'ordre moral imposé autant par les fondements religieux de la profession que par les exigences des médecins qui sollicitent une implication forte de leurs petites mains » (ibid., p.90).

9.3.2.3. Un métier départi de sa substance essentielle

Perrault Soliveres (2010) livre qu'elle a toujours entendu les directions des services et des hôpitaux accuser « la pénurie de personnel » comme seule responsable des conditions de travail dégradées des infirmières. Elle constate que les postes à pourvoir étaient fréquemment augmentés et qu'en parallèle, les infirmières quittaient relativement rapidement leur poste, voire l'Assistance publique. Elle ajoute à cette équation que les personnes en congés de maternité n'étaient jamais remplacées. L'auteure se prononce donc en faveur d'une volonté évidente des directions à ne pas remplacer les postes vacants dans une perspective de réduction des dépenses, au détriment des conditions de travail des infirmières. Elle attribue la création du statut d'aide-soignante, datant des années 1960, au même objectif d'économie financière. En effet, elle explique que ce statut qu'elle considère être incarnée par de « véritables infirmières au rabais » (ibid., p.88) a été créé en réaction à la pénurie d'infirmières diplômées et à l'accroissement de l'exigence en personnels « mieux formés ». Les aides-soignantes ont donc hérité des soins d'hygiène générale, du ménage et parfois des tâches que les infirmières leur délèguent à l'abri des regards. Se faisant, les aides-soignantes se chargent désormais de la partie du métier de l'infirmière, à savoir, « le bien-être et le confort du patient » (ibid.) qui constitue le cœur de la relation « privilégiée » avec le malade. L'auteure dénonce donc le paradoxe « de métier » dans lequel se trouvent les infirmières : avoir valorisé la technicité du métier en déléguant « les tâches ingrates » aux aides-soignantes, mais en y perdant ce qui alimente le cœur et le sens de leur activité. Perrault Soliveres (2010) analyse ces éléments et diagnostique que la pénibilité a aujourd'hui changé de place, qu'elle s'est « adaptée » pour se déplacer sur « l'impossibilité

d'effectuer ce qui constitue la part essentielle de la mission d'infirmière : soigner au mieux les personnes qui dépendent d'elles » (ibid., p.86). Dans notre champ épistémologique, nous appelons cela une impossibilité à pouvoir effectuer son travail comme on devrait pouvoir le faire, selon les critères du métier. Cela constitue une des sources de souffrance les plus fortes dans le monde du travail ainsi que l'origine de la perte de sens de l'activité tout entière, et l'auteure n'hésite pas à le nommer de cette manière. Elle fait état des mutations dans les tâches à effectuer et énumère celles qui remplissent aujourd'hui les journées des infirmières : « la traçabilité des actes, les tâches annexes d'organisation des soins, la gestion des multiples tâches afférentes aux soins, sans compter la gestion des procédures et protocoles (conception, apprentissage, mise à jour) » de même que « la nécessité d'adaptation permanente aux nouveaux matériels et médicaments génériques » (ibid., p.86). Elle explique que le volume d'activité ainsi que la fréquence des changements dans les connaissances à acquérir conduisent les infirmières à craindre au quotidien de commettre une erreur. Précisons que les conditions d'accès à ces nouvelles connaissances ne sont pas forcément mises en place dans les structures hospitalières pour des raisons élémentaires : une infirmière en formation est une infirmière absente qu'il faudra remplacer, chose difficile à garantir dans un contexte de sous-effectif permanent. La formation est donc une ressource difficilement accessible.

9.3.2.4. « Ni bonnes, ni nonnes, ni connes »

Dans le contexte historique du métier, les infirmières ne se sont pas souvent illustrées dans une capacité à se mobiliser pour défendre les contours et les acquis de leur profession. Lorsqu'elles l'ont fait, elles n'ont pas souvent eu gain de cause et se sont trouvées renvoyées à l'idée qu'elles n'étaient pas légitimes à demander plus. En 1987, elles s'illustreront dans un paradoxe lorsqu'un décret (le décret Barzach) supprimera la nécessité d'avoir le baccalauréat pour accéder à la formation d'infirmière alors que l'augmentation du niveau d'étude requis ne datait que de 1984. Une simple inscription à la Sécurité sociale ou le fait d'avoir eu trois enfants constituaient les seules conditions d'entrée nécessaires à l'accès au cursus. Les infirmières entament alors une série de manifestations en 1988 alors qu'une majorité d'entre elles n'avaient pas le baccalauréat en poche. Par ailleurs, elles souffraient déjà des pénuries de personnel qu'un élargissement des conditions d'entrée pouvait aider à combattre. Comme le déclare l'auteure : « les infirmières d'après 1968 étaient rebutées par les conditions de travail très contraignantes, mais restaient relativement fières d'un métier qu'elles ont contribué à faire évoluer » (ibid., p.89). Le slogan, destiné à sceller la rupture symbolique du métier d'avec ses racines, fut brandit : « ni bonnes, ni nonnes, ni connes ». Perrault Soliveres (2010) y réagit en écrivant que « l'histoire des infirmières est jalonnée de tentatives d'émancipation » alors qu'il nous semble qu'elles ont justement fait majoritairement la démonstration d'une capacité d'endurance forte provenant de leurs origines pieuses et toujours actives de nos jours. L'émancipation n'a, selon nous, toujours pas germé au sein de ce métier. De la période de contestation de 1988, les infirmières n'ont pas gagné grand-chose d'après Perrault Soliveres. La création d'un service infirmier, la fonction d'infirmière générale, la revalorisation des salaires d'entrée, une prime d'un peu moins de cent euros sont quelques-unes des « avancées » obtenues. Une mesure précise a retenu notre attention en tant qu'elle révèle la conception que les instances décisionnaires se font du métier. Il s'agit de la stagnation des salaires des plus anciennes dans le métier, décidée dans le but de favoriser le recrutement des jeunes et basée sur le fait que « la durée d'exercice d'une infirmière était courte » (ibid., p.92). L'encouragement à rester longtemps dans le métier par la valorisation salariale était rompu. La reconnaissance professionnelle par le milieu professionnel était, par cette décision, encore une fois abîmée et la capitalisation sur l'expérience ou l'ancienneté n'était non seulement pas promue, mais

semblait dans le viseur de l'institution. Était-ce déjà une volonté pour ce métier de n'être effectué que par des jeunes qui se révèlent aujourd'hui le moins en mesure de tenir « la voilure » sur le long terme, sans parler de leur refus à « se soumettre » qui était un élément nettement mieux accepté par les anciennes que les jeunes recrues ?

9.3.2.5. Des conséquences lourdes sur un métier dévitalisé

L'auteure met en lien les éléments précédents avec la politique managériale actuelle qui promeut, comme nous l'avons vu, la polyvalence dans tous les services, de même qu'elle encourage les mobilités au sein des établissements, au détriment de la « compétence, qui ne s'acquiert que dans la fréquentation relativement longue d'une spécialité » (ibid., p.92). Enfin, l'auteure s'étonne que la hiérarchie infirmière soit à l'origine de ces idées, situées à l'inverse de la spécialisation toujours plus forte des médecins qui écoperent des conséquences en ayant un personnel moins bien formé. Comment faire sens de ces décisions qui semblent relever d'un mouvement cherchant à détruire et à déstabiliser plutôt qu'à construire et à consolider ? Perrault Soliveres (2010) conclut en déclarant qu'aujourd'hui « jamais les professionnels n'ont été autant déstabilisés, insécurisés, culpabilisés, usés » et que « la crainte de l'erreur professionnelle ou tout simplement du mécontentement d'un patient est un sujet récurrent d'angoisse et occulte toute forme de remise en question » (ibid., p.93). L'auteure écrit cela certainement avec l'objectif de déclencher une prise de conscience et une réaction du milieu et pourtant dix ans après la parution de cet article, nous pouvons voir que la situation s'est encore plus aggravée, la durée de tenue des personnels de soins dans les services hospitaliers s'est encore plus raccourcie et la pénurie de personnel affecte tellement les services que l'accueil des patients doit être réduit. Comment comprendre que les personnes en position de pouvoir changer la situation ne prennent pas les décisions conduisant à une régénération du métier ? Ces éléments présentés par Perrault Soliveres (2010) mis en commun avec ceux que nous avons trouvés sur le terrain d'intervention prètent à la confusion, voire à l'incompréhension, et expliquent, peut-être, pourquoi les infirmières elles-mêmes, se désabusent face à la dégradation constante de leur métier. L'auteure conclut sur l'idée que l'émancipation des infirmières les conduirait à s'affranchir définitivement d'une forme de domination, donc de soumission, et que prolonger l'impossibilité à pouvoir s'émanciper garantirait le maintien, voire le remplacement, de ce qui servait autrefois de garde-fou, à savoir la religion et l'engagement dans les ordres.

9.3.2.6. Synthèse

En résumé de ce chapitre, nous pouvons dire que les infirmières se situent dans une position ubiquitaire. Elles sont d'un côté tout à fait « victime » d'agression répétée de la part des chirurgiens et d'autres métiers du bloc, comme de la part des infirmiers anesthésistes ou de leurs cadres. Par ailleurs, elles semblent avoir une conscience « inconsciente » de la fonction de soutien qu'elles exercent envers les chirurgiens ce qui tend à les faire souvent relativiser la perspective destructrice de l'attitude de ces derniers. Une prise de conscience ferme et immédiate des conduites agressives des chirurgiens conduirait à une interprétation en puissance du négatif de leur action et générerait un retrait de cette position de réceptionnaire. Pour soutenir, de manière inconsciente, l'activité psychique des chirurgiens pendant leur activité de travail opératoire, elles vont « jouer le jeu » de la position dans laquelle elles sont placées bien malgré elles. Il s'agit là d'une position défensive. Grâce au témoignage de Perrault Soliveres nous comprenons que les infirmières sont placées par l'institution de même que leur encadrement, et ce depuis le début de leur formation, dans une position aride et difficile à tenir.

On pourrait penser à la lecture de ce récit que tout est fait pour leur rendre la tâche difficile. Y aurait-il une vertu à ce que le métier, déjà difficile en soi, soit effectué dans des conditions tout aussi difficiles ? Les infirmières sont maintenues dans un statut qui se répercute sur leur propension à se sentir légitime et à pouvoir revendiquer une place « améliorée ». L'auteure met en cause l'État de soumission dans lequel elles sont enfermées de toutes parts. Les conséquences les plus préjudiciables se retrouvent sur leur métier qu'elles considèrent être dévitalisé et privé de sa substance essentielle, à savoir de son sens. D'autres conséquences sont à déplorer sur la nature des tâches qui sont à effectuer et sur les conditions d'organisation du travail qui les éloignent radicalement du soin et de la possibilité d'effectuer un travail de qualité. Lorsqu'elles ont essayé de se mobiliser à travers des mouvements nationaux, elles n'ont pas obtenu de quoi améliorer leur condition. Elles ont donc perdu l'ambition de pouvoir agir sur leur métier et se retrouvent fragilisées dans l'exercice quotidien de leur fonction qu'elles finiront par quitter plus vite que leurs aînées.

10. La clinique de l'activité pour se dégager d'une vision monolithique de la violence

La clinique de l'activité est un courant théorique et méthodologique qui a beaucoup étudié les questions des affects et de leurs intrications dans l'activité de travail. Nous allons voir comment elle peut nous équiper pour appréhender la question de la violence dans les activités de travail et surtout comment elle peut nous permettre d'éviter rigoureusement de prendre les résultats des conflits interactionnels comme point de départ d'une réflexion sur le sujet et comme source de compréhension unique d'une réalité de travail.

Nous avons présenté en fin de première partie les piliers fondamentaux qui étayent le courant de la clinique de l'activité. Nous allons en reprendre certains et en approfondir d'autres afin d'enrichir notre présentation théorique et développer une conceptualisation plus ample qui nous équipera pour évaluer la problématique ainsi que les réflexions que nous cherchons à développer sur le sujet.

10.1. Faire clinique sur l'activité

10.1.1. L'activité comme point de départ

La clinique de l'activité part d'une conception de l'activité triadique (Clot, 1995 ; 2008) qui relie le sujet, l'objet et les autres. L'activité est même « adressée » puisqu'elle est « simultanément dirigée vers son objet et vers les autres activités portant sur cet objet, que ce soient celles d'autrui ou encore d'autres activités du sujet » (Clot, 2008, p.6). Autrement dit, l'activité va médiatiser les personnes et les choses de façon dynamique, puisqu'il va y avoir un « effet retour » sur les individus, leurs objets de travail et le monde dans lequel ils agissent. Clot (2016 b) écrit qu'il y a deux moments « corrélatifs dans l'activité : sa structure instrumentale et son insertion dans le système des rapports avec les autres Hommes » (Clot, 2016 b, p.53) ce qui le conduit à qualifier cette triade de « vivante ». On y produit des objets aussi bien matériels que symboliques, du lien et des rapports humains en vue d'une forme de « re-création » du monde dans lequel ils vivent. C'est précisément cela qui permet, d'une part, d'être en bonne santé et d'autre part, de se développer. Dans le cas contraire, c'est également par cet angle que l'individu perd de la vitalité, des marges de manœuvre, et *a fortiori*, y laisse aussi une part, plus ou moins grande, de sa santé.

10.1.2. L'activité comme conflit entre des possibles de l'action

Clot identifie un premier conflit propre à l'activité qui viendrait du fait de ne pas être unilatéralement dirigée vers « son objet » et surtout de ne pouvoir y accéder qu'au travers de l'activité des autres. Il se trouve qu'elle est toujours orientée dans plusieurs directions à la fois et c'est ce « conflit » qui se trouve être aussi la source de son développement. Cela dit, il est également un « trait d'union », un « rapport social », car « si l'homme n'est pas seul en face d'un monde d'objets, à l'inverse, les rapports entre sujets ne sont pas eux-mêmes un face-à-face » (Clot, 2016 b, p.56).

Le second conflit inhérent à l'activité est celui qui permet à l'individu de se placer sur une trajectoire historique. Les événements qui font partie des expériences passées constituent un « déjà vécu » qui permet de réagir avec un stock référentiel à son actif qui influera sur les manières dont ces mêmes individus agiront dans des situations similaires. Clot (2016 b) dit qu'il « organise ses attendus réitérables - construits avec les autres par-delà les inattendus de chaque situation » (ibid., p.57). Les expériences acquises qui s'opposent aux expériences à venir génèrent également un conflit qui « affecte » l'activité. C'est à cet interstice que peuvent se trouver des « fluctuations de sa vitalité » (ibid., p.58) pouvant être d'intensité plus ou moins forte. S'inspirant des travaux de Vygotski, Clot (2016 b) présente une définition de l'affect qui serait une « variation de puissance dans l'action » (ibid.).

10.1.3. Les affects comme ressource

Tirée des écrits de Spinoza, cette conception de l'affect serait décrite comme une force éprouvée par les individus qui serait variable et dont la puissance serait à attribuer aux expériences traversées, mais également aux ressources individuelles et collectives pour agir, et même réagir, face aux épreuves rencontrées. Ces ressources permettent de « sortir » d'une passivité première inévitable lorsque l'on est dans les prémices de la rencontre de l'inattendu.

Les affects auraient également la fonction de « faire ressentir ce qui d'abord nous dépasse » (ibid., p.58) et en cela se présenteraient comme un « passage », « un rapport de force » nourrissant ou, au contraire, appauvrissant « la vitalité de l'activité ». Ils peuvent également être décrits comme un lieu où se « convertissent » les forces et l'énergie. C'est ainsi que le sujet va pouvoir « puiser » dans ses ressources et ainsi moduler l'intensité de son activité au contact de la situation réelle que l'affect va lui permettre d'éprouver, de ressentir. Clot (2016 b) le résume en disant que « l'affect et la vie “marchent” ensemble » (ibid., p.59). Il le situe « au cœur de l'activité pratique et psychique » et précise qu'il intervient à la rencontre « de l'activité vivante en cours et le déjà vécu disponible » (ibid.). Au-delà d'un simple ressenti, l'affect, selon Clot (2016 b) devient un moyen de communiquer une réaction à l'individu puisqu'il dit que « ce qui excède, dépasse les schèmes connus, les inhibe ou, à l'inverse, est confisqué par eux se signale par l'affect » (ibid., p.59). Autrement dit, il alimenterait le rapport d'une sorte « d'état des lieux » des connaissances et des moyens d'action et permettrait de stimuler une réponse à une situation inattendue. D'ailleurs, l'auteur remarque que face aux inattendus des situations, l'organisation psychologique du sujet vacille pour être mise à l'épreuve souvent au-delà de ce à quoi peut répondre le sujet. Une opposition s'agite en lui, motivée par la confrontation entre passivité et activité à la hauteur de ce que les affects « rechargent » ou « déchargent » d'énergie. De cette collusion pourra naître l'avènement d'une façon de faire nouvelle, tout comme l'immobilisme dans « la défense anxieuse des habitudes » (Clot, 2016 b, p.60). Clot nomme « affect vital » le résultat de la rencontre entre passivité et activité. Relevons que par son action, l'affect va « redistribuer » le passé et le futur dans le présent et qu'en cela, Clot (2016 b) le considère comme producteur d'une « temporalité inédite au destin imprédictible » (ibid., p.61). Ce mécanisme se bonifie avec la répétition de son mouvement et le développement de l'individu se densifie bien au-delà d'une logique arithmétique. En effet, plus l'individu va être « capable » d'être affecté par des registres multiples sur le terrain de l'activité, mieux il va être en mesure de passer « d'un plan à un autre » et plus ses possibilités d'agir vont être enrichies et nuancées (Clot, 2016 b, p.63). Par ce processus, l'individu va enrichir ses « marges de manœuvre personnelles » (ibid.) et aura une palette d'action bien plus large. En cela, il développe également ses capacités à être un sujet. Dans un cas, il y aura liaison et dans l'autre déliaison et c'est précisément cela qui fait écrire à Vygotski que le réalisé est « le système des réactions qui

ont vaincu » et que le non réalisé ne constitue pas l'ensemble des possibilités non réalisées puisque l'individu en est rempli (Vygotski 1997 cité par Clot, 2016 b, p.63). Précisons que l'individu ne perd jamais sa dimension sociale, selon Clot nourri des théories de Vygotski, puisqu'il ne devient « sujet psychologique » que lorsqu'il arrive à faire seul et différemment d'avant ce qu'il a d'abord tenté avec les autres. Il s'agit là du phénomène de la « zone proximale du développement » concept largement utilisé par les courants des théories de l'apprentissage et décrit par Vygotski. L'individu peut alors s'approprier ces nouvelles manières de faire, acquises par l'expérience avec les autres. Ce mécanisme fonctionne tout aussi bien à l'inverse. Moins l'individu va faire l'expérience de la nouveauté, moins ses capacités à être affecté vont être sollicitées. Son pouvoir d'agir va s'appauvrir et avec lui l'ensemble de son activité. Ses ressources et son dynamisme vont se disperser, pour le conduire à une forme de « nécrose ».

Sur la base de ces premiers éléments, nous pouvons faire l'hypothèse que ce qui motive tout aussi bien les comportements des chirurgiens comme ceux des infirmières sont le résultat d'affects saturés, appauvris qui réduisent leurs possibilités d'action tout comme le registre de réaction qu'ils possèdent face à un environnement qui a largement démontré qu'il était générateur d'adversité. Il nous paraît important de clarifier, selon la clinique de l'activité, ce qui de la notion d'affect ou de celle d'émotion, voire de sentiment, pourrait être le moteur principal dans ce qui s'incarne dans les comportements violents ou agressifs des chirurgiens de même que dans les réponses des infirmières.

10.1.4. Les émotions, source du guet

Dans une note de bas de page qui fait date, Clot (2008) spécifiait que les émotions étaient contenues dans une « palette des instruments corporels » du sujet. Elles étaient déjà considérées comme « une réponse » (ibid., p.8). Les affects en revanche étaient une manière d'éprouver « l'activité du sujet et son organisation personnelle » (ibid.) résultant d'un conflit comme nous l'avons rappelé en amont. Clot (2008) précisait déjà que les deux pouvaient ne pas concorder comme c'est le cas dans l'exemple de « pleurer de rire » ou de joie d'ailleurs. Clot (2008) y ajoutait que les émotions étaient « socialement construites et partagées » et qu'elles se « cultivaient » dans les sentiments, « représentations collectives et instruments sociaux de la pensée qui véhiculent normes, idéaux et valeurs » (ibid., p.8). Les affects seraient donc « médiatisés corporellement et socialement par les émotions et les sentiments » (ibid., p.8), et ils auraient, à leur tour, une action « en retour » sous forme d'énergie et de vitalité sur ceux-ci.

Dans un texte plus récent (Clot, 2017), Clot, citant Zavaloff et Ribot, mentionne que les émotions et la perception ont la même « nature ». En effet, elles auraient la même fonction puisque l'émotion est « dans l'ordre affectif l'équivalent de la perception dans l'ordre intellectuel » (Clot, 2017, p.31) à savoir qu'il s'agirait d'un « processus d'anticipation ». Clot explique, citant Berthoz, que percevoir un objet, c'est imaginer les actions qu'aurait son utilisation dans le monde. De la même manière, « l'émotion d'un sujet est l'anticipation sensible et corporelle des actions sur soi qu'implique la situation, un signal extérieur ressenti avant toute appréciation rationnelle » (Clot, 2017, p.31) ou encore, citant Léontiev, « la coloration affective de l'expérience éprouvée » (Clot, 2017, p.31) qui générerait de manière presque anticipée une « action sur soi » au contact et en réaction de « l'activité en cours » (ibid.). Ces éléments, appliqués à notre terrain d'observation, consisteraient à considérer que les réactions émotionnelles des chirurgiens, comme celles des infirmières, seraient une réaction immédiate et presque déjà vécue, au contact d'éléments ayant déjà généré des réponses antérieures dans

les mêmes situations. Pas d'élaboration rationnelle de la pensée dans ces situations, mais plutôt une réaction corporelle et spontanée aux contacts de ces éléments générateurs d'émotions.

Clot (2017) ajoute que les émotions sont « socialement construites, partagées et contagieuses » et qu'elles font du corps, de « l'organisme », un « instrument psychologique » (ibid., p.31). Elles sont propres et spécifiques à un milieu dans sa dimension historique, idéologique et même psychologique. Clot (2017) relève que les idées peuvent, à ce titre, « passer au premier plan comme siège des émotions et contribuer ainsi à enrichir les tonalités émotionnelles du vécu corporel lui-même » (ibid., p.32). On comprend bien comment des points de vue spécifiques à une situation vont « enfermer » le registre émotionnel dans les mêmes voies de réaction et de quelles manières l'évolution des idées pourrait interagir sur la palette de réactions émotionnelles. C'est ce que Clot (2017) nomme la « migration des émotions » (ibid., p.33). Il expose très clairement que « les systèmes sociaux de la pensée » sont à l'origine de « simples ressources pour vivre ses émotions », mais qu'ils peuvent « devenir pour le sujet, la source de la transfiguration de ses émotions en sentiments et inversement » (ibid., p.33). Il nomme ce processus « des passages interfonctionnels entre affects et concepts » (ibid., p.33).

Vygotski dans sa « théorie des émotions » (1998, cité par Clot, 2017, p.33-34) écrit que dans un moment de « forte excitation » la « puissance ressentie » est « colossale ». Il qualifie ce ressenti « de sentiment » et dit qu'il élèverait la personne à un « plus haut niveau d'activité ». Il ajoute que « lors de fortes émotions, l'excitation et le sentiment fusionnent, libérant par là même une énergie mise en réserve et ignorée jusque-là et faisant prendre conscience de sensations inoubliables de victoire possible » (Vygotski, 1998, p.104, cité par Clot, 2017, p.33-34). Nous pouvons faire deux hypothèses sur la base de cette description : dans le cas de nos chirurgiens, soit leurs attitudes violentes et agressives répétées sont la démonstration vivante et corporelle d'une autre voie, « négative », de réaction. Cette hypothèse infirmerait le point de vue Vygostkien. Soit, le bénéfice crée par la synergie de l'excitation et du sentiment, profiterait à l'activité de travail, à savoir l'acte d'opérer, qui se trouve toujours enrichi des dégagements agressifs produits par les chirurgiens. Dans ce cas, l'objectif inavoué, ou inconscient, de ces associations affectives aurait comme destinataire l'activité elle-même. L'action agressive résultant des interactions avec les infirmières serait à comprendre comme une action corolaire d'une autre activité, celle de la réalisation de l'acte opératoire. D'ailleurs, Clot (2017) identifie que les émotions « se développent » en s'enrichissant « d'expression et de réalisations différentes qui en retour modifient leur caractère » (ibid., p.35). Il explique par ce rapport « développemental » le fait que nous pouvons « rire de peur » ou « rire jaune ». Ceci donnerait naissance à une hypothèse supplémentaire qui consisterait à voir des réactions émotionnelles, comme celles de la colère, de l'agressivité ou de la violence, comme l'expression d'un autre contenu que celui auquel il s'apparenterait. Pour le qualifier, il nous faudrait pouvoir interroger les principaux concernés, dans notre cas les chirurgiens. Nous retenons l'idée que la forme ne détermine pas forcément le fond et qu'il pourrait tout aussi bien s'agir d'un contenu différent de celui auquel notre système de représentation pourrait correspondre.

10.1.5. Synthèse

La clinique de l'activité fait en quelque sorte la synthèse du cœur des mouvements psychiques que nous avons cherché à éclairer à cette différence près qu'elle décline la description de ces processus par l'entremise de l'activité tout entière. En effet, dans sa conception triadique, l'activité est décrite comme un conflit puisqu'elle est dirigée dans plusieurs directions à la fois. Ce conflit permet le développement et se situe même à sa source. Un second conflit, propre à

l'activité, oppose les expériences passées à celles à venir. Les expériences passées constituent un stock de situations déjà vécues qui équipent l'individu contre les aléas des imprévus dont regorge le réel. L'inverse est également vrai. Les affects générés par ces deux cas de figure auraient la possibilité d'impacter l'activité à proprement parler. De même qu'il est possible de transformer un affect bloqué dans un registre négatif en une opération réussie par de multiples façons, la plus efficace restant l'échange collectif sur le sujet, ce que font du reste les chirurgiens lorsqu'ils se forment mutuellement sous le format du compagnonnage.

Les affects sont médiatisés corporellement et socialement par les émotions et les sentiments. Le corps est à ce titre un instrument psychologique. Les affects sont d'ailleurs une manière d'éprouver l'activité du sujet et son organisation personnelle résultant d'un conflit. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que les manifestations de violence des chirurgiens sont le signe de ce dégagement affectif et émotionnel qui se manifeste à l'occasion d'un conflit. Lorsque la rencontre avec l'imprévu de l'intervention permet de puiser dans un stock de situations déjà rencontrées, l'expression est contenue et les ressources sont disponibles pour agir. En revanche, lorsque survient une situation qui prend le chirurgien de court, elle le déstabilise puisque ce dernier va devoir improviser une manière d'agir inédite. Dans cette opération, les fluctuations émotionnelles peuvent venir teinter de leur virulence l'éventail de réaction comportementale utilisé.

11. En conclusion : une violence fonctionnelle et historico-sociale ?

11.1. Thèse et perspectives d'analyse clinique

Dans le récit de l'intervention que nous avons présenté en deuxième partie, nous avons relaté que notre action s'était réalisée dans un bloc opératoire décrit comme ayant des coopérations professionnelles dégradées par des interactions violentes. De plus, le suicide d'une infirmière a été présenté comme pouvant être lié à ce contexte de travail abîmé. Dès notre arrivée dans les lieux, nous avons pu constater que les relations de travail étaient effectivement très tendues, que les coopérations étaient réduites à leur minimum fonctionnel et que cet état de marche avait un coût psychique, et potentiellement psychosomatique, important sur les personnels du bloc opératoire. Nous pouvons donc dire que l'intervention s'est réalisée dans une situation que nous ne pouvons pas qualifier de « classique », c'est pourquoi la notion de violence a émergé sur cet axe, laissant supposer qu'elle était une valence dysfonctionnelle, voire réactionnelle à un fonctionnement inopérant et dégradé de travail.

Or, nous avons pu voir dans le troisième chapitre recensant les ressources théoriques que la violence dans les blocs opératoires pouvait être considérée comme endémique, permanente et qu'elle avait très certainement une portée qu'il nous revient de préciser, soutenant l'activité des chirurgiens puisqu'elle s'exprime dans la réalisation du travail concret. Précisons que la violence fait partie intégrante de la formation des chirurgiens et de leur culture de métier. Nous avons décrit et soulevé qu'elle était omniprésente et certainement opérante dans des conditions de coopérations professionnelles dégradées qui n'arrivaient pas à se régénérer dans les caractéristiques organisationnelles en place dans ce bloc opératoire, de même que dans les fonctions des métiers qui y exercent et des pratiques relationnelles qu'ils impliquent.

Nous avons également précisé que la violence était un rapport humain, dirigé vers les autres ou vers soi-même, ce qui qualifie la violence de rapport subjectif pouvant également être intersubjectif. Un acte violent peut s'avérer utile pour une « économie » psychique subjective, mais tout à fait nocif d'un point de vue social. La situation que nous cherchons à analyser concernant les chirurgiens semble mettre en exergue la manière dont ces deux dimensions, subjectives et intersubjectives, de l'acte violent, peuvent aller dans des directions différentes tout en étant, malgré tout, liées entre elles. Nous pourrions envisager que la violence sociale, de même que la violence « pour soi », puisse passer par les mêmes matérialités. L'objet de notre analyse et du dialogue que nous chercherons à instituer dans cette thèse portera sur ces matérialités du point de vue de leur fonction et constituera, finalement, un dialogue sur le travail. Le cas de la violence des chirurgiens pourrait être un microcosme de la violence systémique que nous avons également décrite et qui touche le monde hospitalier. Cette violence s'inscrit dans des dynamiques subjectives qui font disjonction avec l'intersubjectif, et par cela, nous devons comprendre que les deux dimensions du métier, interpersonnelles et transpersonnelles, sont dissociées des deux autres, personnelles et impersonnelles, par manque de cadre de dialogue réglé sur le travail. Nous savons que cette rupture est l'objet de carences essentielles pour la fertilité du métier (Clot, 2008).

Les apports théoriques permettent, par ailleurs, d'envisager en guise d'hypothèses, différentes explications pour appréhender et comprendre la violence et son usage en tant que mécanisme psychique, mais également comme outil psychologique tout autant que sa mise en relation avec la réalisation de l'activité de travail, sans oublier ses liens avec les empêchements à faire et à dire dans ces relations de travail caractéristiques du réel de l'activité tel que défini par Clot (1995 ; 1999). Pour n'en citer que quelques-unes, nous pouvons dire que du côté des chirurgiens, l'expression de la violence peut être le signe d'un mouvement identitaire chargé de revendiquer une appartenance collective à un groupe professionnel. Les chirurgiens sont « éduqués » dans leur apprentissage professionnel à être violent, à manipuler et utiliser cette violence à des fins liées à leur activité. Ils en sont d'ailleurs destinataires pendant longtemps en tant que « rite » de métier de même qu'en tant que style d'interaction sociale des anciens envers les jeunes. Ce faisant, utiliser à son tour la violence, une fois leurs études terminées, serait une manière de signer le ralliement à un groupe professionnel de métier.

Une autre hypothèse consisterait à considérer la violence des chirurgiens comme un mécanisme de défense collective incarnant une idéologie défensive de métier. Toujours présentes lorsque le métier expose celui qui travaille au risque et au danger, les attitudes viriles visant à attaquer « les plus faibles » contribueraient à réduire la notion même du risque et du danger de manière à le tourner en dérision. Dans ce rapport perverti au monde professionnel, le doute, le stress et l'angoisse constituent des signes de faiblesse qui imposent aux professionnels d'être éradiqués.

Nous pourrions également évoquer la piste qui conduirait à envisager que l'expression de la violence en salle serait un outil pour les chirurgiens leur permettant de « calmer leur excitation ou leur tension nerveuse », de même que la fatigue que les longues opérations peuvent générer. Une autre hypothèse élaborée sur des travaux sociologiques considère ces attitudes « raides » et « tyranniques » comme des formes de vigilance face aux risques encourus par le patient à la suite d'un « accident » opératoire faisant référence dans le parcours des chirurgiens. Ces événements malencontreux vont déterminer le chirurgien à agir avec rigidité envers les internes ou les infirmières telle une manière de combattre le risque que cela puisse se reproduire par négligence ou manque de rigueur.

Qu'elle soit le fruit d'un mécanisme sublimatoire, d'un élan pulsionnel incontrôlable, du dégageant visible d'un mécanisme traumatique, la violence au sein des blocs opératoires fait incontestablement partie des phénomènes omniprésents et doit être considérée comme une réaction endémique liée à l'activité de travail qui s'y déroule.

Il nous faut désormais nous atteler aux analyses cliniques des matériaux issus du terrain d'intervention pour tenter de qualifier plus précisément la violence que nous avons rencontrée dans ce bloc opératoire. Ce faisant, nous chercherons à décrire et à nous représenter de quelle manière elle se réalise et ce qu'elle vient plus spécifiquement soutenir lorsqu'il s'agit d'activité de travail. Nous chercherons également à identifier à qui précisément elle est adressée et finalement à qui elle est destinée. Nous entrerons également dans le détail de ce qui est dit sans omettre d'identifier à qui ce contenu est adressé et la fonction qu'il soutient. Il nous faudra également éclairer la nature de cette violence et ses différentes modalités. Pour ce faire, nous utiliserons deux unités d'analyse : la théorisation de la violence verbale que nous avons présentée précédemment dans la revue de question. Par ailleurs, nous analyserons également les matériaux cliniques à la lueur de la théorie de la clinique de l'activité et plus précisément dans sa conception de l'activité dirigée que nous reprendrons afin d'en préciser les contours.

Quatrième partie : Analyses des éléments cliniques issus du terrain

12. Analyse clinique de la violence au quotidien

12.1. Exposé des sujets provenant des groupes de travail avec les IBO/IBODE : une démarche d'analyse pour comprendre la réalisation des violences du quotidien

Les sujets qui ont été abordés au fil des cinquante-sept séances de discussion avec les IBO/IBODE ont été nombreux. Nous allons les parcourir en passant à travers les thèmes et les protagonistes avec lesquels ces sujets se problématisent. L'encadrement tout d'abord, puis les chirurgiens, les IADE, les aides-soignants brancardiers internes et pour finir les aides-soignantes de bionettoyage. Par cette approche, nous pourrions survoler un nombre important de situations que nous chercherons, par la suite, à mieux comprendre. Le contenu des propos des IBO/IBODE qui figurent dans les deux prochains chapitres a été recueilli par des notes prises par l'intervenante après chaque séance. Ils seront restitués au plus près de leur contenu. Nous nous sommes exclusivement concentrées sur les verbatims des infirmières et aucun propos exposé ne pourra être considéré comme un point de vue que nous porterions sur les situations que décrivent les IBO/IBODE.

12.1.1. Les relations avec l'encadrement

L'équipe encadrant les IBO/IBODE est constituée d'une cadre supérieure et de trois cadres de proximité. Au moment où nous avons démarré l'intervention, deux cadres de proximité étaient dans ce bloc depuis une durée relativement courte (trois ans et un an et un an et demi) alors que la dernière cadre de proximité était dans le bloc depuis douze ans, de même que la cadre supérieure. On peut dire que les cadres ayant une longue ancienneté dans le service avaient une façon de travailler très similaire et surtout partageaient une capacité d'anticipation de leurs actions mutuelles qui était très forte. Pour le dire plus simplement, elles savaient d'avance ce qu'allait faire l'une et l'autre sans avoir besoin de se le dire. La coopération était donc très complémentaire et très harmonieuse entre elles. En revanche, avec les deux cadres plus récentes, la situation n'était pas du tout la même. Celle ayant trois ans dans ce bloc était très directive et avait tendance à prendre des décisions impliquant l'équipe toute seule sans en parler à ses collègues (chef et collègues incluses). Quant à la dernière, ayant été cooptée par celle ayant trois ans d'ancienneté, elle se plaçait dans son sillon sans vraiment avoir de point de vue sur les situations qu'elle avait à superviser. On peut noter qu'il y avait une ascendance ainsi qu'une « soumission » assez forte de la plus ancienne sur la plus récente.

La situation entre les trois cadres de proximité était donc très déséquilibrée et la cadre supérieure, très consciente de la volatilité qui caractérise les cadres en raison d'une pénurie installée sur ce métier, n'osait pas vraiment s'illustrer dans une forme de management directif dans lequel sa position de chef serait revendiquée. Le résultat se répercutait sur les équipes puisque chaque cadre mobilisait des règles relativement différentes les unes des autres et qu'elles n'avaient pas toutes le même « compas » lorsqu'il s'agissait d'établir les axes de priorité lors d'une prise de décision. Pour illustrer ces divergences, on pouvait voir des IBO/IBODE venir à la coordination signaler un problème qu'elles avaient en salle avec un

chirurgien, les deux cadres anciennes se déplaçaient en salle pour évaluer la situation et se « montrer » pour que le chirurgien se voit opposer un « contre-pouvoir » symbolique. Les deux cadres plus récentes se contentaient de dire aux IBO/IBODE de régler leur problème directement avec le chirurgien, sans se déplacer. Dans un autre exemple, une IBO signale aux deux cadres récentes qu'il ne restait plus qu'une seule boîte d'instruments pour les opérations de plastie dans l'arsenal et que cela compromettrait les opérations prévues dans cette spécialité pour la journée du lendemain. Dans ce cas précis, les cadres ont en général le même protocole d'action qui consiste à contacter le service de la stérilisation afin de négocier avec eux de pouvoir obtenir en urgence des boîtes d'instruments. Au lieu de cela, une des cadres récentes lui a répondu de « se débrouiller toute seule ».

12.1.1.1. Une coopération à sens unique

Il en résulte que nombreuses ont été les IBO/IBODE à dire que les cadres ne prenaient pas soin d'elles ou qu'elles n'étaient pas bienveillantes avec elles. Une IBODE dira dans une anecdote où une cadre ne tenait pas compte du temps qui lui était nécessaire pour terminer le travail d'une affectation avant de l'envoyer vers une autre : « et moi ça me euh... ça me déprime parce que si elles-mêmes, elles ne s'en rendent pas compte, ça veut dire que tout le monde s'en fout en fait ! ». De retour de vacances, interruption permettant une mise à distance du travail bénéfique pour adopter de nouvelles résolutions et donc de nouveaux comportements, elle déclarera : « je ne m'épuiserai plus pour ce bloc ! » révélant la démotivation qui peut survenir dans des situations de la sorte vécues répétitivement.

Elle expliquera le retournement de la manière suivante :

« Quand je suis partie en vacances, je me suis dit c'est fini ! Ben oui parce qu'avant j'arrivais sur les rotules et je me disais "qu'est-ce que j'en retire au final ?" Parce que c'est jamais, pas de merci, après dès qu'il y a un problème on vient nous pointer du doigt, ben moi maintenant j'ai dit je peux ou je ne peux pas. Quand je ne peux pas, je ne peux pas ! Donc quand hier elle m'a dit "machin" je lui ai dit "je ne peux pas". Avant j'aurais essayé, je serais allée faire le robot, après j'aurais couru en haut, j'aurais fait ce que j'aurais pu euh non ! c'est fini ! fini ! Parce que elles ce qu'elles retiennent c'est qu'elles peuvent compter sur nous, mais c'est à sens unique je ne parle pas pour toutes. Voilà et après, elles se reposent sur nous, mais pas de la bonne façon, enfin je veux dire c'est normal qu'elles délèguent, mais c'est un peu pernicieux la façon dont elles le font ! »

Elle poursuivra son explication par les conséquences que ce rapport génère sur la qualité de leurs relations de travail :

« Surtout la mauvaise foi, j'ai du mal à leur faire confiance. Ça aussi c'est fatiguant : on leur fait pas confiance donc euh ben on vérifie tout, ben ça fatigue parce qu'au final on contrôle derrière ce qu'elles-mêmes elles font, tellement la confiance n'est plus là ! Moi je pense que ça c'est le plus fatiguant parce que tu as personne sur qui te euh... t'aider

Collègue A : t'épauler

IBODE : voilà ! C'est ton encadrement et tu as presque peur d'aller les voir donc en fait tu te débrouilles et c'est plus fatiguant parce que tu pourrais déjà avoir des solutions plus faciles, moi c'est ça qui euh... ».

On peut voir dans ce témoignage les conséquences et les répercussions induites par un management qui ne s'illustre pas dans un investissement visible et reconnu à l'égard de l'équipe.

12.1.1.2. Une confiance en berne

Dans la suite des échanges avec les groupes, un IBO mentionne qu'ils ne sont jamais crus lorsqu'ils disent des choses. Ce point, repris par sa collègue puis développé de la manière suivante :

« Elles-mêmes savent qu'elles ont fait une faute, mais elles vont faire en sorte de retourner le truc en culpabilité. Et ça continue ! Et moi, quand je suis arrivée, quand je suis revenue, je trouve que c'est ça le plus épuisant, autant le changement ok, parfois on peut pas faire autrement, on arrive parfois, c'est pour gagner 10 min, mais 10 min parfois c'est pour l'anesthésiste qui dit "après je n'endorm plus", c'est 10 min pour éviter qu'ils disent non, y'a ça aussi ! On fait comme on peut et tout n'est pas louable, y'a des fois on ne peut pas faire autrement, admettons. Mais ça c'est fatigant de toujours devoir se battre pour exprimer, pour toujours avoir des preuves... ! (imitant la cadre) "Mais non, je ne comprends pas, mais non !". Alors qu'il a des fois où on a juste envie d'entendre "désolée, j'ai juste oublié, on va se débrouiller". Je suis sûre qu'en plus : "ah ben c'est passé, on va faire, on va trouver une autre solution", je suis sûre qu'on aurait déjà tous oublié en fait, on serait tous passés à autre chose. Mais là, on reste dessus et en plus c'est un truc qui finalement va rester des jours. Pourquoi ? Parce qu'on va le ruminer ! On va le ruminer ! On va se dire euh, on a ce sentiment d'avoir mal fait, de toujours être euh... ».

On peut voir dans ces propos comment le fait de ne pas attester de la réalité telle qu'elle est vécue par les IBO/IBODE peut entamer la confiance qu'elles entretiennent à l'égard de leur encadrement. Les IBO/IBODE ont l'impression de ne pas faire partie du même camp et d'être sollicitées à participer à un engagement dépassant largement ce qu'elles devraient faire si elles n'étaient pas aussi investies, mais de ne pas recevoir la considération liée à cet engagement. La déception se transforme en remise en cause (des deux côtés) et finit en rumination, en colère.

Elle conclura par les propos suivants :

« Et moi c'est ça, moi que je trouve le plus fatiguant c'est de toujours tout justifier, tout essayer, tout noter parce que sinon elles nous attendent au tournant parce qu'on n'a pas écrit une ligne ».

Elles sont nombreuses à avoir décrit comment, dans le retournement provoqué par l'absence de prise en compte des situations traversées, elles se sentent incriminées, voire exposées aux reproches de ne pas avoir fait ce qu'elles auraient dû faire. L'une d'entre elles raconte que lorsqu'elle va parler d'un problème, il faut qu'il soit résolu avant d'aller en parler. Cependant, les cadres lui demandent malgré tout de raconter l'ensemble des étapes rencontrées sous peine de se le voir reprocher. Elle explique qu'à chaque fois, elle se trouve prise entre le problème, le fait de devoir en rendre compte, et le fait qu'on lui reproche d'en parler, si elle ne l'a pas résolu avant d'en parler, car pour le coup, elles n'auront pas de solution.

12.1.1.3. Ne surtout pas dire ce que l'on pense

Lorsqu'une IBO/IBODE arrive dans ce bloc, les cadres lui font effectuer une période de formation d'environ un mois par spécialité, puis il leur est demandé de choisir deux spécialités sur lesquelles elles seront affectées en priorité. Dans la réalité, nous avons vu deux autres situations bien différentes : les plus anciennes de l'équipe sont affectées à des spécialités

uniques et les plus récentes sont déployées sur toutes les autres spécialités en fonction du planning opératoire et des personnes présentes quotidiennement.

Or, toutes ont mentionné qu'il ne fallait surtout pas dire sur quelles spécialités elles souhaitaient véritablement s'investir, car lorsqu'elles le faisaient, elles étaient sûres de ne jamais s'y voir affecter. Nous avons eu les exemples de celles qui, ne le sachant pas, avaient exprimé leurs souhaits en toute sincérité et qui confirmaient n'y avoir jamais été affectées et celles, mises dans la confiance par d'autres, qui n'avaient surtout rien dit et qui se retrouvaient de temps en temps dans les disciplines qu'elles appréciaient particulièrement.

Lorsque certaines ont tenté d'en parler avec les cadres, ce qui a également été notre cas, ces dernières ont répondu qu'« il fallait que ça tourne » dans l'équipe et qu'un bloc polyvalent ne pouvait pas créer des disparités au niveau des connaissances techniques des IBO/IBODE. Elles affirmaient que tout le monde devait savoir tout faire ! Or, dans les faits, ça n'est pas le cas puisque, comme mentionné précédemment, les anciennes, pour la plupart, sont affectées à des spécialités moins exigeantes et une grande partie d'entre elles n'instrumentent plus. La polyvalence est donc absorbée par une majorité d'IBO/IBODE plus jeune, en formation ou dans leurs premières années de carrière.

Les IBO/IBODE ont mentionné l'idée de pouvoir les laisser s'exprimer librement sur leurs préférences de manière à pouvoir créer un modèle de « sélection naturelle » des affectations dans les spécialités, et les cadres s'y sont opposés rigoureusement, le justifiant par le fait que cela serait ingérable en période d'absence ou de vacances et que cela reviendrait à sectoriser le bloc opératoire par discipline alors qu'il devrait rester organisé sous une forme mutualisée. Il en résulte que les IBO/IBODE ont pris l'habitude de ne pas révéler leur préférence de spécialité et que cette réalité concourt à diffuser l'idée que les cadres ne « prennent pas soin d'elles ». Nous pensons même qu'il s'est développé une certaine méfiance à leur égard.

Une IBO a rapporté avoir demandé plusieurs fois à exercer des responsabilités comme être référente d'une discipline ou pouvoir être de temps en temps affectée à la coordination. Cela lui a toujours été refusé. En revanche, les cadres lui ont proposé une attribution à l'égard de laquelle elle n'avait pas d'affinité. Elle a donc refusé et la perspective de s'investir sur un sujet a été abandonnée. Sa collègue réagit en disant que, selon elle, les cadres n'avaient pas envie de les voir évoluer et qu'il était probablement même plus « pratique », pour elles, de les maintenir à la même place, de manière à les garder « sous le coude ». Elles ont rapproché ce problème de l'accès à l'instrumentation à laquelle elles n'accèdent qu'après plusieurs mois de formation au bloc alors que, selon elles, la formation à cette fonction démarre véritablement par l'action concrète de terrain. Ce point est d'ailleurs propre à la chirurgie plus généralement, car les chirurgiens apprennent également leur métier non pas par la théorie, mais en pratique et par la répétition constante de cette pratique. Ces échanges conduiront une IBO très récente dans le métier à dire qu'elle n'avait pas envie de rester dans ce bloc en grande partie à cause des conditions de travail qualifiées d'épuisantes précisément parce qu'elles résultent d'une très grande désorganisation. Elle ajoutera, comme d'autres d'ailleurs, qu'elle pensait que l'organisation pourrait être améliorée, mais qu'elle était « bloquée » par l'encadrement.

À titre d'exemple, elles seront plusieurs à décrire que la préparation des caddies se fait le matin, mais que la programmation opératoire du lendemain peut changer à tout moment. Les changements proviennent du chirurgien et de son service, mais les cadres sont les seules habilitées techniquement à inscrire des changements de planning de dernière minute sur le logiciel de programmation. Elles procèdent aux changements de programmation sur le logiciel

du planning. Or, en fonction de la cadre qui inscrit la modification de planning, elles ne préviennent pas toujours les IBO/IBODE en charge de la préparation des caddies. Le lendemain, la personne qui prend la salle et qui prend le caddie correspondant devra refaire un caddie au moment de faire entrer le patient dans la salle. Les conséquences se feront sentir sur l'ensemble du planning de la salle pour toute la journée.

Une ancienne infirmière qui a connu le bloc lorsqu'il était sectorisé par spécialité chirurgicale expliquera qu'avant les personnes d'une même équipe étaient plus libres d'arranger entre-elles le planning de la salle, ce qui facilitait les transmissions d'informations. Elle dit : « les mouvements de l'équipe (attribution en salle, instrumentation ou circulante, remplacement déjeuner, planning opératoire de la journée) sont tous décidés par les cadres. Avant, il y avait plus de souplesse, on pouvait s'arranger entre nous ».

12.1.2. La polyvalence et la répartition en salle

Nous avons eu l'occasion de mentionner que l'organisation de ce bloc opératoire avait été changée depuis longtemps. Le passage d'un bloc sectorisé par spécialité médicale en bloc polyvalent datait d'au moins une vingtaine d'années. Les anciennes ayant connu ces deux organisations ont été amenées à les comparer. Les plus jeunes n'ayant connu que l'organisation actuelle nous ont décrit les effets « pervers » de ce système, pas en ces termes d'ailleurs, mais en nous décrivant ce qui ne marchait pas dans son fonctionnement, ou ce qui était source d'épuisement inutile. Entrons dans le détail de ces descriptions.

12.1.2.1. Un clivage anciennes/jeunes accentué

Nous avons mentionné que les anciennes IBO/IBODE, souvent dans l'incapacité physique d'instrumenter, étaient placées prioritairement dans les spécialités les moins « fatigantes » telles que la chirurgie plastique ou la sénologie. Une IBO dira que les jeunes sont envoyées en urologie et en digestif parce qu'elles sont plus vaillantes. Elle décrit la plastie comme étant « les vacances » en raison du fait que cette spécialité utilise moins de matériel que les autres. De fait, les profils polyvalents des jeunes sont invités à passer d'une spécialité à l'autre dans la même journée sachant que ces spécialités génèrent plus de pression. Une personne récemment dans le service dira que la polyvalence ajoute « une couche de fatigue supplémentaire » et qu'« en tant que novice, ça demande beaucoup d'énergie ».

En effet, il s'agit de participer à des interventions où les exigences des chirurgiens sont fortes et où les imprévus opératoires induisent des besoins supplémentaires en matériel qui les conduisent à devoir courir tout au long de l'intervention. De plus, ces interventions impliquent de connaître de nombreuses procédures opératoires différentes. Enfin, ces interventions font systématiquement l'objet d'instrumentation alors que la plastie et la sénologie n'en demandent quasiment jamais. Cette différence de « traitement » génère un sentiment d'injustice sans pouvoir être clairement exprimé par les plus jeunes.

Un autre sujet créant une divergence entre les « anciennes » et les « jeunes » venait renforcer les conflits au sein de l'équipe. Il se trouve que les anciennes IBO/IBODE avaient été recrutées sur un système horaire de 7 h 36 ce qui impliquait qu'elles étaient présentes tous les jours de la semaine et qu'elles travaillaient 7 h 36 par jour. Les jeunes avaient été recrutées en 9 h. Elles

faisaient donc une semaine en étant présentes quatre jours, suivie d'une semaine où elles ne travaillaient que trois jours. La durée quotidienne de travail était de 9 heures.

En termes d'horaire, les anciennes finissaient majoritairement leur service à 15 h 30 ce qui signifiait qu'elles devaient être remplacées par celles qui « étaient » en 9 h. Nous avons souvent entendu des IBO/IBODE dire que les changements d'équipe en salle n'étaient pas faciles puisqu'ils impliquaient de prendre la salle d'une collègue telle que cette dernière l'avait organisée pour elle-même. Bien qu'il soit facile de penser que toutes les IBO/IBODE travaillent de la même manière, cela n'est pas le cas. Chacune va avoir son système d'organisation pour suivre l'activité. Pour le compte des champs par exemple, certaines vont les récupérer au fil de leur utilisation pour en faire des « rouleaux de printemps » qu'elles vont ranger 5 par 5 dans les sachets d'origines pour savoir d'un coup d'œil combien ont été utilisés et rendus. D'autres vont faire une grosse boule avec 10 compresses d'un coup. D'autres ne vont pas les récupérer des baquets ou de la table d'instrumentation avant la fin de l'intervention. Autant de manières de faire pour une seule activité qui implique que lors du remplacement d'une collègue, il faudra prendre la salle en l'état et ne pas avoir ses repères.

Nous pouvons voir apparaître des spécificités liées aux deux horaires et comprendre qu'il est demandé aux « jeunes » d'intégrer dans leur activité les contraintes générées par les horaires des anciennes. C'est en tout cas de cette manière qu'elles l'ont évoqué.

Outre les différences d'horaires, les anciennes, ne se trouvant pas dans une position de polyvalence, refusaient de préparer les caddies des autres spécialités. Nous rappelons que préparer un caddie signifie de connaître l'intervention et ses différents temps opératoires et que selon les chirurgiens, il peut y avoir encore d'autres spécificités en termes de matériel à ajouter. Ce refus était peut-être tout simplement une incapacité à pouvoir préparer ces caddies. Les jeunes ne le percevaient pas ainsi lorsqu'en sortie de salle à 20 h, elles devaient rester une heure de plus à préparer les caddies n'ayant pas été préparés avant par leurs collègues.

La période de covid ayant harmonisé les horaires de l'équipe pendant plusieurs mois (10 h pour tout le monde) et ce changement ayant été relativement bien accepté (bien pour les « jeunes », plutôt mal pour les « anciennes »), la cadre supérieure s'est dit qu'il était temps de maintenir ce changement dès la fin de la troisième vague, le fonctionnement hospitalier normal ayant repris. Or, ce changement d'horaire, bien que discuté lors de deux réunions, ainsi qu'en CHSCT, a déclenché une crise entre les anciennes et les plus jeunes.

12.1.2.1.1. Une scission lors du passage en 10 h

Le changement d'horaire a donc déclenché une crise au sein de l'équipe. Les caractéristiques de l'horaire en 7 h 36 impliquaient des contraintes pour la gestion des plannings des cadres ainsi que sur l'activité des « jeunes ». La volonté d'harmoniser le planning peut donc se comprendre pour ces deux groupes. En revanche, pour les 7 h 36, cette modification a suscité de nombreux ajustements dans le rapport au travail et les « anciennes » n'ont pas du tout apprécié ces conséquences sur le rapport au temps (être là moins de jour de suite dans la semaine) et sur la nature de l'implication face à l'activité (ne plus pouvoir suivre ce qu'il se passe dans les spécialités en raison de leur absence).

Au niveau de l'encadrement, la gestion de ces contraintes se répercute d'abord sur le planning. La gestion des journées ne se fait pas uniquement sur l'activité opératoire, mais elle se fait également sur la gestion des remplacements. Cela débouche sur un jeu de jonglage permanent

entre les membres de l'équipe, se cumulant avec tous les imprévus liés aux interventions chirurgicales. Là encore, les jeunes sont chargées d'absorber les parties les plus complexes de ces contraintes, en silence.

Le passage en 10 h a été organisé en plusieurs étapes. Deux réunions ont été organisées afin de discuter avec l'équipe de cette perspective. La première réunion a donné à l'équipe la possibilité de discuter d'éventuelles alternatives. Les personnes, déjà en 9 h ne voyant pas de différence majeure sur leur planning, n'ont pas exprimé d'opposition. Les personnes en 7 h 36 voyant leur planning hebdomadaire révolutionné ont demandé de pouvoir rester dans une organisation similaire à la leur. La cadre supérieure leur a proposé de s'organiser entre personnes de 7 h 36 pour essayer de concevoir une organisation qui absorbe les contraintes de leur planning entre elles. Il leur a été impossible de s'organiser entre elles, car cela impliquait de lier les plannings pour se remplacer mutuellement, ce qui apparemment leur était impossible. La seconde réunion organisée a donc été l'occasion de réaliser que la décision du changement d'horaire était globalement déjà prise et qu'il leur serait impossible de revenir dessus. Les anciennes ont demandé aux plus jeunes de prendre position pour elles et de les soutenir ce que les jeunes n'ont pas fait.

Le passage en 10 h aura scindé l'équipe en deux opposant les anciennes aux plus jeunes. Pendant plusieurs mois, nombreuses sont les IBO/IBODE à avoir décrit l'ambiance électrique qui s'était installée entre les deux groupes. Une IBO déclare :

- « les anciennes qui étaient en 7 h 36 se sont senties trahies par les IBO/IBODE en 9 h alors qu'elles n'y étaient pour rien. Elles se vengent sur les gens qui n'ont pas de pouvoir ».

Lors d'une séance, l'une des jeunes dira que le problème vient du fait que la cadre supérieure a présenté comme une réunion de discussion un changement organisationnel qui avait déjà été décidé. Elle pense que c'est cela qui est à la source du conflit. Elle ajoute qu'à cette réunion, « si une personne de 9 h avait pris la défense des 7 h 36, les cadres l'auraient très mal pris et qu'elles se seraient probablement senties attaquées ».

12.1.2.1.2. Une transmission rompue

La transmission des savoirs entre anciennes et jeunes a été affectée par cette scission. Une des personnes en 7 h 36 déclarera : « c'est quand même incroyable qu'arrivées à notre âge, on ne reconnaisse pas notre savoir. Les années qu'on a passées à transmettre notre savoir aux gens, aux nouvelles infirmières et qu'elles ne prennent pas en considération cette transmission » Une jeune faisant référence à ces propos y réagira en disant que : « beaucoup de gens attendent de la reconnaissance là où il n'y en a pas ».

Une ancienne dira des nouveaux arrivants : « une fois formés, ils n'ont plus besoin de nous ». Cette même personne dira concernant les jeunes : « on ne sert à rien ! On n'a aucune valeur ajoutée pour eux. Moi je leur parle, mais pas du travail ».

Les anciennes, paralysées dans ce sentiment de trahison, d'utilisation à sens unique, fermeront définitivement l'accès à la transmission de leur expérience, privant les plus jeunes, tout comme les intérimaires de passage d'ailleurs, de leurs savoir-faire de métier et de l'histoire du service. Au bout de plusieurs mois, les discussions entre elles étaient de nouveau cordiales, mais demeuraient très distantes entre les deux groupes. Le travail ne se discutait plus entre les

anciennes et les plus jeunes, laissant chacune face à sa propre trajectoire. Certaines récemment arrivées dans le service nous confierons ne pas vouloir y rester pour cette raison.

12.1.2.2. Une détérioration de la qualité des coopérations

Nous avons recueilli un certain nombre de descriptions attestant d'une détérioration de la qualité des coopérations de travail directement en lien avec le mode d'organisation mutualisé.

Une IBO décrit que les modifications permanentes de salles et de programme sont fatigantes parce qu'elles imposent de déplacer tout le matériel de la salle et d'aller « charger » un nouveau caddie en urgence, opération qui peut prendre du temps. Elle regrette d'être déplacée pour gagner dix minutes sur le planning et précise qu'elles ne sont souvent pas directement informées de ces changements. Elles les apprennent par hasard, au détour de leurs visites des arsenaux où elles font le plein de matériel, ou bien par l'anesthésiste ou encore par l'IADE qu'elles croisent dans les couloirs. Dans un autre exemple, elle dira qu'on ne l'a pas informée que son patient avait le covid. Là encore, l'information se diffuse par bruits de couloirs et ces précisions sont loin d'être mineures puisqu'elles impliquent de préparer du matériel spécifique. Elle conclura par : « je trouve qu'ils ont trop le changement facile ici ! Et en plus, ils ne me l'auraient même pas dit ! Ils n'en ont rien à faire ».

Lors d'une autre séance, une IBO décrivait un scénario sensiblement identique, dans lequel, son intervention avait été déplacée à la dernière minute et, une fois qu'elle avait fini de préparer tout le matériel, une collègue croisée par hasard lui dit : « non finalement, ça reste comme avant ».

Une de ses collègues, sur le point de quitter le bloc, « explosera » en disant : « je comprends que tu sois excédée dès 8 h 45 le matin. C'est physiologiquement et psychologiquement épuisant de changer tout le temps ».

Une autre fois, un groupe parlait de ce qu'il y avait de plus fatigant au bloc opératoire et une IBO pointera du doigt l'alternance de spécialité chirurgicale ou de salle dans la journée. Toutes ces modifications qui vous obligent à devoir vous réadapter à autre chose (remplacement déjeuner, remplacement des 7 h 36 lorsqu'il y en avait, etc.). Or, ces changements sont le lot quotidien d'une journée de salle opératoire.

Une IBO dira : « avec le lissage, on se retrouve toujours dans des situations où l'on doit faire l'intervention, on récupère celui-ci, et en fait on change tout le temps avec les conséquences sur le matériel à préparer ».

Une des salles du bloc opératoire est considérée comme une salle d'urgence. Bien que cette salle ne puisse être dédiée exclusivement au traitement des urgences, elle en garde néanmoins le nom et sera réquisitionnée en priorité dans le cas où une urgence doit être traitée au bloc. En réalité, elle sert au lissage la plupart du temps, lorsqu'elle n'a pas de programme appelé « froid », c'est-à-dire programmé à l'avance comme le reste des autres salles du bloc. Le lissage y est donc quasiment garanti quotidiennement. Les équipes, IBODE et IADE l'ont renommée la salle « bouche-trou » et tentent de l'éviter tant que faire se peut puisque dans cette salle « on peut y faire toutes les disciplines à la suite dans la même journée ». Même les IADE dont le matériel n'est pas aussi dense que celui des IBODE se plaignent des conséquences des changements de spécialités ou de programme opératoire sur la fatigue générée.

12.1.2.3. Une détérioration de la qualité du travail

Lors d'une discussion avec un groupe, nous relevons que d'après les descriptions faites par les équipes, de même que lors de ses observations, anticiper, que ce soit au niveau du matériel, des demandes du chirurgien, des besoins des collègues (instrumentiste ou circulante), semble constituer un critère fondamental du « bon boulot ». Le groupe acquiesce et une IBODE ajoute qu'avec la polyvalence, il est justement difficile d'anticiper quoi que ce soit. Elle dira : « on survole toutes les disciplines, mais on n'est pas efficace dans toutes les disciplines ».

Lors d'une autre séance, l'intervenante relève qu'il apparaît souvent que les IBO/IBODE ne s'autorisent pas à dire les choses directement aux chirurgiens. Un IBO, jeune dans la profession, réagira spontanément en disant : « c'est comme ça, c'est le métier ! Si on est vraiment compétent, on peut leur dire des choses techniques, mais comme on est polyvalent, on n'est jamais vraiment compétent ».

On peut voir apparaître à travers ces deux situations et ces deux réactions spontanées que la polyvalence est bien perçue et vécue comme empêchant le développement de l'expertise professionnelle. Elle permet certes d'absorber le flux de patients au fil des imprévus, mais dans des conditions qui ne permettent pas le développement de la qualité du travail, des savoir-faire, des connaissances et plus généralement du métier. Une IBODE ancienne ayant connu les deux organisations dira que le changement permanent de spécialité empêche de s'investir et que cela se répercute sur travail le rendant inintéressant.

12.1.2.4. Un impact sur la dimension éthique du travail

Les IBO/IBODE ont dans leurs témoignages relaté que travailler rapidement équivalait inéluctablement à « récupérer » des patients « lissés », la plupart du temps de l'équipe de plastie connue pour en programmer plus qu'il n'est possible d'en prendre dans ses salles. Ceci est un point très important puisqu'il existe dans ce bloc opératoire un sentiment très vif à l'égard de l'activité de plastie qui est considérée comme une activité « de clinique » n'ayant pas sa place dans un hôpital public. Nombreux sont les acteurs de ce bloc qui ont eu l'occasion de se livrer sur « l'inacceptabilité » de cette situation. Faute d'être entendue, ce service étant dans l'hôpital depuis douze ans, la contestation se livre de façon larvée sur le traitement des patients hors des salles attitrées de plastie.

Les IBO/IBODE ont décrit les nombreuses stratégies adoptées par les IADE, ou même les anesthésistes, pour ralentir l'étape d'endormissement, ou de réveil, des patients. Il a même été décrit que certains n'hésitent pas à « remettre un coup de curare » au patient peu de temps avant la fin de l'intervention pour qu'il soit plus difficile, et plus long, à réveiller. Certains IADE éteignent leur respirateur à 15 h prétextant avoir « fini leur programme froid ». Un respirateur éteint prend une vingtaine de minutes à être rallumé. Cette durée peut être suffisante à leur éviter de prendre un patient « lissé ».

Dans l'organisation actuelle du bloc opératoire, un anesthésiste est désigné tous les jours pour effectuer une fonction de coordination de l'activité du bloc en coopération avec les cadres. Il y en a un par demi-journée. Cet anesthésiste « régulateur » va donner un point de vue médical sur la validation du passage des patients au bloc opératoire. Dans l'après-midi, il a également une

fonction de régulation du planning opératoire et décide du maintien ou de l'annulation des patients en fonction du temps nécessaire pour les opérer, sachant que les activités en salle doivent toutes être finies à 17 h 30. Deux salles sont autorisées à « déborder », mais pas plus. Il s'agit souvent de la salle d'urgence et d'une autre salle.

Dès le début d'après-midi, l'anesthésiste coordinateur a souvent une vision précise des annulations qui doivent être effectuées. Selon la personne qui a la charge de cette fonction, le « couperet » tombe de façon plus ou moins drue. Certains sont souples et tentent de faire passer un maximum de patient d'autres moins. Lorsqu'il s'agit de chirurgie plastique, l'absence d'urgence médicale rend contournable le passage au bloc de ces patients et conduit fréquemment à leur annulation lorsqu'il ne reste pas assez de temps pour les opérer. Une ancienne IBODE ayant connu les deux organisations du travail s'étonnera de la facilité qu'ont les anesthésistes à annuler des patients à la dernière minute alors que lorsqu'ils étaient sectorisés, ils faisaient tout pour accepter ces patients coûte que coûte.

12.1.2.5. C'était mieux avant !

Les références positives à l'ancienne organisation sectorisée par spécialités chirurgicales ont été nombreuses pour celles l'ayant connue. Outre le bénéfice à pouvoir s'établir et développer ses connaissances dans une spécialité, ce modèle d'organisation permettait une construction d'équipe solidaire avec des répercussions avantageuses sur l'activité. Par ailleurs, une IBO raconta que lorsqu'elles finissaient plus tard, les salles fermaient alors à 20 heures, elles avaient le temps de se retrouver entre elles pour discuter. Cela n'est plus possible aujourd'hui. Elles sont nombreuses à déclarer se sentir seules et isolées et à décrire qu'en salle, elles peuvent ne voir aucun collègue de la journée, en dehors de ceux qu'elles croisent lors des remplacements ou lors des pauses méridiennes. Une autre IBODE dit qu'aujourd'hui, il n'y a pas de place pour l'échange entre les gens dans l'organisation actuelle contrairement à avant où elles se réunissaient souvent, y compris avec le reste de l'équipe et tous métiers confondus pour déjeuner ensemble quand le planning le permettait. Le déjeuner pouvait durer une heure sans conséquence sur l'activité du bloc. Les personnes de l'équipe se remplaçaient spontanément, et l'organisation était ressentie comme étant plus efficace. Enfin, les gens paraissaient plus heureux. Elle décrit que les IBODE participaient à la gestion de leur planning et qu'elles étaient informées de toutes les informations nécessaires concernant les patients, du dossier médical aux spécificités logistiques le concernant. Les anesthésistes, eux, avaient réalisé le suivi médical du patient qu'ils avaient vu en consultation et qu'ils suivaient en salle pour l'intervention, puis après, en salle de réveil. Les relations de travail entre les chirurgiens et les anesthésistes étaient bien plus axées sur une relation de confiance et les chirurgiens se sentaient plus rassurés. Elle dit : « chacun savait comment travaillait l'autre. On ne se découvrait pas au bloc au moment d'opérer ». La relation était bien meilleure entre tous y compris sur un plan humain. De la même manière, elle décrit qu'« avant, les chirurgiens savaient ce que l'on mettait sur nos caddies maintenant ils demandent « t'as mis la canule que j'aime bien ? Alors qu'avant ils savaient que ça serait d'office sur le caddie ». D'après ses descriptions, lors de la mise en place du bloc commun, les remplacements se passaient bien au départ, mais l'efficacité s'est dégradée progressivement.

Le paradoxe du développement de la chirurgie et des organisations du travail qui se déploient autour d'elles nous a été exposé par une ancienne : « avant les chirurgiens étaient polyvalents maintenant ils sont hyper spécialisés et les gens autour, on leur demande d'être dans une

polyvalence absolue ». On peut émettre l'hypothèse que les courbes du développement de l'activité se sont probablement inversées entre les personnels médicaux et les paramédicaux.

12.1.3. Le problème des caddies

Très peu de temps après notre arrivée au sein du bloc opératoire, une des cadres récentes a décidé que l'organisation des caddies devait être modifiée. Les IBO/IBODE devraient dorénavant vider tous les caddies à la fin de chaque journée, les nettoyer et les remplir de nouveau intégralement le lendemain matin. Ces caddies contenaient toujours un minimum de matériel de base ce qui permettait de n'avoir à y mettre que les matériels spécifiques aux opérations de la journée, économie de temps précieuse lorsqu'il faut en faire 12 de suite. Seules les boîtes d'instruments étaient à ajouter pour démarrer le travail ainsi que quelques éléments comme le champagne (draps qui recouvrent le patient) et les paquets de compresses.

La cadre avait décidé qu'il fallait procéder ainsi même si le temps venait à manquer, le justifiant par le fait que ces caddies n'étaient jamais nettoyés ou que trop peu, ce qui était vrai, et par l'idée qu'elle faisait comme cela lorsqu'elle était IBODE. Elle disait ouvertement considérer le remplissage des caddies comme une méthode d'évaluation des connaissances des IBO/IBODE sur le matériel : « comme ça, on va voir qui connaît ses interventions et ses temps opératoires ». En effet, pour savoir comment remplir un caddie spécifique à une opération, il faut connaître l'opération en question et ses étapes d'intervention (les temps opératoires).

Les problèmes qui se sont posés ont été nombreux. Il est vrai que les connaissances sur le matériel à mettre sur un caddie sont variables d'une IBO/IBODE à l'autre. Avoir toujours une base sur le charriot permettait justement d'être moins prise au dépourvu si un produit élémentaire venait à manquer. Le matériel nécessaire à une intervention peut varier d'un chirurgien à l'autre, chacun ayant ses préférences et ses habitudes. Le nom du chirurgien indiqué sur le planning prévisionnel n'est pas toujours celui qui réalise l'opération. L'IBO/IBODE de la salle doit compléter le caddie en urgence quelques minutes avant le démarrage de l'opération. Les IBO/IBODE, souvent à court de matériel durant l'intervention, doivent multiplier les sorties de salle, provoquant par-là les colères des chirurgiens qui se trouvent ralentis dans leurs interventions. Une IBO dira : « les chirurgiens se plaignent parce que la circulante sort tout le temps et qu'ils se retrouvent à attendre ». Elle ajoute : « dès que tu sors, ils ont l'impression que tu ne connais pas l'intervention et qu'on est débile en fait ! Certains nous disent "euh, vous n'avez pas des fiches pour vous aider, en fait ?" ».

Une IBO explique : « les chirurgiens te demandent toujours 10 000 trucs différents à chaque intervention donc moi je blinde mon caddie parce que j'ai peur qu'il me manque un truc ». Une autre dit : « on peut ouvrir et tomber sur une situation inattendue et ils peuvent modifier le geste à effectuer ». On peut donc en conclure que concevoir le contenu du caddie en fonction du déroulé présumé de l'intervention revient à exclure l'imprévu opératoire, ce qui va donc à l'encontre de la réalité opératoire. Ne pas avoir le bon matériel provoque un sentiment d'échec et d'humiliation aux IBO/IBODE.

À la suite de nombreuses discussions avec les groupes d'IBO/IBODE, ces dernières ont établi un planning de nettoyage complet des caddies et aussi plus réaliste qui remettait en cause les demandes de la cadre. Les IBO/IBODE se sont heurtées à la rigidité de la cadre qui ne voulait pas revenir sur sa décision ni sur le rythme de nettoyage des caddies. Ils devaient tous être nettoyés tous les jours, ce qui était globalement impossible à faire. La cadre insistait pour que

son planning soit respecté alors qu'il se basait sur des pratiques spécifiques à la chirurgie cardiaque. D'après les IBO/IBODE, la chirurgie cardiaque engendre moins de variation de matériel que les spécialités pratiquées dans ce bloc. La constitution et le contenu des caddies ne pouvaient donc pas être calqués sur les usages d'une spécialité qui divergeait tant sous l'angle du matériel que sur celui de son rapport à l'imprévu. Des discussions ont donc été menées entre les IBO/IBODE et les autres cadres ainsi que la cadre supérieure et il a été décidé d'aménager les rythmes de nettoyage pour les rendre plus compatibles avec l'activité. La cadre à l'origine du changement n'a pu s'opposer à ce mouvement de réaction, car il avait été soutenu et validé par son propre encadrement. Ce changement avait, par ailleurs, été mis en place pendant ses vacances, ce qui rendait la décision certainement plus facile à prendre.

À la suite de cette « victoire », les IBO/IBODE ont revu le système de classement du matériel sur les caddies en fonction des spécialités et des pratiques et ont constitué des listes de matériel à fournir en fonction des opérations et des chirurgiens. Elles ont pu ainsi pallier les deltas qui pouvaient exister entre les connaissances des expertes, celles des référentes et celles des novices. Dans la foulée, les arsenaux ont tous été réorganisés, tant en termes d'espace que de contenu par les référentes des spécialités. Nous pouvons dire qu'elles ont semblé se réattribuer, ainsi, l'usage de leur outil de travail et l'ont même amélioré.

12.1.4. Le matériel en provenance de la stérilisation

Les questions de matériel ont souvent fait irruption dans les séances de discussion. Il existe deux sources principales d'approvisionnement de matériel que sont le service de stérilisation, pour les boîtes d'instruments réutilisables qui doivent être nettoyées selon des conditions d'hygiène très strictes, et le matériel à usage unique, commandé par une personne de l'équipe des IBO/IBODE qui est dédiée à cette fonction. Tous les matins, une IBO/IBODE est chargée de faire le tour du planning opératoire du lendemain, puis d'aller voir dans la réserve si les boîtes d'instruments présentes en stock sont suffisantes pour couvrir le nombre et les catégories d'interventions prévues le lendemain. En fonction de ces deux états, elle devra établir la liste des boîtes nécessaires pour réaliser les opérations prévues. Ce travail est relativement long puisqu'il peut prendre une heure et demie à deux heures sans interruption. Il s'avère que les IBO/IBODE en charge des « DMS » (dispositif matériel stérile), nom attribué à ces instruments, sont fréquemment, voire toujours, interrompues dans cette tâche puisqu'elle est souvent sollicitée pour des « dépannages » en tout genre au cours de la matinée.

Or, deux problèmes ont été systématiquement rapportés, tant par leur récurrence que par les conséquences qu'ils génèrent sur le sentiment d'efficacité. Le premier concerne le service de stérilisation. Les boîtes livrées ne sont jamais conformes à la liste envoyée. Parfois, il sera demandé huit boîtes de plastie et il n'en sera livré qu'une seule. Ce problème est inhérent aux nombreuses difficultés que rencontre ce service. Les réunions organisées avec les personnes en charge de ce service ont été également nombreuses sans parvenir à véritablement résoudre ces incohérences de traitement. La seule manière de parvenir à rectifier ces deltas est de faire intervenir les cadres du bloc ainsi que les cadres de la stérilisation pour fournir les boîtes au cas par cas. Les IBO/IBODE déclarent donc qu'effectuer ce travail de liste et de vérification de stock est inutile puisque les demandes ne sont jamais honorées. Une IBO/IBODE dira : « faire des trucs qui ne servent à rien énerve et fatigue beaucoup plus que le travail en salle ». Il aura fallu deux ans pour que ce travail de liste soit interrompu, mais sans obtenir pour autant que le matériel nécessaire soit envoyé par la stérilisation. Tous les jours, les IBO/IBODE en charge de ranger le matériel reçu découvrent ce qui a été envoyé par le service. Elles font à ce moment-là

une rapide évaluation des boîtes nécessaires et manquantes à la journée du lendemain et donnent aux cadres la liste des DMS manquants.

Le service de stérilisation a également la charge de « réparer » le matériel défectueux. Si une paire de ciseaux ne coupe plus ou si une pince est cassée, les IBO/IBODE doivent le signaler soit par un document accompagnant la boîte, soit en attachant un fil sur l'instrument à réparer ou à changer. Cette action est, là encore, sans aucun effet puisque les instruments défectueux à changer sont lavés et remis dans les boîtes et ceux à réparer sont également lavés et remis dans la boîte telle quelle, parfois même avec le fil encore attaché dessus. Nous avons assisté à une scène où un chirurgien s'est énervé et a jeté dans la poubelle tous les ciseaux de la boîte qui ne coupaient pas. Sur 8 ciseaux, un seul coupait véritablement. La boîte a donc été retournée avec les paires de ciseaux en moins, seule manière de garantir qu'ils soient retirés.

Le second problème qui a été signalé concerne les changements de planning imprévus, dont les IBO/IBODE ne sont pas informées qui modifient les opérations prévues le lendemain et les besoins en matériel. Nous avons déjà mentionné ce problème dans la partie concernant les cadres puisqu'il les concerne directement, étant celles qui soit par manque de temps, soit par simple oubli, ne diffusent pas l'information aux IBO/IBODE en charge du matériel.

12.1.5. Une dynamique conflictuelle permanente avec les IADE

Les IBO/IBODE vivent les rapports avec IADE comme étant « hiérarchisés ». En effet, elles décrivent ces derniers comme se comportant avec elles comme s'ils se sentaient « supérieurs » à elles. Elles déclarent qu'ils se « débarrassent » sur elles des choses qui les « embêtent » comme si elles étaient leurs « larbins ». Une IBO/IBODE rapporte qu'ils disent : « c'est ta salle » quand cela les arrange et qu'ils les considèrent comme les « boniches de la salle et des chirurgiens ». Dans ces nombreuses descriptions attestant de la perception « dévalorisante » qu'ils manifestent à l'égard de leur fonction, une IBO rapporte les avoir entendus dire, devant elle d'ailleurs, à une aide-soignante de la salle de réveil qui se renseignait sur le métier d'IBODE : « il ne faut pas être très douée pour faire IBODE. Les aides-soignantes pourraient tout à fait faire leur travail sans avoir fait d'étude pour ».

Par ailleurs, ils leur donnent des « ordres » directs comme : « faut appeler un garçon ! » pour qu'elles fassent venir un brancardier interne alors qu'ils pourraient tout à fait s'en charger. Sur un autre registre, une IBO relate qu'ils peuvent demander à haute voix : « combien ça a saigné ? », ou concernant la poche urinaire « y'a combien dans la poche ? ». Lorsque l'intervenante demande aux IBO/IBODE d'expliquer ces demandes, elles répondent qu'ils font cela : « pour nous dire que c'est à nous de nous mettre à quatre pattes sous la table ».

Dans la même idée, lorsqu'il y a un temps de nettoyage entre deux opérations, ils quittent la salle d'opération pour faire une pause et disent à l'IBO/IBODE circulante : « je vais au café, tu me bipes ? ». Une IBODE racontera avoir été très blessée par le fait qu'ils ne proposent jamais de leur amener un café ou bien de partager lorsqu'ils reviennent en racontant qu'un pot de 3 kg de Nutella les attendait dans leur salle de pause.

Nous avons pu constater que trois objets en salle sont le théâtre d'une conflictualité visible entre les deux corps de métier. Il s'agit de la télécommande contrôlant les mouvements de la table d'opération, du téléphone se trouvant dans le sas d'induction, à l'extérieur de la salle et de la couverture chauffante. Ces trois objets se trouvent être systématiquement renvoyés d'un côté comme de l'autre de la salle. La télécommande est souvent utilisée au départ par les IADE pour

que le patient soit dans une position spécifique lors de l'endormissement. Puis durant le reste de l'intervention, le chirurgien demande fréquemment de changer la hauteur de la table ou de mettre du « roulis » c'est-à-dire de faire tourner le patient de sorte que l'ensemble de son corps fasse pencher ses organes dans une direction spécifique. Les IADE considèrent que la télécommande doit être utilisée par l'IBO/IBODE dès lors que le chirurgien en demande l'utilisation. Ils vont donc ignorer la demande du chirurgien, même si la télécommande se trouve à côté d'eux. Si l'IBO/IBODE leur demande de le faire, ils sont nombreux à répondre « je ne sais pas comment ça marche », n'hésitant pas à faire preuve de mauvaise foi. L'utilisation du téléphone relève du même procédé. Lorsque le téléphone sonne, certains IADE vont ignorer la sonnerie et d'autres, moins nombreux, vont y répondre. Lors d'une séance de discussion, l'intervenante demande aux IBO/IBODE quelle devait être la répartition de ces tâches et si cette répartition avait été discutée avec les IADE. Les IBO/IBODE ont répondu : « la répartition ? C'est de l'intelligence ! Quand on est occupées, ils répondent au téléphone. C'est un travail commun ». En l'occurrence, aucune discussion sur cette répartition n'a jamais eu lieu entre les deux métiers.

De même, lors de l'endormissement du patient, il est d'usage de mettre une couverture chauffante sur le patient en raison de la basse température. Souvent, le patient signale avoir froid et l'IADE, alors affairé à préparer les drogues pour l'endormir, priorise ses missions techniques sur le confort des patients. Nous avons vu différents scénarios se produire en salle en fonction des considérations des IBO/IBODE et des IADE présents. Parfois l'IBO/IBODE va tout de suite couvrir le patient et d'autres fois elles vont demander à l'IADE de le faire. Lors des discussions avec le groupe d'IADE, tout comme avec les groupes d'IBODE, nous avons conclu que c'est aux IADE de poser la couverture chauffante, mais qu'ils ne peuvent le faire sans l'aide des IBODE. Il s'agit donc d'une tâche partagée sans que cela soit officiel.

Certaines IBO/IBODE disent que les IADE s'attendent systématiquement à être dans une confrontation avec elles. Lorsqu'elles ne sont pas agressives à leur égard, ils paraissent même surpris, mais s'en accommodent très volontiers. Certains IADE disent que le travail de collaboration se passe bien avec les IBO/IBODE jeunes, mais qu'il est toujours conflictuel avec les anciennes. On peut s'interroger sur ce point. La souplesse des plus jeunes les rendent-elle plus ouvertes à accepter une « domination » que refusent les anciennes ?

D'après les IBO/IBODE, les IADE sont dans un positionnement à l'égard des patients qui peut être perçu comme manquant de bienveillance. Ces dernières décrivent, voire dénoncent pour une partie, que les IADE sont souvent affairés à autre chose que la surveillance du patient. Il faut dire que la plupart des interventions sont longues, que les IADE sont souvent seuls, positionnés à la tête du patient, isolés par un champ qui maintient une séparation entre la zone stérile à opérer et la zone non stérile du corps, et que la surveillance des constantes est parfois un long fleuve tranquille, voire soporifique. Tenir la longueur de la durée de l'opération dans ces conditions relève souvent de l'exploit et nous avons observé que les contre-activités étaient fréquentes et nombreuses. Il n'est pas rare de voir les IADE faire « autre chose » à leur poste de travail. Lectures diverses, jeux sur leur téléphone, discussion entre deux IADE qui se positionnent entre deux salles d'opération avec les portes ouvertes, les activités qui permettent de « tenir » sont nombreuses et variées. Une IBODE dira même : « c'est que nous maintenant on est habituée donc on fait même plus attention, mais effectivement, se dire qu'il y a quelqu'un qui dort, qui est sous drogue, qui est censée être surveillée de très près, et finalement, la personne qui est à la tête, elle est avec son bouquin ou son sudoku ! ».

Le refus des IADE à s'inscrire dans une forme de coopération à l'égard des IBO/IBODE crée un conflit qui est renforcé par une attitude pas forcément très agréable qu'ils arborent systématiquement envers les IBO/IBODE. Bien qu'ils ne soient pas toujours affairés à s'occuper du patient ou de ses constantes, ils signifient par leurs attitudes aux IBO/IBODE que c'est à elles de courir pour trouver la télécommande, pour répondre au téléphone, ou pour leur donner le niveau du saignement ou de la poche urinaire, qu'elles soient occupées ou non. Cette coopération « déséquilibrée » et défaillante génère un ressenti de violence aux IBO/IBODE dans la relation de travail.

12.2. Comprendre la problématique qui se joue entre les IBO/IBODE et les chirurgiens : la violence comme élément incontournable de cet environnement de travail - Le point de vue des IBO/IBODE

12.2.1. La drôle de dynamique de l'activité opératoire en salle

La relation entre l'IBO/IBODE et le chirurgien se déroule exclusivement en salle. Être instrumentiste implique une proximité avec le chirurgien bien plus grande que lorsque l'on est circulante. Cela ne veut évidemment pas dire qu'une fonction est plus importante que l'autre, mais plutôt que le chirurgien va être regroupé avec l'instrumentiste dans la même « sphère ». Nous avons pu constater lors de nos observations en salle un certain nombre d'éléments récurrents sur les attitudes que s'autorisent les chirurgiens avec l'une et l'autre de ces deux fonctions, mais ce constat peut aisément s'étendre aux autres métiers présents en salle. Comme nous avons pris le parti d'exposer plus spécifiquement la réalité vécue et décrite par les IBO/IBODE, nous nous placerons à nouveau du côté de leurs propos afin d'éclairer les détails de cette relation de travail avec les chirurgiens.

12.2.1.1. Le positionnement en salle

Une IBO avec une certaine expérience explique lors d'une discussion sur le rapport qu'elle entretient à sa fonction professionnelle : « c'est toi le chef dans ta salle ! C'est toi qui es là pour la sécurité et l'hygiène. C'est notre fiche de poste. Sécurité et hygiène du patient et du personnel donc ça veut dire que c'est TA salle ». Par ces propos, elle cherchait certainement à nous expliquer la fermeté dont elle usait dans ses rapports aux chirurgiens. Une de ses collègues avec une longue expérience lui répond : « moi j'essaye d'arrondir les angles », ce à quoi la première dit : « moi, je suis fatiguée d'être gentille et que ça me desserve parce qu'ils ne sont pas gentils avec nous ! ». On peut voir dans ce court échange d'une part la différence de style qui existe entre deux personnes ayant une expérience de longueur différente, mais également l'usage divergeant qu'elles peuvent faire de la dimension prescrite de leur activité. Dans ces propos « arrondir les angles » est équivalent à « être gentille avec le chirurgien » et s'oppose à la rigidité de la « fiche de poste ». Autrement dit, faire respecter sa fiche de poste équivaut à avoir une attitude plus ferme avec le chirurgien qui aura peut-être du mal à l'honorer. En général, nous avons constaté que les IBO/IBODE ayant une longue expérience s'illustrent plutôt dans d'un style très rigide signe que l'expérience est moins favorable aux écarts des chirurgiens.

Dans un autre échange entre une IBO/IBODE ancienne et une plus récente dans le métier, elles exposaient les difficultés qu'elles rencontraient à se faire entendre des chirurgiens et elles

décrivaient la complexification de leurs tâches de travail pour ne pas les « déranger ». L'ancienne dit : « avec l'expérience on peut dire non ! ». Sa collègue répond : « oui, mais avec les plasticiens, ça ne marche pas comme ça ! Dans sa tête il se dit “c'est quoi cette conne, elle me fait chier” et deux secondes après il a oublié ». Sa collègue rétorque : « on s'en fout ! Moi je m'en fous qu'il me prenne pour une conne, mais en attendant, il a fait ce que je lui ai dit ! [...] Il faut pas leur donner la possibilité de dire : “je veux-je veux pas” ».

Nous voyons apparaître dans cet échange la perception que peuvent avoir les jeunes IBO/IBODE des oppositions récalcitrantes des chirurgiens. Les plus jeunes les perçoivent comme une forme de rejet alors que dans ce cas, la plus ancienne ne focalise que sur la finalité qui est d'obtenir ce qu'elle demande. D'ailleurs, nous soulevons deux points qui ont été rapportés dans les groupes pour étayer cette idée : elles diront toutes qu'être remerciées à la fin d'une intervention par le chirurgien leur donne l'impression d'avoir fait du bon travail. Par ailleurs, elles diront également que souvent, l'origine de la mésentente en salle avec un chirurgien est le résultat d'un manque d'affinité, comme avec le chirurgien du film par exemple dont le tempérament est très clairement agressif, mais malgré tout, elles diront que l'IBO/IBODE se dira toujours « j'ai mal fait parce que je n'ai pas aidé comme j'aurais dû », bien que la cause soit directement liée au chirurgien, à sa personnalité et à son comportement.

12.2.1.1.1. Subir en faisant

On pourrait finalement résumer le positionnement qu'elles ont successivement décrit par un paradoxe situé entre le fait de devoir subir tout en faisant, tant bien que possible, leur travail. Cela vaut aussi bien pour les chirurgiens que pour tous les autres interlocuteurs du bloc qu'elles peuvent avoir. En atteste les propos d'une ancienne, proche de la retraite, qui nous expliquait que les décisions qui étaient prises par les cadres ou la direction de l'hôpital concernant les changements d'horaires au sein du bloc par exemple étaient décidés sans les associer à la réflexion. Elle disait « : tout ça pour vous dire que nous ne maîtrisons rien dans cette profession, on ne maîtrise rien ! La caractéristique de notre profession c'est qu'on ne choisit pas. Encore nous relativement, sur la spécialité, mais on ne choisit pas sa spécialité, on ne choisit pas les intervenants avec lesquels nous allons être pendant la journée, on ne choisit pas les interventions, on nous fait subir des horaires en fonction des desiderata de peut-être la direction, ou de peut-être le ministère, enfin voilà on ne fait que subir ». Lors d'une autre conversation, elle nous dira, concernant les chirurgiens : « quand on rappelle les règles, on passe pour des vieilles emmerdeuses » et de s'étonner que du côté des anciennes comme des plus jeunes : « on ne se rebelle absolument jamais ! ».

Une plus jeune IBODE disait que bien faire son travail c'était être discrète, se fondre dans le décor sans qu'on ne lui dise rien, mais tout en apportant des connaissances. Ne pas être simplement qu'une « ouvreuse de boîte ». Une autre nous dira sur ce sujet que « le cœur du métier c'est de prévoir, d'anticiper, sinon je ne suis qu'une “ouvre-boîte” ». Ce terme semblait les caractériser et en même temps les traumatiser. Ces quelques propos nous permettent de voir qu'il ne leur est pas permis de dire grand-chose, ce que les anciennes vivent mal alors que les plus jeunes semblent le prendre comme une caractéristique de métier.

Une ancienne racontera, sur le même thème, qu'elle instrumentait une jeune chirurgienne qui ne savait plus quels fils elle devait utiliser pour fermer la plaie de son patient. L'IBODE, très expérimentée, s'étonnait silencieusement de cet oubli et savait exactement quels fils devaient

être utilisés. Nous lui avons demandé si elle avait soufflé au chirurgien quoi faire. Elle répond : « certainement pas ! Pas question de dire à un chirurgien quoi faire ! ».

12.2.1.1.2. Demander sans ordonner

Nous venons de voir qu'il est mal, voire pas, accepté pour les IBO/IBODE d'adresser des propos directement aux chirurgiens, que ce soit pour les aider, pour réaliser leur propre travail ou bien pour se défendre. Nous allons voir les stratégies qu'utilisent les IBO/IBODE pour faire malgré tout, pour dire malgré tout et rendre audibles leurs messages aux chirurgiens.

Les IBO/IBODE n'ont pas le droit de « donner des ordres » aux chirurgiens même lorsqu'il s'agit de choses nécessaires dans le cours de l'opération, ou ce qui est attendu de leur part. De ce fait, nous avons pu observer qu'au lieu de dire « c'est le moment de changer de gant », elles disent « vous voudrez changer de gants docteur ? », ou alors, « vous voulez irriguer un peu ou pas ? » comme c'est le cas dans le film. Elles posent donc la question pour donner au chirurgien l'impression que c'est lui qui décide alors que c'est elles qui initient le besoin parce qu'il est nécessaire dans l'intervention. Lorsqu'il s'agit de répondre à une agression ou à réagir à l'excitation que peut manifester un chirurgien, elles ne s'autorisent pas, là non plus, à verbaliser les choses qu'elles voudraient dire. Dans une autre séance de travail, une IBODE très expérimentée dira : « on ne peut pas leur dire “calmez-vous !” », sa collègue répondra : « ah oui ! Ça, on ne peut pas ! ». Lorsqu'elles décrivent comment elles réagissent vis-à-vis des chirurgiens qui se servent des instruments directement sur la table d'instrumentation, ne respectant pas par ce geste le rôle de l'instrumentiste qui est de leur donner ces instruments « de la main à la main », une IBODE expérimentée dit : « il faut essayer justement que voilà, je prends et je donne, il faut être directif [...] tout en étant complaisante [...] faut pas agresser tout en étant ferme [...] on jongle tout le temps en fait ». Sur un autre sujet, une autre dit : « c'est sûr je vais leur dire non, non, mais je vais le tourner d'une manière euh... ».

Une tâche très importante en salle concerne le compte des champs. Il s'agit de vérifier que toutes les compresses qui ont été utilisées par les chirurgiens ont bien toutes été récupérées par l'infirmière circulante. Cette étape, en apparence simple, ne l'est pas tant que cela, car les chirurgiens font souvent semblant de ne pas entendre lorsque la circulante demande à faire le décompte. Bien souvent, ils ne le font pas du tout, comme nous avons pu le voir dans le film et cette tâche revient finalement à l'instrumentiste et à la circulante seule. Bien entendu, si elles ne le font pas et qu'un problème se produit, elles seront tenues pour responsables. Elles ne peuvent donc pas se dérober à la tâche. La question a été de savoir comment formuler cette demande tout en sachant que le chirurgien va se sentir dérangé dans le cours de l'opération. Lors d'une discussion sur ce sujet en séance, une ancienne dit : « lorsque tu dois faire ton compte de champ, tu demandes : “il vous reste combien de champ ?”, ou : “combien il vous en reste sur la table ?”, puis tu annonces combien tu en as ». Lors d'une autre séance de travail avec un autre groupe, la discussion a porté sur le fait d'annoncer combien il reste de compresses avant que les chirurgiens ne fassent le compte de leur côté. Souvent effectués par les internes, ces derniers ne comptent pas et donnent le chiffre complémentaire à celui annoncé par l'IBO de manière à répondre sans avoir à chercher le moindre champ. Elles déclarent toutes qu'il était impératif de ne surtout pas donner le nombre de compresses restantes avant d'avoir eu celui des chirurgiens. Malgré cela, elles ont à « repasser derrière eux » pour ce décompte parce qu'elles n'ont pas confiance. Elles disent : « il faut tout le temps les surveiller, même si tu as confiance, ils peuvent être fatigués ».

Une jeune IBO mentionne qu'elle s'est retrouvée face à une situation de compte de compresse incomplet. Elle le signale aux chirurgiens qui ne semblent pas y prêter attention. Ils décident, malgré son alerte, de procéder à la fermeture de la plaie. L'IBO demande à sa collègue de ne pas donner les fils aux chirurgiens pour les empêcher la fermeture de la plaie. La collègue, impressionnée par la demande des chirurgiens, décide de leur donner les fils malgré l'insistance de sa collègue. L'IBO raconte : « je ne pouvais rien faire. Ils ont dit que mon compte de compresse était faux ». Ne pouvant accepter cette situation, l'IBO décide de faire venir la radio pour inspecter l'abdomen et voir si la compresse, munie d'un fil radio-visible, était présente. Effectivement, la compresse apparaît sur la radio et l'IBO fait revenir le chirurgien en salle pour la lui montrer. Ce dernier, sans rien dire, rouvre la plaie et retire la compresse oubliée puis quitte la salle sans rien dire. Lors de ce récit, une IBO explique qu'en cas de surinfection due à une compresse oubliée, le chirurgien s'en serait directement pris à l'IBO, considérant qu'elle n'avait pas effectué correctement son travail et qu'elle en était responsable. Dans d'autres discussions, nombreuses ont été les IBODE rapportant que certains chirurgiens cachaient volontairement des compresses au moment du décompte final pour évaluer leur capacité à être fiable sur ce sujet.

Nous avons pu constater que les IBO/IBODE se perçoivent systématiquement comme inférieures. Lors d'une discussion, l'une d'entre elles parlait d'un chef de clinique qu'elle qualifiait de « pas très doué ». Immédiatement, elle se reprend et dit : « enfin, pas doué, on n'est mal placées pour juger, on n'est qu'infirmières ! ». Nous réagissons en disant qu'elles sont justement aux premières loges de nombreuses chirurgies et qu'il doit être possible pour elles de comparer les chirurgiens dans leurs pratiques. Nous ajoutons avoir observé que certaines anciennes sont très souvent sollicitées par des chirurgiens très expérimentés pour discuter avec elles du matériel approprié pour une intervention ou bien par les plus jeunes pour avoir certaines indications comme notamment pour la pose de sonde urinaire qui est un savoir-faire de l'IBO/IBODE. Elle répond : « ça dépend, c'est quand ça les arrange ». Sa jeune collègue renchérit en rapportant qu'elles sont parfois interpellées par les plasticiens pour donner leur avis sur le résultat qu'ils obtiennent, notamment pour les plasties mammaires, mais qu'elles n'ont pas intérêt à dire la vérité. Elle raconte une anecdote où elle trouvait que les deux seins « refaits » n'étaient pas symétriques. Elle demande plusieurs fois de suite : « vous allez injecter un peu plus de produit dans celui-là ? ». Après plusieurs relances, le chirurgien s'est exclamé : « c'est bon Martine, on a compris ! On ne peut pas faire mieux ! ». Nous pouvons voir dans cet autre exemple que là encore, les demandes sont formulées sous une forme interrogative pour les rendre audibles et acceptables par les chirurgiens.

Nous avons noté quelques rares exceptions à cette règle communément utilisée. Notamment une IBODE très ancienne, connue pour son expertise, mais également pour son mauvais caractère qui se permet fréquemment de rendre visible sa colère dans des situations qu'elle trouve justifiées. Nous avons pu la voir pousser un « coup de gueule » devant sa salle avec la porte ouverte ou auprès d'une collègue, et ce, jamais très loin du chirurgien. Lorsqu'elle veut signifier à un chirurgien qu'il va trop loin, elle lui donne une tape sur les fesses qui souvent déclenche le rire de ce dernier. Il faut dire qu'elle travaille dans la même spécialité depuis des années et qu'elle a vu démarrer la plupart des chirurgiens « anciens » du service.

Une autre IBODE, désormais partie de ce bloc, a également raconté qu'une fois en salle de robot avec le chirurgien du film, elle voit plusieurs internes demander à être habillés pour monter sur le champ. Elle comprend rapidement que la salle va être trop chargée et qu'il lui sera difficile d'accéder à la table pour instrumenter. Le robot est un appareil très complexe et les chirurgiens sont dans une position qui rend l'opération plus complexe, même en y étant

entraînés, puisqu'ils perdent tous les repères tactiles et de contact avec le patient en étant installés sur une console située à la périphérie de la salle. Cette IBODE avait une bonne expertise dans l'usage du robot et le chirurgien en question savait qu'il avait besoin de cette aide spécifique. L'IBODE voyant tous les internes attendre pour enfiler leurs casaques s'exclamera : « ah non ! Si tout le monde s'habille, moi je me casse ». Le chirurgien en charge de l'intervention a immédiatement réagi en redistribuant les rôles pour qu'ils ne s'habillent pas tous. Ces derniers exemples montrent que dans certaines situations d'expertise, l'expression d'un avis ou d'un besoin de l'IBO/IBODE peut être entendue. Rien n'assure que cet acquis soit permanent et les quelques-unes qui ont pensé en être créditées définitivement se sont heurtées à des réactions très humiliantes de la part des chirurgiens.

12.2.1.1.3. Faire respecter en vain les règles d'asepsie

Nous avons mentionné qu'une des missions de l'IBO/IBODE en salle est de s'assurer que les règles d'asepsie soient respectées par toutes les personnes présentes dans la salle. C'est avec les chirurgiens que cette question se présente comme la plus épineuse puisqu'ils sont pris dans leurs propres activités et qu'ils semblent considérer que les questions d'asepsie, tout comme le décompte des compresses en fin d'intervention, entravent le déroulé de l'intervention et court-circuitent leur concentration. Il est souvent difficile pour les IBO/IBODE de faire respecter ces règles et y parvenir s'apparente souvent à un bras de fer inéquitable puisque les IBO/IBODE n'ont pas le droit à une expression libre, comme nous l'avons présenté. Une IBODE explique que les chirurgiens n'ont pas la même notion de l'asepsie qu'elles. Elles disent avoir plus de subtilité. « On observe plus de choses ». L'intervenante demande pourquoi ils ne leur accordent pas cette légitimité. Elle répond : « parce qu'on est infirmières ! Ça a toujours été le cas et ça le sera toujours ! On n'est que des infirmières et eux ce sont LES chirurgiens donc on est clairement à un grade bien en dessous d'eux ! ». Sa collègue ajoute : « c'est un manque de respect, au-delà de l'hygiène, c'est un manque de respect de la fonction ». Elle poursuit : « mais comme c'est pas eux qui vont nous devoir du respect, c'est à nous de l'imposer c'est tout ! Ça prend du temps. Mais malheureusement, il faut se mettre en porte-à-faux avec eux ou dans le rapport de force en disant : « j'appelle la cadre », voilà ! Ils se disent « elle nous fait chier, mais on va accepter [...] on a une étiquette, mais au moins, on dort tranquille ! ». Plus tard dans la discussion, elle ajoute : « ils ajustent leur attitude en fonction de la panseuse qui est en salle au lieu d'être intelligent et de se dire que les règles elles sont là pour tout le monde. C'est pour le patient ! C'est dommage, mais malheureusement, c'est à la panseuse de faire son trou et de se battre. Ou alors, l'alternative c'est d'appeler la cadre et de dire "je ne m'en sors pas" ». Une autre IBO dit sur le même sujet : « ils ne se rendent pas compte qu'on fait ça pour le patient [...] Ils pensent qu'on fait ça juste pour les emmerder ! »

Lors d'une autre séance, une jeune IBO raconte avoir signalé à un interne qu'il avait fait un mouvement l'ayant stérilisé. Le chirurgien en chef, prenant la défense de l'interne, rétorque à l'IBO que ça n'est pas grave, car ils sont à la fin de l'intervention. Elle s'exclamera vivement pendant la séance : « on décrédibilise tout ce qu'on dit [...] Ils ne vont jamais nous écouter les internes ! On se bat pour rien ! Et, si je ne parle pas, si je ne dis rien, je fais mal mon travail ! ». Une IBODE expérimentée rapporte s'être « battue » pendant toute une intervention pour faire respecter différentes règles d'asepsie. Elle n'a pas réussi à se faire entendre et les chirurgiens n'ont pas tenu compte de ce qu'elle disait. Elle dit qu'à un certain point, elle s'est imaginée s'asseoir sur le sol et se mettre à hurler. Lorsque nous lui demandons pourquoi insister, si les chirurgiens ne veulent pas respecter ces règles, elle répond « si je lâche, ça veut dire que je fais

mal mon travail ». Les chirurgiens lui auraient dit : « y'a qu'avec toi que ça se passe comme ça ».

12.2.1.1.4. Du matériel qui ne suffit jamais

Les IBO/IBODE ont souvent déclaré que les chirurgiens étaient très exigeants sur le matériel dont ils avaient besoin pour leurs interventions. Cette exigence se transforme souvent en tyrannie lorsque les chirurgiens sont en salle puisque chaque matériel « manquant » signifie le retard de l'intervention, car il nécessitera d'aller le chercher en réserve lorsqu'il est disponible bien sûr. Les chirurgiens reprochent souvent aux IBO/IBODE de sortir, ce qu'elles ne prennent pas bien du tout, car comme nous l'avons établi, l'anticipation fait partie des critères d'un travail bien fait et lorsqu'elle leur fait défaut, elles se sentent, à leur tour, prise à défaut. Une jeune IBO déclare que les chirurgiens leur reprochent toujours le petit truc qui manque : « il faut penser à 1000 trucs qu'on a sur la table et le seul truc qui manque en fait euh, ils te le reprochent ». Une autre IBODE décrit que les chirurgiens demandent toujours du matériel qui n'était pas prévu. Elle dit : « c'est tout le temps comme ça [...] c'est toujours au dernier moment [...] ils ne tiennent pas compte de ce que ça représente pour nous [...] on apprend au fil du temps, ça peut changer au dernier moment, c'est comme les recoupes ».

Une IBODE très expérimentée raconte que lorsque le chirurgien fait une demande de matériel nécessitant qu'elle se rende dans l'arsenal pour le récupérer, elle attend toujours un peu avant d'y aller et surtout, elle demande toujours avant de sortir : « c'est tout ce que tu veux ? ». Il répond par la négative et lorsqu'elle retourne dans la salle avec le matériel demandé, il lui dit qu'il a réfléchi et que finalement, il veut autre chose. Évidemment, cette IBODE s'énerve et pense que le chirurgien cherche à la faire « tourner en bourrique ». Nous avons présenté l'hypothèse que lorsque le chirurgien fait sa demande à la circulante, il se pose le problème à lui-même comme s'il réfléchissait à haute voix. La circulante sort et le chirurgien poursuit sa réflexion. Au retour de la circulante, son évaluation l'a conduit à un meilleur choix d'instrument compte tenu de la suite de l'intervention qu'il a poursuivie pendant qu'elle était en dehors de la salle. On peut donc faire l'hypothèse d'une fonction de soutien cognitif et réflexif propre à ces demandes de matériel ainsi qu'à la circulante qui en est le destinataire.

Ce qui est décrit précédemment est à mettre en lien avec le conflit existant entre les chirurgiens et les circulantes autour des sorties de salle. En effet, les chirurgiens sont très largement ambigus sur cette question. Ils savent qu'ils demandent du matériel ne se trouvant pas forcément dans la salle bien qu'ils ne le reconnaissent pas. Ils se comportent comme si le matériel manquant signifiait que l'intervention n'avait pas été bien préparée par les IBO/IBODE ce qui leur donne, à elles, le sentiment, outre la critique sur leur travail, que cela implique que « tout l'arsenal » devrait être déjà présent dans la salle ce qui est impossible. Sortir de la salle est donc inévitable pour une circulante à laquelle on demande du matériel supplémentaire. Les IBO/IBODE décrivent toutes essayer des reproches de la part des chirurgiens dès qu'elles doivent sortir et certains n'hésitent pas à les agresser verbalement sur ce sujet. Lorsque le contenu des caddies a été remanié et qu'elles devaient sortir plus fréquemment de salle, certains chirurgiens ont envoyé des mails de plainte aux cadres, expliquant qu'ils étaient impactés dans leurs interventions.

Lors d'une séance de travail, une IBO raconta qu'elle instrumentait auprès d'une chirurgienne et qu'elle a levé la tête pour demander un fil à sa collègue circulante. Elle s'aperçoit que cette

dernière était sortie de la salle sans les prévenir. La chirurgienne lui dit : « tu vois ce que ça fait ? T'es pas inquiète, mais c'est frustrant en fait ». Les IBO/IBODE ont souvent mentionné que les chirurgiens sollicitaient souvent les personnes présentes en salle pendant l'intervention pour obtenir leur avis, parfois leur soutien ou ce qui pourrait s'apparenter à de l'approbation. La fonction de circulante semble « rassurer » les chirurgiens. Une ancienne dira que c'est pour cela qu'ils n'aiment pas lorsqu'elles quittent la pièce. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'en plus de la fonction réflexive et cognitive qu'elles exercent auprès du chirurgien, existe une fonction psychologique de réassurance pour le chirurgien de même que de « pouvoir d'agir », car la circulante est un moyen d'action du chirurgien dans les zones non stériles de la salle. On pourrait faire l'hypothèse qu'elles sont donc des instruments psychologiques des chirurgiens.

12.2.1.1.5. Bouger les lumières sans pouvoir les atteindre

Contrairement aux spécialités chirurgicales qui demandent à être « autonomes » sur les mouvements des deux lumières (scialytiques) situées au-dessus des tables d'opération en les équipant d'une poignée stérile, les plasticiens estiment qu'ils ne doivent pas s'occuper de ce paramètre pour ne pas être ralentis dans leur opération. Ils vont, tout au long de l'opération, demander à la circulante d'orienter la lumière de manière à voir le mieux possible. Jusque-là, rien d'anormal. Or, les salles d'opération de plastie sont remplies d'internes et de chirurgiens venant fréquemment assister aux opérations. Les internes et les externes sont répartis autour de la table et bloquent souvent l'accès aux scialytiques. La plupart du temps, les IBODE n'arrivent pas à atteindre les lampes et se retrouvent perchées sur un escabeau pendant toute l'opération.

Durant ces interventions, la lumière doit être bougée en permanence, ce qui en fait une des tâches majoritaires des IBO/IBODE. Pendant ces opérations, on peut donc entendre prononcer le mot « lumière ! » à chaque fois que le chirurgien demande d'adapter l'orientation de la lumière. Et l'on peut se douter que le chirurgien bouge tout le temps de l'opération. Les IBO/IBODE n'osent pas demander explicitement aux internes de bouger les scialytiques. Elles essayent donc de le leur faire comprendre en leur signifiant qu'ils gênent le passage ou en leur demandant de se déplacer. Ces derniers, bien trop pris par leur activité d'observation, feignent de ne pas entendre. Par ailleurs, ils seraient probablement mal perçus s'ils prenaient à leur compte une tâche incombant aux IBO/IBODE. Ces dernières se retrouvent donc à « jongler » entre la lumière et tout ce qu'elles ont à faire en salle pendant les interventions. Une IBODE, aujourd'hui partie, disait que cela créait une « fatigue inutile » sans parler de la fatigue mentale de se voir adresser par un cri, une tâche qu'elles considèrent ingrate et rabaissante. On pourrait qualifier cette tâche de « sale boulot » (Arborio, 2009). Cette IBODE disait : « tu dois servir tout le monde ». Une collègue plus jeune et rarement affectée à cette spécialité avouait qu'elle refusait de le faire et qu'elle disposait une poignée jetable sur les lumières sans leur demander leur avis, les laissant se débrouiller seuls. Lors d'une autre séance avec les mêmes participants, une IBODE révélait qu'elle avait réussi à leur dire qu'elle n'arrivait pas à atteindre la lampe. Une collègue lui répond qu'elle aussi l'avait dit, mais qu'on lui avait répondu : « ben tu te débrouilles ! ». Les chirurgiens réagissent souvent en fonction de l'ancienneté de l'IBO/IBODE et sa régularité dans la spécialité.

Le problème des scialytiques en plastie n'est pas un cas isolé puisque nombreuses sont les IBO/IBODE à dire que lorsque la salle est remplie de chirurgiens (internes ou autres), elles sont obligées de faire de larges détours dans la pièce pour pouvoir effectuer leur travail. Indéfectiblement, personne ne bouge dans la pièce pour leur faciliter leurs déplacements. D'autres reproches spécifiques à cette équipe seront narrés. Une IBODE dira : « en digestif, on

peut leur demander de changer leurs gants, ils vont le faire ». Sa collègue ajoute : « ils vont même le faire d'emblée dans la majorité des cas [...] le compte des champs, la check list, grosso modo ils le font. Les plasticiens, il faut toujours être derrière eux [...]. En plastie, on est obligé de s'énerver pour des choses tellement classiques, des choses qui devraient être ancrées dans toutes les pratiques [...], mais avec eux, c'est toujours ça. Donc en fait, c'est fatigant à la fin de bosser avec eux parce qu'on a l'impression de ne pas être reconnues que ce qu'on dit c'est de la merde, ils ne nous écoutent pas. Du coup, c'est pas du tout plaisant. On a vraiment l'impression d'être là, d'ouvrir la boîte et de ne servir qu'à ça [...] tu ouvres ta boîte et puis tu te tais et tu te mets dans un coin. Pour les fils, tu me les donnes, mais c'est tout ! ». Entre les demandes considérées comme humiliantes et l'absence de considération véhiculée par le refus de suivre les procédures constituant le travail des IBODE, ces dernières se trouvent reléguées à un statut très dévalorisé par l'entremise des pratiques de cette équipe.

12.2.1.1.6. Ne jamais s'asseoir au risque d'être jugée

Dans une salle, l'IBO/IBODE circulante est globalement tout le temps en mouvement. Elle donne les instruments à sa collègue instrumentiste pour qu'elle prépare sa table puis elle va tout au long de l'intervention fournir le matériel nécessaire. Elle sort pour aller chercher des instruments supplémentaires. Les tâches administratives de traçabilité du matériel sur le dossier papier ainsi que la saisie du dossier informatique de l'intervention lui reviennent. Il arrive donc qu'elle s'assie pour le faire. Les IBO/IBODE ont été nombreuses à rapporter que lorsqu'elles étaient assises, les chirurgiens, ou les internes, trouvaient toujours quelque chose à leur demander pour qu'elles ne restent pas assises. Un interne aurait même dit : « on va demander à la circulante, faut bien qu'elle fasse quelque chose ». Une IBO décrit l'antagonisme suivant : « quand on a bien fait les choses dans sa salle, en général, on n'a pas forcément besoin de courir [...] et quand on ne court pas, c'est qu'on ne fout rien ! ». Une autre dira : « ils nous voient comme des fainéantes quand on ne veut pas faire quelque chose ». Plusieurs IBODE de passage dans certaines spécialités se sont vu reprocher : « vous ne faites pas comme vos collègues, vous n'êtes pas assises sur vos chaises à regarder vos portables » comme si la norme se situait dans une oisiveté dont elles seraient coutumières. Nous ne savons pas ce qui motive les chirurgiens à exprimer ce type de remarque, mais nous notons que l'expression de ces reproches leur octroie une disponibilité accrue de la part de la circulante qui fera tout pour leur démontrer le contraire au prix de leur épuisement.

12.2.1.2. Des manifestations de violence plus explicites

Dans le champ des interactions entre chirurgiens et IBO/IBODE, nous avons été témoins de démonstrations de violence bien plus explicites que celles que nous avons déjà abordées à travers le prisme de l'activité de travail, tant dans nos observations en salle que lors des échanges dans les groupes de travail. Nous allons détailler de ces formes d'agression plus directes à travers un florilège d'anecdotes qui nous a été compté par les IBO/IBODE.

12.2.1.2.1. De la petite « vanne » à la franche agression verbale

Lors d'une séance de discussion, nous avons un débat sur l'idée que les comportements des chirurgiens étaient souvent spécifiques aux spécialités chirurgicales. En effet, il nous a paru très étonnant de constater que l'équipe de chirurgiens viscéraux regroupait les personnalités les plus explosives, alors que les urologues étaient plutôt calmes, de même que les plasticiens d'ailleurs. Réagissant à notre constatation, une IBODE dira que les chirurgiens d'urologie sont peut-être

moins démonstratifs, mais qu'« ils n'en pensent pas moins ». Elle affirme que selon elle, « ils sont faux-culs ». Elle ajoute « le chef de service ne t'insulte pas, mais il te lance des regards explicites signifiant que « tu as merdé ! Que tu es nulle » ». Lors d'un autre échange, une IBODE rapporte que ce même chirurgien tient souvent des propos désobligeants, mais toujours sous une forme indirectement adressée. Elle décrit que lorsqu'il sort de la salle d'opération, il dit : « moi j'adore avoir dans ma salle une panseuse avec des gros nibards », sachant que ça n'est pas le cas de l'IBODE de salle ou après une intervention très complexe, mais qui s'est plutôt bien passée, il affirme : « c'est fatigant de travailler avec des incompetents ». On peut voir dans ces remarques indirectes la volonté d'être dans le reproche sans véritablement le l'assumer. Une autre IBO évoquera que d'après elle, les chirurgiens aiment bien : « renverser la situation pour faire des reproches aux panseuses ». Une de ses collègues complètera ces propos en affirmant que les chirurgiens sont tout le temps « dans la confrontation », mais qu'elle ne se laisse pas faire. Il faut préciser que cette IBO vient d'un service d'urgence où les rapports avec les chirurgiens sont bien plus directs.

Concernant les plasticiens, une IBODE avoue qu'elle a renoncé à leur formuler la moindre remarque. Lorsqu'elle est affectée à leurs salles et elle préfère « se foutre » de ce qu'ils font. Elle fait référence au respect des règles d'asepsie ou des temps opératoires qui, en termes de matériel donné, est un combat de chaque minute. Elle dit : « moi je m'en fous ! de toute façon, ils sont tous pareils et quoiqu'ils disent, ils font bien ce qu'ils veulent ». Elle rapporte cela, car les plasticiens sont très attachés à donner une apparence très respectueuse des personnes du bloc, quelles que soient leurs fonctions. Pour illustrer cet antagonisme, nous avons recueilli une anecdote qui a été donnée de nombreuses fois par de multiples IBO/IBODE concernant le chef de ce service. Il est décrit comme un homme très humain et très respectueux, mais il termine systématiquement ses interventions en salle en jetant sa casaque sur le sol. Nous y avons assisté plusieurs fois et il nous a semblé faire ce geste pour signifier que l'opération était finie pour lui, contrairement aux chirurgiens juniors chargés des dernières sutures. Une IBO ayant le dos « abîmé » et essayant d'avoir à se baisser le moins possible lui a fait remarquer gentiment et lui dit qu'il n'était pas très « sympa » avec elle de faire cela. Sa réponse a été de dire : « ah ? Je n'ai pas vu ». Elles sont plusieurs à avoir tenté des remarques timides pour qu'il leur remette en main propre la casaque usagée. Malgré cela, à chaque fin d'intervention, le même rituel est là : la casaque est jetée sur le sol.

Dans le service de chirurgie viscérale se trouvent « les caractères » les plus éruptifs. Une IBODE ayant une longue expérience dans ce service dit du chirurgien du film : « quand je suis avec lui, je me dis “qu'est-ce qui va me tomber dessus ?”. Même si tu as tout préparé, il va te trouver un truc que tu n'as pas fait ! En vieillissant, ça n'est plus tenable... c'est des décharges d'adrénaline ! ». Dans une autre conversation, elle dira qu'avec lui « elle se sent souvent nulle », qu'elle a essayé toutes sortes d'attitudes possibles, mais que « rien ne marche ». Un jour, il lui dit : « je te virerai avant que tu ne partes ». Elle s'est sentie humiliée. Elle s'exclamera « ça fait 16 ans que je me donne pour ce bloc ! ». Une IBODE à la très longue expérience raconte qu'il lui dit en salle concernant une installation complexe de matériel : « si ça ne marche pas, je te casse la gueule ! ». Elle lui répond sans se démonter : « ben casse-moi la gueule ! ».

Dans un autre registre, une IBODE rapporte qu'elle était circulante sur une intervention où une chirurgienne opérait avec un chirurgien connu pour être le plus violent du bloc. La chirurgienne a changé de place plusieurs fois de suite ce qui a conduit la circulante à devoir changer plusieurs fois la pédale de la bipolaire de place. Cette chirurgienne a fini par s'excuser de cela auprès de la circulante. Le chirurgien en face a bondi en lui disant : « non, mais ne t'excuse pas ! C'est son job ! Elle doit le faire ! Est-ce que toi tu vas t'excuser de faire une chirurgie ? Ben non !

Donc elle, c'est son job de s'accroupir ! ». L'IBODE qui rapporte cette anecdote ajoute : « ils pensent tous cela, mais tous ne le disent pas ! ». Une collègue ajoute que : « c'est pour imposer le statut du chirurgien ». Ça n'est plus comme cela avec les nouvelles générations de chirurgien. Ils sont dans une optique de travail en commun.

Une IBODE très expérimentée narre une autre situation avec ce même chirurgien : elle lui signale qu'il manque une compresse dans le décompte des champs. Le chirurgien se recule calmement de la table et donne un violent coup de pied dans le baquet sur le sol, faisant virevolter son contenu. Il dit à l'interne : « je vais dans mon bureau, vous me bipez quand vous l'aurez retrouvée ».

Une IBO raconte qu'une IADE avait signalé, par le biais d'une procédure officielle, que ce chirurgien était arrivé en salle une heure après que le patient ait été endormi. Ces signalements sont *a priori* confidentiels, mais le chirurgien a réussi à identifier la personne qui l'avait « dénoncé » et s'en est allé la confronter violemment, la menaçant physiquement de représailles. Cette dernière a fini par porter plainte officiellement et nombreux ont été les chirurgiens de ce service à l'avoir contactée pour faire pression sur elle afin qu'elle retire sa plainte. Le chirurgien n'a finalement eu aucune sanction pour ce comportement.

12.2.1.2.2. Recevoir un objet jeté sur soi fait partie du métier

Le comportement du chirurgien dont nous venons de parler ne se limite pas aux exemples que nous avons relatés puisqu'il nous a été souvent décrit comme pouvant jeter des instruments défectueux à la figure des IBO/IBODE. Une ancienne en a reçu deux dont une pince qui est passée à quelques centimètres de son œil. Elle a demandé à ne plus travailler avec lui.

Une IBODE relate qu'un chirurgien lui a envoyé une vésicule qu'il venait d'extraire à la figure. Sa collègue explique : « c'est pour que tu te mettes à quatre pattes et que tu fasses les poubelles quoi ! ». La cadre de l'époque avait pris sa défense. Elles disent que les chirurgiens actuels ne craignent pas leurs cadres actuelles. La première ajoute : « on dirait qu'ils nous testent pour savoir si on a une résistance ». Sa collègue dit qu'elle pense que c'est la profession d'IBODE qui n'est pas reconnue et que les IADE sont bien plus reconnus qu'elles.

L'atteinte corporelle ne se limite pas aux objets qu'on leur lance puisqu'une jeune IBO, ayant aujourd'hui quitté ce bloc, nous raconte qu'une jeune chirurgienne lui a donné un coup de pied aux fesses pour qu'elle aille chercher un chirurgien sénior plus vite. Cette IBO n'a pas voulu « se laisser faire », elle a donc fait un signalement de ce geste à la direction par la même procédure officielle. Elle dit que la chirurgienne a été convoquée par la direction, mais qu'elle n'avait eu aucune sanction. Elle rapporte que lorsqu'elle est sortie du bureau de la direction, la chirurgienne dit : « ah ben c'est bien dans cet hôpital, on peut taper les IBO/IBODE ».

Les IBO/IBODE ne sont pas les seules à faire l'objet d'agression physique puisque l'une d'entre elles a rapporté que lors d'une intervention avec un chirurgien ne travaillant quasiment plus dans ce bloc, ce dernier, très penché sur son patient pour bien voir la zone à opérer, se cognait au front de son interne qui était dans la même position. Il lui répète plusieurs fois de reculer, mais pris par le déroulé de l'intervention, l'interne n'a pas maintenu une distance nécessaire à éviter le choc entre les deux visages. À la troisième fois, le chirurgien, sans prévenir, a donné un coup de tête assez fort à l'interne qui s'est trouvé déséquilibré et projeté en arrière. Le chirurgien lui dit « je t'avais prévenu ! ». L'interne étant très sonné, l'IBODE est allée le voir

de plus près, craignant qu'il ne s'évanouisse. Ce dernier lui a dit « ce n'est rien ! C'est de ma faute ! Il m'avait dit de pousser ma tête ».

On peut voir dans ces exemples que la violence franchit fréquemment le seuil de la formalisation verbale. Qu'est-ce que les chirurgiens réalisent lorsqu'ils se livrent à un affrontement physique ? Qu'est-ce qui motive ce passage à l'acte ? Autant de questions qu'il serait nécessaire de pouvoir adresser directement aux chirurgiens.

12.2.1.2.3. Des insultes sans conséquences

Une IBO très expérimentée se retrouve un jour dans l'office où elles prennent leurs repas en compagnie d'un intérimaire travaillant exclusivement dans ce bloc opératoire depuis des années. Sa situation exaspère certaines IBO puisqu'il touche une somme d'argent bien plus élevée qu'elles, en étant dispensé de certaines tâches qu'elles ont à effectuer (la préparation des caddies, le rangement du matériel en fin de journée, ils peuvent partir plus tôt lorsque leur salle a terminé ses interventions, ils ne travaillent pas tous les jours du mois, etc.). Une IBO discute avec ses collègues des revalorisations obtenues à la suite du dernier Ségur de la santé. L'intérimaire lui demande si ces mesures s'appliquent également aux personnes ayant son statut professionnel. Cette dernière, estomaquée, lui répond assez sèchement qu'il n'est pas salarié et qu'elle ne pense pas qu'il puisse en bénéficier d'autant que son salaire est plus important que le leur. Il insiste en essayant de justifier sa demande. L'IBO exaspérée par ce qu'elle qualifiera de provocation, clôt la discussion en l'envoyant sèchement dans ses buts. L'intérimaire, heurté par cette attaque, s'en plaindra auprès d'une cadre. Cette dernière convoquera l'IBO pour la sermonner et lui reprocher le caractère « violent » de ses propos. La cadre lui demande de s'expliquer sur son « attitude violente ». Cette dernière répond :

– « Pourquoi vous me convoquez déjà ? Nous sommes des adultes ! S'il m'a sentie violente, il peut échanger avec moi et on peut en discuter. Mais pour moi, j'ai été claire, ferme, certes, mais j'ai pas été violente ». La cadre répond : « Vous ne vous rendez pas compte, ça s'est passé dans une salle de détente ! C'était horrible pour lui, il était vraiment choqué ! ». L'IBO répond : « ben je sais pas, je ne comprends pas, pour moi, c'était pas plus violent que ça. Et puis, le bloc opératoire est quand même un monde très violent ». Elle ajoute qu'elle n'a pas osé rappeler la violence des caddies que la cadre a imposée ou la violence provoquée par le changement d'horaire. Ou encore, la violence vécue dans les salles de bloc opératoire. La cadre répond : « je comprends pas ce que vous dites ». L'IBO dit : « on a très souvent connu des situations violentes et on ne vient pas vous voir » [...] « je ne vois pas en quoi c'est violent. En revanche puisqu'on parle de propos violents, quand un chirurgien traite une panseuse de salope ou de connasse, moi je trouve cela très violent vous voyez ! Et quelles sont les suites ? La cadre dit : « ben vous savez, ce sont des gens qui ont des casseroles. Ils sont déjà signalés à la direction ». L'IBO dit : « et alors ? Pour moi c'est extrêmement violent qu'on puisse insulter une panseuse ! Qu'est-ce que vous faites à ce sujet ? ». La cadre : « non, on ne peut rien faire, il y a des dossiers effectivement ». L'IBO dit : « d'accord, OK, donc ça, on ne peut rien faire ! ».

Dans ce récit, on peut voir apparaître les répercussions en halo de la violence endémique présente au sein de ce bloc opératoire. Lorsque la violence émane d'un chirurgien, elle ne sera pas suivie de conséquence ni de sanction contrairement aux métiers paramédicaux. On peut facilement imaginer les voies par lesquelles la violence se démocratise et s'instaure comme mode classique de rapport social. Cette IBO ose dire ce que les moins anciennes ne s'autorisent pas à dénoncer, mais qu'elles pensent toutes. L'IBO qui raconte cet échange estime qu'à l'approche de sa retraite, elle n'a plus rien à perdre à dire sa vérité sur les rapports au bloc. En

revanche, la réaction de la cadre implique implicitement que leur parole est bien interdite et qu'elle n'a pas la même valeur que celle des « autres », intérimaires ou chirurgiens.

12.3. Éléments cliniques mettant en exergue des manifestations de violence dans l'activité de travail des chirurgiens. Le regard posé par les IBO/IBODE sur les chirurgiens et leur activité.

12.3.1. La violence en salle d'opération : un dégageant inévitable de l'activité ?

Les éléments présentés dans ce chapitre laissent apparaître une violence polymorphe au sein du bloc opératoire qui s'exprime sur les relations de travail entre les personnes de même équipe, tout autant qu'entre les personnes d'équipes différentes. Elle affecte les relations de travail pour se loger dans des confrontations, des impossibilités, des provocations, des non-dits, des silences, ou des reproches. Le recensement des modalités dans lesquelles la violence se niche n'est pas exhaustif. On la retrouve dans l'activité des personnels du bloc s'incarnant dans une réalisation des tâches qui nous semblent arides, fastidieuse et chaotique. Malgré cette description que l'on pourrait qualifier d'incroyablement négative, le travail se fait, les patients sont opérés et nous pourrions ajouter sans trop prendre de risque, « bien » opérés.

Nous avons pu voir que le coût psychique qu'engendre une activité réalisée dans ces conditions est extrêmement élevé et que certaines équipes sont plus touchées que d'autres. Une des conséquences observables est constituée par un renouvellement important du personnel. L'équipe des IBO/IBODE est la plus touchée sur ce point et présente un déficit important de personnel puisqu'elle est passée de neuf personnes en moins, au début de notre intervention, à quatorze en moins lorsque nous avons quitté le terrain. La projection que nous faisons avant de partir laissait envisager moins dix-sept personnes à une échéance très courte. L'équipe d'IADÉ est, elle, au complet et relativement stable. L'équipe d'anesthésistes est également très réduite et se renforce par soutien d'intérimaire. Les aides-soignants sont très légèrement déficitaires et l'équipe de chirurgiens est celle qui nous a semblé la plus stable en dehors des mouvements classiques des équipes d'internes qui font des vacances de six mois au minimum dans les services et des chefs de clinique dont la présence au sein des services est également limitée dans le temps.

Nous avons tenté de mettre en évidence dans les chapitres précédents que cette violence hétéromorphe pouvait être considérée comme aidante, voire peut-être même nécessaire, à la réalisation de l'activité chirurgicale. Elle n'en reste pas moins délétère pour d'autres catégories de métier et *a minima* pour les infirmières de bloc. On pourrait même affiner cette hypothèse en disant que lorsque la violence se situe autour de l'activité chirurgicale. Elle nous paraît soutenir la réalisation du travail. Or, du côté des fonctions supports de l'activité chirurgicale, à savoir du côté des IBO/IBODE, elle devient dévorante et destructrice.

Nous avons pris le parti dans ce travail de recherche de ne pas parler en détail des autres métiers (anesthésistes, IADÉ, aides-soignants) puisqu'ils n'auront pas fait l'objet d'une analyse aussi fine que celle réalisée avec les IBO/IBODE. Les dimensions propres du travail des chirurgiens sont mobilisées à travers les analyses du film abordé dans cette quatrième partie, mais non pas à travers la parole des chirurgiens qui n'a pas été recueillie dans le cadre de cette intervention. Ce sera donc à travers la parole des IBO/IBODE et de leur point de vue exclusivement que nous

baserons nos analyses ainsi qu'à travers les éléments obtenus grâce aux matériaux du film. Nous allons tenter de rassembler les éléments qui nous permettront d'alimenter une réflexion autour des multiples valences de la violence et de voir les fonctions que cette violence peut incarner d'un point de vue de l'activité de travail.

12.3.1.1. La première violence n'est-elle pas celle d'opérer ?

Nous ne pouvons pas démarrer cette réflexion sans éclairer le lien évident qui nous semble exister entre l'activité chirurgicale et la violence que nous qualifierons d'endémique puisqu'elle provient du dégageant de son exercice. Rappelons qu'opérer quelqu'un consiste à ouvrir, percer, découper, casser, coudre, une personne et que même si l'objectif de ces actions est de sauver cette personne, de tenter de la guérir ou de lui offrir une amélioration esthétique, ces gestes n'en restent pas moins violents (Caillol, 2009). L'action d'opérer une personne est donc indéniablement violente même si la perspective de cet acte reste incontestablement et majoritairement salvatrice.

Un échange tenu entre plusieurs IBO/IBODE de grande expérience en atteste. La première dit que les chirurgiens avouent parfois :

IBO/IBODE 1 : « on doit être particulier pour aimer découper les gens »

IBO/IBODE 2 : « non, mais parfois ils n'aiment pas ! »

IBO/IBODE 1 : « c'est particulier ! »

IBO/IBODE 2 : « parfois ils se font violence aussi ! »

IBO/IBODE 1 : « oui enfin c'est quand même leur métier ! »

IBO/IBODE 2 : « oui, mais parfois ils se font quand même violence. Ils ne te le disent pas d'emblée, mais si tu parles un peu avec eux ils te disent "bon ben effectivement, ça ne nous laisse pas indifférents", par exemple les amputations »

IBO/IBODE 1 : « mais c'est quand même un métier où tu vas découper les gens »

On peut voir dans ce court échange que la perception de la violence est sans ambiguïté dans l'action d'opérer pour les chirurgiens et les IBO/IBODE, bien que les chirurgiens ne l'expriment pas souvent de façon distincte sauf en dehors d'un groupe d'initiés puisque le sujet semble avoir été évoqué avec ces IBO/IBODE.

C'est avec ce même groupe d'IBODE qu'une activité chirurgicale très particulière a été abordée : les PMO (prélèvements multiorganes). Il s'agit de patients en état de mort cérébrale qui font don de leurs organes à des patients en attente de greffes. Cette activité est d'autant plus particulière que des équipes d'hôpitaux différents viennent, tour à tour, chercher les organes dont elles ont besoin. Ce défilé cérémonial a souvent été décrit par les IBO/IBODE comme une « procession morbide » ressemblant à un « dépouillage corporel » où les équipes chirurgicales paraissent très distancées de l'État du patient sur lequel elles opèrent. Elles sont focalisées sur l'action qu'elles ont à réaliser à savoir le prélèvement de l'organe qui leur revient.

On peut prélever tous les organes sur un corps maintenu en état de vie artificielle dès lors qu'ils sont fonctionnels. Les IBO/IBODE sont en salle pour assister toutes les équipes chirurgicales qui font le déplacement jusqu'à ce que l'ensemble des prélèvements soit terminé. À ce moment-là, les machines maintenant artificiellement le patient en vie sont coupées et le patient décède sur la table d'opération. Par la suite, le corps sera recousu, lavé et restitué à la famille. La « toilette mortuaire » revient à l'IBO/IBODE de la salle. Théoriquement, cette toilette se fait à deux infirmières, en l'occurrence avec l'infirmière qui coordonne les prélèvements. Cette

dernière quitte souvent la salle avant la toilette prétextant avoir à remplir des documents administratifs pour le patient. Il n'en reste pas moins que l'IBO/IBODE de salle reste seule à faire cette toilette et que certaines ont mentionné avoir du mal à le faire seules. L'une d'entre elles a même précisé qu'elle attendait le retour de la coordinatrice pour la faire, ce qui rallonge d'autant la durée de la présence en salle. L'équipe d'IBO/IBODE avec laquelle nous avons discuté de ce sujet a dit qu'elle qualifiait cette activité de très violente puisque le patient est finalement « condamné » et une des plus anciennes a dit qu'elle ne s'était jamais « remise » des PMO auxquels elle avait assisté. Elle a fini par ne plus en faire parce qu'elle ne pouvait plus « supporter d'être seule avec un mort ». Elle ajoute : « ce sont des images qui vous restent dans la tête ». « Avant, on discutait avec des psychologues, mais maintenant, tout le monde s'en fout ». Sa collègue a parlé d'un autre cas de figure de situation très violente qu'elle appelle « les cœurs arrêtés ». Il s'agit de personnes qui se retrouvent également en état de mort cérébrale comme le cas d'une femme policière de quarante ans qui s'est suicidée le soir de son anniversaire ou d'un homme qui a reçu un choc à la tête par le portail de son garage en rentrant du travail et qui s'est retrouvé dans le même état. Ces patients seront également « débranchés » faute de pouvoir leur redonner leurs autonomies vitales. L'IBODE qui aborde ces situations dira : « personne ne prend en considération toute cette violence ».

Une autre situation provenant des échanges avec les IBO/IBODE semble attester de la violence inhérente à cette activité de travail. Nous avons discuté deux fois de ce sujet avec des IBODE de courtes expériences dans le métier. Ces dernières ont dit avoir été affectées par la nature du planning opératoire qu'elles avaient dans la journée parce qu'il contenait que des cas de patientes ayant le même âge qu'elles qui avaient soit des cancers à des stades avancés, soit qui se retrouvaient à devoir porter des poches urinaires (stomie urinaire) à la suite de dysfonctionnements irréversibles. La perspective d'avoir à assister aux opérations de ces patientes, source d'identification projective en raison de la similarité de leurs âges, leur donnait le sentiment que la journée « allait être mauvaise ».

Nous pouvons donc dire, à la lumière de ces éléments de terrain, qu'il nous semble que la nature de l'activité opératoire est en elle-même génératrice d'une violence que nous serions tentées de qualifier d'endémique et que les IBO/IBODE en sont les témoins « muettes ». L'empathie des IBO/IBODE peut les conduire à être très affectées par les situations dans lesquelles se trouvent les patients. Elles doivent y faire face dans une solitude organisationnelle.

12.3.1.2. Problème de communication, égo surdimensionné ou production corolaire de l'activité ? Comment comprendre ces éléments de violence ?

12.3.1.2.1. Une communication indirecte

Nous avons pu constater que le mode de communication entre les chirurgiens et les IBO/IBODE ne se faisait que très rarement sur un mode direct sauf concernant le matériel qu'elles doivent fournir en salle, quand cela est le cas. En attestent plusieurs remarques que nous avons recueillies en séance de discussion avec les IBO/IBODE.

Elles disent qu'il est très fréquent que les consignes ne leur soient pas données directement par les chirurgiens. Elles doivent les « attraper au vol ». Le chirurgien, souvent pris dans un échange verbal avec les autres chirurgiens, va glisser des consignes au milieu de ses conversations sur le même ton que celui de l'échange verbal dans lequel il se trouve engagé. Les IBO/IBODE, instrumentistes ou circulantes, disent qu'elles doivent absolument se concentrer sur l'opération

et se « focaliser » sur le chirurgien afin de ne perdre aucune des directives qui leur seraient adressées indirectement. Une IBO/IBODE mentionne qu'elle se sert aussi des bruits de la salle comme celui d'une aspiration prolongée qui va lui signaler que le patient saigne et qu'il va falloir qu'elle fournisse les instruments permettant de cautériser le saignement. S'agit-il d'une façon volontaire de communiquer de la part du chirurgien leur permettant d'avoir l'intégralité de l'attention de l'infirmière ?

Nous avons identifié à travers une autre manière de faire que les chirurgiens recourent souvent à l'absence de consigne verbalisée. Ils se servent, par exemple, directement sur la table d'instruments au lieu de le demander à l'instrumentiste l'instrument dont ils ont besoin. Nombreuses sont les IBO/IBODE à l'avoir rapporté et à s'en plaindre vivement. Ce geste leur donne le sentiment qu'elles ne servent à rien même dans la fonction d'instrumentiste. Lorsque nous leur avons demandé pourquoi elles ne s'y opposaient pas verbalement, elles donnent des arguments qui laissent penser qu'elles n'osent pas le faire, par exemple, qu'elles ne veulent pas avoir à le répéter « tous les matins » et que ça devrait être un réflexe acquis des chirurgiens, ce qui n'est pas le cas. Ces arguments fallacieux abritent le fait qu'il ne serait pas accepté qu'elles réagissent frontalement à un comportement provenant du chirurgien.

Nous avons d'ailleurs pu voir ce qui nous a semblé être une stratégie d'économie psychique et physique de la part d'une jeune IBO qui racontait qu'elle préférerait que les chirurgiens ne connaissent pas son prénom, car, selon elle : « on demande et l'on obtient plus de choses de quelqu'un quand on connaît le prénom de l'IBODE ». Elle préférerait donc garder ses distances et que le chirurgien soit presque dans un inconfort à son égard pour ne pas « prendre ses aises ». Lors de cet échange, sa collègue très expérimentée lui a répondu que selon elle ça n'était pas « une question de nom, mais plutôt une question de confiance [...] avec le temps, on voit si la confiance est réciproque et cela n'a rien à voir avec le prénom. On sait avec qui on travaille et l'on sait comment il est, et à quoi s'attendre ».

Une autre stratégie qui là passe par une voie verbale nous est décrite par une ancienne IBO. Elle raconte qu'une interne a pris la boîte d'instruments à sa place pour l'installer. L'IBO lui dit : « qu'est-ce que tu fais ? ». L'interne répond : « je t'aide ». L'IBO rétorque : « bon ben moi je vais aller badigeonner à ta place ». L'IBO confie : « c'est conflictuel, il faut sans cesse défendre notre job. Il faut se battre en permanence sur le fait que c'est un vrai métier qu'ils nient sans cesse ». Cette réaction revient à être une stratégie qui vise à transmettre à l'interne ce qui doit se faire et ne pas se faire dans la collaboration entre la chirurgienne et l'IBO. Notons que cette IBO ne s'autorise pas à faire la même remarque à un chirurgien sénior. L'interne reste une étudiante. Les risques encourus sont de moindres natures.

12.3.1.2.2. Un statut « supérieur » ?

La question du statut des chirurgiens et de ce que leurs comportements provoquent aux IBO/IBODE a été omniprésente lors de nos échanges avec elles, de même que pendant nos observations. Nous avons nous-mêmes ressenti ce positionnement de supériorité lorsque nous étions au bloc opératoire, en observation, et que nous étions vêtues de la tenue de bloc caractéristique des IBO/IBODE. Nous avons le réflexe de saluer tous les gens que nous croisons sur notre chemin dans le bloc opératoire de surcroît lorsque nous rentrions dans une salle pour y installer une observation longue. Aucun des chirurgiens que nous avons croisés ne nous a salués en retour, sauf un ou deux avec lesquels nous avons discuté plusieurs fois. Nous avons par ailleurs pu voir que lorsqu'ils connaissaient l'IBO/IBODE qui les assistait en salle,

ils étaient plus familiers avec elle et que les rapports étaient plus personnalisés, voire plus sympathiques. Leur connaissance de l'IBO/IBODE était effectivement l'occasion pour eux de demander des choses qu'ils n'auraient pas demandées à une infirmière inconnue, comme dans le cas des intérimaires de passage. Une IBODE dira : « les chirurgiens n'en ont rien à battre de ce qu'on est » et sa collègue surenchéra : « les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmiers anesthésistes, personne ne considère notre profession et ce que nous sommes ». Cette même personne relate qu'il arrive fréquemment que les internes ne les saluent pas lorsqu'ils entrent dans la salle. Les chirurgiens, censés les encadrer, ne leur apprennent pas forcément à le faire. Elle analyse cela en disant : « il y a un problème de caste et l'infirmière n'est qu'une idiote pour eux et eux (les chirurgiens) ils sont au-dessus de ça ». Une autre IBO se décrit comme essayant toujours de « prendre soin » des chirurgiens en « montant la table » des instruments de sorte qu'ils soient dans les meilleures conditions pour opérer. Elle affirme qu'en retour, ils ne prennent pas soin des IBO/IBODE puisqu'ils « jettent tout par terre » et qu'elle « se casse le dos » pour eux par leur négligence.

Quelques anciennes IBO/IBODE rapportent que lorsqu'elles ont démarré dans cette profession, les chirurgiens étaient bien plus durs avec elles que les chirurgiens actuels. Elles disent qu'elles étaient traitées « comme des esclaves » et que comparativement, « ça va mieux aujourd'hui ». Cependant, elles constatent et établissent que les chirurgiens actuels sont aussi bien moins exigeants que leurs prédécesseurs dans leur propre activité et elles attribuent ce constat au fait qu'ils n'ont plus la possibilité de « prendre le temps de bien travailler ». Les patients du matin sont les plus exposés à un rythme tendu. Dès le début de l'après-midi, les chirurgiens ont une vision plus claire du temps dont ils disposent pour finir leur journée. Ils peuvent donc s'accorder un plus de temps pour les opérations à réaliser.

Dans la même idée, elles expliquent qu'avant, le chef de service était la figure qui déterminait comment on opérait une pathologie et qu'il insufflait à son équipe cette manière de faire, dont il ne fallait d'ailleurs pas déroger. La variété des opérations effectuées était également plus réduite. Aujourd'hui, les chirurgiens opèrent de nombreuses pathologies, bien qu'ils soient toujours spécialisés dans certaines techniques ou dans certaines zones du corps. En revanche, les manières d'opérer, bien qu'inspirées des anciennes manières de faire, deviennent, par la force de l'expérience, spécifiques aux chirurgiens qui les pratiquent.

Nous finirons ce chapitre par une anecdote plutôt amusante puisqu'une IBO racontait qu'elle avait dit à une chirurgienne très nerveuse et exigeante qu'elle était impatiente, car elle réclamait des choses et trépignait pour les obtenir sans laisser le temps à l'instrumentiste de les lui donner. Pour tenter de la calmer, l'IBO lui dit très calmement : « vous êtes impatiente ». La chirurgienne prend plutôt mal cette remarque et dit « quoi ? Moi ? Impatiente ? C'est vrai ? ». Elle se tourne vers la chirurgienne junior qui opérait avec elle et lui demande : « c'est vrai ? Je suis impatiente ? ». Au passage, elle trépigne pour obtenir la réponse, mais ne s'en rend pas compte. Lorsque l'IBO raconte cette histoire, sa collègue s'esclaffe en disant : « c'est de l'impatience de chirurgien, c'est de l'impatience standard ». On peut voir que les chirurgiens ne sont pas objectifs sur leurs propres comportements, surtout lorsqu'ils génèrent de la pression. On peut également relever que ces formes de pression sont tout de même très largement normalisées et acceptées par les IBO/IBODE. Enfin, notons que l'IBO s'est autorisée à faire une « remarque » verbalement à une chirurgienne. On imagine difficilement la même remarque adressée à un chirurgien. Serait-il plus facile pour les IBO/IBODE de formuler une remarque à une chirurgienne qu'à un chirurgien ?

12.3.1.2.3. Le produit de l'activité chirurgicale ?

Nous avons pu établir dans les séances de discussion avec les IBO/IBODE que la violence trouvait toujours sa source dans la réalisation de l'activité de chirurgie. Une série de remarques provenant des IBO/IBODE en attestent. Autrement dit, c'est en opérant, ou parce qu'ils opèrent, que les chirurgiens vont produire des attitudes envers les IBO/IBODE, et les autres métiers d'ailleurs, qui pourront être qualifiées de violentes. Toutes les IBO/IBODE ont, à un moment ou un autre, mentionné que les chirurgiens étaient cordiaux avec elles jusqu'au moment où le mot « incision » était prononcé, signe du démarrage de la chirurgie. Ils se mettent alors « à crier » sur l'IBODE et deviennent odieux avec elle.

Dans les descriptions qui vont suivre faites par les IBO/IBODE, soulignons qu'elles ont toutes été ponctuées de compréhension envers les chirurgiens. Nous faisons l'hypothèse que c'est une manière, pour elles, de rendre supportables ces manifestations hostiles et surtout de pouvoir tenir sur la durée le fait d'y être exposées.

Démarrons par un exemple dans lequel les IBO/IBODE discutaient du fait que les chirurgiens pouvaient paraître misogynes. Un garçon IBO disait qu'il constatait que les chirurgiens étaient particulièrement familiers avec lui et qu'ils l'appelaient tous par un diminutif, ce qu'ils ne faisaient pas avec ses collègues féminines. Une IBO répond qu'elle préfère, au contraire, garder ses distances avec eux en les vouvoyant. Une autre, manifestant son accord, mentionne que c'est justement lorsqu'ils se détendent et qu'ils parlent un peu avec elles qu'ils les attaquent subitement par des reproches. Une autre, plus expérimentée, réagit en disant que ça n'est pas dirigé contre l'IBODE en question, mais qu'ils sont stressés ou énervés : « ils ont besoin de gueuler et ça tombe sur celui ou celle qui est là ». Elle ajoute qu'il faut mettre une distance dès le départ avec eux, mais que ça ne les empêchera pas d'agir de la sorte. Cet exemple montre le parallélisme entre le déroulé de l'activité chirurgicale et l'apparition du comportement violent. Nous pouvons voir se développer la méfiance des IBO/IBODE à l'égard des attitudes des chirurgiens considérées comme sympathiques qui se justifie certainement par la récurrence des comportements « violents » survenus à la suite de gestes plus sympathiques.

Lors d'une autre séance, une IBO expliquait qu'il n'y avait pas de liens hiérarchiques entre elles et les chirurgiens, mais que malgré cela, il y avait une relation de subordination dans le travail qu'elles devaient fournir, ou plutôt « leur » fournir. Rappelons que l'activité des IBO/IBODE se destine essentiellement au soutien de la réalisation du travail du chirurgien.

Cette dernière dira : « les cadres sont nos supérieures alors que les chirurgiens ne sont pas nos supérieurs, donc eux, ils agissent, en fait ils se disent qu'on va penser pour eux, tout ce dont, enfin ils ne peuvent pas s'occuper de tout [...] ils estiment qu'ils doivent se concentrer sur ce qu'ils ont à faire et que tout le reste doit être géré par nous ». On peut voir dans cette description le contenu et l'étendue de ce que les IBO/IBODE pensent être une de leur fonction aux yeux du chirurgien. Nous pouvons y voir des éléments qui relèvent d'une forme de servitude en tant qu'il s'agit d'un rapport de dépendance dans le travail. Par ailleurs, l'IBO décrit bien que tout ce qui sort du champ immédiat de la chirurgie relève de leur fonction. Ce point peut expliquer que cette servitude soit vouée à être volontaire et qu'elle est structurelle.

Dans un registre proche, une IBO/IBODE rapporte que lorsqu'elle demande les compresses sales aux internes, ils les jettent par terre à l'aveugle et qu'elles tombent toujours à côté du baquet. Ceci l'amène à devoir ramasser les compresses à même le sol, multipliant ainsi les mouvements usants pour le corps. Elle dit un peu plus tard : « il faut les comprendre, ils viennent d'arriver, ils sont dans l'apprentissage, ils se concentrent... ». Une autre IBO dit que lorsqu'elle

instrumente, elle fait aussi tomber les choses qu'elle jette à côté du baquet, sans le faire exprès, et que de fait, elle pense que les chirurgiens ne le font pas exprès non plus. Cette idée est également présente dans un échange où les IBO/IBODE relatent que les chirurgiens demandent un instrument qui est déjà sur la table sans vérifier s'ils l'ont déjà. Ceci est, selon elles, lié à leur concentration, bien qu'elles se plaignent qu'ils le fassent quand même. Enfin, nous avons également noté une autre ambivalence concernant une IBODE très expérimentée qui, dans un « coup de gueule » qui nous a surpris, a dit qu'elle comprenait les chirurgiens qui en avaient marre de répéter les mêmes choses. Elle pense qu'il faut se mettre à leur place, car qu'ils doivent répéter à longueur de semaine : « Bétadine, pansements, fils » alors que les IBODE devraient, selon elle, les mettre directement sur la table sans qu'ils aient à le demander. Sa collègue, plus récente dans le métier, répond que justement, lorsqu'elle le fait spontanément, ils le demandent malgré tout, parce qu'ils ne regardent pas la table avant de le demander. Nous avons pu constater cela dans le film présenté.

Comme nous l'avons dit en amont, nous avons pu observer la récurrence des comportements de certains chirurgiens dans les mêmes spécialités chirurgicales. Lorsque nous en avons discuté avec les cadres, elles ont rangé ce point sous l'idée d'une coïncidence. Selon elles, la ressemblance de comportement entre chirurgiens de même spécialité s'explique par le fait que les chefs de service recrutaient des personnes leur ressemblant ou qui leur était hautement compatibles et que le mimétisme était à l'origine du phénomène. Or, lors d'une discussion avec les IBO/IBODE, ces dernières, partant de la même constatation que nous, ont exprimé que les chirurgiens du « digestif » avaient ce comportement parce qu'ils géraient des pathologies lourdes et qu'ils devaient connaître un champ très large de techniques et de zones du corps. Une IBO ajoute qu'ils ne pouvaient pas se limiter à un domaine, et qu'ils étaient obligés d'élargir à l'urologie, la gynécologie au minimum. D'ailleurs, il avait été dit dans une autre séance : « en uro, l'imprévisible est prévisible, pas en dig ! ». Grâce à cet échange, nous pouvons voir émerger une explication supplémentaire qui atteste de l'hypothèse que non seulement, le comportement serait lié à l'activité chirurgicale, mais qu'en plus, il aurait une composante spécifique, et parfois exacerbée, liée à la nature de la spécialité chirurgicale. Nous avons également pu vérifier cette idée par une remarque, faite à plusieurs reprises sur le chirurgien du film. Une IBO dit de lui : « il cherche la confrontation. Ça le déstresse » ou « il n'a pas mauvais fond, mais c'est un gueulard ». Une autre ayant passé quinze ans dans cette spécialité fait même un éloge de lui, alors qu'elle avoue ne plus pouvoir travailler avec lui, ne supportant plus son comportement. Elle le considère cependant comme le meilleur de sa spécialité et confesse que si elle devait se faire opérer, c'est à lui qu'elle le demanderait.

12.3.1.3. Des chirurgiens affectés par ce qu'ils font

Au fil de notre intervention, de nos observations et des échanges que nous avons eus avec les personnels du bloc opératoire, nous nous sommes interrogées sur ce que les chirurgiens pouvaient laisser apparaître comme stigmates clairs attestant d'une porosité affective issue de leur activité. Pour le dire plus simplement, nous faisons l'hypothèse que certains comportements « désagréables » des chirurgiens puissent être une forme de réaction face aux dimensions « désagréables » de leur activité. Nous avons tout d'abord identifié ce qui nous a semblé être une « réaction affective » à travers un mécanisme projectif d'un chirurgien sur un patient. Dans les deux cas dont nous allons parler, les chirurgiens étaient spectateurs et non opérateurs de la chirurgie.

Une IBO relate que lorsqu'elle est arrivée dans ce bloc opératoire, elle a assisté à une intervention de réattribution de sexe d'un patient masculin par une équipe de chirurgie plastique qui a depuis quitté l'hôpital. Dans ces interventions, le pénis du patient sera progressivement supprimé et une vulve lui sera « façonnée » sur mesure en se servant du pénis « réassigné ». Dans cette anecdote, la chirurgienne qui avait la charge d'effectuer l'ablation du pénis avait un public de plusieurs chirurgiens dans la salle, dont son mari qui était également chirurgien dans ce bloc, mais dans une spécialité chirurgicale différente. Il est fréquent que pour des interventions rares ou de pointe, des chirurgiens assistent aux interventions. Au moment de sectionner le pénis, cette chirurgienne, s'adressant à son mari dit à haute voix : « tu vois chéri, si tu m'emmerdes, je te fais pareil à la maison ». Tous les chirurgiens spectateurs de l'intervention ont réagi en manifestant un inconfort à la vue de cette ablation et à l'écoute de cette remarque. L'IBO dit « qu'ils n'en menaient pas large ».

Cette intervention est pratiquée également aujourd'hui au sein de ce bloc opératoire par l'équipe de chirurgie plastique actuelle. Contrairement aux pratiques de l'époque, une équipe de chirurgie digestive fait également partie de cette intervention puisqu'elle est chargée de créer un vagin artificiel aux patientes en utilisant une partie du colon qui sera dérivé pour former une cavité viable et surtout durable dans le temps, ce qui n'était pas le cas avant. Deux chirurgiens digestifs se sont spécialisés dans cette intervention dont un plus particulièrement puisqu'il a fait du colon sa spécialité chirurgicale. Ce chirurgien en question est relativement jeune puisqu'il n'a qu'une quarantaine d'années. Les IBO ayant instrumenté ce chirurgien pendant cette intervention décrivent que lorsque les plasticiens sectionnent le pénis des patientes, ce chirurgien digestif dit à chaque fois : « ah moi, ça, je ne peux pas regarder ! ».

Nous avons également pu faire l'expérience du même phénomène lors des opérations auxquelles nous avons assistées qui concernaient les seins des patientes. Plasties mammaires (augmentation et réduction), tumorectomies, ces interventions nous ont toutes fait ressentir des douleurs dans notre propre poitrine. Précisons que nous avons mis ce ressenti sur le compte de notre récente présence dans les blocs opératoires et de notre absence de connaissance dans le domaine de la chirurgie. Or, c'est en observant ce chirurgien réagir de la sorte, de même que grâce aux témoignages des IBO/IBODE le concernant, que nous avons compris qu'un mécanisme de projection devait probablement se mettre en marche lorsque l'on se trouve spectateur de ce type de scène assimilable inconsciemment à un acte violent et touchant une zone intime du corps. Cette violence est subjective et non objective. Nous ne remettons pas en cause le bien-fondé de l'opération ou sa pertinence, mais sans avoir ni le contexte, ni l'objectif, et en ne se focalisant que sur la chirurgie, il nous semble qu'elle soit assimilable psychologiquement à ce que nos yeux de spectateur doivent décoder comme un acte physiologiquement violent. Ce ressenti est potentiellement exacerbé par le fait que ces opérations interviennent sur des patients sans pathologie nécessitant l'opération.

C'est au travers d'un autre récit qui nous a été livré par une IBODE que nous avons eu le témoignage le plus explicite de ce qui nous a semblé être une manifestation affective en lien avec la chirurgie impliquée. Dans cet exemple, nous retrouvons le détail du mouvement psychologique qui indique le processus enclenché pour ne pas avoir à être pris en étau dans des fluctuations affectives entravantes pour la réalisation de l'activité chirurgicale.

Une IBODE raconte que lors de la préparation d'une greffe rénale, elle frôle avec la main le greffon qui venait d'être préparé par le chirurgien. Ce geste malheureux compromet l'utilisation du greffon, puisqu'il a été stérilisé par le contact avec sa main, ainsi que son implantation dans le corps du receveur. Précisons qu'il est possible de remédier à cette stérilisation en

préparant à nouveau l'organe. Cette opération n'est pas très longue, mais expose le greffon à un endommagement potentiel puisqu'il reste plus longtemps que prévu à l'air libre, qu'il n'est pas irrigué pendant ce temps-là et que sa manipulation peut l'abîmer. Elle en fait part au médecin, complètement désemparée et exprimant de vifs remords ainsi qu'une forte culpabilité. Le chirurgien lui dit : « si l'on se mettait dans cet état à chaque fois qu'on fait une connerie, on ne pourrait pas opérer ». Comme elle pleure et qu'elle s'accuse d'avoir fait une chose « impardonnable », il insiste : « si l'on devait se mettre dans ton état à chaque fois qu'on fait une connerie, mais je ne vivrais pas ! Je serai déjà mort d'une crise cardiaque. Tu vas te calmer, le patient va bien, et arrête de te flageller, ça ne sert à rien et pense à nous, si depuis tout jeune, depuis mes vingt ans, j'ai les mains dans un corps humain, si je me mets à pleurnicher et surtout de me dire que j'ai foutu la vie de quelqu'un en l'air... on ne peut pas se l'autoriser, donc tu te calmes ». Elle ponctue ce récit par la lecture suivante : « c'est à ce moment-là que j'ai compris leur côté des choses. Alors quand ils disent des choses comme “alors c'est une vieille chatte” ou “l'autre il est grand comme une tapette”, j'ai compris pourquoi ils disaient des trucs comme ça. Moi à des moments, ça m'insupportait... ! ». Cette anecdote permet de voir d'une part la conscience que certains chirurgiens ont de l'importance de ce qu'ils font et des risques qu'ils prennent en le faisant. Le mouvement décrit nous informe également sur l'action délibérée qu'ils mettent en place pour créer un mouvement d'occultation, leur permettant de ne focaliser que sur la réalisation de la chirurgie et non sur la conscientisation des risques ou leurs conséquences.

Cette dernière partie nous permet de voir que, d'après les IBO/IBODE, les chirurgiens mentionnent qu'ils sont affectés par ce qu'ils font, contrairement aux apparences que pourraient véhiculer leurs attitudes violentes et agressives sur de multiples sujets (les patients, les IBO/IBODE, les opérations qu'ils effectuent, etc.). Précisons que dans les cas et les situations abordés, nous voyons qu'ils mentionnent une trace affective lorsqu'ils sont amenés à y réfléchir et à se positionner sur ce point précis. En revanche, nous pouvons également voir qu'ils mettent en place, le reste du temps, des procédures d'occultation complètes, d'évitement, de déni, de refus de considération du réel afin de ne pas se laisser atteindre par les dimensions encombrantes de la réalité de leur métier.

13. Analyse d'un film réalisé en salle d'opération : la réalisation de la violence lors d'une intervention chirurgicale en spécialisation de chirurgie viscérale

13.1. Méthodologie d'analyse retenue

Pour effectuer ce travail d'analyse, nous retiendrons deux champs épistémologiques différents, mais complémentaires, pour enrichir ce travail d'analyse bâti sur le thème de la violence au sein des blocs opératoires. Tout d'abord, la clinique de l'activité nous équipera de sa capacité à regarder les situations de travail d'une manière qui lui est spécifique. C'est autour du concept d'activité que cette clinique s'est forgée (Clot, 1999). Précisons qu'il ne s'agit pas de n'importe quelle sorte d'activité, mais plus particulièrement de *l'activité dirigée en situation réelle* (Clot, 1999). En effet, dans son « triptyque » de l'activité, l'individu au travail est dirigé aussi bien sur l'objet de son travail, ainsi que vers les autres ayant le même objet. Le genre professionnel, « sorte de préfabriqué, stock de “mise en actes”, de “mises en mot”, mais aussi de conceptualisations pragmatiques du métier (Samurçay & Pastré, 1995, cité par Clot, 2008, p.107) », est à comprendre comme une médiation à travers laquelle le sujet peut agir sur l'objet et sur les autres dans « le flux de l'activité dirigée en situation » (Clot, 1999, p. 95). Par ailleurs, l'activité « réelle » que cette clinique nous permet d'analyser est « un rapport subtil entre le réitérable d'un genre (professionnel) et le non-réitérable d'une situation singulière » (Clot, 1999, p.94). Ce qui veut dire que l'activité va avoir des « attendu générique » que l'inattendu des situations va mettre au défi. L'individu va devoir puiser dans le « genre professionnel » de quoi s'équiper pour y faire face. Clot parle d'un « rapport entre le donné et le créé » (Clot, 1999, p.94). Le genre professionnel est d'abord assimilé par le sujet, puis, par la suite, il sera mis au service de ce dernier pour lui permettre de produire une action et deviendra par là même un « moyen de la réaliser » (Clot, 1999, p. 95). Précisons qu'il s'agit d'un mouvement qui se déroule simultanément et non successivement. Dans son rapport à l'activité, l'individu que nous appelons plutôt le sujet en clinique de l'activité, doit réaliser des tâches. Grandement inspirée par les traditions de l'ergonomie de langue française, la clinique de l'activité pose que la tâche est à distinguer de l'activité réelle puisque la première indique ce qui est à faire et la seconde ce qui se fait réellement (Leplat & Hoc, 1983). La clinique de l'activité a également éclairé, dans sa conceptualisation, que l'activité réalisée et l'activité réelle ne se « recoupaient » pas (Clot, 2008). Précisons que le terme de réel de l'activité remplacera celui d'activité réelle pour une conceptualisation plus juste. Citant Vygotski, Clot (2008) établit que « l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » (Vygotski, 2003, p.74) et c'est pour cela qu'il faut comprendre ce que fait le sujet, le comportement qu'il va adopter dans une situation donnée, comme le « système de réaction qui a vaincu » (Vygotski, 2017, p.74). Les systèmes de réactions qui eux n'ont pas « vaincu » ne disparaissent pas pour autant. Il faut les envisager comme des formes non réalisées dont le pouvoir est loin d'être négligeable. Clot (2008) les considère comme des « résidus incontrôlés » ayant la potentialité d'exercer une influence redoutable dans l'activité du sujet. Ce dernier se retrouvera « sans défense » face au rayonnement de leur puissance. Pour le résumer d'une formule, désormais célèbre dans notre champ de pensée et d'action, « le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - le drame des échecs - ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs » (Clot, 2008, p.89). Il faut ajouter à cette liste « ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et, tout autant, ce qu'on avait sans avoir

voulu le faire » (Clot, 2008, p.89). Ce qui revient à dire que toutes les activités, y compris celles que l'on peut considérer comme « suspendues, contrariées, empêchées, les contre-activités » doivent faire partie de l'analyse du réel de l'activité. C'est précisément cette grille d'analyse que nous utiliserons pour regarder de plus près les interactions qui se produisent entre le chirurgien, les infirmières de bloc, les IADE et l'anesthésiste. Notre ambition sera d'évaluer, au plus fort de ce que nous permettra une analyse qui n'inclut pas le regard des sujets sur leur propre activité, la nature des « choses » qui sous-tendent les échanges verbaux dans ce film. Nous chercherons à détailler ce que se disent les interactants, les manières dont ils se répondent, mais également à préciser dans quelles modalités la violence verbale se livre entre eux, quels mécanismes de régulation sont opérés par l'usage de la violence dans ces échanges verbaux, et ce afin d'envisager de comprendre la (ou les) fonction (s) qu'incarne la violence dans le cadre de ces échanges. Nous regarderons à qui est adressé ce qui est dit, ce qui a été dit, la nature de la violence dans l'exemple en question et ce que cherchent à faire les acteurs dans ces interactions.

Un second plan d'analyse viendra compléter le premier. Nous utiliserons les conceptualisations formalisées par Moïse, Meunier et Romain (2015) pour définir la violence verbale dans l'espace de travail afin de voir à quelle typologie de violence appartiennent les registres de celles présentes dans les échanges du film. Pour ce faire, nous reprendrons les définitions que nous avons relevées dans la troisième partie de cette thèse. Pour avoir ses définitions bien à l'esprit, reprenons celles qui nous serviront à la grille d'analyse.

Nous recenserons les trois formes de violences verbales conceptualisées par les auteurs (Moïse, Meunier et Romain (2015) :

- la violence fulgurante : « montée en tension contextualisée qui se décline à travers différentes étapes (incompréhension, négociation, évitement, renchérissement, renforcement...) marquées par des déclencheurs de conflit (matériels ou symboliques), des marqueurs de ruptures comme des durcisseurs, et des actes de langage¹⁰ dépréciatifs directs (harcèlement, mépris, provocation, déni, insulte...) à visée de domination » (Moïse, Meunier et Romain, 2015, p.11).
- la violence polémique : « repose sur des actes de langages indirects et implicites, une argumentation et des figures de rhétorique à visée polémique et persuasive. Elle occupe surtout le champ de la politique, de l'exercice de l'autorité et de l'humour. Elle repose sur une dimension vexatoire à l'adresse d'un groupe ou d'une personne (ironie, réfutation, arguments ad hominem, etc.) » (ibid.).
- la violence détournée : « s'actualise dans des interactions consensuelles et coopératives feintes et ambiguës (compliment, éloge, flatterie, hyperpolitesse, sous-entendus) à des fins de manipulation et de harcèlement » (ibid.).

Les auteurs présentent quatre étapes de montée en tension de la violence verbale fulgurante. Ils partent de l'idée que la violence verbale fulgurante est à considérer comme un processus global caractérisé par des montées en tension qui sont des lieux de rapports de pouvoir. Les actes de langage y sont péjoratifs (provocation, menace, insulte) et se logent souvent dans les divergences de points de vue, de comportements, de sensibilité, tous irrésolvables et générateurs de tension entre les interactants. La première étape est définie par la violence potentielle qui est à trouver dans les conditions de la rencontre des deux personnes et au type de rapport qui les unit. La deuxième étape est qualifiée de violence embryonnaire ou amorce de la violence verbale. Il s'agit d'attribuer la montée en tension à la manière de se comporter et de se parler.

¹⁰ Dans le champs de la pragmatique conceptualisée initialement par John Austin, un acte de langage est une action réalisée par la parole. Nous ne développerons pas le contenu de ce champ théorique car il ne fera pas l'objet de cette étude.

On peut y trouver une agressivité latente qui se perçoit dans un changement de ton, dans une posture particulière physique, dans des répétitions assimilables à un harcèlement verbal. L'impolitesse et l'incivilité y ont une place importante. La troisième étape est la violence cristallisée. Elle se caractérise par la réaction de la personne qui est exposée à la violence et qui, en retour, décidera d'y répondre par une prise de position dans le conflit et la montée en tension. Si l'étape précédente ne sort pas d'une réponse mutuelle à la violence par de la violence, les interactants parviendront à la quatrième étape qui est la violence physique. La montée en tension décrite à travers ces quatre étapes est à comprendre comme une progression par palier, car à chaque étape, il y aura une possibilité d'interruption du conflit et de retour vers une forme d'apaisement.

La violence verbale fulgurante va avoir des moteurs déclenchants qui lui sont propres. Des éléments contextuels vont l'orienter et l'organiser. Ils vont plus particulièrement créer les conditions d'une vulnérabilité face aux tensions. Le contexte spatial et temporel peut générer un ressenti agressif qu'il soit objectivable ou non. Le contexte normatif, culturel et social implique des comportements et des pratiques langagières spécifiques et intériorisés. Lorsqu'ils provoquent des oppositions de représentations ou de valeurs, ils peuvent provoquer des conflits. Le contexte émotionnel est lui aussi fondamental surtout qu'il vient confronter la façon dont chacun vit ses propres émotions à comment il perçoit celles d'autrui. L'intensité de ce contexte peut être dépendant des personnalités, des caractères, des histoires de chacun, de l'âge, de la souffrance éprouvée, de l'état de la santé psychique de la personne, nous ne citerons que ces critères, mais d'autres existent. Par ailleurs, les acquis de la relation entre deux personnes sont également très largement impliqués dans l'apparition potentielle de la violence verbale, surtout dans une relation de travail qui rend incontournables les dimensions préalables de la relation. Un dernier contexte est à prendre en compte, le contexte motivationnel compris par les buts et les enjeux qui animent les interlocuteurs. Ils vont déterminer ce qui est attendu dans la discussion et vont donc être très grandement responsables des frustrations ou des satisfactions que vont éprouver les personnes impliquées dans l'échange.

Enfin, dans les violences verbales, les éléments contextuels entrent en synergie avec les manifestations linguistiques. En effet, la violence verbale se loge dans les gestes, les expressions, la prosodie (rythme, débit, hauteur de la voix, etc.) de même que dans les « compétences langagières » qu'il faut comprendre comme la capacité à parler en fonction de l'intention et de l'ajustement au contexte. Les auteurs ajoutent que les actes de langage menaçants (provocation, menace, reproche, insulte) sont au cœur des effets de la violence verbale en tant « qu'ils cherchent à atteindre l'autre, à altérer son sentiment de sécurité, de dignité ou d'estime sociale, à le rabaisser dans une prise de pouvoir pragmatique et souvent sont accompagnés de procédés argumentatifs qui légitiment les jugements assénés ("je te traite comme ça parce que...") » (Moïse, Meunier et Romain, 2015, p.16). Les « petits mots » tels que « ben », « bon », « euh », « alors », « voilà », vont pointer, accentuer et souligner les actes violents.

En dernière partie de cette analyse, nous synthétiserons les manifestations de violence énoncées par le chirurgien du film dans un tableau récapitulatif dont la grille d'analyse nous servira également tout au long des premières analyses plus détaillées. Il sera donc utile de garder cette grille d'analyse comme axe d'observation des analyses qui seront fournies en première partie. Précisons que ces éléments conjuguent aussi bien les conceptualisations de la clinique de l'activité (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) de même que celles apportées par les classifications des registres de violence (Moïse, Meunier & Romain, 2015).

Ce tableau contiendra les modalités d'analyse suivantes : après avoir identifié les phrases les plus emblématiques des manifestations de violence verbale dans un positionnement temporel précis ainsi que dans leur contenu (numéro de la phrase, temps auquel elles sont prononcées par le chirurgien, phrase en question), nous pourrions classer le type de violence verbale auquel elles appartiennent (fulgurante, polémique ou détournée). Puis nous identifierions la nature ainsi que les modalités dans lesquelles s'illustre le contenu de ces formes langagières de violence (directivité, fermeté, reproches, jurons, onomatopées, gros mots, insultes, etc.). Nous qualifierions, par la suite, les émotions qui semblent leur être associées du côté du chirurgien auxquelles nous adjoindrions, dans la colonne connexe, l'action qui est produite par le chirurgien au moment où la phrase est prononcée. Puis, nous spécifierions le destinataire de la (ou les) phrase(s) prononcées ainsi que l'action (réponse) qui est réalisée par la personne qui réceptionne cette phrase violente. Enfin, nous ajouterions ce que répond (ou ne répond pas) le ou la destinataire de la phrase. Ces éléments nous permettront de conclure sur les fonctions que peut incarner l'usage de chaque phrase violente dans le contexte dans lequel elles sont prononcées. À l'issue de l'analyse de l'ensemble de ces phrases, nous pourrions très probablement conclure sur une fonction plus globale de l'usage de la violence verbale dans ce contexte très précis du déroulé opératoire.

13.2. Analyse du film : caractérisation des mouvements violents et de leurs objets

Repartons de cette phrase de Vygotski (1978, cité dans Clot, 2008, p.55) « c'est uniquement en mouvement qu'un corps montre ce qu'il est ». C'est effectivement en partant d'une analyse des « mouvements » dans la salle d'opération et des propos qui les accompagnent que nous pourrions voir la réalité de la violence telle qu'elle se dévoile durant l'activité opératoire, de même que nous avons pu en avoir des descriptions précises dans les groupes d'analyse de l'activité des IBO/IBODE. Nous allons procéder à l'analyse d'un film de chirurgie viscérale afin d'en détailler le contenu, les étapes et de voir comment la violence se manifeste durant le travail opératoire. Nous analyserons si elle est circonscrite à une forme de violence précise ou si elle se manifeste à travers d'autres matérialisations. Il s'agira également d'identifier à qui elle s'adresse et ce qu'elle cherche à produire tout au long de l'opération en cours.

13.2.1. Description de la situation et éléments préalables

Dans ce montage de 30 minutes d'une intervention qui aura duré un peu plus de deux heures, on peut voir un chirurgien expérimenté enseigner une pratique chirurgicale à un interne avec lequel il alterne la tenue des manettes de coelioscopie ainsi qu'à un externe qui se trouve, la plupart du temps, en position d'observation. Parfois, l'externe tient la caméra de coelioscopie, mais toujours à la demande du chirurgien. Deux infirmières de bloc se trouvent dans la salle. La première instrumente le chirurgien. Elle se trouve donc en tenue de bloc stérile ainsi qu'en casaque de chirurgien. Une autre infirmière de bloc est à la place de « circulante ». Elle approvisionne donc l'équipe chirurgicale en instruments provenant des zones non stériles de la salle et de l'extérieur de la salle. Elle effectue également d'autres tâches comme répondre au téléphone, au bip du chirurgien, aller chercher du matériel en réserve, ou encore remplir le dossier informatique du patient sur son ordinateur. Notons qu'elle forme également sa collègue

instrumentiste qui est récente dans le métier. Enfin, nous verrons brièvement une première infirmière anesthésiste puis un second infirmier anesthésiste qui lui succèdera et qui restera jusqu'à la fin de l'intervention. Un médecin anesthésiste fera également une brève apparition. Notons que les deux infirmiers anesthésistes (IADE) sont vêtus d'une casaque stérile de chirurgien alors qu'ils n'en ont pas un usage impératif. Le port de ce vêtement est destiné à intervenir sur des zones qui doivent rester stériles, ce qui n'est pas leur cas. Précisons que ce vêtement tient plus chaud que les autres tenues de bloc et que, dans les salles de bloc, la température est particulièrement basse. Certaines personnes s'en servent uniquement pour cette raison, ce qui génère des tensions avec les personnes qui sont en charge des commandes de ce matériel au sein du bloc. Les infirmières de bloc n'ont par exemple pas le droit de porter ces vêtements si elles n'instrumentent pas. En revanche, personne n'ose l'interdire ouvertement aux IADE qui en portent sans en avoir une utilité justifiée. Cette disparité contribue à créer des tensions entre les deux équipes infirmières (IADE et IBODE). Utiliser ce vêtement en dépit de l'interdit existant à son sujet doit être potentiellement appréhendé comme une transgression, de même qu'une revendication. En effet, porter un vêtement réservé aux chirurgiens et aux activités chirurgicales n'est pas anodin et doit probablement être traduit comme une volonté d'être assimilé à ces activités ou en tout cas, à leur niveau d'importance dans la « hiérarchie » des métiers du bloc si toutefois nous considérerons qu'il puisse en avoir une. Ces éléments permettent de voir quelques-uns des sujets sources de conflits actifs dans la situation dont il ne sera pas fait état verbalement tout au long de l'opération.

Nous allons regarder en détail les interactions entre le chirurgien et les trois catégories de métiers que sont les étudiants en chirurgie (interne et externe), les infirmières de bloc (instrumentiste et circulante) et les anesthésistes (infirmiers et médecins) afin d'identifier les spécificités de chacune de ces interactions langagières. Nous garderons, en toile de fond, les éléments d'analyses du tableau pour mieux comprendre les enjeux de ces interactions.

Les tours de parole sont numérotés dans la retranscription des verbatims du film pour s'y référer plus facilement (Annexe 2).

13.2.2. Interactions avec les étudiants en chirurgie

On peut voir que le chirurgien formule deux catégories d'information à destination des étudiants : les directions et consignes concernant l'opération et la marche à suivre sur le patient (exemples 1 et 2), et les commentaires ou réponses à des questions qui semblent autoadressées au chirurgien lui-même (exemple 2 bis). Rappelons que le chirurgien en situation de formation a le double objectif de former l'interne, de même que réussir l'opération en cours (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007). En fin d'opération, la discussion portera sur les vacances comme nous l'avons très fréquemment constaté pour toutes les opérations (exemple de 177 à 181). L'interne ne répondra quasiment rien à l'exception de quelques petites phrases (exemple 3, 10 et 12).

Exemple :

1 - Le chirurgien : allez vas-y enfonce-toi au fond là-bas. Vas-y ! Voilà. Enfonce. Enfonce le truc ! Enfonce ! T'enfonces pas putain ! Enfonce l'instrument ! Non ! Tiens ça comme ça.

2 - Le chirurgien : Vas-y regarde si tu peux encore faire quelque chose là. Voilà, tu vois contre la rate. Plonge ! Plonge ! dans le trou-là. Voilà. Ouvre ton instrument.

2bis-Passe de l'autre côté, l'autre instrument dedans aussi, va vers la rate... est-ce que ça passe là ? Non c'est bon, largement là, là t'as la rate qui est là... c'est parfait ! Euh regarde ce que tu peux faire un peu...

3 - L'interne : est-ce qu'on peut faire ça ?

10 - L'interne : Ouais ! C'est bien passé ?

12 - L'interne : c'est plutôt bien, vous trouvez que c'est pas souple là ?

177 - IADE masculin : tu pars où en vacances ? Acapulco ?

178 - Le chirurgien : Non je aaah... en Croatie. (L'interne approuve) : C'est bien y parait ?

La circulante et l'instrumentiste font le compte des champs

179 - Le chirurgien : on va chez les pauvres, on va chez les Kossovars

180 - Interne : c'est bien ça !

181- Le chirurgien : il parait que c'est joli ouais, c'est bien non ? Tu connais ?

13.2.2.1. Piloter l'interne dans la réalisation de l'opération

Le chirurgien tente de guider l'interne lorsque ce dernier est en possession des manettes de cœlioscopie (1 ; 2 ; 4 ; 9 ; 86 ; 88 ; 92 ; 94 ; 97 ; 103 ; 196 ; 108 ; 128 ; 130 ; 138). Et parfois, ses propos semblent accompagner la réalisation des actes qu'il réalise lui-même, ou qu'il aurait faits s'il avait eu les manettes en main, comme un commentaire des actions potentielles énoncé à voix haute. Ces questionnements, ou commentaires formulés à voix haute peuvent être glissés dans les directions qu'il donne à l'interne : (2) : « est-ce que ça passe là ? Non, c'est bon, largement » ; ou (4) : « alors en fait ce qu'il faut c'est bien voir... », (6) : « c'est dans quelle partie de l'estomac va venir... » ; (9) : « alors c'est où que ça se passe ? Fais voir ! Il est où le passage ? Il est là ! ». Ces propos peuvent être également tenus toujours à voix haute, mais sans aucun autre destinataire que le chirurgien lui-même comme s'il accompagnait le déroulé de ce qu'il faisait seul (7 ; 11 ; 13 ; 138). Parfois, certains propos s'adressent directement à la zone qu'il opère et aux choses qui s'y trouvent (74) : « allez viens ici mon p'tit bébé ».

Le chirurgien adresse aux étudiants un ensemble de consignes directes (1) : « allez vas-y enfonce-toi au fond là-bas », de phrases de mécontentement et de reproches (1) : « T'enfonces pas putain ! », « non ! » ; « aarrgh putain de merde », et de phrases de contentement et de soutien « affectif » (2) : « voilà ! » ; « c'est très bien » ; « ok mon p'tit chéri » ; (9) : « voilà parfait ! » ; (36) : « attends-moi mon p'tit chou, c'est très bien » ; (56) : « non mais attends mon p'tit chéri ».

Au fil de l'avancée de l'intervention, on peut voir la nature des reproches s'intensifier (74) : « non rien du tout ! Me fait pas chier ! » ; (86) : « ne twist pas l'œsophage, t'es mignon ! » ; (92) : « tu tires vers les pieds ou mon cul là ! ». Parfois les mots « durs » sont pondérés par des excuses (92) : « Excuse-moi je parle mal, mais tu m'obliges ! ». Le tour de parole (106) reprend l'ensemble de ces registres expressifs :

106 - « Coupe bien euh... Perpendiculaire... t'es trop prêt du talon là, tu peux jamais passer un point comme ça ! Mets-là au milieu l'aiguille, carrément ! On met jamais le point comme ça, c'est trop prêt du talon... au milieu, au milieu, c'est très bien, voilà, comme ça, c'est très bien, vas-y, parfait. Vas-y, prends la valve, vas-y bien perpendiculaire... en deux fois tu passes

hein ? Un peu plus haut comme ça, voilà parfait. Soulève avec ta pince de gauche pour prendre costaud... Non ! fallait soulever avec ta pince de gauche pour sortir plus profond là-bas, tu vois ? Voilà ! Voilà, sans piquer trop bas là-bas. Voilà ! Voilà ! Allez, c'est bon. Sors ! Vas-y mon p'tit bichon... ahhhh allez vas-y ! Ah excuse-moi. Ça c'est le x qui nous emmerde. Allez pareil, prends bien costaud, bien charnu là-bas... on garde le point non non non, mais sur le bord libre ! Putain ! Tiens la pince ! Non ! Ouais ici, vas-y comme ça ! Vas-y ! Comme ça vient quoi, vas-y.... Allez... ouais c'est bien... Sur le bord libre en fait... c'est très bien. Allez, tu tires... tu prends le fil pas l'aiguille, tu prends le fil de ton porte-aiguille, tu prends, tu sors, tu le sors, tu le sors, tu me donnes les ciseaux, (il se sert directement sur la table) c'est là où tu coupes et tu fais ça. C'est là où tu fais deux nœuds plats, l'un après l'autre (à l'instrumentiste) je la mets où l'aiguille, là-dedans ?

On peut voir dans ce tour de parole la complexité liée à la fonction de diriger l'interne ainsi que la frustration que cette mission engendre sans pouvoir la piloter autrement que par un échange verbal. Par ailleurs, on peut également déduire la difficulté de devoir conduire et réaliser cette opération sans avoir les manettes en main, ce qui est une position atypique pour le chirurgien qui d'ordinaire opère par lui-même. On peut faire l'hypothèse que la source de la frustration proviendrait de cette position modifiée. Le chirurgien donne des ordres aussi bien à l'interne qu'à l'instrumentiste ou la circulante, mais ils ne sont pas de même nature ni de même style langagier pour ces trois destinataires (exemple de 24 à 27).

Exemple :

24 - Le chirurgien (à l'interne) : tiens comme ça ! montre-moi l'estomac ! Ben, le problème c'est que si tu veux aller trop tôt c'est source d'ennui, je suis pas sûr que ça va (l'interne lui dit quelque chose d'inaudible) si tu veux on va en libérer 2, 3...

4.32 : Petit échange avec l'interne. Il stabilise la scène opératoire, s'écarte du champ et dit

25 - Le chirurgien : (à l'interne) non, mais faut qu'j'aille voir l'autre con là. (à la circulante) Ok donc vous me sortez une casaque là. Donc il est où celui-là ?

5.00 : l'interne se retourne. Il voit la caméra et bloque devant. Il soupire. Le chirurgien lui dit

26 - La circulante : en salle 7

27 - Le chirurgien (à l'interne) : tu m'attends (à la circulante) vous me sortez une casaque s'il vous plait ?

13.2.2.2. Gérer l'urgence de l'imprévu

Extrait :

133 - Le chirurgien (à l'interne) : Serre ! Serre à fond (on voit du sang sortir de la plaie). On a merdé là... enfoiré ! Ça a pété ? Ok dégage ! (À la circulante) : Vous me donnez l'aspiration svp ? (À l'interne) dégage ! allez dégage ! On va régler l problème ! On va mettre un coup d'aspiro, on va enlever ton point, faire le nettoyage et on va en faire un autre, allez.... (À l'instrumentiste) : Merci... (à l'interne) : allez un p'tit coup d'aspiro (À la circulante) : Faut fixer le... (19,51 : la circulante branche l'aspiration)

134 - Le chirurgien (à l'interne) : ce qui est chiant c'est qu'il est en ambu, c'est ça l problème... où est-ce que ça saigne -là ?

135 - L'interne : vous croyez que ça tire et alors après si on fixe à la base on xxx

136 - Le chirurgien : ouuais... alors je vais voir un p'tit peu euh...

Après plusieurs points de suture effectués par l'interne (de 106 à 108) on peut voir apparaître une tache de sang de plus en plus grande à l'écran de coelioscopie, ce qui veut dire qu'un vaisseau sanguin saigne. Le chirurgien demande la « bipolaire », outil qui sert à cicatriser les vaisseaux qui saignent, puis reprend au tour (127) les directions en destination de l'interne pour qu'il finisse les points de suture au niveau de l'organe qu'ils opèrent. Au tour (133) on comprend qu'un des points de suture de l'interne « a lâché » et on peut voir que la quantité de sang apparaissant sur l'écran est bien plus importante qu'avant. Le chirurgien bouscule (133) brutalement l'interne pour qu'il lui laisse la place (133) : « ok dégage ! Dégage ! Allez dégage ». Même si le problème est rapidement réglé par le chirurgien, on peut voir la tonalité langagière envers l'interne changer. Le soutien qu'il lui témoigne ne disparaît pas, mais revêt une autre forme, plus brutale et plus fonctionnelle, puisqu'il lui dit (133) : « On va régler le problème ! On va mettre un coup d'aspiro, on va enlever ton point, faire le nettoyage et on va en faire un autre, allez ». Le chirurgien reste cependant aux commandes pour ne pas prendre de risque qu'un autre point ne se rompe à nouveau.

Le chirurgien signale que le patient « est en ambu » (134) ce qui implique qu'il ne restera pas à l'hôpital en supervision post-opératoire et que s'il développe une hémorragie à son domicile, cela pourrait lui être fatal. Le chirurgien ne prendra pas le risque que le moindre saignement ne subsiste dans la zone opérée, ou qu'un point puisse rompre une fois l'opération terminée. La notion du patient en « ambu » sera répétée plusieurs fois après (137) signe de l'importance du risque pour le patient et de la forte préoccupation que cela génère au chirurgien.

13.2.2.3. Les conversations qui accompagnent les moments plus calmes

Extrait :

142 - Le chirurgien (à l'interne) : Tu sais au Lewis euh, c'est avec toi que j'ai fait un Lewis l'autre fois le grand au robot ? (L'interne dit non) y'avait un truc comme ça, après y'avait un trou à la place, mais bon c'était le grain, ischémique et tout, là franchement y'a que dalle !

143 - Le chirurgien : oh putain, (aux infirmières) on va prendre du coup de truc le coelio là, on va ramener, (à l'interne) : vas-y enlève, tu peux enlever, fais voir ici plus (il donne d'autres instructions à l'interne inaudibles)

144 - La circulante : j'enlève l'insufflation ?

Le chirurgien ne répond pas

La circulante se penche à l'envers de la machine et a du mal à atteindre l'écran de réglage

145 - Interne : on peut arrêter l'insufflation ?

Dès lors que le saignement est stoppé et que le chirurgien a « sécurisé » la zone opératoire, il prend un ton et un style verbal plus calme pour parler à l'interne (de 142 à 145). Il fait référence à un autre patient opéré pour la même pathologie pour lequel l'issue avait été plus critique (142). On peut voir émerger le souvenir d'un cas faisant partie des scénarios pessimistes, ce qui rappelle le « cimetière personnel » des chirurgiens évoqué par Zolesio (2013) pour établir le fait que ce cas précis n'a « rien à voir ». La référence est là d'une part pour indiquer le risque éventuel existant sur ce type de chirurgie qui pourrait apparaître comme peu complexe au premier abord, et d'autre part, pour amener l'idée que ce cas précis ne figure pas dans les cas compliqués, ce qui peut vouloir « rassurer » l'interne. Il s'agit donc d'un point de repère comme d'un point de référence.

Extrait 2 :

- 177 - IADE masculin : tu pars où en vacances ? Acapulco ?
178 - Le chirurgien : Non je aaah... en Croatie. (L'interne approuve) : C'est bien y parait ?
La circulante et l'instrumentiste font le compte des champs
179 - Le chirurgien : on va chez les pauvres, on va chez les Kossovars
180 - Interne : c'est bien ça !
181 - Le chirurgien : il parait que c'est joli ouais, c'est bien non ? Tu connais ?
182 - IADE masculin : c'est comme la Grèce, mais pour les pauvres
183 - La circulante : les comptes textiles sont bons !
184 - Le chirurgien : mais avant je vais à Venise
185 - Interne : la ville de l'amour !
186 - Le chirurgien : avec deux gosses euh (rires de tout le monde) c'est moyen !
187 - IADE masculin : c'est la Grèce des bidochons !
188 - Le chirurgien : ouais, mais j'en ai marre d'aller en Grèce moi, je vais souvent en Grèce
189 - IADE masculin : c'est vrai ?
190 - Le chirurgien : pareil, tu bouffes, tu vas à la plage, enfin non c'est pas ça, tu te réveilles, tu vas à la plage, tu bouffes, tu retournes à la plage, tu bouffes, tu vas te coucher, c'est ça la Grèce !

Une fois la partie difficile de l'opération terminée, les discussions avec l'interne sont plus « légères » et portent sur des sujets variés comme les vacances ou l'intervention à venir. Ces discussions ne sont pas spécifiquement adressées aux étudiants, mais nous pouvons constater que l'interne est le seul à interagir dans la conversation avec le chirurgien. Peut-être est-ce lié à la « hiérarchie implicite » présente dans la salle d'opération où seul un chirurgien peut discuter informellement avec un autre. L'IADE, nous y reviendrons, interagit également dans cette conversation, mais dans un but qui nous semble éloigné de celui de l'interne qui semble être de nourrir une conversation permettant une socialisation avec le chirurgien, sympathique et légère faisant guise de sas de décompression en fin d'opération.

13.2.2.4. La position « haute » du chirurgien

Notons que la position du chirurgien est très spécifique dans une salle d'opération puisqu'il est le chef d'orchestre des opérations. Les étudiants sont là pour apprendre et aucun d'eux ne s'autorise à « répondre » au chirurgien. Ils se plient aux consignes et aux exigences du chirurgien. Cette position « haute » du chirurgien est également valable envers les infirmières de bloc ainsi qu'à l'égard des infirmiers anesthésistes bien que ces derniers cherchent à s'en dégager, nous reviendrons également sur ce point. Précisons que malgré cette volonté de se soustraire à cette forme hiérarchique, les IADE ne se confrontent pas frontalement, ni brutalement, au chirurgien non plus. De même, les infirmières de bloc ne réagissent pas verbalement aux agressions verbales du chirurgien sur des éléments qu'elles pourraient considérer comme ne relevant pas directement de leur responsabilité comme, par exemple, le matériel défectueux dès l'ouverture de l'emballage stérile qui les contient.

Le chirurgien est donc bien dans une position asymétrique par rapport au reste de l'équipe en salle. Il se place en position de « domination » naturelle compte tenu de son rôle de pilote des opérations. Cette position de chef d'orchestre est illustrée par le fait que dans un même tour de parole, le chirurgien donne des directives à plusieurs personnes à la suite. Précisons que le

chirurgien entretient des interactions langagières professionnelles avec les étudiants (interne et externe), les IBO/IBODE (instrumentiste et circulante) en revanche, les rares échanges qu'il adresse aux anesthésistes (IADE et anesthésistes) ne sont pas des échanges portant sur un travail commun. Ils comportent plutôt des agressions portant sur un registre et un contenu cherchant à décrédibiliser les deux fonctions et à les dévaloriser (personnes travaillant peu). La seule demande professionnelle auprès des IADE est celle concernant la sonde d'aspiration trachéale et ça n'est pas à lui que l'adresse le chirurgien en première instance ce qui révèle le peu d'interaction professionnelle entre les deux métiers.

13.2.3. Interactions avec les infirmières de bloc

13.2.3.1. Prédominance d'un ton sec et directif

Le registre linguistique utilisé par le chirurgien avec les deux infirmières de bloc est plus monocorde. Les « ordres » sont livrés sans aucune rondeur et de manière directive, (4) : « je peux avoir une pince svp ? » ; (8) : « y'a un bip qui sonne si on peut y répondre j'veux bien » ; (16) : « c'était quoi svp ? » ; (20) : « c'est très bien, faut allez lui dire c'est ça ? ». Parfois, ils sont doublés de reproches ou de menaces : (8) : « sinon, je me stérilise et je vais répondre, y'a pas de problème » ; (104) : « vous avez un autre porte-aiguille qui tourne ou pas ? » ; (113) : « ça ne fonctionne pas ! » ; (119) : « (à l'instrumentiste) : mais j'ai demandé une demi-compresse. (À la circulante) Donc on fait comment la bipolaire si elle marche pas ? ». Dans ce même tour de parole, il enchaîne les reproches à l'une puis à l'autre infirmière de bloc.

Le chirurgien s'illustrera, malgré tout, trois fois dans une marque de politesse envers la circulante : lorsqu'elle l'habille à son retour de l'extérieur, lorsqu'à la fin de l'intervention elle lui propose d'irriguer la plaie puis, à la fin, lorsqu'elle lui donne de la « xylo » (anesthésiant local), nous y reviendrons. Au tour de parole (35), le chirurgien qui revient tout juste d'une interaction avec un patient à l'extérieur de la salle, se fait habiller par la circulante. Il lui dit : « merci jeune fille ! », puis, il fait tomber les papiers qui emballent sa paire de gant stérile par terre. Elle tente de les rattraper au vol sans y arriver. Il lui dit : (39) : « oh pardon ! Pardon ! Excusez-moi ». Ses excuses paraissent sincères et sont appuyées. On pourrait donc conclure que lorsque les interactions avec la circulante portent sur un geste ou une proposition que le chirurgien considère comme adaptée à ce qu'il fait, il le souligne par un retour sur le ton de la politesse. Lorsqu'il s'agit des ordres « classiques » émis durant l'opération, ils sont formulés sur un ton sec et directif.

13.2.3.2. Une inquiétude qui suscite une vive colère

Extrait :

117 - Le chirurgien : (à la circulante) : ça ne marche pas. (À l'instrumentiste) : demi-compresse. C'est une demi-compresse ?

118 - L'instrumentiste : c'est une compresse

119 - Le chirurgien : mais j'ai demandé une demi-compresse (à la circulante) : donc on fait comment la bipolaire si elle marche pas ?

120 - La circulante : allez-y encore.... Je suis en train de.... Allez-y... Essayez pour voir (elle regarde ce qu'il fait avec la demi-compresse)

121 - La circulante : cette demi-compresse-là !

122 - Le chirurgien : c'est super dangereux si on n'a pas de cerveau hein ! Si on en a un c'est absolument pas dangereux en fait ! C'est-à-dire que je la vois, je vais la sortir ! Y'a aucun danger ! C'est pas ça le danger ! Je vous assure ! Le danger ! Y'a aucun danger là !

123 - La circulante : c'est imbibé de sang là

124 - Le chirurgien : mais elle est imbibée de sang là ? je je

125 - La circulante : ben non ! (Elle s'écarte)

126 - Le chirurgien : faut pas dire qu'il y a danger, je vous assure, y'a aucun danger là... vous inquiétez pas hein ! En plus elle est marquée cette demi-compresse, si on a un cerveau, on sait qu'on en a mis une demie, on la retire et puis le problème est réglé ! Y'a pas de danger particulier dans le truc ! Je suis désolé d'être désagréable mais franchement... Faut que j'parte en vacances, je crois... (À l'interne) : Tenez, vous prenez ça, vous m'donnez ça (il retire la compresse) : voilà, y'a plus de danger ! Le danger est écarté ! Fais voir un petit peu ce qu'il y a là-dedans. Fais-voir là-dedans

18.12 : L'instrumentiste jette la compresse dans le baquet. La circulante prend tout de suite la pince pour la ramasser.

Lorsque la circulante s'inquiète de voir le chirurgien insérer une « demi-compresse » dans le patient, elle ne s'autorise à ne prononcer que la phrase suivante (121) : « cette demi-compresse -là... ». L'explosion du chirurgien est immédiate. Il comprend sans plus d'explication ce qu'elle veut dire puisqu'il y répond par (122) : « c'est super dangereux si on n'a pas de cerveau ! ». La réaction du chirurgien s'étendra du tour (122) à (126). Dans cet échange, il démarre par une attaque (122) : « c'est super dangereux si on n'a pas de cerveau ! Si on en a un c'est absolument pas dangereux en fait ! ». Il poursuit en décrivant ce qu'il va faire (122) : « c'est-à-dire que je la vois, je vais la sortir ! Y'a aucun danger ! C'est pas ça le danger ! ». Puis, son ton se calme pour se montrer rassurant (122) : « Je vous assure ! Le danger ! Y'a aucun danger là ! ». La circulante réitère son inquiétude à demi-mot en disant (123) : « c'est imbibé de sang là ». Le chirurgien monte à nouveau en intensité et utilise une formulation qui combine reproche et agacement sans les prononcer distinctement. Il dit : (124) : « mais elle est imbibée de sang là ? je je... ». La circulante n'ose pas s'avancer plus dans la controverse et répond par la négative tout en manifestant une gestuelle qui laisse penser que son inquiétude est intacte, mais qu'elle renonce à aller plus loin dans l'échange au risque que la situation dégénère avec le chirurgien et qu'il revienne à une attitude plus agressive envers elle.

Le chirurgien laisse penser par sa réponse qu'il n'est pas hermétique à sa préoccupation puisqu'il lui répond relativement calmement (126) : « faut pas dire qu'il y a danger, je vous assure, y'a aucun danger là... vous inquiétez pas hein ! En plus elle est marquée cette demi-compresse, si on a un cerveau, on sait qu'on en a mis une demie, on la retire et puis le problème est réglé ! Y'a pas de danger particulier dans le truc ! Je suis désolé d'être désagréable mais franchement... ». On pourrait dire qu'il cherche même à la rassurer. Notons qu'il s'excuse en dernière phrase et que le ton qu'il utilise est plus calme ce qui, là encore, laisse penser qu'il ne cherche pas à être hostile, mais qu'il réagit à la nature de la préoccupation de l'infirmière.

Il conclut par : « faut que j'parte en vacances, je crois... » ce qui semble sous-entendre qu'il considère que son emportement est lié à la fatigue ou à de la saturation. Pendant son argumentaire, il insiste plusieurs fois sur l'idée « d'avoir un cerveau », comme si pour lui, la remise en question à laquelle la circulante se livrait et le doute qu'elle manifestait à son égard, étaient liés à des capacités intellectuelles et à la confiance qu'elle plaçait dans ses « compétences », ou plus précisément à celles « de son cerveau ». La réponse du chirurgien va

donc chercher à dissiper les doutes de la circulante sur ce plan et il se montre, dans un deuxième temps, adouci et rassurant, dans le contrôle de sa réaction et donc de la situation.

13.2.3.3. Oublier des compresses dans le patient : un acte chirurgical sous responsabilité paramédicale

L'oubli des compresses dans le corps du patient est une chose qui peut arriver facilement à tout chirurgien puisque, lorsqu'elles sont imbibées de sang, ce qui est le but de la manœuvre, les compresses deviennent difficiles à voir sur les organes sur lesquels elles sont posées. Une demi-compresse est donc, à ce titre, un élément encore plus risqué en soi puisqu'elle sera encore moins visible du fait de sa plus petite taille. Les compresses sont tissées avec un fil radio-délectable. Si le compte des compresses effectué par la circulante en fin d'intervention s'avère révéler une compresse manquante, une radio pourra être prise pour localiser, plus ou moins facilement, la compresse oubliée. En termes de responsabilité, les infirmières de bloc sont responsables du décompte des compresses et, *a fortiori*, elles sont comptables de ne pas laisser un chirurgien en oublier une dans le patient, et cela, sans avoir véritablement les moyens d'agir sur ce que fait le chirurgien pendant le déroulé de l'opération puisque ce dernier se comporte comme si les préoccupations des infirmières n'étaient pas les siennes.

De leur côté, les chirurgiens sont souvent agacés par cette préoccupation des infirmières et le décompte des champs se fait rarement avec leur concours. Dans cette intervention, nous verrons la circulante demander le compte des compresses en tour (165) sans obtenir aucune réaction des chirurgiens. Elle devra relancer le sujet au tour (173). En tour (183) elle mentionnera que « le compte est bon » et là encore, personne n'y réagira. Ce cas n'est pas isolé. Toutes les interventions auxquelles nous avons assisté ont été identiques sur la question des compresses et de leur décompte. Nous pouvons dire que les chirurgiens semblent, dans leurs attitudes, ne pas considérer que cette question leur incombe. En revanche, les IBO/IBODE ont souvent précisé qu'en cas d'oubli, elles en seraient considérées comme responsables.

Précisons, par ailleurs, que durant les deux ans de présence dans ce bloc opératoire, il est arrivé que ce chirurgien oublie des compresses dans des patients et qu'il a été difficile pour les infirmières de l'époque de lui faire entendre qu'une compresse manquait au décompte. Dans les deux cas, les infirmières ont dû faire venir la radio sans le concours des chirurgiens pour retrouver la compresse oubliée. Dans ces deux situations, le chirurgien est revenu par la suite retirer la compresse sans manifester aucune réaction (ni remerciement ni excuse). Ces événements ont été partagés entre infirmières de bloc et la réaction de l'infirmière circulante de ce film est potentiellement influencée par ces deux autres cas.

13.2.3.4. Le matériel défectueux : une source d'agacement

Extrait 1 :

88 - Le chirurgien (à l'interne) : Elle est où la face antérieure. Elle est là ? Montre-moi la face antérieure. Je pense pas qu'il tourne le porte-aiguille. On peut pas passer un point... (aux IBODE) vous avez autre chose en magasin ou euh....

9.22 : La circulante donne un autre instrument, un ciseau de coelio, à l'instrumentiste

89 - La circulante : je vais aller voir si y'en a d'autre

90 - Le chirurgien : (à l'interne) : arrête de bouger la télé stp ! Tout est un problème en fait... c'est à pleurer... c'est à pleurer ??? c'est pire que l'ex-Yougoslavie dans les années 90... bouge-pas !

91 - La circulante (à haute voix) : je vais chercher un porte-aiguille, j'arrive

Extrait 2 :

109 - Le chirurgien : vous m'donnez la bipolaire svp ? (La circulante indique ce qu'il faut prendre au chirurgien)

110 - Le chirurgien : la pédale de la bipolaire elle est où ?

111 - La circulante : à votre gauche

112 - Le chirurgien : ok merci

16.27 : Il appuie dessus, ça ne marche pas. Le fil n'était pas branché. La circulante le prend et le branche. Aucun des deux ne dit rien. Il appuie de nouveau et dit

113 - Le chirurgien : ça ne fonctionne pas !

La circulante s'affaire sur l'écran de réglage. Elle lui dit :

114 - La circulante : appuyez pour voir (on entend la sonnerie de la bipolaire)

115 - Le chirurgien : ça ne fonctionne pas. (À l'instrumentiste) : donnez-moi une demi-compresse (à la circulante) : c'est le branchement.

116 - La circulante : appuyez là pour voir (le bruit retentit mais rien ne se passe)

117 - Le chirurgien : (à la circulante) : ça ne marche pas. (À l'instrumentiste) : demi-compresse. C'est une demi-compresse ?

118 - L'instrumentiste : c'est une compresse

119 - Le chirurgien : mais j'ai demandé une demi-compresse (à la circulante) : donc on fait comment la bipolaire si elle marche pas ?

120 - La circulante : allez-y encore.... Je suis en train de.... Allez-y... Essayez pour voir (elle regarde ce qu'il fait avec la demi-compresse)

Le chirurgien effectue des reproches aux deux infirmières de bloc qui concernent le matériel défectueux ou inopérant : Le porte-aiguille (88 à 91) et la bipolaire (109 à 120). Dans le cas du porte-aiguille, le matériel dès l'ouverture de son sachet stérile ne tourne pas et semble donc être défectueux. Cela conduira le chirurgien à dire au tour (90) : « Tout est un problème en fait... c'est à pleurer... c'est à pleurer ??? C'est pire que l'ex-Yougoslavie dans les années 90... ».

Le matériel réutilisable défectueux est un sujet récurrent dans ce bloc opératoire. En effet, ce matériel transite par le service de stérilisation pour sa désinfection et son entretien. Ces deux étapes fondamentales sont souvent effectuées de manière aléatoire. Il arrive que les infirmières demandent à « la sté » de faire aiguiser des ciseaux et que cela ne soit pas fait. Nous avons assisté à une scène où un chirurgien testait les ciseaux d'une boîte qui venait d'être ouverte. Sur sept paires de ciseaux, une seule coupait convenablement. Il nous est également arrivé de voir une ouverture de boîte d'instruments qui comportait des bouts de matière (du gras d'après l'infirmière) collés sur une pince. Difficile de penser que le matériel avait convenablement été lavé et désinfecté. Dans ce cas, la boîte entière est retirée et le site opératoire est intégralement réinstallé (changer les champs, badigeonner à nouveau le patient, remettre du matériel stérile). L'opération est, de fait, retardée d'autant. Notons que dans le film, lorsque le chirurgien mentionne le porte-aiguille défectueux et qu'il enchaine sur le fait que la situation soit « pire que l'ex-Yougoslavie », on peut sentir dans les attitudes des deux IBO/IBODE qu'elles se sentent concernées par ce reproche. Elles n'y sont pour rien, et pourtant, elles semblent accuser réception du défaut causé sur l'opération alors qu'elles ne peuvent pas agir sur cette réalité et

qu'il est difficilement envisageable de savoir comment prévenir une situation identique puisque le matériel stérile n'est ouvert et donc testé que lors de son utilisation.

Concernant la bipolaire, la situation dans le film est différente puisqu'il s'agit du branchement, puis du réglage de l'appareil qui pose problème, ou qui fait défaut. On peut faire l'hypothèse qu'à travers les infirmières et le matériel qu'elles mettent à disposition, ce sont les conditions dans lesquelles exercent les chirurgiens qui sont mises en cause par ce chirurgien. Au tour (59) et (62), le chirurgien mentionne que les chirurgiens doivent souvent se passer d'instrumentiste pour opérer alors que les anesthésistes ont systématiquement à leur disposition des infirmiers avec eux pour endormir les patients. On peut voir apparaître dans cet argument une critique des conditions dans lesquelles les chirurgiens exercent qui produisent un alourdissement de leurs conditions de travail.

13.2.3.5. Du matériel distribué avec parcimonie

Au tour (98), le chirurgien demande un fil à l'instrumentiste et précise à la circulante qu'il en faut 3 ou 4 et que cela doit être « systématique ». Les infirmières donnent, pour la plupart, les fils au fur et à mesure du déroulé de la procédure chirurgicale et donc au « compte-goutte » selon les chirurgiens. Elles justifient cela par plusieurs raisons. D'une part, cela leur permet de « contrôler » la vitesse de fermeture du patient de manière à pouvoir vérifier que le compte de compresse est « bon » et que rien n'aura été oublié dans le patient (compresse ou autre objet) sans qu'elles aient eu le temps de s'en apercevoir. Par ailleurs, elles sont vigilantes au gaspillage de matériel qui serait finalement ouvert puis inutilisé puisque la plupart des dispositifs chirurgicaux sont très onéreux et les quantités disponibles sont limitées. Un fil ouvert et inutilisé ne pourra pas resservir à l'opération d'après. En ce qui concerne les boîtes d'instruments, elles font attention au nombre qu'elles utilisent puisqu'elles ne sont jamais certaines d'en avoir la quantité nécessaire pour couvrir toutes les opérations de la journée. Elles sont donc conditionnées à être dans une distribution « économique », au sens propre du terme, du matériel. Lorsque les chirurgiens demandent un produit, elles ont tendance à attendre un temps suffisant pour laisser au chirurgien la possibilité de changer d'avis ou de confirmer qu'il a véritablement besoin du produit puisqu'il en fera probablement plusieurs fois la demande. Puis, elles amènent le matériel en salle, mais ne l'ouvrent que lorsque le chirurgien réitère son besoin et qu'il est certain d'en avoir l'usage. Ce n'est pas le cas aussi distinctement dans ce film, mais on y retrouve cette idée. Les fils ne sont donc pas épargnés par cette règle de métier et malgré la plainte du chirurgien, dans le film, et le fait qu'il précise qu'il en aura besoin de plusieurs, il ne les obtiendra qu'à chaque fois que la circulante pourra constater, par elle-même, le besoin suscité par l'étape opératoire. Nous pouvons voir qu'elle en remettra à chaque fois que nécessaire tout au long de l'opération.

13.2.3.6. Des suggestions appropriées et appréciées

Extrait 1 :

140 - La circulante : vous voulez irriguer un peu ou pas ?

141 - Le chirurgien : ouais vas-y j'veux bien stp

22.50 : La circulante va brancher la poche à liquide physiologique

Extrait 2 :

145 - Interne : on peut arrêter l'insufflation ?

146 - Le chirurgien : attend, j'ai pas mis de

147 - La circulante : vous voulez mettre la xylo ?

148 - Le chirurgien : ouais

149 - La circulante : Vous voulez la retenir ?

150 - Le chirurgien : on peut ou pas ?

151 - La circulante : ah oui oui

152 - Le chirurgien : (à l'interne) : tu les coupes pas un peu (à la circulante) : alors laisse l'insufflation un p'tit peu stp

153 - La circulante : là ça fonctionne ?

154 - Le chirurgien : ouais ça devrait...

À deux reprises, la circulante se manifeste de manière spontanée et appropriée pour proposer des actions au chirurgien qui s'avèrent utiles au déroulé de l'opération. La manière dont elle intervient est très spécifique. Au tour (140), elle constate que l'État de la plaie nécessite « d'y voir plus clair » et propose au chirurgien de « rincer » la plaie par irrigation. Elle le propose d'une manière très habile en disant (140) : « vous voulez irriguer un peu ou pas ? ». Elle sait qu'il est préférable qu'il le fasse, mais le dire trop frontalement la ferait sortir de son rang. Elle passe donc par une formulation interronégative tout en laissant au chirurgien la possibilité de refuser. Ce dernier va également répondre d'une manière différente des autres situations puisqu'il va dire (141) : « ouais vas-y j'veux bien stp ». Il ne dit pas que c'est une bonne idée, mais on peut voir dans la marque de politesse (le « stp ») la marque de son appréciation. Notons également qu'il la tutoie à ce moment-là alors qu'il l'a vouvoyée tout au long de l'opération. On peut également voir dans cette familiarité une marque d'avalisation.

Au tour (146), la circulante demande au chirurgien si elle doit arrêter l'insufflation (144). Faute de réponse du chirurgien, elle commence à baisser le niveau de la pression de l'air, car l'interne commence à faire des signes qui la laissent probablement penser que c'est le moment de le faire. Puis, l'interne dit ouvertement à la circulante de baisser l'insufflation, mais le chirurgien interjette et dit à l'interne « attends, j'ai pas mis de... ». Le chirurgien ne s'adresse pas directement à la circulante. La circulante dit spontanément au chirurgien (147) : « vous voulez mettre de la xylo ? » marquant par cette question que d'une part, elle a compris ce qu'il voulait faire sans qu'il ne le dise et, que d'autre part, elle attend sa décision pour maintenir l'insufflation active et qu'il puisse injecter le produit sur la zone opérée.

La suite de l'échange est constituée de quelques questions qui nous semblent relever d'un échange de politesse, d'une manifestation de respect, plus que d'un véritable échange d'information à ce propos (146 à 152). Au tour (150) le chirurgien retourne la question à la circulante « on peut ou pas ? » lui signifiant par là qu'il lui donne la possibilité de choisir en fonction de ce qu'elle « peut faire » ou pas. Notons que s'il voulait qu'elle maintienne l'insufflation en marche, il pourrait tout simplement le lui dire. Nous en concluons qu'il cherche à lui témoigner momentanément une forme de respect, y compris pour sa position de circulante, mais également une forme d'importance. Au tour (152), le chirurgien la tutoie, là encore, et termine l'échange par une nouvelle marque de politesse (« stp ») témoin d'un échange qui se passe en bonne harmonie. Le tutoiement est définitivement un signe de validation et d'appréciation du chirurgien. Notons qu'à aucun moment les IBO/IBODE ne tutoieront le chirurgien, le « rang » hiérarchique du chirurgien ne doit pas être oublié comme le disent les infirmières.

Extrait 3 :

154 - Le chirurgien : ouais ça devrait... (à l'instrumentiste) : t'as une sonde d'aspiration trachéale ? (À l'externe) : pousse-toi. (À l'instrumentiste) : Euh non un peu plus gros comme seringue. C'est combien ça ? C'est 10 ?

155 - La circulante : c'est du 10, c'est 10 ml donc c'est une seringue de 10

156 - Le chirurgien : non, il m'en faut deux seringues alors, vas-y...

157 - La circulante : ah bon ?

158 - Le chirurgien : (à l'instrumentiste) : excuse-moi, vas-y. Hop je fais attention à ce que je vais lui dire. (à la circulante) : donnez-moi une seringue de 20, il me faut deux recharges et une sonde d'aspiration trachéale. Voilà, c'est une de 20 ?

24.29 : La circulante donne les seringues

159 - La circulante : une sonde d'aspiration trachéale pour nous ?

160 - Le chirurgien : une sonde d'aspiration trachéale des anesthésistes pour mettre dans le malade, pour mettre le liquide dans le malade, il est où le p'tit chou ? (À l'IADE masculin) : tu m'donnes une sonde d'aspiration trachéale stp ?

161 - IADE masculin : ouais !

Précisons que la circulante ne quittera jamais un style verbal interrogatif, laissant à chaque fois la prise de la décision finale au chirurgien. Elle utilisera également un mode interrogatif au tour (159) pour faire préciser au chirurgien la nature du matériel dont il fait la demande aux tours (154) et (158). L'usage de la formule : « une sonde d'aspiration trachéale pour nous ? » permet de signaler qu'elle ne connaît pas forcément ce matériel, mais qu'il ne relève probablement pas de l'attirail d'outils à sa disposition. Elle ne pourra donc pas le lui fournir. Cette technique fonctionne puisque le chirurgien, malgré un énervement qui va, en apparence, se résorber rapidement, lui répond immédiatement (160) « une sonde [...] des anesthésistes » et il se retourne aussitôt vers l'IADE pour la lui demander. Ce style de questionnement naïf se révèle donc plutôt efficace pour obtenir une réponse du chirurgien sans déclencher l'ascension d'une réaction violente ou brutale chez le chirurgien.

13.2.3.7. Une intervention créant une rupture

Extrait :

166 - Le chirurgien : tout le monde est capable d'être comme lui, il suffit de bien le pousser à bout tu sais. C'est comme un rat que tu mets dans une cage, tu le titilles tous les jours tu viens lui mettre un petit coup d'aiguille comme ça, tu sais ce qui te fait la seconde d'après ? Tu mets la main dedans, il te mord ! Ça mon pote, c'est clair ! Comme je travaille beaucoup avec les rats, je me suis fait mordre plusieurs fois après

25.23 : IADE masculin sort de la salle en essayant de dire un truc au chirurgien qu'on n'entend pas

167 - L'instrumentiste : et du coup nous, est-ce qu'on a le droit d'être comme ça aussi ou pas ?

168 - Le chirurgien : ouais t'as le droit, mais c'est vous qui me titillez là ! (À l'interne) : tiens-moi ça. (À l'instrumentiste) : C'est qui la victime ? C'est ça le problème !

169 - L'instrumentiste (ironique) : ah ? C'est ça le problème !

170 - Le chirurgien : c'est moi la victime !

171 - IADE : Alleeeez...

172 - Le chirurgien : Ma mère me l'a toujours dit ! Tiens !

173 - La circulante : allez du coup décompte textile !

L'instrumentiste va opérer dans le même registre par la suite, mais sur une situation différente. Cette infirmière est, au moment du film, tout récemment arrivée au bloc opératoire. Elle travaillait auparavant dans un service hospitalier dans lequel les rapports interactionnels avec les médecins étaient beaucoup plus directs et moins hiérarchisés. Dans cette séquence, le chirurgien, est agacé par le fait d'avoir à demander à plusieurs reprises du matériel (une sonde d'aspiration trachéale) sans l'avoir obtenue, et probablement aussi, par le constat que l'IADE ne suit pas le déroulé de l'intervention. Il s'en prend donc à l'IADE en le comparant indirectement à un rat de laboratoire. Nous reviendrons sur ce passage dans la partie suivante. Attardons-nous sur ce que va dire l'instrumentiste à ce moment-là. Elle profite d'une longue description du chirurgien dans laquelle il explique comment il fait « avec les rats de laboratoire » pour lui demander au tour (167) si elle aussi a le droit d'agir de la sorte.

Cette remarque formulée sur un ton naïf et ingénu (67) : « et du coup nous, est-ce qu'on a le droit d'être comme ça aussi ou pas ? » crée une rupture dans le déroulé du discours du chirurgien. Ce dernier change la trajectoire de ce qu'il est en train de dire et se présente subitement comme une victime (168) alors que c'est lui qui agressait l'IADE jusqu'alors (166). Lorsque le chirurgien clame son statut de « victime », l'instrumentiste surenchérit par une remarque ironique et indirectement moqueuse (169) : « ah ? C'est ça le problème ! ». Le chirurgien réagit en réaffirmant avec force (170) : « c'est moi la victime ! ». Il ajoute (172) : « ma mère me l'a toujours dit » qu'il faut comprendre comme une tentative d'humour qui contrebalance le ton qu'il a utilisé dans la fermeté de l'affirmation précédente. L'instrumentiste ne répond rien d'autre. La circulante, plus expérimentée, va interpellier sa collègue pour lui demander de faire le décompte des compresses (173) mettant ainsi fin à cet échange avec le chirurgien.

L'effet produit par cet enchaînement de deux phrases (167) et (169) est double. Nous observons que le chirurgien quitte le sujet précédent dans lequel il était en train d'attaquer l'IADE. Il est impossible de savoir si l'instrumentiste a prononcé cette phrase dans le but d'interrompre cette attaque livrée à l'IADE par le chirurgien sans grande virulence, mais avec une volonté d'humiliation affirmée. Il n'en reste pas moins que le chirurgien interrompt son « mouvement verbal » grâce au changement de sujet que l'instrumentiste introduit. Le chirurgien change également de registre puisqu'il passe de l'attaque à la plainte. Il quitte donc une expression qui s'inscrit dans la violence pour bifurquer dans ce qui est probablement le sujet sous-jacent pour lui, à savoir, la position de victime dans laquelle le place « les autres ». Il ne précise pas qui fait cela, ni de quelle manière cela est fait.

Par ailleurs, nous pouvons voir dans cette question naïve de l'infirmière une tentative de négociation du périmètre d'action et d'expression que le chirurgien leur octroie. Rappelons que l'instrumentiste n'a rien dit de toute l'intervention et qu'elle a « encaissé » toutes les demandes adressées par le chirurgien sur un ton sec et directif, ainsi que des reproches que l'on peut considérer comme injustifiés puisqu'elle n'a aucun moyen d'agir dessus (le porte-aiguille défectueux par exemple). Dans cette demande formulée au bon moment, car elle prend le chirurgien par surprise, et de la bonne manière, car il semble démuni par cette demande au point de quitter sa position agressive précédente, l'instrumentiste saisit de manière opportune l'occasion de requérir une plus grande liberté de parole, d'action, voire de place ou de statut.

13.2.3.8. Une liberté de parole qui apparaît à la fin

Extrait :

224 - L'interne : eh ben merci bien c'était très sympa... on se revoit euh dans pas longtemps ?

225 - La circulante : si vous vous trouvez ça sympa euh alors que c'est insupportable

226 - Interne : de quoi ?

227 - La circulante : vous avez une sensation vraiment à l'opposé de...

228 - L'instrumentiste : il s'est habitué en fait !

229 - Interne : le prend pas mal en fait !

230 - La circulante : c'est très perturbant parce que vous dites « ah c'était super, machin, on s'est bien amusés ». Alors que moi euh, c'est de la torture de parler comme ça, enfin je suis désolée, c'est tellement violent, moi je trouve pas ça euh

231 - Interne (mal à l'aise) : c'est le stress tu vois !

232 - La circulante : ben oui, je sais bien !

233 - Interne : Vous me bipez ? À plus tard ? Merci. À tout de suite

Ce thème de la liberté de parole de la part des infirmières de bloc réapparaît en fin de film entre la circulante et l'interne. Ce dernier, cherchant probablement à imiter le chirurgien qui a quitté la salle en disant (216) « allez, salut les amis, à tout à l'heure... je vais voir ce qu'ils font à côté... Allez merci hein, on s'est bien marrés ! », formule à son tour le même type de remarque juste avant de sortir de la salle. L'interne dit : (224) « eh bien merci, c'était très sympa ». La circulante qui s'est, très certainement, interdit d'exprimer son ressenti envers la violence du chirurgien pendant toute l'intervention, a saisi l'occasion de dire quelque chose malgré tout. On peut imaginer qu'elle le fait justement parce qu'il s'agit de l'interne et non du chirurgien et qu'ainsi les risques sont moindres. Les internes peuvent être, en ce sens, des intermédiaires accessibles pour les IBODE à défaut des chirurgiens.

Elle débute par une phrase timide et non achevée : (225) « si vous vous trouvez ça sympa euh alors que c'est insupportable », à laquelle l'interne, fait semblant ne pas avoir compris ce qu'elle dit, répond par : « de quoi ? ». Toujours sur la réserve, la circulante poursuit sa tentative d'explicitation par : (227) « vous avez une sensation vraiment à l'opposé de... », ce qui fait intervenir sa collègue qui ajoute que l'interne s'y est « déjà » habitué vu qu'il n'y réagit pas (228). Ce commentaire plus assertif et construit sur une critique (et/ou un reproche) de l'instrumentiste produit son effet puisque l'interne répond directement : (229) « le prend pas mal en fait ! ». On peut faire l'hypothèse qu'il savait à quoi elle se référait et que la critique de l'instrumentiste l'a conduite à sortir du silence tout du moins pour se positionner sur le sujet et ne pas passer pour un chirurgien qui « subit » en silence, alors que c'est malheureusement bien le cas des internes en phase d'apprentissage dans les blocs opératoires (Tomas, Kostulski & Meritan, 2007).

Relevons que la circulante procède par une succession de phrases inachevées le temps d'avoir un signe de l'interne qui lui permet d'exprimer toute sa pensée. En confirmant qu'il sait de quoi elle parle, l'interne permet à la circulante de pouvoir formuler sa réaction de manière complète. Elle dit : (230) « c'est très perturbant parce que vous dites “ah c'était super, machin, on s'est bien amusés”. Alors que moi euh... c'est de la torture de parler comme ça, enfin je suis désolée, c'est tellement violent, moi je trouve pas ça euh... ». La circulante exprime enfin ce qu'elle a ressenti durant toute l'intervention, voire depuis le début de la journée puisque les attributions de salle sont souvent faites pour la journée entière. Elle met en opposition ce que disent les deux chirurgiens en fin d'intervention avec la manière de parler du chirurgien tout au long de

l'intervention qu'elle qualifie de « torture » et de « violence ». Notons qu'elle précise qu'il s'agit de « manières de parler ».

L'interne, semblant mal à l'aise, esquisse une tentative d'explication : (231) « c'est le stress tu vois ». Par cette remarque, il lie le comportement (verbal) du chirurgien à l'activité réalisée et à une de ses conséquences psychiques, à savoir le stress. La circulante n'ira pas plus loin dans l'échange qu'elle clôturera par : (232) « ben oui, je sais bien ! », signifiant sa compréhension (« je sais bien ») assortie de résignation (« ben oui »). Dans cette interaction, on comprend que l'interne ne souhaite pas entrer dans une discussion. Ce point sera confirmé par son empressement à partir juste après cette dernière phrase (233) : « vous me bipez ? À plus tard ».

13.2.3.9. Une agression autour du bip

Dans ce film, nous pouvons voir que le chirurgien éprouve et exprime des poussées de colère pour des raisons variées. Nous avons noté qu'elles étaient de différentes natures, qu'elles avaient différentes origines, qu'elles s'adressaient à différentes personnes, qu'elles concernaient différents sujets et qu'elles étaient de durée et d'intensité différentes. Cherchons à éclairer ces situations afin de comprendre ce qui les motive.

La première montée en colère du chirurgien envers la circulante se manifeste au début du film. La scène démarre avec le bip du chirurgien qui sonne à 2,10 mn. La circulante qui devrait y répondre, selon lui, ne le fait pas. Elle est affairée à communiquer avec l'instrumentiste qui est une infirmière en formation. Le premier « conflit de valeur » véhiculé par ce bip est que la circulante priorise le travail de salle sur la prise en main de l'appareil et plus particulièrement l'activité de formation ou de transmission d'informations à sa collègue.

La « gestion » des bip ou des téléphones portables a été un sujet abordé par l'ensemble des infirmières avec lesquelles nous avons effectué les groupes d'analyse de l'activité. Elles ont toutes été unanimes sur l'idée que la gestion des communications que les chirurgiens reçoivent pendant les opérations doit passer après l'activité en salle. Certaines considèrent même la prise en charge du bip comme une « faveur » qu'elles accordent aux chirurgiens. Ce n'est, selon elles, en rien une tâche officielle ou légitime dont elles auraient à s'occuper. Or, les chirurgiens ne partagent pas ce point de vue. Ils pensent au contraire qu'elles doivent systématiquement s'en occuper, considération construite sur le modèle des anciennes infirmières de bloc qui étaient également les secrétaires des chirurgiens. Ces dernières s'occupaient de tous les sujets qui concernaient de loin ou de près les chirurgiens qu'elles assistaient, dans la salle d'opération comme en dehors. Or, ces positions d'infirmières/assistantes n'existent plus aujourd'hui.

Ce conflit de critère se répercute donc sur cet objet (le bip) et lorsque la circulante priorise une autre tâche que la prise en charge du bip qui sonne, le chirurgien fait immédiatement preuve de colère et d'agacement en disant : (8) « y'a un bip qui sonne si on peut y répondre j'veux bien ! Sinon, je me stérilise et je vais répondre, y'a pas de problème ». Le chirurgien passe par une forme de menace qui est celle de la stérilisation, périmètre prioritaire absolu de l'activité de la circulante. Ce qu'il cherche à signifier est en fait : « si vous ne voulez pas le faire, il faudra que je le fasse et que je me stérilise pour le faire et cela sera de votre faute ». À s'y pencher plus en détail, il est difficile de comprendre le fondement de cette menace. La circulante pourrait, en effet, tout à fait lui répondre que se stériliser ne pose pas de problème

fondamental en soi, d'autant que quelques minutes plus tard, il sortira du champ stérile pour aller voir un patient dans une autre salle et qu'il se stérilisera par la même occasion. Le spectre de la menace symbolique est opérant sur l'infirmière puisque la circulante prend le bip et part appeler la personne dans la pièce d'à côté où se situe le téléphone. Autre point qui fait conflit pour l'infirmière : le téléphone est situé à l'extérieur de la salle d'opération et s'y rendre signifie quitter totalement le suivi de l'activité opératoire pendant l'appel téléphonique.

13.2.3.10. Gérer les activités à l'extérieur de la salle

À peine revenu dans la salle, le chirurgien lui demande sur le champ ce dont il s'agit (16) tout en continuant d'opérer. Nous pouvons constater que le chirurgien gère plusieurs activités en même temps. Nous pourrions même dire qu'il gère toutes les activités qui se déroulent dans la salle au fil de leur apparition. À travers le bip ou son téléphone portable, il gère également une partie des activités qui le concerne à l'extérieur de la salle. La circulante lui expose le problème (17) : un patient pensait être opéré avec le robot alors que cela ne va pas être le cas. Cette phrase sous-entend que le patient ne doit pas être en accord avec le choix de la technique de son intervention et que ce choix n'a apparemment pas fait l'objet d'une discussion entre le chirurgien et son patient en amont de l'opération. En tout cas, le conflit est là.

Précisons que cette situation se produit de plus en plus fréquemment. Il arrive que des patients choisissent un chirurgien en fonction de ses caractéristiques d'intervention chirurgicale comme le fait d'opérer au robot par exemple. Ces préoccupations sont loin d'être secondaires, car une intervention au robot sera moins invasive pour le patient qu'une intervention classique à ventre ouvert (en laparotomie). De même, les temps de récupération sont plus courts et les risques postopératoires réduits. On peut donc comprendre que le choix d'un patient puisse s'orienter sur ce type de technique. En revanche, ce qui est surprenant dans cette situation précise, c'est que le patient semble découvrir la technique choisie pour son opération au moment d'entrer en salle. La circulante soulèvera précisément ce point au tour (28). Nous avons abordé dans la revue de question l'évitement dont les chirurgiens pouvaient faire la démonstration à l'égard des patients et de leurs familles dans le cadre des interventions chirurgicales qu'ils réalisaient. Discuter de ce qu'ils vont faire avec les patients avant l'opération n'est pas la partie la plus fréquente et les discussions sur comment ils vont le faire ou les étapes postopératoires non plus. (Zolesio, 2012-B). C'est généralement le périmètre dont les infirmières héritent par défaut.

Par ailleurs, le choix de la technique d'intervention devrait revenir au chirurgien exclusivement et non au patient. Repérons à travers cet exemple le changement de positionnement que s'octroient les patients actuels. C'est peut-être pour cela que le chirurgien dira plus tard « les malades m'emmerdent » (23). L'autorité du chirurgien en tant que décideur des conditions d'intervention est remise en cause par l'opposition implicite du patient à la technique d'intervention choisie par le chirurgien.

Le chirurgien manifeste finalement peu de réactions sur le moment et passe de la confirmation du fait que le patient ne sera pas opéré au robot (18) au questionnement sur la nécessité d'aller le voir pour le lui dire (20). Puis, il entre dans une réaction (22) qui va se déployer sur trois temps. Dans la première phrase, (22) il se plaint du patient en utilisant plusieurs gros mots : « il m'casse pas les couilles lui ! euh... Putain, franchement, il me fait chier celui-là. En fait, il va aller se faire foutre, d'accord ? Ben il va attendre un petit peu... (à l'interne) tiens pousse-toi

stp ». L'usage de gros mots et de jurons doit lui permettre un défoulement qui fait passer son état de la colère furieuse, à celle de la prise de conscience du problème plus généralement.

Dans une seconde phrase (23) : (tout doucement) ça devient insupportable... Il va se faire foutre, les malades m'emmerdent. Tout le monde m'emmerde... ça devient insupportable. Soit il se fait endormir, soit il remonte dans sa chambre et il va se faire foutre en fait ! ». Dans cette phrase, le chirurgien se plaint plus généralement des patients « ça devient insupportable... », puis de ce patient en particulier « Il va se faire foutre », puis à nouveau une remarque générale « les malades m'emmerdent. Tout le monde m'emmerde... ça devient insupportable », à une remarque sur ce patient « soit il se fait endormir, soit il remonte dans sa chambre et il va se faire foutre en fait ! ». Dans ces allers-retours, il va de la situation qu'il rencontre précisément à ce moment-là, à un constat plus global sur le rapport aux patients. On peut voir une saturation apparaître qui génère de l'épuisement en lui. La « menace » d'annulation est simplement agitée symboliquement puisque, par la suite, il ira voir le patient et ne la mettra pas à exécution. Ce dégagement de colère lui permet probablement de s'octroyer le sentiment d'avoir des marges de manœuvre envers le patient et la liberté de faire ce que bon lui semble. En disant qu'il peut récuser ce patient, il assouvit sa colère et peut à nouveau agir de manière pondérée et réfléchie.

Nous n'avons pas assisté à l'échange avec le patient pour voir si sa manière de lui parler était modérée ou pas. Bien qu'il le nomme « l'autre con » dans la phrase suivante (25) c'est pour préciser qu'il va aller le voir. Il est, dès ce moment-là, déjà dans la phase du retour dans la salle puisqu'il demandera immédiatement (25) et (27) à la circulante de lui préparer « une casaque » pour se remettre à opérer avant même d'avoir quitté la salle.

On peut voir dans cette séquence apparaître des tâches qui « sortent » le chirurgien de son intervention chirurgicale, alors qu'il est en train d'opérer. Nous pouvons voir également l'impact de ces activités sur la sphère affective et émotionnelle ainsi que la pression qu'elles vont produire sur le psychisme du chirurgien alors qu'il est en situation d'opérer, ce qui doit déjà représenter une charge psychique significative. Nous ne cherchons pas à relativiser l'importance ou la gravité des manifestations de colère que ce chirurgien déploie au cours de son intervention, mais nous faisons l'hypothèse que ces dégagements émotionnels sont issus de mouvements affectifs et qu'ils lui permettent de se libérer du poids des parties de son activité qui sont les plus « contrariantes » ou conflictuelles pour lui. Il s'avère que ces contraintes sont également éloignées du cœur de l'activité de chirurgie, bien qu'elles participent à la logistique autour de l'activité opératoire. Au tour (23) le chirurgien répètera deux fois « ça devient insupportable » ce qui veut bien dire qu'il éprouve une saturation et que les choses qu'il doit prendre en charge sont de plus en plus importantes ou pesantes pour lui.

13.2.4. Interactions avec les infirmiers d'anesthésie

Les échanges avec les IADE, dans ce film, ne sont pas axés sur une coopération professionnelle entre la chirurgie et l'anesthésie contrairement à d'autres interventions chirurgicales. Dans le cas de cette intervention, l'anesthésiste ne verra quasiment pas le chirurgien. Ils n'échangeront pas un mot. Seuls les IADE seront présents et nous pouvons voir qu'il n'y aura aucune interface de travail entre eux et le chirurgien. Ce sera aussi le cas dans la partie de l'intervention non montrée dans les 30 minutes de film.

13.2.4.1. Un premier temps inscrit sous le sceau de la provocation

Extrait :

40 - Le chirurgien (regardant l'IADE) : on va commencer à faire descendre le suivant là.

6.07 : L'IADE ne bouge pas

41 - Le chirurgien (à l'IADE) : du coup c'est qui l'anesthésiste ici, j'ai pas compris ?

42 - IADE féminine et la circulante répondent en cœur : XXX !

43 - Le chirurgien : mais il est là aujourd'hui ou pas ?

44 - IADE féminine : oui sinon on n'aurait pas...

45 - Le chirurgien : mais on l'a pas vu là !

46 - IADE féminine : comment ?

47 - Le chirurgien : On l'a pas vu ! Il est sur une autre salle ?

48 - IADE féminine : ben il est, ben il est

49 - La circulante : ils sont toujours sur deux salles

50 - IADE féminine : ben voilà !

(Silence)

51 - IADE féminine : mais il est là !

52 - Le chirurgien : y'a des fois où y'a des anesthésistes dans les salles ils viennent pas de la journée non ? c'est pas ça ? (L'interne rigole, Le chirurgien le regarde et rit en retour) ou ils sont quand même euh... ça existe pas non ? (il regarde l'interne et il rit en voyant qu'il rit aussi) Non, mais le principal c'est qu'ils aient un bon salaire ! Fallait juste 48 h !

Ces interactions se passent en plusieurs temps. Dans une première séquence, une infirmière d'anesthésie entre dans la salle et se place dans l'axe de vision du chirurgien sans rien dire, les bras croisés sur le torse. Le chirurgien la regarde sans rien dire. Puis il va demander, sans que l'on sache à qui il s'adresse, de faire descendre le patient suivant (40). L'infirmière IADE ne bouge pas et l'on peut se demander s'il s'agit d'une opposition, que nous pourrions d'ailleurs lier à sa posture physique, ou si elle ne sent pas visée, et donc non concernée, par cette tâche. Le chirurgien initie alors un échange (de 41 à 84) dans lequel il va l'interpeller sur plusieurs choses qui vont faire l'objet de reproches délivrés d'une manière provocatrice et polémique.

Le premier sujet abordé par le chirurgien concerne le médecin anesthésiste de la salle : il relève qu'il ne l'a pas vu de la journée. Il en déduit qu'il n'est pas là, entre ironie, provocation et cynisme. Il dit que cette situation arrive souvent (41 à 52). Nous avons observé que lorsque le médecin anesthésiste endort le patient, le chirurgien est rarement, pour ne pas dire jamais, dans la salle. Il peut donc très bien ne pas le voir à ce moment-là. Lorsque le patient est endormi, l'IADE reste dans la salle et le médecin anesthésiste est souvent absent, il se trouve soit dans une autre salle, puisqu'ils supervisent l'activité opératoire de deux salles en même temps, soit il s'occupe d'autres sujets au sein du bloc opératoire comme la coordination des activités du bloc. Ils reviennent ponctuellement suivre le déroulé de l'intervention. À la fin de l'intervention, ils reviennent en salle pour réveiller le patient avec l'IADE alors que le chirurgien a quitté la salle. La remarque du chirurgien est donc construite sur des informations qui peuvent être considérées comme polémiques et contient donc une provocation mobilisée à dessein.

Au tour (52), il se positionne plus clairement dans une tentative d'attaque ou de reproche puisqu'il dit sous une forme interronégative que les anesthésistes peuvent ne pas venir de la journée et il demande à l'infirmière IADE de le confirmer. Il ponctue, sans attendre sa réponse, par une remarque cynique sur l'idée que « l'important, c'est qu'ils soient bien payés ! ». Il marque de cette manière l'idée implicite que les anesthésistes sont « payés à rien faire ».

Extrait :

6.37 : IADE féminine essaye de se faire entendre, elle hausse le ton et dit :

53 - IADE féminine : y'a des emplois fictifs chez les chirurgiens aussi !

54 - Le chirurgien : ben pas tant que ça !

55 - L'interne (feignant l'indignation) : oh oh !

56 - Le chirurgien : non, mais attends mon p'tit chéri que ça se finisse pas en catastrophe nationale ! Laisse-moi plutôt revoir un p'tit peu stp parce que là (il secoue les mains en changeant de place) ça va me faire chier vite fait ! Allez fais-voir !

6.49 : Il prend les manettes et reprend le court de l'intervention.

57 - Le chirurgien : bon y'en a un ou deux, mais c'est pas la généralité quand même ? C'est pas comme chez vous !

58 - IADE féminine : y'en a moins que chez nous peut-être...

L'infirmière IADE tente une « contre-attaque » (53) en prenant la défense des anesthésistes. Elle rétorque que certains chirurgiens peuvent en faire de même (elle utilise le terme « d'emplois fictifs »). Bien que la formulation utilisée soit affirmative, elle laisse apercevoir une faible conviction sous-jacente à laquelle le chirurgien s'empresse de répondre par une formulation ferme (54) : « ben pas tant que ça ! ».

Il faut préciser qu'en théorie si le chirurgien ne vient pas opérer son patient, cela ne passe pas inaperçu puisque l'intervention ne peut donc pas avoir lieu. Il arrive, cependant, qu'un patient soit programmé au bloc opératoire et que le nom du chirurgien indiqué sur sa fiche informatique ne corresponde pas au chirurgien qui fera finalement l'intervention. Il nous est arrivé de voir souvent cette situation lorsque nous nous trouvions à la coordination. Dans ce cas, la coordinatrice doit appeler plusieurs chirurgiens de la même équipe pour que l'un d'entre eux vienne opérer le patient en question. Nous n'avons jamais eu les raisons qui expliquaient ces cas de figure relativement fréquents. Parfois, le nom du chef de service était indiqué sur les fiches de tous les patients du planning opératoire de la journée. Dans ce cas, la coordinatrice savait qu'en faisant descendre le patient pour entrer au bloc, elle devrait également trouver un « opérateur » pour opérer. Dans d'autres cas, le chirurgien indiqué sur la fiche opératoire ne s'avérait pas disponible pour le faire à ce moment précis. Charge alors à la coordinatrice de contacter plusieurs chirurgiens jusqu'à ce que l'un d'entre eux se déclare disponible pour le faire. L'IADE, dans la scène du film, fait peut-être référence à ces situations pour signifier une vacance inexplicquée de certains chirurgiens.

L'interne intervient alors dans la conversation, souhaitant peut-être vouloir défendre le corps professionnel des chirurgiens. Il réagit par une onomatopée simulant une forme d'indignation exagérée et moqueuse (55). Le chirurgien reprend alors les rênes de l'échange en disant à son interne (56) : « non, mais attends mon p'tit chéri que ça ne se finisse pas en catastrophe nationale ! ». Cette phrase porte un double sens. D'une part, on peut faire l'hypothèse qu'il sous-entend que les IADE, connus pour leur penchant contestataire, pourraient transformer la réaction de l'interne en motif de cause revendicative. Ils ont à leurs actifs de nombreuses grèves et manifestations et sont souvent pris avec des pincettes pour ménager leur susceptibilité et leur propension à se mobiliser pour contester. D'autre part, cette phrase porte potentiellement un autre sens puisque le patient, dont l'interne est en train de s'occuper, nécessite que le chirurgien reprenne les manettes de cœlioscopie. D'ailleurs, ce dernier dit dans le même tour de parole (56) : « Laisse-moi plutôt revoir un p'tit peu stp parce que là (il secoue les mains en changeant de place) ça va me faire chier vite fait ! Allez fais-voir ! ».

À peine les manettes en main, le chirurgien reprend la discussion en poursuivant son propos. Il concède à l'IADE (57) : « bon y'en a un ou deux, mais c'est pas la généralité quand même ! ». Il poursuit par une phrase ayant, là encore, plusieurs sous-entendus et pouvant être compris de différentes manières. Il dit sur un ton calme et d'une formulation interronégative implicite (57) : « c'est pas comme chez vous ! ». Par cette phrase, il regroupe les infirmiers anesthésistes (vous) et les médecins anesthésistes, faisant une seule entité des deux métiers. Ceci est en soi une forme de flatterie ou de reconnaissance puisque les IADE s'assimilent volontiers aux médecins anesthésistes estimant effectuer un travail d'importance équivalente au leur. Nous avons eu connaissance de ce fait dans les groupes d'analyse de l'activité réalisés avec les IADE. Par ailleurs, cette phrase pourrait également signifier que les anesthésistes ne font pas comme les IADE, qui eux, ne sont jamais absents de leurs postes de travail lorsqu'ils sont au bloc, ce qui est une forme de flatterie justifiée puisqu'elle est le reflet des pratiques des IADE. L'IADE lui concède le propos sans clarifier ce qui est finalement dit. Elle répond (58) : « y'en a moins que chez nous peut-être... », utilisant elle aussi le « nous », réponse qui a du sens dans les deux significations, associer les deux métiers et répondre spécifiquement pour les IADE. L'usage du « nous » peut également être une manière de prendre position au nom de « l'anesthésie » en général comme fonction au sein du bloc opératoire.

Cet échange qui se tient sous une apparente cordialité est en fait le reflet d'une mésentente chronique entre les chirurgiens et les anesthésistes. Lorsque nous avons abordé ce point avec des chirurgiens, ils nous ont dit que ce désamour était présent dans tous les hôpitaux. Lorsque nous en avons parlé avec les anesthésistes, ils nous ont dit que c'était le fait de quelques chirurgiens seulement et que cette désunion n'était qu'un mythe. Dans le cas du film, notons que la discussion se tient avec l'IADE qui profite de l'occasion pour inclure implicitement dans la conversation des problématiques que rencontrent les IADE avec les anesthésistes, les chirurgiens ou bien les infirmières de bloc. Par ailleurs, un autre point est à soulever, le chirurgien dans cet échange, tout comme dans celui qu'il aura avec l'IADE masculin plus loin, est violent dans le contenu, mais pas dans la forme. On peut voir que ses « mouvements linguistiques » suivent également les étapes du déroulé de l'opération.

13.2.4.2. Des différences de considération organisationnelle

Extrait :

59 - Le chirurgien : mais c'est comme le coup, on nous fait le coup « ben vous aurez peut-être pas forcément d'instrumentiste », mais en fait t'as déjà vu un anesthésiste endormir un malade sans IADE là ? T'en as déjà vu toi ? Sans déconner... (personne ne répond). En fait, ça c'est la traduction du glissement qu'il y a eu, mais putain, mais c'est insupportable (à l'interne) tiens-moi celle-là !

59 bis - L'interne : pourtant c'est possible

60 - IADE féminine : ben oui, mais parce que nous on a... nous on peut faire !

61 - L'interne : oui, mais l'anesthésiste aussi !

62 - Le chirurgien : l'anesthésiste il pourrait endormir sans IADE, pourquoi nous on opère sans instrumentiste ? Pourquoi le chirurgien il se fait essorer là, du matin au soir ? les autres ils lui parasitent son salaire (à l'interne) vas-y... ah regarde comme elle est belle ben ouais !

7.30 : IADE féminine ne dit rien et fait le tour de la salle en marchant à pas ralentis

63 - Le chirurgien : en fait faudrait tous les fusiller ! (À l'interne) : tiens comme ça ! (L'interne rit et l'anesthésiste entre dans la pièce) Tiens le voilà ! (le chirurgien rit)

Le chirurgien déroule le reproche (59) dans lequel il relève la différence de traitement entre les anesthésistes et les chirurgiens au sein du bloc : les premiers n'endorment jamais leurs patients sans infirmiers alors que les seconds doivent souvent opérer sans infirmières. Dans la même phrase, il porte la responsabilité sur « le glissement qu'il y a eu » sans préciser lequel. Il s'agit probablement du fait que les infirmiers anesthésistes font beaucoup de tâches qui relèvent de la sphère du médecin anesthésiste. De nombreuses tâches les distinguent, bien entendu, mais certaines, ne nécessitant pas de prescription médicale ou d'établissement de diagnostic, ont été déléguées aux IADE. On notera qu'à la fin de cette phrase, il continue à donner des consignes à son interne (« tiens-moi celle-là »). Cet échange se tient en même temps qu'il continue à opérer. Il fera de même au tour (62) et (63). Il exprime même la réussite de son geste opératoire (62) : « ah regarde comme elle est belle ben ouais ! » ce qui laisse penser que les propos du chirurgien portent bien, en continu, le reflet du déroulé de l'activité opératoire.

L'IADE retournera le point de vue en perspective valorisante pour les IADE (60) « ben oui, mais parce que nous on a... nous on peut faire ! ». Elle signifie certainement qu'un IADE peut endormir un patient sans l'aide d'un anesthésiste, revendication que nous avons souvent entendue de la part de cette équipe et qui est tout à fait questionnable du côté des anesthésistes. Il faut préciser que les IADE cherchent, depuis quelques années, à faire évoluer leur statut à travers le sujet des « pratiques avancées » (ARS, 2023) et qu'en 2022 encore, ils tentaient de faire réévaluer leur fonction et leurs attributions officielles sur ce domaine de pratique. Ils avaient d'ailleurs fait plusieurs jours de grève à ce sujet sans obtenir gain de cause puisque les anesthésistes n'avaient pas voulu leur accorder de liberté de statut qui questionnerait leur propre légitimité au sein des blocs opératoires. Il nous semble que cette remarque contient, en creux, ce conflit que nous avons également présenté dans la première partie de cette thèse sur l'histoire et l'évolution des métiers.

Par ailleurs, un autre sous-entendu peut être inclus dans cette remarque aux allures anodines. Les IADE cherchent à se distinguer radicalement des infirmières de bloc opératoire qui, selon eux, sont bien moins compétentes que les IADE et dont la formation serait de bien moindre niveau que la leur. Ils s'illustrent souvent dans des comparaisons qui les conduisent à se considérer comme des « mini-anesthésistes » (le terme vient des IBO/IBODE) alors que selon eux, les infirmières de bloc ne sont guère plus que les « servantes » des chirurgiens, ou encore les « ouvre-boîtes¹¹ » de la salle, dont l'importance et la pertinence restent toujours à démontrer.

Le chirurgien poursuit par une réflexion à voix haute (62) : « l'anesthésiste il pourrait endormir sans IADE, pourquoi nous on opère sans instrumentiste ? Pourquoi le chirurgien il se fait essorer là, du matin au soir ? ». Le chirurgien replace, tout d'abord, la réalité de son propos initial puisque le travail de l'anesthésiste consiste à endormir le patient et qu'il peut tout à fait le faire sans IADE. Nous décryptons également cette remarque comme une critique des dimensions organisationnelles du bloc puisque ces décisions sont prises par l'institution hospitalière. La sphère organisationnelle conduit à ce que le chirurgien ait une part toujours plus importante de tâches à effectuer, comme nous aurons l'occasion de le voir dans l'ensemble du film. Puis, continuant à monter en pression, il poursuit (62) : « les autres (sous-entendu les anesthésistes), ils parasitent son salaire », puis (63) « en fait faudrait tous les fusiller ! ». Son propos est clair, il trouve que payer un salaire à des personnes qui n'effectuent pas leur travail est injustifié. Les supprimer semblerait être sa solution. Il est clair que ces propos sont à prendre pour leur valence provocatrice et transgressive tant leur contenu est extrême. Il nous semble que là encore, la décharge d'excitation produite par la prononciation de ces mots violents et l'impact qu'ils vont

¹¹ Expression souvent utilisée tant par les IBODE que les IADE

avoir sur l'IADE, en premier lieu, et le reste des personnes dans la salle par la suite, est l'effet recherché par le chirurgien. Notons que dans ces deux tours de parole, il ponctue ses propos, dont la violence monte graduellement, par deux commentaires adressés à son interne sur l'opération en cours : (62) « vas-y... ah regarde comme elle est belle ben ouais ! » et (63) « tiens comme ça ! ». On peut donc lier, là encore, les propos tenus, provocateurs et violents dans ce cas, au déroulé de l'activité en cours.

Extrait :

64 - IADE : non mais Monsieur Le chirurgien

65 - Le chirurgien : (à l'anesthésiste) : ça va Aristide ? Elle est en train de dire du mal de toi (éclat de rire des internes). Elle est en train de dire qu'on pouvait endormir sans toi !

66 - IADE féminine se rapproche de l'entrée de la salle puis elle accélère le pas et dit à l'anesthésiste : je vais y aller

67 - Le chirurgien : (à l'anesthésiste) ah non, mais moi je te dis parce que euh... (aux étudiants) comment foutre la merde

68 - Le chirurgien (à l'interne) : ça t'embête pas si je mets le premier point ?

69 - L'interne : non allez-y Monsieur

70 - Le chirurgien : parce que en fait ça va m'énerver

71 - IADE féminine : j'ai tout fait Aristide pour te sauver

72 - Le chirurgien : ah ça y'est, elle se barre ! Vous êtes à mi-temps chacun là ? (À l'instrumentiste) : donne-moi le bordel. Non, mais mets-moi un fil au bout !

73 - IADE féminine : c'est Cédric qui va revenir

74 - Le chirurgien : oh putain, ils sont deux sur le coup ! C'est vrai il est où Cédric ? Non, mais sans déconner ils foutent rien ! (Rire de l'interne). Voilà, là elle est magnifique la raie, allez donne-moi le fil stp, donne à papa (à l'interne) non non non rien du tout ! Tu m'fais pas chier ! Non ! On fait comme ça, tu vas voir... (en parlant à l'écran) Allez viens ici mon p'tit bébé. (À la circulante) : T'as fait descendre le suivant stp ? (La circulante sort pour appeler).

75 - Le chirurgien : (À l'interne) : ah c'est pas vrai ça, ils sont même pas à mi-temps, ils sont à tiers temps... (à l'interne) tire vers le haut. Ah le v'là Cédric !

8.38 : IADE masculin entre dans la salle.

76 - Le chirurgien : (à IADE masculin) : Eh ça va ? t'es où toi ? (À l'interne) donne-moi dans la main

77 - IADE masculin : ben dis-donc

78 - Le chirurgien : (à IADE masculin) : J'veux pas me mêler de ce qui me regarde pas !

79 - IADE masculin : Justement ! Tais-toi (rire)

80 - Interne : c'est l'IADE qui est pas euh...

81 - IADE masculin : Ah la la !

82 - Le chirurgien : elle a dit des trucs sur toi

83 - IADE : ben j'espère bien ! T'en es où là ? Tu fermes ?

84 - Le chirurgien : j'ai fini

L'IADE, pour le moins surprise, ne peut contenir sa réaction et s'exclame (64) : « non mais monsieur ! ». Puis, comme dans une pièce de théâtre de comptoir aux multiples rebondissements, l'anesthésiste entre soudainement dans la salle. Le chirurgien pourrait lui adresser ses reproches de vive voix, mais il ne le fait pas. Bien au contraire, il pousse la « tartufferie » en accusant publiquement l'IADE d'avoir dit du mal de lui (65) ce qui fera d'ailleurs sortir définitivement l'IADE de la salle. Il reconnaît, en s'en amusant, (67) qu'il cherche à semer le désordre au sein de cette équipe. Puis, il demande à son interne de pouvoir faire le point de suture suivant (68) le justifiant par un potentiel énervement (70) à éviter.

Nous pouvons voir que du tour (70) à (78), un jeu de ping-pong va se tenir entre les moqueries du chirurgien, qui se révèlent par des remarques provocatrices, ponctuées de remarques à voix haute qui accompagnent le déroulé de l'opération, l'agitation produite par les réactions vives de l'équipe d'anesthésie suivie de la sortie de l'IADE féminine, l'aller-retour bref de l'anesthésiste et l'arrivée de l'IADE masculin, et cela, au milieu des rires du chirurgien et de son interne. Il faudra attendre le tour (83) dans lequel l'IADE masculin va détourner le chirurgien de sa trajectoire en le ramenant sur le contenu de l'opération (83) : « t'en es où là ? Tu fermes ? » pour que le chirurgien s'arrête de « jouer » avec eux.

13.2.4.3. Des attaques répétées

Plus en détail, nous pouvons voir que du tour (72) à (75) les attaques du chirurgien porteront d'abord sur les IADE qui se succèdent en salle. Démarrant par le reproche d'être « à mi-temps » (72), il poursuivra en les accusant de « ne rien faire » (74). Puis, il file la première blague en leur reprochant d'être en fait « à tiers temps » puisque leur activité se répartit sur 3 personnes, ramenant ainsi la fonction de l'anesthésiste à celle d'un simple d'infirmier. Lorsque l'IADE masculin entre en salle, le chirurgien utilise un ton évoquant une forme de « camaraderie masculine » (76). Il l'appelle par son prénom (« ah le v'là Cédric »), puis lui demande comment il va (« eh ça va ? ») puis le tutoie (« t'es où toi ? »). On peut voir dans ces deux tours de parole un registre familier catégoriser la façon dont le chirurgien s'adresse à lui. Le chirurgien cherchera néanmoins à poursuivre sa tentative de « semer » le trouble entre les trois acteurs de l'anesthésie (78) : « je veux pas me mêler de ce qui me regarde pas ! », (82) : « elle a dit des trucs sur toi ! ». Ce qui est dit relève d'un registre infantile. L'IADE masculin y mettra un terme en ramenant la conversation sur le sujet de l'opération (83) : « t'en est où ? Tu fermes ? ». De cette manière, l'attention du chirurgien est focalisée sur sa propre activité, ce qu'il cherchait peut-être à éviter. Notons que cette phrase (83) « t'en est où ? Tu fermes ? » déplace l'attention sur l'idée de finir vite. L'IADE voit bien qu'il n'a pas fini, mais en lui posant la question, il produit un sentiment d'urgence, une pression à terminer l'intervention. Il faut préciser que cette urgence à aller vite est présente dans toutes les salles de ce bloc compte tenu des délais d'ouverture des salles (7 h 45-17 h 30) et de la charge des plannings opératoires. Si les chirurgiens veulent pouvoir opérer tous les patients de leur planning, il faut qu'ils se dépêchent pendant toutes les interventions et ceci ne les préserve pas, malgré tout, de l'éventuelle annulation de leur dernier patient si le temps restant ne leur permet pas de finir la dernière opération avant 17 h 30. Cette annulation sera décidée par l'anesthésiste de coordination et par la coordinatrice. Cette décision se tient en dehors du périmètre du chirurgien. Cela crée inévitablement une tension supplémentaire pour les chirurgiens. En utilisant cet argument (83) « tu fermes ? », l'IADE est certain de remettre le chirurgien sur une dynamique d'accélération. De plus, c'est une phrase qui aurait pu être prononcée par un autre chirurgien donc en disant cela l'IADE sait qu'il parle le langage du chirurgien. Cette stratégie fonctionne puisque le chirurgien va se refocaliser exclusivement sur l'opération et ses échanges avec l'interne et l'externe.

Précisons qu'à la fin des tours (72), (74), (75), (76) les propos du chirurgien sont tous ponctués de remarques ou de directives sur l'opération en cours. Lorsque la progression est bonne, les propos sur l'intervention sont positifs (74) « Voilà, là elle est magnifique la raie, allez donne-moi le fil stp, donne à papa ». Lorsque la progression est en cours, les propos sont plus opérationnels : (72) « donne-moi le bordel. Non, mais mets-moi un fil au bout ! » ou (75) « tire

vers le haut » ou encore (76) « donne-moi dans la main ». Nous pouvons donc là encore établir un lien entre la nature « stimulante » des attaques et le déroulé de l'intervention.

13.2.4.4. L'ambiguïté d'une entente qui n'en est pas une

Extrait :

160 - Le chirurgien : une sonde d'aspiration trachéale des anesthésistes pour mettre dans le malade, pour mettre le liquide dans le malade, il est où le p'tit chou ? (À l'IADE masculin) : tu m'donnes une sonde d'aspiration trachéale stp ?

161 - IADE masculin : ouais !

162 - Le chirurgien : combien de fois j'ai répété le mot aspiration trachéale sans déconner ? (Rires de l'interne) non, mais sans déconner ! Alors maintenant c'est pas tu vois, en Corée du nord, Kim Jong-un ça marche pas comme ça ! (Éclat de rire de l'interne) Une sonde d'aspiration trachéale, il en a tout de suite 10 tout de suite quoi !

162 bis - IADE masculin : oui, mais il opère pas !

162 ter - Le chirurgien (À l'IADE masculin) : ah ben mon pote tu survivrais pas longtemps là-bas (rires de l'interne)

163 - IADE masculin : ça va bien se passer, d'accord ?

164 - L'interne (À l'IADE masculin) : j'ose espérer que vous ne faites pas comme lui... Ah ben du coup au service, tu peux te faire un copain (rire de l'instrumentiste)

165 - La circulante (À l'instrumentiste) : du coup on va faire le compte textile ma bichette

166 - Le chirurgien : tout le monde est capable d'être comme lui, il suffit de bien le pousser à bout tu sais. C'est comme un rat que tu mets dans une cage, tu le titilles tous les jours tu viens lui mettre un petit coup d'aiguille comme ça, tu sais ce qui te fais la seconde d'après ? Tu mets la main dedans, il te mord ! Ça mon pote, c'est clair ! Comme je travaille beaucoup avec les rats, je me suis fait mordre plusieurs fois après

25.23 : IADE masculin sort de la salle en essayant de dire un truc au chirurgien qu'on n'entend pas

À en juger par le début de leur échange, on aurait pu penser que l'entente entre le chirurgien et l'IADE resterait aimable. Or, la suite de l'intervention révélera une absence de stabilité des interactions entre le chirurgien et l'IADE. Un point d'achoppement intervient avec l'IADE masculin lorsque le chirurgien demande plusieurs fois une sonde d'aspiration trachéale sans arriver à l'obtenir (154), (158), (160). L'infirmière circulante ne semble pas reconnaître ce matériel, ce qui oblige le chirurgien à éclaircir ce point en s'adressant directement à l'IADE. Ce dernier n'était pas « à la tête du patient » et ne suivait pas l'intervention puisque le chirurgien devra le solliciter directement pour obtenir le matériel en question. Il faut préciser que l'IADE avait passé la majeure partie de l'intervention en dehors du périmètre de l'anesthésie. Le chirurgien ne va rien dire directement à l'IADE. Il lui demandera même la sonde trachéale de manière sympathique : (160) « il est où le p'tit chou ? Tu m'donnes une sonde d'aspiration trachéale stp ? ». L'usage du diminutif « p'tit chou » sera trompeur puisqu'en une phrase, il enchaînera avec une plainte ironique adressée à voix haute à l'interne sur le fait d'avoir dû demander plusieurs fois cette sonde. On peut deviner son mécontentement à ce moment-là. Puis il se saisit d'une comparaison avec un régime totalitaire pour adresser un reproche à l'IADE lui disant qu'il n'aurait pas fait long feu là-bas (162ter). Par cette dernière phrase « ah ben mon pote, tu ne survivrais pas longtemps là-bas ! », il signale à l'IADE son mécontentement et probablement un reproche plus implicite sur la qualité de son travail puisqu'il le projette

sanctionné par la punition extrême d'un dictateur exigeant. Il souligne également implicitement qu'il n'est pas un dictateur exigeant, mais qu'il pourrait l'être. D'ailleurs l'IADE lui répond (162 bis) « mais il n'opère pas ! » lorsque le chirurgien évoque Kim Jong-Un. L'IADE ne se laisse pas décontenancer puisqu'il lui répond assez fermement dans la phrase d'après (163) : « ça va bien se passer d'accord ? », manière de faire face à l'attaque, et de recadrer le chirurgien, sans rien répondre qui pourrait être une attaque plus directe. La circulante intervient alors en demandant une première fois le décompte des compresses (165). Nous constatons que cette dernière intervention constitue en soi une interruption qui change, encore une fois, le sujet en cours par la même occasion.

Le chirurgien ne s'arrête pas là. Il passe, à nouveau, par une technique verbale qui consiste à contourner la nature du propos sur lequel il va aboutir. Cette phrase est d'ailleurs adressée à l'interne et non à l'IADE comme la précédente (162). Il débute par un constat sur ce qu'il cherche à faire (166) : « tout le monde est capable d'être comme lui, il suffit de bien le pousser à bout, tu sais » et poursuit par une comparaison sur les rats de laboratoire et les expériences réalisées sur eux. Il décrit comment la récurrence de petits coups d'aiguille peut déclencher une attaque à la simple présence de la main dans la cage. Ce faisant, il compare indirectement et sans le dire ouvertement l'IADE aux rats de laboratoire. Il se compare, par la même occasion, au laborantin qui va malmenager les rats pour leur faire adopter un comportement précis. En cela, il fait preuve d'une lucidité et d'une transparence qui frôle la provocation. Il ajoute d'ailleurs qu'il s'est fait mordre plusieurs fois. On peut s'interroger à la lecture de cette dernière réplique son niveau de conscience lorsqu'il dit tout cela. S'identifie-t-il en fait à l'agresseur (celui qui pique) ou à la victime (celui qui se fait mordre) ?

L'IADE tente de répondre quelque chose que nous n'avons pas pu déchiffrer sur l'enregistrement. Notons en tout cas qu'il cherche à réagir. Le chirurgien poursuivra par la réaction à la remarque de l'instrumentiste en se considérant comme celui que l'on « titille », comme la « victime » de la situation. On peut donc comprendre à travers cet enchaînement interlocutoire que le chirurgien se plaint de la position dans laquelle le place l'ensemble de l'équipe. Il leur reproche implicitement des choses non spécifiées sur la façon dont ils collaborent avec lui pendant cette intervention. Il s'est successivement plaint des trois personnes qui sont dans la salle soit par des interpellations directes sur le matériel, ou indirectes, par le fait de devoir les solliciter pour obtenir ce qu'il demande. Devons-nous en déduire qu'il ne se sent pas « assisté » par ces personnes dans la réalisation de l'acte opératoire ? Quelle que soit la lecture ou l'interprétation que nous avons de cette situation, nous constatons qu'en les « piquant » de la sorte, il obtient que tous suivent l'intervention au diapason et qu'ils soient tous totalement mobilisés autour de lui pour accompagner ses moindres gestes. Les attaques, les relances, les affronts, les reproches et toutes autres formes d'agression ou de violence exprimée sont finalement efficaces pour obtenir ce que le chirurgien cherche, à notre sens, à faire adopter comme modifications d'attitude de la part des destinataires de ces phrases.

13.2.4.5. Victime ou agresseur ? Une fin d'intervention douce-amère

Cet échange se ponctue par l'autodiagnostic de *burn-out* (176) du chirurgien, remarque qu'il nous adresse après avoir pointé verbalement notre présence qu'il avait probablement laissée de côté jusqu'alors. Le chirurgien semble chercher à compenser ce qui ne lui paraît pas présent dans le cadre de la réalisation de sa propre activité opératoire. Pour ce faire, il va suivre et

soutenir la production des multiples tâches des autres personnes de la salle. Produire le soutien de sa propre activité en conduisant de manière aussi intense celle des autres représente finalement un volume de travail très important et une hypervigilance de tous les moments. Nous pouvons donc comprendre que le chirurgien se diagnostique un éventuel *burn-out*, car ce qu'il fait et les raisons pour lesquelles il le fait doivent lui procurer une sensation de débordement inévitable.

Par la suite, l'IADE va, encore une fois, habilement changer de sujet lorsque le chirurgien prononce le mot « vacances ». Il lui demande sa destination de vacances (177) et lorsque le chirurgien tarde à répondre, il suggère une destination ironique (« Acapulco ? »). L'IADE ne cesse d'alterner les questions faussement intéressées et les suggestions moqueuses : (177) « Acapulco ? ». (182) « c'est comme la Grèce » (182) « mais pour les pauvres ! », (187) « c'est la Grèce, des Bidochons », (191) « et tu bourres le bateau de temps en temps ». Dès que l'occasion se présente, il lance une « petite blague » piquante et cynique, un mot d'esprit dirons-nous, cherchant à déclencher le rire chez les autres. Or, le seul public « habilité à converser » avec lui étant l'interne, l'IADE n'aura aucune chance de déclencher le rire des autres. Lorsque par exemple, le chirurgien demande ce que mangent les Kossovars (192), l'IADE répond (193) : « ils mangent des rats » ce qui fait rire le chirurgien qui comprend le retour de blague et accepte, en riant, ces repréailles. Au tour (209) lorsque le chirurgien déclare qu'il a mal au ventre, l'IADE lui répond (210) « t'as la chiasse ? », cherchant encore une fois à tenter une forme d'humiliation, mais sur des contenus infantiles donc moins agressifs. Il est à noter que pendant cet échange, le chirurgien ne relancera pas les hostilités envers l'IADE. La conversation jouera un rôle de fil conducteur jusqu'à la sortie de salle du chirurgien. Dans ce temps, tous les acteurs de la salle sont affairés à accompagner la fin de l'intervention. Les parties compliquées de l'intervention sont terminées et la pression est désormais dissipée. Nous pouvons, encore, établir un lien entre les propos tenus par le chirurgien qui ne sont pas agressifs et les enjeux de l'opération qui ne sont définitivement plus importants puisque l'opération se termine.

Le chirurgien, dans une tentative qui ne nous semble pas fortuite, lance une dernière hostilité à l'IADE. Avant de sortir de la salle, il lui demande où il a rangé ses lunettes (214). À travers cette demande aux contours anodins, le chirurgien demande à l'IADE quelque chose qui relève du périmètre des tâches des IBO/IBODE. Ce faisant, il ramène l'IADE à une considération professionnelle inférieure, assimilant les infirmiers à un grand ensemble indéfini alors que pour les IADE, leur fonction n'est en rien assimilable à celle des IBO/IBODE. L'IADE n'était pas présent au début de l'intervention, il n'aurait donc pas pu prendre les lunettes du chirurgien avant qu'il ne démarre l'opération pour les lui ranger. De plus, ça n'est pas une attribution des IADE, mais plutôt des infirmières de bloc. Nous pensons que cette phrase est adressée volontairement par le chirurgien à l'IADE dans le but de le « titiller » de nouveau. L'IADE ne se laissera pas faire puisqu'il dira au chirurgien (215) : « ohhh tu me casses les bonbons ! ».

Dès le tour de parole suivant (216), le chirurgien reproche directement à l'IADE d'être occupé à parler et lui demande de retourner travailler pour réveiller le patient. L'interne est encore en train de coudre les derniers points de suture des plaies générées par la coelioscopie. Il est encore trop tôt pour réveiller le patient, mais le chirurgien insiste (218), (221), (223). Profitant de l'éloignement du chirurgien, l'IADE s'autorise des attaques plus virulentes envers lui (222), (224) allant même jusqu'à le comparer à une chirurgienne très désagréable du bloc. Le chirurgien ne reviendra plus dans la salle avant l'arrivée du patient suivant.

13.2.5. Conclusion

Nous avons pu voir que les styles langagiers du chirurgien, ainsi que ceux des personnes avec lesquelles il interagit, sont très spécifiques en fonction des destinataires et constants tout au long de l'intervention. Les registres interactionnels ne se mélangent pas et ne changent pas au fil de l'interaction sauf entre l'IADE et le chirurgien où deux registres différents se mélangent plusieurs fois, le registre de « compagnonnage masculin » et le celui de l'attaque humiliante.

Le chirurgien tient plusieurs formes de propos violents que nous allons tenter d'organiser. Lorsqu'ils sont adressés, ces propos peuvent prendre la forme du reproche, de l'attaque, de la menace, de la blague humiliante ou cynique, ou encore du sarcasme. Il peut dire des choses non violentes d'une manière brutale (122) de même que (126) dire des choses violentes d'une manière calme (162) et (166). Les deux infirmières de bloc ainsi que l'IADE vont chercher, dans leurs interactions verbales, à déjouer tant bien que mal les éruptions colériques et violentes du chirurgien ou à les retenir pour qu'elles se maintiennent dans une intensité moindre, ce qui constitue une activité à part entière.

Nous constatons que le chirurgien va effectuer plusieurs tâches simultanément : opérer le patient, enseigner aux étudiants, piloter l'obtention des instruments requis auprès de l'instrumentiste et de la circulante, tout comme garder un contact avec certaines activités extérieures lorsqu'elles le sollicitent. Durant son activité opératoire, il supervise et encadre l'activité des autres. Il semble chercher à obtenir des autres métiers un niveau d'activité soutenu, de même qu'une « qualité » précise de prestation réalisée. On peut faire l'hypothèse que son objectif est d'en faire bénéficier son activité principale à savoir l'opération qu'il réalise.

Le chirurgien aborde des sujets qui semblent le préoccuper : les conditions dans lesquelles il exerce, les disparités d'organisation du travail au sein du bloc, les contraintes générées par les patients et leur prise en charge, auxquelles se rajoutent les difficultés de l'enseignement, les contrariétés opératoires, les craintes et préoccupations des IBODE à gérer. On peut aisément lier ces sujets aux réactions du chirurgien : crise de colère, agacement, frustration, attaque, humiliation, mais également rire, blague, réassurance verbale formulée à l'interne et la circulante.

Enfin, notons que le chirurgien n'interrompt pas son flux de parole tout au long de l'intervention. Les destinataires de ses propos se succèdent en fonction du déroulé de l'intervention. Nous pouvons faire l'hypothèse que la fonction verbale est en lien permanent avec l'activité opératoire et peut-être même qu'elle la soutient pour en faire bénéficier l'État physique du chirurgien par l'intermédiaire de ses dimensions psychiques, alors qu'il doit tenir pendant toute la durée de l'intervention. Le contenu de l'interaction verbale est en tout cas directement en lien avec ce qui traverse le chirurgien tant au niveau de l'action qu'il réalise qu'à celui des affects ou des états physiques qui y sont associés.

Nous allons tenter d'analyser les manifestations de violence les plus fortes du chirurgien afin d'évaluer les liens que nous pouvons faire entre ces expressions verbales, l'activité réalisée, les manifestations affectives du chirurgien suscitées par l'action en cours et les réactions des destinataires concernés par ces personnes qu'elles soient verbales ou comportementales.

13.3. Analyse des formes et fonctions des violences adressées : tableau

Le tableau en annexe (Annexe 3) tente de mettre en corrélation, les éclats de violence du chirurgien et ce que vont produire ces éclats de violence sur le chirurgien lui-même ainsi que sur les personnes auxquelles s'adressent ces propos, lorsque nous en trouvons des traces dans le film, de même que sur l'activité en cours. Nous préciserons, pour chacune de ces répliques agressives, brutales ou violentes, le contexte dans lequel elles sont prononcées et l'action concrète réalisée (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) qu'elles accompagnent du côté du chirurgien comme de celui de leurs destinataires. Notre ambition est également de pouvoir catégoriser les propos du chirurgien afin de déterminer s'il s'agit de violence verbale telle que l'ont défini Moïse, Meunier et Romain (2015). Nous chercherons à caractériser les modalités de la violence verbale utilisées par le chirurgien, de même que les émotions qui semblent associées à ces formulations violentes. Enfin, nous regarderons avec attention ce que ces démonstrations de violence du chirurgien génèrent comme réponse auprès des destinataires. En regroupant l'ensemble de ces données, nous tenterons d'en extraire, pour chaque émanation violente, la fonction que prend la violence. Ce classement et ces caractérisations des séquences violentes utilisent les deux méthodologies d'analyse décrites en amont : celle de l'analyse triadique de l'activité dirigée (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008) et celle de l'analyse de la violence verbale (Moïse, Meunier & Romain, 2015).

13.3.1. Une violence dans la forme et dans le fond

Notre tentative de classement fait apparaître qu'il s'agit bien, dans tous les extraits figurant sur le tableau, de propos que l'on peut catégoriser de violents. Ils s'illustrent tous dans une des trois catégories de violence verbale catégorisées par Moïse, Meunier et Romain (2015) : fulgurante, polémique ou détournée. Parfois, deux catégories de violence s'enchaînent dans la même phrase, ce qui révèle, selon nous, une fluctuation dans l'expression des affects du chirurgien.

Nous avons cherché à classer la nature ou les modalités de la violence exprimée par le chirurgien. Nous constatons, tout d'abord, que la violence peut être contenue dans la forme des propos tenus. Les registres de la directivité, de la fermeté, de l'autoritarisme en sont la démonstration. Ces propos font l'objet d'ordres donnés aux personnes de la salle. Ils relèvent probablement du genre de métier (Clot & Faïta, 2000), incarné par la fonction du chirurgien en sa qualité de chef d'orchestre.

Les propos violents peuvent être incorporés dans des variations stylistiques de l'humour : de l'ironie, des sarcasmes, des moqueries. Tout comme dans des variations de l'expression de l'État émotionnel : la plainte, la frustration, le désarroi. Ces modalités sont souvent portées par des éléments qui concernent le registre organisationnel et les conditions de travail dans lesquelles le chirurgien exerce son métier.

Nous pouvons voir une violence à « l'État pur », lorsque les propos tenus s'expriment à travers de la colère, de la confrontation, des bousculades. Ils peuvent être exprimés de manière plus indirecte, ou sur un registre « psychologique », lorsqu'ils utilisent les registres de la culpabilité et de l'humiliation. Ces éléments concernent majoritairement des choses ou des conduites que le chirurgien cherche à obtenir des personnes à qui s'adressent ces phrases. Parfois, on peut voir

que l'objectif porte sur la manière dont le chirurgien souhaite voir effectuer le travail de la personne concernée (l'interne par exemple ou l'IADE masculin). Ces éléments semblent porter sur des exigences du chirurgien envers les autres métiers.

La violence peut également s'incarner dans du contenu plus directement agressif comme des reproches, des menaces, des attaques, des provocations tout comme dans des onomatopées, des jurons, ou des gros mots. On peut observer que ces modalités sont présentes dans les trois situations qui vont engendrer une réaction d'énervement, voire d'exaspération, au chirurgien et pour lesquelles sa frustration est liée au fait de ne pas pouvoir agir par lui-même : les difficultés liées à l'enseignement de l'interne, la réaction du patient qui veut se faire opérer au robot et la situation d'inégalité (selon les termes du chirurgien) entre les comportements des anesthésistes, leurs « avantages » et ceux des chirurgiens. Nous pouvons faire l'hypothèse que dans ces situations, la violence exprimée permet l'expression d'un affect qui devient « empêchant » ou « entravant » pour la poursuite de l'opération et que l'action « d'expulsion » de l'affect par sa voie verbale permet une régulation de l'État émotionnel du chirurgien. Dans tous ces cas, la poursuite de l'opération est rendue possible après le « jaillissement » de violence verbale.

Enfin, notons que parfois, les propos violents, ou d'une forme violente, vont être ponctués par la présence de mouvements langagiers positifs comme de l'encouragement, de la satisfaction, de la réassurance, de la conviction. Nous les avons indiqués entre parenthèses dans le tableau, car ces propos sont soit inclus dans les tirades violentes, soit ils indiquent ce que cherche à faire le chirurgien à travers ses propos. Ils signalent que l'action effectuée est positive et que l'opération peut se poursuivre ou que le chirurgien cherche à stabiliser une situation dans la salle, comme dans le cas de la circulante qui s'inquiète de l'insertion d'une demi-compresse dans le patient.

13.3.2. Une violence qui s'indexe aux mouvements affectifs du chirurgien

Par ailleurs, nous pouvons voir dans la rubrique que nous avons appelé « les émotions associées », les états affectifs du chirurgien et la façon dont elles s'illustrent dans les expressions verbales de la violence. Rappelons que pour Clot (2008), « l'affect résulte d'un conflit qui éprouve l'activité du sujet et son organisation personnelle alors que l'émotion concerne davantage la palette des instruments corporels au travers de laquelle ce sujet y répond. Leur discordance est toujours possible, lorsqu'on pleure de joie par exemple ou encore lorsqu'on rit jaune » (Clot, 2008, p.8). Il faut donc voir dans ces émotions associées un lien direct à l'affect, qui lui, met en relation le sujet et son activité, en conflit permanent.

Dans les émotions apparentes du chirurgien, il y a celles qui décrivent l'État d'esprit du chirurgien : virulence, frustration, colère, enthousiasme, agacement, désarroi, cynisme, défoulement. Elles indiquent également la raison qui va potentiellement inciter le chirurgien à agir de la sorte, de même que le type de « mouvement » que va faire le chirurgien en réponse à la situation induite par ces propos. Par exemple, dans la situation du patient à l'extérieur de la salle qui veut se faire opérer au robot, le chirurgien est pris de colère à l'énoncé de la situation par la circulante et puisqu'il ressent de la colère, il va l'exprimer par un « mouvement » dans ses propos et dans sa manière d'agir. Une fois la colère exprimée, il va pouvoir décider de faire attendre le patient dans un premier temps (22), de lui poser un ultimatum (23), puis, une fois la situation opératoire stabilisée, il va décider d'aller le voir (25). On peut donc faire un lien entre

l'origine de la situation qui provoque un état émotionnel associé, l'expression de la violence et le fait qu'elle va permettre de « faire avancer » la situation concrète (stabilisation opératoire puis visite du patient à l'extérieur). Dans ces états émotionnels, on peut voir le ressenti qui va devenir la source d'un mouvement, quel que soit le sujet concerné.

D'autres états émotionnels sont plus directement liés au contenu de ce qui est dit par le chirurgien comme le sentiment d'injustice, la résignation, le calme et donc l'apaisement, l'empathie, la surprise ou l'humour noir. Ces états émotionnels sont également déclenchés par le contact avec une situation extérieure que rencontre le chirurgien. Nous pouvons noter que ces situations extérieures semblent être antérieures, comme dans le cas du conflit avec l'anesthésie ou de celui avec les IBODE sur l'insertion des compresses dans le patient. Nous pouvons voir, grâce à cette catégorie, que la violence peut s'incarner dans un contenu calme ou généralement associé à des états positifs (humour, surprise, empathie). Le cas de l'état « calme » est plus surprenant puisqu'il est présent lorsque le chirurgien se moque de l'IADE ou lorsqu'il propose de « faire fusiller » les anesthésistes, provocation énoncée dans une formulation très douce en dépit de son contenu outrancier, et nous faisons l'hypothèse que le chirurgien en est conscient. Cette association d'un contenu ironique et sarcastique avec un état émotionnel associé calme serait une combinaison que nous pourrions retrouver dans des situations préméditées, dans lesquelles l'auteur sait qu'elles sont inacceptables. Il peut également s'agir d'un effet de style langagier pour provoquer un impact décuplé par l'antagonisme forme/fond.

La satisfaction a été mentionnée entre parenthèses dans cette rubrique lorsqu'elle apparaît dans les propos du chirurgien. Elle est associée au ressenti du chirurgien face au succès des étapes opératoires et se glisse au milieu de tirades de nature violente. Elle ne les concerne pas directement et nous pouvons la considérer comme appartenant au registre de l'action opératoire. Sa présence signale que le lien entre l'activité langagière et l'activité opératoire est bien permanent même s'il n'est visible qu'à travers de courtes apparitions.

13.3.3. Une violence qui sert de moyen d'action

Ces propos violents sont exprimés en parallèle des actions que le chirurgien réalise dans le cadre de l'opération chirurgicale effectuée. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils « accompagnent » la réalisation de l'action et qu'ils se greffent aux difficultés rencontrées. Ce point nécessiterait néanmoins d'obtenir le point de vue du chirurgien sur le sujet. Ce que nous pouvons dire sur la base de cette analyse c'est qu'il y a une corrélation directe entre l'action réalisée et l'apparition des mouvements de violence langagière. Le chirurgien, nous l'avons déjà dit, ne cesse de parler pendant l'intégralité de l'opération et lorsqu'il n'échange pas avec les autres personnes de la salle, il commente l'action qu'il conduit sur le patient comme un dialogue intérieur extériorisé. La parole a donc bien une place, une fonction, dans la réalisation de l'activité opératoire.

Le chirurgien va s'adresser à toutes les personnes présentes dans la salle. Pour chacun des destinataires de ses propos, nous pouvons voir que le chirurgien se situe dans un registre linguistique spécifique qui restera le même pendant toute la durée de l'opération. Par exemple, il sera toujours directif et ferme avec l'instrumentiste. En plus de ces deux registres, il ajoutera les reproches, les gros mots, les jurons avec l'interne qui est en train d'apprendre de même que des expressions de soutien ou d'encouragement. Son agressivité et ses menaces sont circonscrites aux remarques générées par la demande du patient situé à l'extérieur qui veut se

faire opérer au robot. Enfin, les sarcasmes, l'ironie, les moqueries, tout comme l'humiliation, seront réservés aux IADE et à l'anesthésiste absent.

Nous pouvons relever que ces propos vont être « efficaces » sur les actions qu'ils cherchent à déclencher sur les autres et que, par ailleurs, ils permettent de soutenir l'activité opératoire en cours. Nous pensons qu'ils ont également et dans le même élan, un bénéfice pour l'État émotionnel du chirurgien qu'ils ont l'air de « soulager » sur le moment. Ils déclenchent tous un état émotionnel « réponse » aux personnes destinataires. Ces états émotionnels « réponses » ne sont pas positifs pour les personnes destinataires bien que nous en ayons le signe qu'en creux. Cependant, ils n'empêchent pas l'exécution de ce qui est demandé par le chirurgien. On peut donc faire l'hypothèse que ces états émotionnels « négatifs » générés aux personnes cibles ne sont pas évalués, par le chirurgien, avec la gravité qu'ils impliquent puisqu'ils ne s'interposent pas à la réalisation de ce qui est demandé, bien au contraire. Peut-être même que les réponses « efficaces » des personnes de la salle vont convaincre le chirurgien que ces attitudes violentes sont plus efficaces pour soutenir sa propre activité, opératoire lorsqu'il a les manettes en main, et d'enseignement, lorsqu'il pilote l'interne pour apprendre le métier.

Notons que ces propos violents ne génèrent pas d'ascension à travers les quatre étapes de montée en tension de la violence décrites par Moïse, Meunier et Romain (2015). En effet, la position « haute » du chirurgien induit le fait qu'aucune des personnes à qui s'adressent ces violences verbales ne s'autorise à y répondre librement. En dehors de l'IADE masculin qui tente d'y répondre d'une façon timide, mais néanmoins présente, sans véritablement sortir « de son rang ». Nous pouvons même dire que l'ensemble des personnes visées par ces « agressions » cherche à déjouer l'ascension de ces violences ou à en réduire la progression. Chacun va utiliser une stratégie interlocutoire ou comportementale différente, mais toutes semblent avoir à l'esprit de tenter d'interrompre, voire de dissoudre, l'excitation du chirurgien.

13.3.4. Un usage de la violence qui suit un mode opératoire gaussien

Nous pouvons considérer que le chirurgien va produire une multitude d'agressions qui vont toutes avoir le même déroulé, ou les mêmes étapes, ce qui reviendrait à se les représenter comme une courbe de Gauss. Un « stimuli » va déclencher une excitation chez le chirurgien dont l'affect associé va être la colère. La colère va provoquer chez lui une expression de propos verbaux violents qui vont se destiner soit à la personne qui fait l'objet de l'excitation initiale, comme le bip qui sonne et la réaction de colère envers la circulante, soit envers une autre personne qui va être un destinataire « indirect » faisant l'objet d'un dégagement corolaire de violence verbale faute de pouvoir l'adresser aux principaux visés (l'IADE et les anesthésistes qu'il faudrait fusiller).

Un dernier exemple pourra être illustré par le rapport à l'interne qui est là pour apprendre. Le fait de devoir enseigner une activité professionnelle constituée essentiellement par l'expérience pratique est difficile. Le chirurgien est habitué à avoir les manettes en main et il a développé un rapport sensible avec « la matière » qu'il opère de sorte que cette dernière lui donne des informations au fil de sa progression concrète dans le corps du patient. Ces informations, en plus de son expérience pratique, lui permettent de savoir ce qu'il doit faire au fur et à mesure de la progression de l'intervention. Cette particularité conduit le chirurgien, dans l'action d'enseigner à l'interne, à être souvent pris de court dans les directions qu'il lui donne. Par

ailleurs, il ne suffit pas de dire à l'interne quoi faire pour qu'il arrive immédiatement à le faire. Cela va susciter au chirurgien de la frustration qui est perceptible dans ses réactions et dans la manière dont la violence verbale va envahir le contenu de ses propos. Cela dit, l'interne doit apprendre et le chirurgien en est conscient. De plus, il a accepté cet interne dans son équipe et connaît les particularités d'une telle situation. L'interne va donc être l'objet d'éclats de violence verbale dont le chirurgien va par la suite considérer qu'elles ne sont pas adaptées puisqu'il les pondère par des formes d'encouragements et de soutien. Souvenons-nous de ce que la revue de question nous enseigne sur l'apprentissage de la chirurgie, à savoir que la violence verbale fait partie de l'attirail professionnel et culturel du chirurgien. Cependant, le monde extérieur regarde différemment l'usage de la violence et le considère comme inacceptable. Nous pensons que c'est précisément ce rapport conflictuel qui va générer un mouvement d'aller-retour permanent entre des poussées de violences verbales, d'un côté, et les mots d'encouragements, de réconfort, des excuses, des diminutifs envers l'interne, de l'autre. L'interne ne s'autorise pas plus à répondre que les autres. Nous pensons même, compte tenu de la réaction explicative du comportement du chirurgien qu'il donne à la fin du film à la circulante, qu'il trouve la réaction du chirurgien compréhensible, voire acceptable. Ceci lui permet peut-être de ne pas être trop atteint par ces réactions brusques et brutales. Peut-être qu'il s'agit là d'une stratégie de défense.

13.3.5. Conclusion : une violence utilisée comme un langage

En conclusion, nous pouvons dire, en suivant la célèbre formule lacanienne attestant que l'inconscient est structuré comme un langage (Flame, 2012) que les expressions de violence du chirurgien sont organisées, structurées comme un langage à part entière. Elles correspondent à des destinataires précis, sont de formes et de contenus différents, elles desservent des objectifs bien définis et sont donc un moyen d'action sur le monde des objets et celui des personnes. Enfin, le flux permanent de parole du chirurgien révèle le lien que l'on peut faire entre l'expression verbale de ce dernier et le déroulé de l'activité. L'expression de violence est en ce sens une source motrice de l'action, de la parole et du geste.

Rappelons que pour Lacan (Flame, 2012), « l'inconscient a la structure du langage et c'est dans le langage que se font connaître les questions que l'inconscient provoque sous la forme d'un symptôme défini par sa relation à une structure signifiante » (Flame, 2012, p.207). Pouvons-nous penser que les manifestations de violence, qu'elles soient verbales ou comportementales, soient des expressions inconscientes liées à un genre de métier (Clot & Faïta, 2000) ? Pouvons-nous les considérer comme des symptômes ? Ou encore, quelle est donc la nature de la structure signifiante à laquelle se réfère le symptôme dans ce cas précis ? Répondre à ces questions reviendrait à ouvrir un volet pour le moins psychanalytique à ce travail, ce qui n'est pas dans notre ambition. Cependant, conservons ces quelques questions à disposition, car elles pourraient nous être utiles pour avoir une meilleure compréhension de la rémanence de l'usage de la violence dans ce métier et dans cet environnement professionnel.

Nous pouvons ajouter que les expressions de violence ont une fonction bien précise pour chacune de leurs utilisations et qu'elles permettent de soutenir l'efficacité de l'action opératoire. Rappelons que pour Clot, Doray & Michel (1992, cité par Tomas, Kostulski & Meritan, 2007) « l'efficacité est le résultat d'une tension entre l'efficience - le rapport entre les objectifs atteints et les moyens utilisés - et le sens - le rapport entre les mobiles de l'activité des sujets et des objectifs » (ibid., p. 38).

Pour le chirurgien, les expressions de violence semblent suppléer et soutenir l'efficacité des collaborateurs bien qu'elles remplissent en premier lieu une action de régulation des états émotionnels du chirurgien qui opère. Nous pouvons voir qu'elles servent d'outil pour tous les champs qui traversent le chirurgien et qui le font réagir : l'action en cours, l'action extérieure, les conditions de travail, les dimensions organisationnelles du travail, la nature du travail effectué en salle et enfin, le genre professionnel du chirurgien. En retour, elles accablent, très certainement, les collaborateurs qui, malgré tout, l'endurent dans un quasi-silence et répondent positivement aux demandes qu'ils reçoivent à travers ces formalisations agressives, bien que subsiste le ressentiment et un ressenti violent bien légitime qui les met très probablement en conflit face à la situation de travail vécue.

La présence de la violence sous toutes les formes que nous avons répertoriées nous laisse penser qu'elle occupe une fonction première, incarnée tout d'abord par le soutien de la fonction opératoire du chirurgien ainsi que de lui permettre de déployer les ressources nécessaires pour faire face aux imprévus de l'opération, de même qu'une fonction secondaire représentée par le soutien de l'activité des autres métiers de la salle. Enfin, nous avons également soulevé qu'elle permettait au chirurgien d'adresser des griefs indirectement à l'organisation du travail fautive, certainement, de pouvoir le faire plus officiellement et fautive d'obtenir une amélioration de la situation de la part des instances en mesure de pouvoir le faire. Nous avons appris sur le terrain que ce chirurgien avait souvent signifié aux instances organisatrices et régulatrices du bloc opératoire des plaintes concernant le fait de ne pas pouvoir avoir d'instrumentistes pendant toutes ses interventions par exemple. La situation de pénurie d'infirmières est, dans le cas de cet exemple, un fléau si installé dans les blocs opératoires, qu'il n'aura pas été possible pour le conseil de bloc de répondre positivement à la demande du chirurgien.

Cinquième partie : Discussion
D'une forme de violence « utile » à celle d'une
condition sociale subie ?

14. Le travail des IBODE dans la violence d'une condition : hypothèse ou illusion ?

Nous avons mis en évidence dans les parties précédentes un certain nombre d'attributs que nous allons reprendre, qualifiant le rapport de travail dans lequel se trouvent les infirmières de bloc, mais également des caractéristiques de leur fonction et de leur statut que nous avons pu établir comme étant ancien, non délimité au groupe professionnel avec lequel nous avons travaillé et donc appartenant probablement au genre générique de métier (Clot & Faïta, 2000). Notons que ces éléments nous paraissent contribuer à produire une violence à laquelle sont confrontées les IBO/IBODE dans l'exercice de leur fonction. Nous pouvons également retrouver cette violence en contre-fond des aspects relationnels qu'elles rencontrent au travail.

Nous pouvons considérer que ces éléments qui définissent les contours de ce métier, de cette fonction, de ce statut, sont à comprendre comme étant applicables au genre professionnel des infirmières. Dans le cas particulier des infirmières de bloc, des spécificités sont à attribuer aux chirurgiens en tant qu'ils constituent un genre professionnel bien particulier aux entours que nous nous sommes employés à définir et à relater à travers différentes sources épistémologiques. Les caractéristiques du travail des chirurgiens se « répercutent » sur les infirmières à travers leurs coopérations et constituent en soi une spécificité qui leur est propre.

Nous avons pu voir que la sphère hiérarchique, constituée par les cadres, contribue également à déterminer des aspects de leur métier, de leur fonction et de leur statut. Nous n'aborderons pas les dimensions qui relèvent des relations de travail avec les personnels exerçant d'autres fonctions au sein du bloc opératoire bien que nous ayons succinctement abordé quelques éléments décrivant les relations de travail entre les IBO/IBODE et les IADE. Nous n'aborderons pas non plus les rapports à l'institution qui sont apparus dans le cours de l'intervention, mais très peu dans le travail clinique avec les IBO/IBODE.

D'autres spécificités sont propres à l'environnement du bloc opératoire comme la relation au patient. Ce dernier est, certes, au centre de l'activité, mais l'interaction que l'infirmière de bloc entretient avec lui est très courte et ne constitue pas l'essentiel de ce qui se joue avec lui dans le cadre de sa relation professionnelle. Le patient est présent, la plupart du temps, dans le rapport de travail des IBO/IBODE, mais il est à considérer comme un objet « silencieux » notamment parce qu'il est endormi pendant la plus grande partie du temps, à savoir durant l'opération. Des échanges se tissent avec lui uniquement entre le moment de sa prise en charge à l'entrée du bloc et la phase précédant l'endormissement. En dehors de ces deux moments, l'échange avec le patient est principalement symbolique et constitué de ce que l'IBO/IBODE pense devoir faire pour lui.

Le milieu de travail majoritairement « fermé » est une autre caractéristique du bloc opératoire. L'IBO/IBODE reste dans une salle durant toute la journée avec, la plupart du temps, les mêmes IADE, les mêmes chirurgiens, les mêmes aides-soignantes et aides-soignants. Il arrive cependant de plus en plus souvent que les équipes « tournent ». Les IADE vont se remplacer et trois d'entre eux peuvent « tourner » dans une salle concernée. Les anesthésistes seront *a minima* deux affectés à la salle. Les chirurgiens peuvent également se succéder en fonction des patients à opérer sauf lorsque la salle comporte des caractéristiques techniques pour lesquelles un chirurgien en particulier l'aura réservé. Les aides-soignants et aides-soignantes peuvent

également varier en fonction des rotations d'équipes (matin, midi et après-midi). Malgré ces particularités, on peut noter la différence avec les autres services hospitaliers dans lesquels les personnels de soin sont potentiellement en contact avec plus de monde et où les rotations d'équipes sont plus régulières. Enfin, dans les blocs opératoires, les temps de contact avec les collègues du même métier sont à comprendre comme étant rares et non prévus dans le déroulé classique de l'activité.

Par ailleurs, nous avons mis en exergue dans cet écrit, que la violence faisait partie intégrante du travail effectué par les IBO/IBODE, de même qu'elles y font face dans les relations de travail qu'elles entretiennent avec les personnes du même métier, comme d'autres métiers du bloc opératoire. La violence n'est donc pas spécifique à un corps de métier et elle se décline dans des registres sémantiques et interactionnels propres à chaque binôme professionnel. La violence des chirurgiens envers les IBO/IBODE n'est pas la même que celle qu'ils déploient à l'égard des IADE comme nous l'avons vu précédemment. Les objets et les sujets mobilisés dans ces interactions qui donnent lieu à un rapport violent, ne sont pas les mêmes selon les métiers concernés. La violence se retrouve également dans les rapports de travail entre les autres métiers (cadres, IADE, aides-soignantes, aides-soignants), mais nous avons délimité notre propos à la relation de travail entre les chirurgiens et les IBO/IBODE.

Au-delà des rapports interactionnels des professionnels entre eux, nous avons mis en évidence que les IBO/IBODE travaillaient dans un contexte attendant à leur fonction qui rendait les tâches qu'elles avaient à effectuer plus difficiles. Nous aurons l'occasion de reprendre, là encore, les points saillants de notre étude de terrain pour illustrer ce point. Nous pouvons même affirmer que le contexte de travail dans lequel elles se trouvent crée des conditions qui nous semblent dégradées. Ce point s'ajoute aux autres dimensions violentes que nous avons énoncé en amont qui participe également à la dégradation de l'environnement de travail et *a fortiori* des coopérations professionnelles.

Nous allons donc discuter dans cette partie en quoi travailler dans ces conditions dégradées génère de la violence en soi. Il nous semble important de pouvoir déterminer de quelle violence il s'agit et d'analyser sa fonction dans l'activité réalisée au sein de ce bloc opératoire. Précisons que nous avons qualifié que la violence qui affectait l'équipe d'IBO/IBODE, au-delà des relations de travail avec les chirurgiens, provenait, en partie, des dimensions sociales de travail qui sont les leurs que nous avons décrites dans les éléments issus des groupes d'analyse.

De ces éléments, un point fondamental a émergé qu'il nous paraît essentiel de discuter dans cette partie : pouvons-nous parler d'une condition concernant les IBO/IBODE comme Louis Le Guillant a, en son temps, présenté le travail des « bonnes à tout faire » (Le Guillant, 2010) comme une condition ?

14.1. Les caractéristiques du métier d'IBO/IBODE dans ce bloc opératoire

Avant d'ouvrir la discussion, résumons les termes dans lesquels le métier d'IBO/IBODE s'effectue au sein de ce bloc d'après leurs propres verbatims. Nous avons listé synthétiquement les éléments qui ont été décrits par les IBO/IBODE et que nous avons détaillés dans la quatrième partie de cette thèse, de manière à les avoir à l'esprit pour cette partie discursive.

14.1.1. Les relations avec leurs cadres selon les IBO/IBODE

Une première partie concerne les cadres de proximité qui sont l'encadrement hiérarchique des IBO/IBODE. Les IBO/IBODE mentionnent que les cadres ne font pas œuvre de bienveillance à leur égard et qu'elles « ne prennent pas soin d'elles ». Elles ne tiennent pas compte des caractéristiques des tâches qu'elles leur donnent à effectuer et peuvent leur confier plusieurs attributions dont la réalisation ne sera pas faisable dans le temps imparti. Cela leur donne l'impression qu'elles ne tiennent pas compte d'elles et qu'elles les poussent à l'épuisement sans l'assumer ou le reconnaître. Le dur labeur que les IBO/IBODE réalisent ne génère pas de reconnaissance ni ne fait l'objet d'une forme de gratitude de la part des cadres. Ces dernières ne semblent pas leur faire confiance ni n'obtiennent leur confiance en retour en raison de leurs manières d'agir envers les infirmières. Les cadres sont décrites comme leur faisant des reproches pour chacune des situations problématiques qu'elles rencontrent et leur demandent systématiquement des preuves sur ce qu'elles affirment. Par ailleurs, les IBO/IBODE ne sont en général pas crues par leurs cadres lorsqu'elles affirment quelque chose. Les cadres font preuve de mauvaise foi en n'admettant pas la vérité sur les erreurs ou les égarements qu'elles peuvent commettre (changement de planning successif par exemple ou prise de décision non avantageuse pour les IBO/IBODE). Elles ne semblent pas plus trouver de solution face à un problème que les IBO/IBODE rencontrent. Les IBO/IBODE sont implicitement invitées à trouver des solutions par elles-mêmes tout en le rapportant aux cadres par la suite. Les cadres reprochent aux IBO/IBODE de ne pas faire mention d'un problème qu'elles ont résolu par elles-mêmes. Il en résulte que les IBO/IBODE sont découragées à l'idée de dire ce qu'elles pensent véritablement au risque que cela soit utilisé contre elles (sélection des spécialités chirurgicales par exemple). D'ailleurs, les IBO/IBODE décrivent que leurs envies d'évolution professionnelle ne sont pas souvent entendues. De même que le délai préalable pour accéder à l'instrumentation est très long et qu'il n'est pas basé sur une approche empirique (apprendre en faisant). Les IBO/IBODE décrivent réaliser des tâches (inventaire du matériel) qui ne « servent à rien » puisqu'elles ne sont pas honorées par le service destinataire et les changements de planning impliquant un changement de matériel ne leur sont pas communiqués (sentiment de travail inutile). Par ailleurs, elles ont été « dépossédées » de leur matériel de travail (les caddies) par un cadre. Lors du changement du contenu de cet outil, elles ont été déstabilisées dans leurs relations de travail avec les chirurgiens de même que dans les critères du « bien travailler » (anticipation sur les demandes des chirurgiens impossible).

En conclusion de cette partie, nous pouvons affirmer que la parole des IBO/IBODE ne semble pas avoir de « poids ». Au-delà de leur parole, leur personne et leur fonction ne semblent pas être respectées non plus par leur hiérarchie. On leur demande de faire des choses sans leur donner l'impression d'avoir une valeur pour cela. Leur métier n'est pas ou peu respecté, valorisé, ni soutenu par leur encadrement. Ces propos s'entendent, bien entendu, du côté des IBO/IBODE.

14.1.2. Le niveau de l'organisation du travail

La polyvalence est un mode organisationnel qui a, lui aussi, de nombreux effets entravants pour le développement du travail des IBO/IBODE. Ce choix organisationnel est, en apparence, avantageux pour les considérations gestionnaires et financières du bloc opératoire. En revanche, il génère des conséquences désastreuses sur les règles de métier qui se répercutent sur les dimensions des critères d'efficacité du travail et donc de l'efficience. De plus, il contribue à départir le travail de son sens, de même que de son essence.

Voici les exemples qui ont été évoqués dans les groupes d'analyse.

La polyvalence a créé, en plus du problème des différents horaires, un clivage entre les anciennes et les jeunes. Par ailleurs, la polyvalence et donc le lissage ajoutent de la fatigue supplémentaire puisque les plannings sont amenés à changer tout au long de la journée. Les IBO/IBODE notent que la polyvalence empêche la spécialisation dans une discipline chirurgicale par manque de récurrence et de temps passé dans la spécialité. Elle implique « d'avoir des connaissances dans tout et de n'être expert sur rien ». Les IBO/IBODE disent qu'elle a un effet négatif sur les coopérations avec moins de transmission d'informations, des changements de spécialité qui obligent à prendre la salle « de quelqu'un d'autre ». Elle provoque un « chacun pour soi » dans lequel chacun cherche à avoir la situation la plus favorable pour lui au détriment de la sphère collective qui tend à disparaître parce qu'elle n'est plus alimentée. Les IBO/IBODE affirment que la polyvalence détériore la qualité du travail : l'anticipation est un critère de qualité du travail des infirmières qui est rendu quasiment impraticable par les changements permanents. Elle provoque, par l'absence de spécialisation, une diminution de l'intérêt pour les spécialités rencontrées en dépit des choix exprimés et une diminution de l'investissement dans le travail. La polyvalence implique, en raison du lissage, des répercussions sur les dimensions éthiques de la prise en charge des patients (volonté de ne pas prendre les patients lissés par tous les moyens, la qualité de la prise en charge est incontestablement réduite). Elle engendre un isolement des IBO/IBODE en salle contrairement au développement des liens qui étaient présents lorsqu'elles étaient sectorisées par spécialités chirurgicales. Dans cet ancien système organisationnel, les relations avec les IADE, les anesthésistes et les chirurgiens et les IBO/IBODE étaient meilleures et une confiance pouvait se déployer entre les acteurs d'une même spécialité. La connaissance des patients et des dossiers était totale contrairement au système actuel où les patients ne sont que « des dossiers » que l'on ouvre au moment de l'intervention chirurgicale. Les IBO/IBODE se plaignent de n'être décisionnaires d'aucun aspect de leur travail (ni les horaires, ni les spécialités, ni les affectations, ni les collègues, etc.). Les décisions leur sont imposées sans aucune concertation préalable ni postérieure d'ailleurs. Les rapports avec l'institution n'étaient pas ou peu présents pendant l'intervention. Les caractéristiques organisationnelles affectant négativement le métier et les relations d'équipes, et les cadres n'exerçant pas d'action de protection ni de réparation à l'égard du métier, les IBO/IBODE sont en raison de ces différents prismes convaincues que les décisions les concernant ne sont pas prises pour les favoriser, ni leur métier, les soutenir, ou protéger leur fonction et leur rôle. Concernant les collègues d'anesthésie, les IBO/IBODE affirment être sous-considérées par leurs collègues IADE, voire insultées. Les anesthésistes les traitent également durement pour la plupart.

En conclusion, nous pouvons constater que l'organisation du travail sous une forme mutualisée a contribué à détruire les édifices sur lesquels le travail d'IBO/IBODE et ses critères de qualité étaient construits. Ces éléments permettaient aux IBO/IBODE de supporter une bonne partie des dimensions arides et violentes des rapports professionnels auxquelles elles étaient confrontées dans la réalisation de leur travail. Ce faisant, un processus a été enclenché dans lequel ce qui est constructif au travail, et constitutif du travail, se réduit de jour en jour, engendrant une désertion des services chirurgicaux, une fois la formation au métier d'IBODE terminée et les engagements contractuels honorés (pour ne pas avoir à rembourser la formation). Sans réactions autour des dimensions organisationnelles, nous pouvons envisager un avenir plus inquiétant qu'il n'est aujourd'hui pour la survie de la profession et des effectifs qui l'incarnent.

14.1.3. Dans les relations avec les chirurgiens

Les IBO/IBODE sont, par leur fiche de poste, responsables de « leur salle » à travers la sécurité et l'hygiène du patient et de celle de toutes personnes présentes dans la salle. Les chirurgiens rendent cette tâche difficile à effectuer, car ils agissent comme s'ils ne se sentaient pas concernés par ces questions (décompte des compresses ou insertion d'une demi-comresse dans le patient visible dans le film).

Les IBO/IBODE opposent l'idée de « faire respecter » leurs tâches de travail aux chirurgiens au fait « d'être gentilles » avec eux. Autrement dit, faire respecter les tâches qu'elles ont à effectuer aux chirurgiens reviendrait à être « méchantes » avec eux. Cette opposition questionne. Les anciennes déclarent qu'elles peuvent « s'opposer » aux chirurgiens lorsqu'elles ont de l'expérience alors que les plus jeunes se plaignent de ne pas être audibles ni respectées par eux. Une ancienne témoigne du fait que malgré les bénéfices de l'expérience, rappeler les règles aux chirurgiens les amène à passer « pour des emmerdeuses ». Dans cette ambivalence de la part des IBO/IBODE, on peut voir apparaître leur envie d'être reconnues et appréciées des chirurgiens quitte à être mise en contradiction avec leurs propres missions professionnelles. Les IBO/IBODE affirment, d'ailleurs, que bien faire son métier, c'est être discrète envers les chirurgiens, se fondre dans le décor, tout en apportant ses connaissances. Selon elles, le « cœur du métier » c'est de prévoir et d'anticiper. Sans cela, elles ne sont que des « ouvre-boîtes ». Elles ne s'autorisent à rien dire aux chirurgiens ni ne sont autorisées à dire quoi que ce soit, même lorsqu'ils les sollicitent ou que cela pourrait les aider, en raison de la peur qu'elles éprouvent d'avoir, par la suite, « des repréailles ». Lorsqu'elles doivent dire quelque chose (changement de gant, proposer d'irriguer la plaie pour y voir plus clair, cas présent dans le film), elles le font sous une forme interrogative et sur ton très « léger » pour laisser le choix au chirurgien de refuser et, surtout, de ne pas l'offusquer en étant directive. Lorsque les chirurgiens prennent des instruments directement sur leur table d'instrumentation, elles essaient de les récupérer immédiatement par la suite pour les remettre où il faut sur la table et en tenir un décompte pour éviter les oublis. Elles ne leur formulent aucune remarque en dépit du sentiment qu'elles ressentent de ne pas avoir leur place. Une tâche importante s'articule autour du décompte des compresses qu'elles doivent faire sans le concours des chirurgiens. Elles sont responsables d'un oubli éventuel d'une compresse dans le patient et doivent s'assurer de les avoir toutes récupérées sans le concours des personnes qui les utilisent. Elles déploient des stratégies pour les demander sans révéler le chiffre des compresses non utilisées qui leur restent en main pour éviter que les internes ne donnent le nombre complémentaire sans pour autant faire le décompte de leur côté. Les chirurgiens, eux, ne s'encombrent pas du sujet et ne répondent pas à la question du tout. Lorsqu'elles signalent qu'il manque une compresse, elles sont souvent accusées d'avoir mal compté. Lorsqu'elles décident de faire venir la radio pour localiser une compresse manquante dans le patient et qu'elles finissent par la trouver, le chirurgien ne les remercie pas. Souvent, ils ne disent rien du tout lorsqu'ils reviennent pour la retirer. Elles doivent donc effectuer ce travail sans qu'on leur crédite, leur acuité, et leur persévérance, dans le silence et l'invisibilité. Certains chirurgiens cachent des compresses au moment du décompte soit pour « les tester » soit pour s'amuser, et ce, sans tenir compte de la mise en difficulté qu'ils génèrent. Il en résulte que les IBO/IBODE se considèrent souvent comme « inférieures » et non légitimes à avoir un avis et encore moins à le donner. Elles rapportent que parfois, en chirurgie esthétique, on peut leur demander leur avis sur la symétrie de deux seins par exemple (peut-être parce qu'ils sollicitent leur avis de femmes), mais qu'elles n'ont pas « intérêt » à dire la vérité. Lorsqu'elles tentent de leur faire, elles ne sont pas écoutées. Certaines IBO/IBODE anciennes ou plus jeunes, mais avec une grande expertise peuvent être parfois entendues par les chirurgiens tant dans leurs réactions que pour les conseils qu'elles ont à apporter sur le matériel, mais elles ne peuvent pas prétendre à jouir de ce crédit

perpétuellement au risque de se voir subitement vivement humiliées et renvoyées à leur statut « inférieur » d'infirmière. Elles parlent de castes dans les blocs opératoires. D'ailleurs, faire respecter les règles d'asepsie est une mission difficile pour les IBO/IBODE puisque les chirurgiens ne leur prêtent pas leur concours. Elles doivent souvent le faire dans le silence et l'invisibilité voire dans un rapport de force qui sera toujours placé en leur défaveur puisqu'elles n'ont pas accès à un droit de parole ouvert. Pendant les interventions, les chirurgiens demandent toujours aux IBO/IBODE du matériel supplémentaire qui n'est pas déjà en salle ce qui implique de devoir sortir pour aller le chercher. Or, ils reprochent aux IBO/IBODE de sortir de salle et que cela retarde l'intervention. Même lorsqu'elles prévoient tout le matériel possible, les chirurgiens demandent toujours quelque chose qu'elles n'ont pas. Elles le prennent comme une critique de la qualité de leur travail puisque cela signifie implicitement qu'elles n'ont pas « anticipé » suffisamment le matériel nécessaire pour l'intervention. En conséquence, elles adoptent des stratégies en attendant la dernière minute avant de sortir ou en demandant plusieurs fois au chirurgien s'il souhaite autre chose avant qu'elles ne sortent. Malgré ces tentatives, il arrive fréquemment qu'à leur retour en salle, le chirurgien leur demande autre chose. Nous avons fait l'hypothèse que la circulante devient le support de la réflexion opératoire du chirurgien et qu'en cela elle exerce une fonction cognitive de soutien pour lui en plus d'une fonction psychologique, car sa présence en salle « rassure » le chirurgien. En ce sens, elles sont des instruments psychologiques pour les chirurgiens. Dans certaines spécialités, on leur demande de bouger les lumières en permanence sans qu'elles ne puissent les atteindre. Les personnes qui bloquent l'accès aux lumières ne se poussent pas. Elles ne sont pas « autorisées » à leur demander directement de se déplacer. Sur un autre registre, les circulantes sont mal vues lorsqu'elles s'assoient dans la salle alors qu'elles ne sont pas occupées. Elles essuient des remarques dans lesquelles les chirurgiens leur demandent des choses dont ils n'ont pas forcément besoin pour « les forcer » à se lever. Certains chirurgiens font des remarques déplacées ou des reproches indirects aux IBO/IBODE. Les IBO/IBODE décrivent le cas d'un chirurgien qui jette systématiquement sa casaque au sol même lorsqu'elles essayent de lui faire comprendre (en raison de l'interdiction qu'elles ont de le dire directement) de leur remettre en main propre. En chirurgie viscérale, les chirurgiens peuvent leur adresser des insultes, des reproches, des remarques plus agressives, voire plus humiliantes. Les IBO/IBODE disent que ça leur fait l'effet de décharges d'adrénaline. Parfois, des chirurgiens (souvent de chirurgie viscérale) leur envoient des instruments ou des objets à la figure. Une IBO/IBODE a reçu un coup de pied sur le derrière pour qu'elle aille plus vite chercher un autre chirurgien. Ces violences ne sont pas réservées aux IBO/IBODE puisqu'une IADE a été sévèrement agressée par un chirurgien et qu'un interne a reçu un coup de tête d'un chirurgien qui lui demandait de se pousser. Les chirurgiens leur donnent les consignes sur un ton très directif. Parfois, ils glissent les consignes dans les conversations qu'ils tiennent avec d'autres chirurgiens. Les IBO/IBODE doivent suivre attentivement les paroles du chirurgien pour ne pas « louper » une consigne qui leur est adressée. Les internes ou les chirurgiens prennent souvent les instruments sur la table à leur place. Cela leur donne l'impression que leur travail n'est pas reconnu puisque leur place et leur rôle ne sont pas suffisamment circonscrits.

Les IBO/IBODE affirment qu'il y a des castes dans le bloc opératoire et qu'elles sont considérées par défaut comme des idiots. Les IBO/IBODE précisent que les anciens chirurgiens étaient plus durs avec elles que les nouveaux et qu'ils les prenaient pour des esclaves. Les IBO/IBODE rapportent que lorsqu'un chirurgien fait preuve de gentillesse à leur égard ou qu'il échange quelques mots avec elles, il est subitement plus dur immédiatement après. Elles sont donc soucieuses de garder des distances claires envers eux. Cela explique pourquoi elles ne les tutoient pas même si parfois les chirurgiens les tutoient. Les IBO/IBODE font quasiment tout le temps preuve d'empathie et de compréhension à l'égard des

comportements violents des chirurgiens. Nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit d'une stratégie de défense pour rendre supportable ce qui ne l'est pas. Les IBO/IBODE ne s'inscrivent pas dans une relation hiérarchique au chirurgien, mais elles se trouvent dans un lien de subordination avec lui puisque leur activité est dédiée au soutien de la réalisation de l'activité du chirurgien. Enfin, les IBO/IBODE considèrent que le chirurgien doit se consacrer à la chirurgie et qu'il s'attend à ce qu'elles prennent en charge tout le reste. Il s'agit, selon nous, d'un rapport de dépendance que nous qualifions de servitude et nous ajoutons que le consentement des IBO/IBODE à l'effectuer dans ces termes classe cette forme de servitude dans un engagement volontaire. Rappelons que ces rapports s'inscrivent dans un rapport de travail et dans un lien de subordination.

14.1.4. Synthèse et conclusion

En conclusion, nous pouvons voir que la relation aux chirurgiens place les IBO/IBODE dans une relation de servitude volontaire. Le cadre de travail, créé par les chirurgiens, conduit les IBO/IBODE à devoir effectuer leur travail dans une forme de dissimulation et souvent dans un environnement qui va entraver la réalisation de ce qu'elles ont à faire. Elles sont placées dans une relation « affective » envers les chirurgiens en raison du dilemme qui les traverse dans lequel le professionnalisme s'oppose au fait d'être appréciées du chirurgien. Les chirurgiens sont craints en raison, d'une part, de l'autorité qu'ils représentent au sein de ce système de caste. Ils le sont, par ailleurs, en raison de leurs attitudes souvent agressives, hostiles, et ce de manière imprévisible et souvent injustifiée. Ce rapport est vécu comme un rapport tyrannique puisqu'il s'établit sur un nivellement des rapports de classe professionnelle. Les IBO/IBODE se vivent comme devant fournir une prestation discrète et dans le silence, ce qui les fait activement participer à leur invisibilité. Elles affirment qu'on les considère comme des idiots parce qu'elles sont infirmières. Devenir visible, faire entendre sa voix pourrait même être dangereux pour elles ou en tout cas, cela pourrait les exposer aux foudres des plus puissants. De toute façon, même lorsqu'elles sont invitées à le faire, ce qu'elles disent n'est pas entendu, de même que ce qu'elles font n'est pas vu. Concluons sur l'idée que ces éléments concourent à les placer, et les maintenir, dans les affres d'une ambivalence permanente entre leur ressenti et leur « réalisé ». L'ambivalence initiale se trouverait d'abord entre les tâches qu'elles ont à effectuer, telles qu'elles leur sont prescrites, et la manière dont elles peuvent les réaliser qui ne tient pas compte de ce qu'on leur demande de faire. On peut donc voir se dessiner les contours d'un travail qui serait très probablement supplanté par la condition qui entoure le métier. Ce que nous pourrions également appeler, le traitement. Regardons les définitions qu'en donne Le Guillant (2010).

14.2. La condition des « Bonnes à tout faire » de Le Guillant

14.2.1. Un sujet qui s'origine dans la psychopathologie clinique

Dans les années 1960, Louis Le Guillant, psychiatre de formation, se penche sur le cas de patientes hospitalisées dans son service, après s'être aperçu qu'elles partageaient des points communs en termes de métier. Les premières, sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas, étaient des téléphonistes. Femmes qui dans les années 1950, étaient chargées de connecter les appels téléphoniques manuellement. Les secondes étaient des « bonnes à tout faire », qualification que l'on donnait alors au personnel de maison, logé au domicile des familles qui les employaient et qui s'occupaient du ménage, du linge, des repas, de la garde des enfants, et de toutes les tâches

ménagères qui reviennent d'accoutumée aux mères de famille lorsqu'elles sont issues de milieux modestes et qui sont déléguées aux « bonnes à tout faire » dans les milieux bourgeois. Ces « bonnes » venaient fréquemment de Bretagne, région dont elles étaient « déracinées » dès leur plus jeune âge. Leur salaire était vraisemblablement envoyé intégralement à leur famille, la raison principale de ce travail étant de les soutenir financièrement.

Le Guillant relève que sur les 248 patientes admises dans son service à l'époque, 40 % sont, ou ont été, « bonnes à tout faire ». Par ailleurs, un psychiatre de son service identifie également que la proportion de « bonnes à tout faire » hospitalisée dans le département de la Seine (qui correspond, peu ou prou, au département d'Île-de-France actuel) était deux fois plus élevée que la proportion de « bonnes » résidant dans le département. Ils font donc l'hypothèse d'un lien entre cette profession et les troubles psychiatriques développés par ces patientes.

Le Guillant prend conscience que les précédents diagnostics attribuant les symptômes de ces femmes à leur « retard mental », leur « déséquilibre », à des « névroses d'échec », et à des pathologies sous-jacentes préalables qui ne demandaient qu'à se révéler, ne peut être suffisant pour comprendre le mal dont elles sont touchées. Rappelons qu'à l'époque, ces fameuses « bonnes » de Bretagne étaient appelées des « bécassines » et qu'elles étaient considérées comme « insuffisantes intellectuelles ». Le Guillant ne croit pas à cette étiologie et parle de « racisme social [qui] prend parfois les formes d'une naïveté ou d'une agressivité surprenante dont nous en verrons plus loin la genèse dans le rapport même du maître et du serviteur » (ibid., p.46). Les bases de sa réflexion étaient donc posées. D'autre part, le crime célèbre des sœurs Papin dans les années 1930, donne à croire que lorsqu'elles ne sont pas retardées, les « bonnes à tout faire » sont folles ou dangereuses. Rassemblons ces éléments sur fond d'activités classiquement féminines et lisons-les comme un glissement qui pourrait être fait en raison du fait que « le féminin » est souvent considéré comme un critère « négatif » dans l'inconscient collectif (Molinier, 2014). Le Guillant réalise après de nombreux entretiens avec ses patientes que le métier qu'elles exercent depuis des années n'est pas simplement la réalisation d'une succession de tâches, mais qu'il constitue en soi une **condition**¹², c'est-à-dire une manière d'être considérée, et donc traitée, dans les interactions avec leurs employeurs, considération qui va rapidement agir sur le psychisme de ces femmes en provoquant des décompensations psychologiques. D'ailleurs, il note que les femmes qui ont été « bonnes » dans leur parcours professionnel, mais qui ont quitté la profession « demeurent marquées plus ou moins profondément par la condition qu'elles ont vécue durant quelques années » (ibid., p.42).

Nous allons, pour définir la condition de ces « bonnes à tout faire » et tenter de le rapprocher de la situation professionnelle décrite par les infirmières de bloc, rassembler tous les éléments qui nous semblent pertinents pour déterminer si les infirmières, en général et plus particulièrement les IBO/IBODE, font l'objet, elles aussi, d'une **condition** au-delà du métier qu'elles exercent et voir en quoi et comment cette **condition** agit sur elles, sur leur psychisme et rétroactivement sur la manière dont elles exercent leur métier.

14.2.2. Domination et servitude : les dimensions de la condition humaine

D'après Le Guillant (2010), la situation des domestiques « se situe dans une des dimensions fondamentales de la condition humaine : celle de la **domination** et de la **servitude** » (ibid., p.38). Il établit un lien direct entre cette « situation » et ses incidences sur « les mécanismes

¹² Tous les termes mis en gras sont soulignés par nos soins et non par l'auteur

psychologiques ou psychopathologiques » (ibid.). Au-delà du terme de « situation », Le Guillant (2010) précise que la configuration dans laquelle se trouve les « bonnes » touche leur être tout entier au même titre qu'une origine ou une nationalité peut toucher un exilé ou un colonisé. L'auteur utilise la figure du « juif exilé » dépeinte par Albert Memmi (2003) dans son ouvrage « Portrait d'un juif » pour illustrer son propos. Selon Le Guillant, ces « situations » sont considérées comme « dominantes » ; elles « pèsent si lourdement qu'il est impossible de se soustraire entièrement à leur pression et leur influence transparaît presque toujours à travers la trame complexe et souvent mal dessinée ou indéchiffrable d'une existence » comme celle des Algériens musulmans ou des pupilles de l'Assistance publique (ibid., p.39). La **situation** des « bonnes à tout faire » doit donc être comprise comme une **existence**. Il analyse que « les jeunes domestiques ne sont pas sensiblement différentes, au départ, des futures vendeuses, ouvrières d'usine, employées de l'administration (surtout) et, par exemple, de nos propres infirmières » bien qu'elles proviennent un peu plus de milieux ruraux et traditionalistes. Ce qui constitue le critère le plus important pour comprendre ce dont elles sont touchées est bien « leur condition de bonnes en définitive qui, au moins pour l'essentiel (et bien entendu par rapport à cette situation originelle) va poser les problèmes » (ibid., p.50).

14.2.3. Discrimination, ressentiment, condition

Il part du contenu des missions qu'elles effectuent (la vaisselle, les lessives) et note que la durée et la nature de ces tâches sont excessives, parfois inutiles et sont à voir comme de la « **discrimination** » (ibid., p.51). Il mentionne également leur logement dans ce que l'on a appelé, grâce à elles, « des chambres de bonnes » et précise que « l'expression même qui les désigne a pris, comme bien d'autres termes qui dépeignent leur condition, un caractère péjoratif, quasi insultant » (ibid., p.51). Les conditions économiques ne doivent pas représenter à elles seules l'ensemble des causes explicatives à leurs pathologies, mais il décrit que « dans la situation concrète qui est la leur, elles sont liées étroitement, indissolublement, à ses aspects psychologiques, et se reflètent en eux » (ibid., p.51).

Partant des propos mêmes des « bonnes à tout faire », il relève que le **ressentiment** est « le premier éprouvé (sinon) toujours clairement exprimé ». Il définit ce terme par les mots de Littré qui le désigne comme « le souvenir des outrages et non celui des bienfaits » (ibid., p.51). Le Guillant précise que pour les « domestiques » « le bilan des frustrations [...] est particulièrement lourd » et qu'il conduit toujours au ressentiment (ibid., p.51). Il spécifie que ce sentiment est « souvent interdit, inavoué, longtemps combattu, à l'égal d'autres "mauvaises pensées" » (ibid., p.51). Nous pourrions ajouter qu'il nous semble censuré, voire refoulé, ne pouvant être assumé en raison de ses implications morales. Cependant, ce sentiment cohabite avec des élans affectifs qui « portent » la « jeune servante vers ses maîtres, leurs enfants, le foyer où elle vit » (ibid., p.52). L'attachement, le développement des liens affectifs sont inévitables lorsque l'on vit avec des personnes. Au-delà de la dimension humaine, il est difficile de « garder des distances » lorsqu'il s'opère inévitablement sur le travail une appropriation subjective, processus que nous avons décrit précédemment. Le ressentiment « s'adresse » à la condition de « domestique » « parfois plus qu'à des personnes » (ibid., p.52). Le Guillant définit le terme de « condition » à travers les propos de Littré qui la désigne comme « la classe à laquelle appartient une personne dans la société, par sa fortune, par sa qualité, par ses emplois, par sa profession » (ibid., p.52). Cependant, Le Guillant ajoute que lorsqu'il s'agit de la « condition de domestique », ce terme prend un « caractère "fort", global [...] dont les éléments constituent, derrière des visages différents, un tout indissociable et gardent un noyau permanent » (ibid., p.52). Il cite « la bonne » du livre de Marguerite Duras « le Square » qui dit que son métier est « un état tout

entier ». Ce ressentiment du « domestique vers le maître » peut atteindre des niveaux d'« une intensité insoutenable » et il est exprimé avec « autant de violence que de haine » (ibid., p.52).

Comme nous l'avons précisé en amont, une véritable « négation de la haine » (ibid., p.56) accompagne, cache et refoule ces sentiments, créant par ce mouvement, un conflit relevant de ceux qui deviennent une source active de puissants sentiments fluctuants. Le Guillant note que les employeurs de ces « domestiques » ont des attitudes « symétriques » et vives envers elles et qu'il s'agit « d'un des visages d'une situation beaucoup plus générale : celle de tous les opprimés et de tous leurs oppresseurs » (ibid., p.58). Il y a donc, selon lui, une universalité dans ces situations.

14.2.4. Aliénation, néantisation, humiliation, dépendance et soumission

Citant à nouveau Albert Memmi (2003), Le Guillant souligne que les employeurs refusent « d'envisager les éléments personnels, particuliers de la vie de sa domestique, cette vie dans sa spécificité ne l'intéresse pas, sa domestique n'existe pas comme individu » (Memmi, cité par Le Guillant, 2010, p.58). Le Guillant formule ainsi une autre caractéristique de la « condition » des « bonnes à tout faire » : « l'**aliénation** », constituée par « la **néantisation** de leur être personnel » (ibid., p.58) qu'il précise être « une nécessité » « au cœur de l'unité dialectique du couple maître-serviteur » (ibid.). Une autre dimension s'ajoute au tableau clinique livré par les récits des patientes qui est l'**humiliation**. Le Guillant résume sa pensée par la description suivante :

« la **dépendance**¹³ et la **soumission**, le langage auquel la bonne doit recourir et le costume dont elle est vêtue - parfois à y réfléchir, aussi inutiles que significatifs et, comme je l'ai déjà dit, véritables **symboles** de son **état** - l'**éloignement** et le **dédain** dans lesquels elle est plus ou moins ouvertement tenue, tout marque une **condition** caractérisée avant tout par une très profonde **dévalorisation** de la personne qui doit l'assumer. Le **ressentiment** ne fait qu'un avec l'**humiliation**, il en est l'autre face » (ibid., p.59).

Nous pouvons voir dans cette citation l'articulation que présente l'auteur autour de ces deux axes caractéristiques du métier de « bonne à tout faire » que sont l'**État** et la **condition** des « bonnes ». Notons que le métier ne peut se concevoir sans les caractéristiques qui l'accompagnent (l'**État** et la **condition**) et qui, en l'espèce, le dépassent pour le déterminer bien au-delà des tâches qui le qualifient.

Le Guillant ajoute qu'il attribue au ressentiment « des sources qui débordent l'humiliation » (ibid., p.59) et que c'est à lui qu'il rattache les causes originelles des « troubles mentaux » développés par les patientes. Par ailleurs, il voit dans l'humiliation « une sorte de noyau profond », « un aspect permanent et universel de la condition humaine » (ibid., p.59).

Sur un plan sémantique, Le Guillant souligne que les termes qui sont utilisés pour représenter le métier de « bonne à tout faire » ont une portée péjorative (domestique, valet, bonne) et une valeur d'insulte sous leur forme argotique (bonniches, souillon, larbins, loufiats) ce qui signe la présence de l'humiliation jusqu'à la dimension dénominative de ce métier.

¹³ C'est nous qui soulignons en mettant en gras les termes sur lesquels il nous semble important d'insister.

14.2.5. Un processus psychopathologique découlant de leur condition

Concernant le processus psychopathologique qui opère sur les « bonnes à tout faire », Le Guillant décrit que la « condition » dans laquelle sont plongées ces jeunes femmes, souvent originaires de Bretagne, nous l'avons déjà précisé, va percuter « les structures les plus fondamentales de sa personnalité, édifiées tout au long de son enfance » (ibid., p.61), remettant en question l'ensemble de ses façons d'agir, de sentir, de penser. Opérant de façon brutale, traumatique et déstructurante, c'est l'ensemble de l'édifice psychique de ces personnes qui est mis en péril par le contact permanent avec cette condition et cet état. L'univers dans lequel elles atterrissent ne leur est pas familier et il s'inscrit en opposition quasi totale avec celui dont elles sont issues, ce qui constitue une succession de choc à laquelle elles vont se heurter. Par ailleurs, elles sont coupées de leur milieu d'origine et des personnes portant les mêmes valeurs qu'elles ce qui crée un degré d'isolement qui renforce et consolide la déstructuration psychique. Le Guillant identifie que ce point joue une place très importante et, lorsque les « bonnes » sont en mesure de rester en contact avec leur milieu d'origine, comme l'ont fait les « bonnes » Espagnoles, la « transformation » qui s'opère est moins profonde. Il résume son propos en écrivant que « l'écart entre les structures du milieu originel et celles dans lesquelles elles vont travailler et vivre joue naturellement pour elles comme pour tous les émigrants, un rôle primordial » (ibid., p.61). Le Guillant ne cessera de comparer et de trouver des points communs entre la psychologie et la psychopathologie des « bonnes » et celle des « personnes déplacées ».

Le Guillant constate donc que « la condition de bonne réalise, si je puis dire, une transplantation accélérée et particulièrement traumatisante » (ibid., p.62) qui touche aussi bien le contexte de vie, les valeurs morales, la considération qu'on leur porte, et qui, *a fortiori*, se répercute sur leur équilibre psychique. Le Guillant ajoute qu'il arrive que les hommes du foyer où elles vivent et travaillent (fils comme père) puissent trouver la jeune femme « à leur goût » ou que la mère du foyer les prenne comme une confidente ou une complice. Ces cas de figure se rajoutent à la sphère du traumatique lorsqu'ils surviennent. Par ailleurs, il arrive que ces malheureuses « bonnes » enfermées dans un sentiment de solitude et d'insatisfaction tombent dans le piège des « mauvaises fréquentations » ou de celles qui seront décevantes. Il note que ces événements sont très rapprochés des phases de décompensation psychologique qui conduisent à l'installation durable des symptômes.

14.2.6. Un rapport particulier à leurs employeurs

Un autre point confère une importance particulière à la situation dans laquelle est placée la « bonne à tout faire » : il s'agit du fait qu'elle vive « dans les coulisses (d'un foyer) et voit surtout l'envers du décor » (ibid., p.62). Ses employeurs ne pouvant maintenir en permanence les apparences et les conventions dans lesquelles ils s'inscrivent face au monde extérieur, se trouvent « révélés » aux yeux des bonnes dans leur plus profonde vérité avec les contradictions de valeurs qu'elles soient morales ou sociales, dans laquelle ces dernières pensaient les trouver. Ces valeurs qu'on leur avait appris à respecter s'avèrent simuler, ce qui produit, là encore, un « choc » important chez elles et une désillusion triste. Les « bonnes » se trouvent à faire le constat décevant de valeurs dans lesquelles elles ne se retrouvent finalement pas et auxquelles elles ne pourront s'identifier.

Par ailleurs, Le Guillant souligne que dans ce mouvement les employeurs font preuve de duplicité réservant une face extérieure « amicale » lorsqu'elle est « tournée vers les autres » et se montrent « indifférent », « exigeant » ou « irrité » à l'égard de la « bonne » (ibid., p.63). Les rapports qu'ils entretiennent avec elle « imposés par leurs rôles réciproques » (ibid., p.63) diffèrent, sans grande surprise, des liens produits dans la structure familiale. Ces bonnes se retrouvent dans une structure familiale sans en avoir la contrepartie constituée par « les sentiments », « la solidarité » ou « la tendresse » (ibid., p.63), dimensions qui permettent de « tempérer » et « d'humaniser » la dureté et les conflits (ibid.). Le Guillant résume dans des termes Kleinien¹⁴ que la « bonne », au-delà d'être considérée comme un objet, devient un « mauvais objet », qui sera toujours placé dans l'ambivalence d'être « présente et étrangère, nécessaire et rejetée » (ibid., p.63). L'**ambivalence** est présente dans tous les aspects de la situation dans laquelle « la bonne » est placée : elle vit dans un endroit situé « chez les autres ». Elle doit s'adresser à « ses maîtres » sans qu'ils soient pour autant « ses semblables ». En dépit de leur intimité, qu'elle partage, elle s'adresse à eux à la troisième personne du singulier et les appelle « Monsieur et Madame ». En retour, elle est tutoyée et appelée par son prénom, caractérisant ainsi la dévalorisation de statut dont elle fait l'objet. Elle leur apporte service et considération et n'obtient, en échange, que distance, mépris et reproches.

Le Guillant constate qu'au départ, les « bonnes » n'ont que « respect », « obéissance » et « attachement » à l'égard de leurs employeurs. Un renversement s'opère « sous la pression de leur condition » (ibid., p.65), ce qu'il appelle « la déception des sentiments naturels » (ibid., p.65). La « bonne » est, au début, dans des attitudes qui relèvent « de sentiments actifs et passifs » nourris de « **soumission** et d'**identification** » à l'égard de la famille dans laquelle elle vit (ibid., p.65). Ces deux mouvements sont directement issus de ceux qu'elles avaient déployés naturellement à l'égard de leurs propres familles. Il arrive que parfois leurs employeurs soient « gentils » et dans la « sollicitude » à leur égard, mais cela ne représente pas la majorité des cas. Les personnes auditionnées par Le Guillant font souvent état des « bons sentiments » qu'elles ont développés à l'égard des familles dans lesquelles elles ont travaillé (ibid., p.66). Le Guillant constate que « la nécessité interne de la situation finit toujours par l'emporter » (ibid., p.66) et que « les esclaves, les colonisés et les vaincus se révoltent tôt ou tard » (ibid., p.66). Par révolte, il faut entendre dans le cas des « bonnes » « développements de la haine », du « ressentiment » et de la maladie somatique par la suite.

14.2.7. Description du processus psychologique

Le Guillant (2010) décrit la trajectoire des mouvements psychologiques ainsi : les « bonnes » sont placées dans une situation d'**isolement** et de **dépendance** qui leur enlève toute possibilité de réaction. Ces caractéristiques vont conduire à « **intensifier** » et « **intérioriser** » (nous dirions volontiers « **refouler** ») ces ressentis par le truchement de l'**empêchement à agir** et la **censure** qu'il produit. La « dialectique universelle du maître et de l'esclave » porte en elle « un drame personnel plus obscur et plus profond » qu'il présente comme une « **contradiction générale** » (ibid., p.67) alors qu'elle nous semble inéluctable et tragiquement logique. Il écrit que « le **ressentiment** répond à l'**humiliation** et à l'**injustice**, mais l'**admiration** et l'**attrait** appellent l'**envie** et la **jalousie** » (ibid., p.67). Ces « **sentiments naturels déçus** » laissent place à « la **frustration** » et « une **identification impossible** engendre la **haine** et l'**angoisse de la haine** » (ibid., p.67).

¹⁴ Relatif aux travaux de Mélanie Klein, éminente psychanalyste (1882-1960) (Andjelkovic, 2002).

Le Guillant (2010) relate que dans les entretiens réalisés avec ses patientes, les sentiments « violents, confus et contradictoires » (ibid., p.67) évoqués se déroulaient autour « d'une souffrance affective plus profonde et en quelque sorte fondamentale » (ibid., p.67) liée à l'aliénation dont elles ont fait l'objet. Nous ajouterons qu'il nous semble inévitable de développer un sentiment de culpabilité à l'égard de sentiments « négatifs » générés par une situation propice aux mécanismes projectifs inspirés par le contexte familial d'origine. Le Guillant insiste sur le sentiment de solitude dans lequel sont maintenues les « bonnes » et le caractérise comme « un dénominateur commun des principales situations “sociales” pathogènes » (ibid., p.68).

Précisons qu'il définit la solitude et l'isolement comme des caractéristiques de l'aliénation, mais les considère comme des aspects partiels. L'isolement est avant tout « un mécanisme pathogène essentiel » (ibid., p.68). En revanche, « l'altération de sa relation aux autres » génère « une solitude existentielle » (ibid., p.69) très importante dans le phénomène de l'aliénation des « bonnes à tout faire ». Ajoutons que Le Guillant précise que « l'isolement n'est qu'une des conditions et un visage de cette solitude » (ibid., p.69). L'auteur relève également que la **dérision**, celle des maîtres comme celle des « bonnes », fait également partie du tableau clinique de la condition des « bonnes ».

Le Guillant rapporte le témoignage d'une femme qui déclare : « on se croit tout permis avec nous » (ibid., p.73). L'auteur soulève que les personnes qui se permettent une attitude déplacée envers ces « bonnes » le font puisqu'aucune conséquence ne leur sera opposée. Par ailleurs, la « bonne » est en proie à une « culpabilité particulière » que l'auteur lie à « la personnalité » de la personne, à « la force et à l'unanimité des valeurs morales et des interdictions dans le milieu originel » (ibid., p.74). Ces dispositions accroissent cette culpabilité d'« une intensité accrue » (ibid., p.74).

Le Guillant précise que « les différents aspects qui composent la situation des bonnes sont multiples, changeants et enchevêtrés. L'un ou l'autre, ou plusieurs autres sont constatés - ou invoqués ; ils sont plus ou moins manifestes objectivement, plus ou moins vivement ressentis, mais toujours présents » (ibid., p. 76).

En ce qui concerne les troubles apparaissant chez les « bonnes », Le Guillant ébauche deux catégories de sources. Tout d'abord « les conflits, la culpabilité et l'angoisse » qu'il lie « aux pulsions, conduites et “traumatismes” sexuels » (ibid., p.78). Puis, « l'humiliation, l'infériorité, la dépendance, la fatigue et quelques autres aspects de sa condition » (ibid., p.78) qui ont une action directe sur la « bonne » et sur la survenue des pathologies. Il note, par ailleurs, que les « bonnes » ressentent de la peur juste après avoir éprouvé de la haine. Selon lui, des liens et des « fusions » se créent entre les différentes formes de culpabilité (ibid., p.78). Par ailleurs, il pense que « la frustration, l'humiliation et le ressentiment sont liés à une situation concrète et actuelle » (ibid., p.79) qui fait remonter des culpabilités anciennes. Il émet l'hypothèse que la transposition entre les « maîtres » et les parents ferait apparaître chez la « bonne » une « agressivité œdipienne » (ibid., p.79). Le Guillant conclut son texte, par les termes avec lesquels il l'a démarré, en écrivant que son étude sur la condition des « bonnes à tout faire » fait, en définitive, apparaître une psychologie de la **domination** et de la **servitude**.

14.2.8. Trois caractéristiques décrivant la **condition** des bonnes à tout faire
Molinier (2005) livre une analyse du texte de Le Guillant et résume à travers trois points les traits caractéristiques de la condition de « bonne à tout faire »

« L'inexistence et la dépersonnalisation » (ibid., p.14)

Molinier (2005) surlignant les propos de Le Guillant, précise que les « maîtres » demandent aux « bonnes » d'être dans une position ambivalente : il leur est demandé « d'aimer leurs maîtres, mais en silence et sans être vues » (ibid., p.24). Molinier qualifie cette injonction double dans la formule « aime ton patron comme toi-même et reste à ta place » (ibid., p.24).

Poursuivant sa réflexion, Molinier (2005) s'interroge sur l'hypothèse que l'attachement, ou l'amour, pour ceux que l'on sert, pourrait être « une façon de préserver sa santé mentale » (ibid., p.25). L'amour contribuerait à rendre le travail de service plus supportable. Ce sentiment, au demeurant très fort, pourrait subvertir les dimensions de l'activité autrement vécues comme insupportables. Lorsque le travail implique devoir « être au plus près des corps et de la psyché de ceux qu'on sert, de leurs odeurs, de leur linge sale, de leurs détrit, des choses qu'ils laissent traîner au fond de leur frigo, de leurs angoisses, de leur petitesse ou de leurs peurs » (ibid., p.25), on peut aisément comprendre que passer par un sentiment bienveillant d'amour permet d'accepter ces choses qui paraîtraient inacceptables autrement. Il nous semble que l'on puisse parler dans ce cas d'une forme de sublimation rendue possible par le truchement du sentiment d'amour. Molinier (2005) ajoute que cette position particulière de travailler « au plus près du corps d'un autre ne peut laisser indifférent, que le corps à corps sollicite l'inconscient sexuel, l'excitation, le désir, mais aussi l'aversion, le dégoût » (ibid., p.25), mais jamais « l'indifférence affective ». De la même manière, « se mettre au service des besoins des autres requiert une disponibilité permanente, une capacité d'accordage affectif, qui ne sont pas données, n'ont rien de naturel, qui impliquent un travail sur soi, une endurance, une capacité de puiser dans les ressources du masochisme primaire » (ibid., p.25). Elle termine cette réflexion par l'idée que « servir, sans s'aliéner, implique un travail de perlaboration ardu pour conserver un espace psychique autonome entre les débordements de l'amour et ceux de la haine. Il n'est pas certain que ce travail psychique soit possible sans médiation du collectif » (ibid., p.26), ressource dont ne disposent pas les « bonnes à tout faire » de Le Guillant.

Nous ne nous attarderons pas sur le second point retenu par Molinier (2005) et nous nous contenterons de le mentionner : « L'isolement qui devient "solitude existentielle", aliénation par impossible identification à l'autre, "opposition intériorisée" » (ibid., p.15).

Un dernier point concerne « le ressentiment permanent qui alimente la haine fondamentale du domestique à l'égard de son maître, une haine ravalée, dont le domestique n'est pas forcément conscient, mais qui est là, en arrière-fond, de façon constante. La force de cette hostilité cachée engendrerait une vive culpabilité » (ibid., p.15). Molinier (2005) qualifie cette haine de « sociale » (ibid.). L'absence de possibilité de verbalisation de ce ressentiment, qui va se transformer en haine par la suite, « empêche de penser sa propre expérience vécue » (ibid., p.15) ce qui peut, selon Molinier (2005), conduire « à la folie » ou à un « trouble de la pensée » communs aux « dominés » (femmes ou ressortissants de cultures minoritaires) (ibid., p.15). Ce ressentiment croît, dans tous les cas, y compris lorsque l'environnement est plus clément avec la « domestique » ce qui permet à Molinier, lisant Le Guillant, de dire que « c'est la condition avant tout (la condition est un vécu) qui est pathogène » (ibid., p.15).

Molinier (2005) rappelle que selon Le Guillant, la négation de la haine engendre la pathologie psychique surtout lorsqu'elle se conjugue à l'isolement de la personne. Elle ajoute que les

« résistances collectives » constituent un critère efficace de la santé mentale au travail bien qu'elles entretiennent auprès de l'encadrement l'idée que celles qui travaillent le font mal ou dans un état d'esprit négatif. Molinier (ibid., p.19) appelle ce phénomène une « psychologie péjorative ». Elle précise plus loin que, selon Le Guillant, ça n'est pas l'activité de travail en elle-même qui génère des pathologies mentales, mais plutôt « un certain type de rapport social qui construit une situation d'oppression » (ibid., p. 21).

14.3. Peut-on parler d'une condition concernant le travail des IBO/IBODE ?

14.3.1. Un métier qui place les infirmières dans une position de dominée

Il paraît possible d'envisager, au regard des éléments cliniques que nous avons préalablement repris, que les IBO/IBODE se trouvent dans une relation professionnelle qui les place dans une configuration de domination et de servitude. Dans cette hypothèse, la domination serait une « condition » et le service un « état » qui qualifierait la relation de travail dans laquelle les IBO/IBODE se retrouvent inévitablement.

Il est entendu qu'elles doivent fournir les « prestations » liées à leur travail « coûte que coûte », ce qu'elles font d'ailleurs, malgré les conditions dans lesquelles elles doivent le faire. Il apparaît que la strate professionnelle à laquelle elles appartiennent les confronte à une position de « dominées » de la part de leur encadrement hiérarchique, de la part des chirurgiens, et nous avons observé que cette prédisposition est également adoptée par les métiers n'ayant pas de liens professionnels directs avec les IBO/IBODE comme les anesthésistes ou les IADE.

En revanche, nous n'avons pas collecté d'éléments nous permettant de penser que la situation dans laquelle elles se trouvent « pèse » sur leurs êtres tout entiers. Il nous paraît présomptueux de parler d'une « existence ». Cependant, elles ne peuvent, en effet, pas se soustraire à la pression qui est exercée sur elles ni prendre la liberté d'adapter leurs réponses aux caractéristiques des attaques qu'elles reçoivent. Elles doivent inexorablement se soumettre aux paramètres « négatifs » qui bornent leur travail et le faire sans y déroger. D'ailleurs, elles ne s'autorisent pas à faire défaut à ce qui est attendu d'elles professionnellement ou au niveau de cette « condition » ou de cet « état ».

Un élément pourrait, cependant, être porté à la thèse d'une répercussion sur l'existence de ces dernières. Il s'agit du modelage des façons de dire et des comportements que nous avons pu rapporter concernant les IBO/IBODE. En effet, ces dernières adaptent leur façon de parler et les manières dont elles se positionnent à l'égard des chirurgiens dans le but de pouvoir réaliser leur travail en évitant, autant que possible, les empêchements qu'elles vont rencontrer sur leur chemin. Ce faisant, elles façonnent des manières d'être, d'agir, de dire et de faire, pour atteindre, tant bien que mal, leurs objectifs. Il s'agit d'une manière d'adapter les propres traits de leurs personnes aux contraintes du métier.

Notons que cela est le cas dans beaucoup de métiers et qu'en clinique de l'activité, nous parlons de contraintes liées au genre professionnel (Clot & Faïta, 2000). Plus précisément, Tomas, Kostulski & Meritan (2007) indiquent dans leur rapport qu'il s'agit du *genre social du métier*. Selon les auteurs qui éclairent les indications théoriques de la clinique de l'activité, il y aurait entre le travail prescrit et le travail réel un « troisième terme » qui s'intercale et qui concerne,

selon Clot (2000), « les obligations sur lesquelles s'entendent ceux qui travaillent pour arriver à travailler, souvent malgré tout et parfois même malgré l'organisation prescrite du travail » (Clot, 2000, p. 274). Ce diapason social permet aux personnes d'un même milieu, et surtout d'un même métier, de savoir comment agir dans une situation donnée sans qu'il leur soit nécessaire de discuter la tâche à effectuer.

Par ailleurs, nous n'avons pas d'éléments qui nous donnent accès aux dimensions de la vie privée des IBO/IBODE afin de voir comment les traits distinctifs de leur métier peuvent coloniser leur vie tout entière. D'autre part, précisons que les IBO/IBODE ne s'illustrent pas souvent dans des atteintes psychologiques qui nécessitent une institutionnalisation en milieu psychiatrique. Ce bloc opératoire avait fait la douloureuse expérience de devoir déplorer la perte d'une IBO qui avait mis fin à ses jours, passage à l'acte qui ne peut être exclu des décompensations psychologiques qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique. En dehors de ce cas dramatique et extrême, nous avons noté que les IBO/IBODE pouvaient traverser des phases d'épuisement, de stress intense, des mésententes et conflictualités au sein de l'équipe, des pleurs (d'humiliation ou de colère) sans qu'elles soient « institutionnalisables ». Ne négligeons pas, pour autant, le caractère indéniablement délétère du travail et de la façon dont il s'effectue dans ce contexte professionnel que l'on peut lier à ces manifestations psychiques.

14.3.2. Un métier dont le contenu est renié

Le contenu et la durée des tâches qu'effectuent les IBO/IBODE sont déterminés par un référentiel de métier d'une part, et, d'autre part, la durée du temps de travail est régie par la loi et les instances représentatives de l'hôpital. Cependant, lorsque Le Guillant note que les « bonnes » sont soumises à une nature et à une durée de tâches excessives, parfois inutiles et souvent discriminantes, nous pouvons voir une ressemblance à la situation qui qualifie celle des IBO/IBODE. Nous ne l'avons peut-être pas assez décrit dans les précédents chapitres, mais les IBO/IBODE faisaient toutes état d'une durée de journée harassante. Il faut dire que leurs journées de travail duraient dix heures avec une pause de trente minutes, ce qui est une durée plutôt longue. De plus, les conditions dans lesquelles se déroulent ces journées contribuent grandement à les rendre particulièrement fatigantes. Nous avons déjà abordé ce point précis.

Nous avons, par ailleurs, amplement décrit et recensé ce qui pouvait donner aux IBO/IBODE le sentiment d'effectuer des tâches inutiles, ou le fait que leur fonction était perçue comme pouvant être effectuée par « n'importe qui » de l'aide-soignante à l'interne de chirurgie. Ce point remet en question l'exclusivité présumée de la mission qu'elles doivent fournir à leurs yeux de même qu'aux yeux des autres. La notion de discrimination est localisable au travers du regard que les métiers « dominants » portent sur elles ainsi que sur leur fonction. Nous avons noté, de même que nous l'avons également abordé dans la revue de littérature, que le statut d'infirmière et dans ce cas d'IBO/IBODE, implique d'être prise pour une personne sans grande compétence, en tout cas selon le point de vue des « dominants ».

Nous avons pu observer une situation tout à fait inverse sur le terrain puisque pour effectuer leur travail, les IBO/IBODE dépassent largement les frontières de ce qui est attendu d'elles pour rendre possible ce qui ne le serait pas sans leur intervention. Elles opèrent dans l'ignorance la plus absolue. Nous n'irons pas jusqu'à dire que leur métier possède, comme Le Guillant le dit à l'égard des « bonnes à tout faire », un « caractère péjoratif » et « quasi insultant », mais nous pouvons aisément dire que leur fonction est de toute évidence dévalorisée et qu'elles n'ont pas le crédit que leur métier, au sens fort du terme, devrait leur permettre d'avoir. Nous avons pu

constater qu'elles étaient souvent infantilisées, ce dont elles rendent compte à travers le fait de n'être pas crues ou de devoir « rapporter » ce qu'elles font même lorsque cela n'est pas nécessaire. Ces éléments rejaillissent sur la perception psychologique qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur travail. En cela, on peut voir un transfert des conditions dans lesquelles elles travaillent sur leur propre conception psychologique de leur travail et de leur personne. Par ailleurs, notons que la simple évocation de leur métier implique un ensemble de caractéristiques, souvent péjoratives d'ailleurs, qui semble être instantanément transposée sur la personne elle-même, quels que soient les attributs dont l'infirmière en question va faire la démonstration. Elles peuvent être excellentes, mais vont être considérées, de prime abord, comme à peine capables de réaliser leur mission première à savoir d'« ouvrir les boîtes ». En cela, nous pouvons également établir la présence d'une discrimination induite par le métier.

Tout comme pour les « bonnes à tout faire », les IBO/IBODE expriment pour la grande majorité du ressentiment. Elles en font état lorsqu'elles affirment « qu'on les prend pour des idiots » ou que leurs demandes concernant les règles d'asepsie, par exemple, sont totalement ignorées. Elles vivent un ressentiment qui est nourri par l'injustice de la situation et ne cessent de s'interroger sur les raisons qui poussent les chirurgiens à se comporter ainsi envers elles.

Elles restent donc également « dans le souvenir des outrages et non celui des bienfaits » (Le Guillant, 2006, p.51) bien qu'elles finissent toujours par trouver des excuses à ceux qui produisent les outrages en question. Cette forme de compensation pondère, non pas le ressentiment, mais l'équilibre de la situation globale qu'implique leur fonction et leurs missions. Excuser, comprendre, justifier les raisons pour lesquelles on vous agresse, ou, dans lesquelles le manque de respect est de mise, permet de normaliser la présence de ces formes de violence, en considérant qu'elles sont inévitables ou qu'elles font systématiquement partie de ce système, de ce milieu et donc de ce métier. Elles en deviennent donc acceptables, normales, attendues, et parfois même nécessaires. Dans ce cas, elles s'invisibilisent et font disparaître la colère, laissant le champ libre à la culpabilité produite par la remise en question.

14.3.3. La déception et le ressentiment : des personnes affectées

La négation de ce ressentiment n'est pas un processus dont nous pouvons rendre compte. Les IBO/IBODE sont indéniablement isolées au sein du bloc opératoire et au sein même de leur équipe. Des petits groupes se forment et au sein de ces groupes, elles s'autorisent à « vider leur sac », à dire ce qu'elles ont subi dans la journée, durant une intervention ou au fil de leur expérience professionnelle. Au-delà de ces petits groupes relativement protecteurs, elles ne s'autorisent pas à dire ce qu'elles pensent, et n'y sont d'ailleurs pas autorisées, mais on ne peut pas dire qu'elles refoulent ou ne s'autorisent pas à éprouver du ressentiment. Au contraire, nous avons quelques exemples d'anciennes IBO/IBODE qui, non seulement, faisaient état, au sein des groupes de discussion, de toutes les bonnes raisons qu'elles avaient de trouver détestables les chirurgiens ou les cadres, en raison des exemples d'agressions qu'elles avaient subies, mais au-delà de leur exposé, leur ressentiment paraissait être une revendication, une forme d'état d'esprit, un état d'être. Il nous semble que ces personnes cherchaient avant tout à susciter une forme de reconnaissance de ce qu'elles avaient dû endurer pendant tout ce temps, et surtout à obtenir l'affirmation qu'il n'était ni normal ni justifié qu'elles aient à vivre ce genre d'expérience « gratuitement » dans l'exercice de leur fonction. Il faut préciser que lorsqu'elles tentaient de faire reconnaître ces atteintes comme n'étant ni normales ni légitimes, elles se trouvaient souvent renvoyées à l'idée qu'elles se plaignaient comme des « petites filles » ou qu'elles méritaient le traitement pour lequel elles se manifestaient. Rien n'était jamais porté à

leur crédit et encore moins à leur bonne foi. Le ressentiment et son expression étaient donc des éléments qui faisaient partie permanente du tableau présent sur le terrain professionnel. Nos séances de discussion en ont été remplies d'exemples précis. Les décompensations psychiques ont potentiellement été réduites ou tempérées grâce à ce biais-là pendant leur durée.

En revanche, tout comme les « bonnes à tout faire », les IBO/IBODE sont dans l'ambivalence de développer des liens affectifs, non pas envers leur encadrement, mais envers les chirurgiens. Nous avons dit en amont que les IBO/IBODE trouvaient souvent de « bonnes excuses » aux chirurgiens pour se conduire de la sorte envers elles, nous allons plus loin en affirmant qu'elles se positionnent presque de façon maternelle envers eux, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes internes ou de jeunes chefs de clinique. Nous notons d'ailleurs que les anciennes qui ont vu démarrer des chirurgiens exerçant aujourd'hui à des postes de responsabilités au sein des services chirurgicaux leur pardonnent à peu près tous leurs comportements y compris les plus inacceptables. Les IBO/IBODE contribuent énormément à la formation des internes en chirurgie, bien que là encore, ça ne leur soit pas crédité. Lorsque les chirurgiens seniors quittent la salle, les conversations autour du travail et autour des manières de le faire sont très nombreuses et tenues ouvertement avec les chirurgiens juniors restants. C'est en raison de cette affectivité déployée qu'il est d'autant plus difficile pour les IBO/IBODE de constater qu'un interne auprès duquel elles se sont investies ne les salue plus devant le chirurgien senior ou qu'il adopte subitement une conduite irrespectueuse alors qu'elles avaient développé un rapport de confiance envers lui. Elles finissent par dire que le statut de chirurgien va inévitablement supplanter le rapport humain qu'elles entretiennent à leur égard et que leur statut d'infirmière va les conduire à se voir refuser le réel du lien qu'elles tissent et développent envers eux.

14.3.4. Un métier qui peut être considéré comme une « condition »

La définition du terme « condition » que présente Le Guillant sur la base des termes du Littré se prête plutôt bien à la situation des IBO/IBODE : « la classe à laquelle appartient une personne dans la société, par sa fortune, par sa qualité, par ses emplois, par sa profession » (ibid., p.52). Lorsqu'il ajoute que pour les « bonnes » ce terme prend un « caractère fort et global », on peut également étendre ces attributs à la situation des IBO/IBODE.

Nous pouvons ajouter que les IBO/IBODE bénéficient de la même asymétrie de considération et de comportement de la part des personnes « dominantes » à leur égard que les « bonnes » de la part de leurs employeurs. Le discrédit et la suspicion font souvent partie des réactions qu'elles suscitent spontanément sans en être à l'origine. En cela, nous pouvons leur attribuer le fait que leur métier affecte leur personnalité pour en faire « un état tout entier ». Les IBO/IBODE rejoignent par ces aspects la condition « de tous les opprimés » et les « dominants » celle « de tous leurs oppresseurs » (ibid., p.58).

Par ailleurs, les IBO/IBODE ne suscitent pas, tout comme les « bonnes », l'intérêt et la prise en considération de « leurs employeurs ». La loi leur donne des droits, mais lorsqu'elles doivent s'absenter ou qu'elles ont une urgence (médicale ou familiale), les contraintes qu'elles font peser sur l'organisation du travail sont prédominantes sur l'empathie qu'elles peuvent générer. On peut dire qu'elles existent comme individu, mais ne sont pas respectées pour les personnes qu'elles sont. De ce fait, nous pouvons rapprocher la néantisation des « bonnes » à celle des IBO/IBODE. Dans le cas des IBO/IBODE, on ne peut pas parler d'un couple maître-serviteur, mais plutôt d'une opposition de position « dominante », incarnée par les cadres et les chirurgiens, à celle d'une position de « dominée » représentée par les infirmières. Par ailleurs,

l'humiliation est une forme de traitement auquel sont trop souvent exposées les IBO/IBODE que ça soit par l'ironie, ou le cynisme, de devoir effectuer des tâches rendues inaccessibles par les comportements des chirurgiens, ou par le contexte dans lequel elles exercent.

Si nous devons reprendre en détail la citation de Le Guillant (Le Guillant, 2006, p.59) dans laquelle il résume les traits saillants de la condition des « bonnes », nous pourrions constater qu'elle est applicable dans son intégralité aux IBO/IBODE. « Dépendance et soumission » sont bien des éléments permanents de la situation dans laquelle sont placées ces infirmières. Le « langage, le costume » sont bien des « symboles de leur état ». « L'éloignement et le dédain » font bien partie des attitudes et des comportements qui leur sont imposés sans véritable justification. Enfin, « une condition caractérisée par une très profonde dévalorisation de la personne qui doit l'assumer », cette réalité est malheureusement bien présente pour les IBO/IBODE et la raison primordiale expliquant ce phénomène porte sur le simple fait d'avoir ce statut et ce métier dans cet univers très stratifié. Sans grande surprise, « le ressentiment » va se cumuler à « l'humiliation » et faire son œuvre sur les états psychiques de ces personnes et devenir une réalité indétrônable à devoir accepter pour faire ce métier. Malheureusement, ou peut-être devrions-nous dire heureusement, les jeunes générations d'IBO/IBODE, et même d'infirmières, n'arrivent pas toutes à tenir dans la dureté de ce traitement. Une grande partie, après avoir changé plusieurs fois d'établissement ou de service, réalise que ces attributs du métier ne sont pas muables et elles décident, lorsque la situation devient intenable, de quitter le métier, non sans regret, mais dans une démarche de survie psychique. Ceci nous permet de dire que « l'État » et la « condition » auxquels sont soumises les infirmières, et dans notre cas les IBO/IBODE sont bien des dimensions indissociables du métier qu'elles exercent.

Enfin, sur le plan sémantique, il nous paraît difficilement explicable, mais néanmoins évident de relever que le métier d'infirmière porte en lui les attributs des caractéristiques que nous venons de détailler. En ce sens, il possède un caractère péjoratif. Lorsqu'une personne est qualifiée « d'infirmière » en dehors de l'enceinte hospitalière, il est sous-entendu que cette personne se place dans une mission de prise en charge du soin des autres sans que cela ne soit ni nécessaire ni légitime. Dans le monde hospitalier, ce dénominateur correspond à un niveau de travail d'exécutant qui n'est pas non plus très valorisé. Il n'y a pas de mot argotique connu ne définissant le métier d'infirmière ni d'IBO/IBODE, à part celui d'« ouvre-boite » pour les dernières. Le rapprochement avec le métier de « bonnes » sur ce point ne peut être poussé plus loin.

14.3.5. Travailler dans « l'envers du décor »

Les IBO/IBODE partagent un autre point commun avec les « bonnes » : il s'agit de vivre dans l'intimité d'un foyer et de voir tous les aspects les plus bruts et vils de la personnalité de leur employeur. Les IBO/IBODE travaillent également dans l'« envers du décor », dans les coulisses de l'activité chirurgicale. Elles ont accès à une partie de l'activité du chirurgien qui d'habitude reste dissimulée du public et de toute autre personne extérieure au bloc opératoire. Elles se trouvent donc placées dans, ce qui nous paraît être, l'intimité professionnelle du chirurgien, dans la partie et la dimension dans laquelle il se trouve le plus vulnérable et le plus exposé à des mouvements bruts et non contrôlés. Cette position donne à l'IBO/IBODE le sentiment d'être située à une place privilégiée et d'être aux premières loges de scènes qui doivent rester « secrètes » pour le chirurgien. Forte de cet accès, l'IBO/IBODE pense pouvoir se considérer légitime à avoir cet accès et ce qu'il contient. Or, les chirurgiens ne semblent absolument pas disposés à accorder ce privilège aux IBO/IBODE et ils ne manquent pas de les traiter avec

virulence lorsqu'elles agissent en cherchant à faire valoir une forme de connivence avec le chirurgien en raison de ce point. Voici un exemple pour illustrer ce propos.

Un chirurgien au bloc opératoire, en train d'opérer un patient, demande à une IBO/IBODE de prendre ses clefs d'appartement posées sur la paillasse et d'aller les donner à la nourrice de sa fille qui doit venir les chercher à l'accueil de l'hôpital. L'IBO/IBODE s'exécute alors qu'il ne s'agit pas d'une de ses missions de bloc. Elle constate, en remettant les clefs à la nourrice que la fille du chirurgien l'accompagne. La petite fille est très mignonne et l'IBO/IBODE le remarque. De retour dans la salle, l'IBO/IBODE confirme au chirurgien qu'elle a bien donné les clefs à la nourrice et ajoute « votre petite fille est votre sosie ! ». Le chirurgien tourne la tête dans le sens inverse d'elle et lève les yeux aux ciels avec un air exaspéré sans rien dire. L'IBO/IBODE qui raconte cette histoire ajoute « je n'ai pas compris ce que j'avais fait ou dit qui pouvait justifier cette réponse de sa part, d'autant que je lui avais rendu service alors que je n'étais pas obligée de le faire ». Aucune IBO/IBODE n'a jamais fait état d'une attitude agréable ou sympathique à leur égard de la part des chirurgiens. Elles racontent plutôt des anecdotes dans lesquelles elles sont plutôt traitées avec dureté par les chirurgiens ou, au mieux, simplement ignorées.

Il nous semble que les IBO/IBODE sont aussi bien dans un « dedans » de l'activité et de l'intimité (du patient, du chirurgien et des autres métiers), que dans un « dehors » puisqu'il faudrait qu'elles feignent de ne pas connaître ces informations. Il en est de même pour les IADE. Lorsqu'elles ont accès à quelque chose qui doit rester « secret » pour eux, elles doivent en être témoins en silence. En revanche, pas question qu'elles considèrent qu'elles sont dans une position privilégiée à l'égard de ces personnes. Elles doivent toujours rester dans l'ombre et l'invisibilité. Ceci est un point qui alimente également, pour elles, le sentiment de ressentiment qui les envahit régulièrement. On peut donc dire pour les IBO/IBODE, de même que Le Guillant l'a dit pour les « bonnes », qu'elles sont toujours placées dans l'ambivalence d'être « présente et étrangère, nécessaire et rejetée » (ibid., p.63).

14.3.6. Un processus identique fait d'isolement et de dépendance

La trajectoire des mouvements psychologiques des IBO/IBODE est sertie des mêmes attributs que celle des « bonnes », mais sans être tout à fait identique. En effet, il est indéniable que l'organisation du travail favorise l'isolement et que la constitution même de leur activité les place dans une situation de dépendance. Par ailleurs, elles ne sont autorisées ni à réagir ni à pouvoir faire entendre leur point de vue ou leur voix des cadres ou des chirurgiens. De ce fait, elles ne réagissent quasiment jamais à une situation qu'elles désapprouvent. En revanche, elles vont le dire à leur collègue, parfois même à une cadre avec laquelle elles s'entendent bien. Dans ces cas de figure, les collègues ne pourront pas faire grand-chose à part l'écouter et les cadres leur disent qu'il faut qu'elles le supportent, car le travail se déroule dans ces conditions et que les chirurgiens sont « les rois ». Cette abnégation les plonge progressivement dans un abandon de toute forme de réaction et souvent d'absence de réflexivité sur leur situation professionnelle puisque rien n'est améliorable. Elles ne refouleront pas leur perception de la situation, mais leur capacité à agir en raison de la passivité de leur encadrement et de la récurrence des situations heurtantes qu'elles rencontrent de la part des chirurgiens. Il y aura une intensification de leur ressenti, de même qu'un empêchement à agir, ainsi qu'une forme de censure. Nous sommes donc bien dans une dialectique du maître et de l'esclave. Si nous devons reprendre la citation de Le Guillant (ibid., p.67) à ce propos, nous dirions que « le ressentiment » répond bien à l'humiliation et l'injustice que les IBO/IBODE éprouvent et que « l'admiration » qu'elles

ressentent ne provient pas d'une volonté d'identification, mais plutôt une recherche d'appartenance et de pouvoir se sentir considérées comme faisant partie véritablement de l'équipe de chirurgie et non de n'être là que pour les « servir ». Nous pouvons donc bien parler là de « sentiments naturels déçus » (ibid., p.67).

Par ailleurs, les IBO/IBODE sont structurellement placées dans une forme de solitude. Elles ne croisent pas souvent leurs collègues, elles n'ont pas de temps dédié à l'échange ou au travail d'équipe et lorsqu'il arrive exceptionnellement qu'on leur demande un travail à plusieurs, ce qui s'est produit pendant notre passage sur le terrain, elles sont accusées de ne pas travailler, par leurs propres collègues et leurs cadres. La dégradation des relations au sein de l'équipe, dans laquelle nous avons pu voir de nombreuses situations de conflictualité, de même que l'absence de relation de confiance et de sentiment de protection de la part de leurs cadres, conjuguée à l'agressivité dont elles peuvent faire l'objet de la part des autres métiers (chirurgiens, mais aussi aides-soignantes, aides-soignants, anesthésistes, IADE) les conduit à ressentir une « solitude existentielle ». Elles se sentent seules, même lorsqu'elles sont regroupées. Elles expriment devoir systématiquement se méfier des réactions d'autrui. Il est difficile dans ce contexte de ressentir autre chose que de la solitude profonde, qui touche l'essence même de ce qu'elles sont.

Nous pouvons considérer que la dérision fait également partie du tableau clinique présenté par les IBO/IBODE. La dérision de soi et de leur pensée, celle de leur statut et de leur importance à l'égard de l'activité qui se déroule en salle. En retour, on leur renvoie la même sensation, la même perception erronée qu'elles ne servent pas, ou peu dans ce bloc. Lorsque Le Guillant, rapportant les propos d'une « bonne » qui déclare « on se croit tout permis avec nous » (ibid., p.73), établit que les « bonnes » sont bien victimes des pires traitements en raison de l'impunité dont va jouir les agresseurs, nous pouvons également dire la même chose pour les IBO/IBODE, comme en attestent les nombreux exemples que nous avons présentés à ce sujet.

En réponse, bien qu'elles ne soient pas véritablement à remettre en cause, les IBO/IBODE vont souvent faire la démonstration d'une culpabilité. Elles prennent comme un échec ce qui leur est reproché. Elles vont toujours chercher à identifier et comprendre ce qu'elles ont pu mal faire et redoublent d'exigence pour essayer de mieux faire les choses. Malheureusement, dans ce système, la question et surtout la réponse pour comprendre la situation, ne se trouvent pas du côté de la remise en question, mais bien du côté de l'exutoire « à moindre coût » qu'elles constituent pour la plupart des personnes qui les agressent. Quel que soit le niveau d'excellence de leur manière de travailler, il y aura toujours un chirurgien pour agir de manière désagréable auprès d'elles. Nous pouvons esquisser l'hypothèse d'une position de bouc émissaire, idée que nous ne développerons pas au-delà de la définition qu'en fait Casanova (2014) : « le bouc émissaire trouve ainsi ses racines dans l'incapacité pour un groupe à penser, au sens complet du terme, certains sujets. L'hypothèse raisonnable est que cette incapacité est due à la trop forte charge émotionnelle ou idéologique dont est porteur le sujet devenu tabou » (ibid., p.41). Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il y aurait un consensus silencieux, voire tabou, à ne pas vouloir extraire les IBO/IBODE de cette position, ou de cette place, de « victimes utiles » pour l'équilibre du système professionnel du bloc opératoire. Cette violence est très probablement à mettre en lien avec celle produite par les chirurgiens lorsqu'ils opèrent. Cependant, nous ne pourrions pas pousser cette hypothèse au-delà de ces quelques éléments.

14.3.7. Inexistence, dépersonnalisation et amour

Dans la lignée des propos de Molinier (2005), mettons en évidence une ambivalence de plus dans laquelle s'illustrent les IBO/IBODE qui concernent le fait d'avoir des sentiments bienveillants à l'égard des chirurgiens tout en ne devant être ni visibles ni perçues en situation d'en faire la démonstration. Molinier (2005) établit que ce mouvement pourrait provenir de « l'amour » qu'éprouvent les IBO/IBODE. Il ne s'agit pas du sentiment amoureux, mais plutôt de la tendresse et de l'affection qui ressemblerait à une bienveillance maternelle. Cet état, si toutefois cela en est un, constitue une défense solide contre les éléments destructeurs et arides rencontrés par les IBO/IBODE dans la réalisation du métier. Il est notable, et nous l'avons amplement décrit dans les propos rapportés par les IBO/IBODE, que ce sentiment « d'amour », de tendresse, ou d'affection envers ceux qui les maltraitent leur permet d'une part, de tenir la réalisation du travail dans ces conditions et, d'autre part, de supporter les aspects les plus vils des chirurgiens dont elles sont destinataires. De la même façon, lorsque Molinier (2005) ajoute que travailler dans un corps à corps éveille « l'inconscient sexuel, l'excitation, le désir, mais aussi l'aversion, le dégoût » (ibid., p.25), on comprend qu'il s'agit dans le cas des IBO/IBODE d'un corps à corps de travail avec le chirurgien et non de celui qui pourrait exister avec le patient pour une infirmière en service de soins. Il est certain qu'une proximité physique peut s'installer entre l'IBO/IBODE et le chirurgien, surtout lorsque l'infirmière instrumente ce dernier. Du côté de l'infirmière, on peut dire que cette proximité lui donne une raison supplémentaire de se sentir « proche » du chirurgien et de la considérer comme valorisante. Cette position privilégiée qui produit une satisfaction narcissique à l'IBO/IBODE aura pour effet de pondérer les dimensions inqualifiables des actes de violence dont elles font également l'objet. Ce ressenti est vécu de manière silencieuse par les IBO/IBODE, car, comme nous l'avons souligné, elles ne doivent pas en faire état ouvertement ou le rendre visible au risque de se le voir reprocher. Ce processus est à comprendre comme une mise en situation dans laquelle l'IBO/IBODE est vouée à une forme d'inexistence et de dépersonnalisation. On leur demande, comme le dit Molinier (2005) « d'aimer leurs maîtres, mais en silence et sans être vues » (ibid., p.24). Du côté du chirurgien, on peut imaginer que cette convocation de la sphère sexuelle inconsciente peut expliquer, lorsqu'ils ne la vivent pas bien, les raisons d'une agressivité ou d'une violence qui souvent ne s'explique pas du tout et qui est attribuée au « mauvais caractère » du chirurgien ou au stress qu'il éprouve en opérant. Il arrive parfois que des unions se créent entre chirurgien et IBO/IBODE ce qui signifie que parfois, la sphère du sexuel opère dans son registre le plus simple. Ce n'est cependant pas les situations les plus fréquentes.

Les IBO/IBODE sont, par ailleurs, dans un isolement structurel qui devient effectivement une solitude existentielle puisqu'elles sont vouées à une aliénation par impossible identification aux chirurgiens. Ce que Molinier (2005) nomme une « opposition intériorisée » (ibid., p.15). Enfin, on peut voir dans les témoignages rapportés qu'elles se trouvent dans un ressentiment permanent à l'égard des dimensions les plus difficiles de leur métier qu'elles vivent au quotidien surtout en provenance des chirurgiens et qu'elles ne sont ni autorisées à s'en plaindre ni à le dire. Cependant, elles trouvent des moyens détournés de manifester une forme de réaction notamment lorsqu'elles rationnent le matériel (type les fils de suture) pour suivre leur logique de travail ou qu'elles se livrent à des manifestations de contestation passive (faire semblant de ne pas entendre, prendre un air nonchalant envers le chirurgien, dire aux aides-soignantes de prendre du temps pour nettoyer la salle par exemple). Il ne nous semble pas que ce ressentiment soit de la haine et qu'elle soit ravalée. Nous pourrions même penser que les IBO/IBODE acceptent que leur statut et que leur condition les renvoient à une forme de silence. Cependant, elles ne s'expliquent pas l'hostilité des chirurgiens et la comprennent le plus souvent comme étant en lien avec les aptitudes comportementales du chirurgien ou tout simplement son caractère. Nous pouvons donc conclure que les IBO/IBODE sont bien placées dans une

« condition » qui possède une grande majorité d'attributs communs avec la « condition » des « bonnes à tout faire » analysée par Le Guillant et commentée par Molinier (2005).

14.3.8. Domination et servitude, mais avec le travail au cœur du sujet

Nous sommes bien, dans le cas des IBO/IBODE, comme le déclarait Le Guillant dans les années 1950 pour les « bonnes à tout faire », dans une « psychologie de la domination et de la servitude » avec quelques différences notables. Le rapport que les IBO/IBODE entretiennent à leur métier et aux tâches qu'elles réalisent construit indéniablement un rempart face à la « condition » dans laquelle elles sont enfermées. Nous pourrions même dire que le rapport à leur métier et aux tâches qu'elles effectuent constitue un fil d'Ariane qu'elles suivent tout au long de la journée. Elles savent ce qu'elles doivent préparer pour une intervention et par la suite, une fois en salle, elles savent ce qu'elles doivent faire pour assurer leur mission que ça soit à l'instrumentation ou au poste de circulante. Il en est de même concernant l'articulation des autres métiers qui interviennent en salle de bloc opératoire notamment pour les brancardiers ou les aides-soignantes en charge du bionettoyage.

Nous n'avons pas entendu de critiques au sein de ce bloc concernant le travail des IBO/IBODE. Nous avons entendu des critiques concernant les caractères de certaines personnes, sur leurs comportements, sur l'État d'esprit d'équipe présent ou absent pour certaines, mais rarement sur la qualité du travail effectué. Les plaintes des IBO/IBODE étaient souvent construites autour de la difficulté qu'elles rencontraient à pouvoir effectuer convenablement leur travail auprès du chirurgien ou pour le chirurgien. Bien entendu, elles pouvaient se plaindre des comportements de ces derniers, ou de ceux des autres métiers à leur égard, mais la plupart du temps, c'est l'envie de pouvoir faire leur travail selon des critères de qualité du travail bien fait qu'elles décrivaient à travers leur plainte. Lorsqu'elles se trouvaient empêchées de pouvoir effectuer leur travail selon leurs règles de métier par des chirurgiens, il est probable que l'incompréhension qui les envahissait eut été nourrie par une entorse éthique de se voir entraver l'accès à un travail situé dans les règles de l'art par ceux mêmes devant en bénéficier. Les IBO/IBODE ont souvent dit que les chirurgiens étaient « des enfants » dans leur comportement et nous pouvons dire que nous comprenons bien cette remarque en raison du fait qu'ils manifestent souvent une incapacité à se sentir concerné par ce qu'ils provoquent, alors qu'ils sont les destinataires uniques du travail des IBO/IBODE. Ce point ne s'explique pas simplement. Une IBO dira lors d'une séance : « chaque spécialité son problème : en plastie, ce sont des enfants gâtés et des mal élevés, en uro, ce sont des chouineurs, et en dig, ce sont des angoissés, des violents et un peu psy parfois donc en fonction, tu sais comment tu vas agir ». Il faut donc en comprendre que l'agilité des IBO/IBODE se situe dans le fait de savoir comment ajuster leur réaction aux interlocuteurs auxquels elles ont à faire. Dans un autre champ épistémologique, on appelle cela des savoir-faire tacites.

Il est probable que ça ne soit pas l'investissement dans le travail qui marque une différence entre les « bonnes » et les IBO/IBODE. Notre hypothèse porterait plutôt sur la nature de l'activité qui ne relève pas, dans le cas des IBO/IBODE, d'une dimension ménagère et qui ne nécessite pas d'expertise spécifique. De plus, en termes de formation, les IBO/IBODE ajoutent à leur cursus de formation initial de trois ans pour le diplôme d'infirmière, dix-huit mois pour être qualifiées du titre d'infirmière de bloc opératoire diplômée d'État. Les « bonnes » de l'époque, tout comme celles d'aujourd'hui, n'avaient pas de formation spécifique pour exercer leur métier et le statut dans lequel elles étaient placées avait la conséquence de ne les faire exister, dans le foyer où elles habitaient, qu'à travers lui. Les IBO/IBODE bénéficient d'une

culture de métier, d'un référentiel précis sur ce qui est attendu d'elles et sur comment effectuer leurs tâches. De plus, le fait de travailler auprès de personnes dont le métier est également très spécifique et nécessite des qualifications importantes (anesthésistes, chirurgiens, IADE ou cadres) a très certainement un côté valorisant. Nous avons souvent entendu au bloc opératoire les personnes aux métiers les moins qualifiés dire la fierté qu'elles ressentaient à travailler auprès de médecins, qui plus est auprès de chirurgiens. Il nous semble que les IBO/IBODE se placent dans la même admiration envers ces métiers médicaux malgré les aspects plus durs du métier qu'elles subissent, par ailleurs, de ces mêmes personnes.

14.4. Une voie de dégageant possible par le travail

Nous avons commencé à mettre en évidence un point central, situé au cœur de notre champ théorique et d'action, qui consiste à envisager et mobiliser le travail comme une voie de dégageant possible face aux méandres du ressenti, dans le cas des IBO/IBODE, et face aux impossibilités et aux empêchements à agir, de manière plus générale, écueil de l'activité souvent présent dans les situations que nous rencontrons sur nos terrains d'intervention. Comme le souligne Clot (2008) pour le ressenti, « cette "comptabilité du donné et du reçu" s'inscrit dans la dramaturgie subjective d'une impuissance à agir » (2008, p.63). Ce qui revient à comprendre le ressenti comme synonyme de l'impossibilité à pouvoir agir.

Or, nous avons pu constater que les IBO/IBODE trouvent naturellement dans leur travail des manières de tenir face aux dimensions arides de leur activité, provoquées, pour la plupart, par des interactions professionnelles dégradées, les autres provenant des aspects intrinsèques de la réalisation de leurs tâches professionnelles. Nous avons également vu et mis en évidence que ces mécanismes de réaction ne sont pas suffisants pour hisser les IBO/IBODE en dehors des méandres de leur « condition ». Clot (2008) le précise, là encore, la condition sociale n'est pas, à elle seule, pathogène en soi, « même si elle peut le devenir pour soi », il ajoute « ce sont plutôt ses discordances, les conflits que cette condition recèle et qu'elle impose au sujet » (2008, p.64). Selon lui, la condition enfermerait les sujets dans des « dissociations sociales » ou dans « des ruptures » lors desquelles « la réalisation de soi est, simultanément, offerte et refusée » (ibid., p.65). Dans ce processus, les individus ne pourront ni se réaliser grâce à la production de leur activité ni extraire les sources de développement qu'il doit naturellement produire dans un contexte plus cohérent. Nous avons mis en évidence, dans l'exemple des caddies, comment les IBO/IBODE se sont saisis du dispositif que nous leur avons proposé pour transformer les conditions nouvelles, ajoutées aux anciennes, qui dégradaient leur outil de travail, autrement dit leurs caddies, son contenu, et son utilisation, à savoir la « prestation » fournie aux chirurgiens, pour retrouver une possibilité d'action réparatrice puis par la suite, se servir de cette « réparation » pour optimiser la question de la constitution des caddies et leur nettoyage. Cet exemple nous conforte dans l'idée que c'est toujours du côté de l'activité et de sa « reconception » que les collectifs de travail peuvent trouver un dégageant solide face à toutes les formes d'adversité du travail. Reprenons ce cas pour en recenser les vertus mises en exergue.

14.4.1. Le cas des caddies comme possibilité de réappropriation du métier

Relevons que lorsque la gestion des caddies a été modifiée par une des cadres, les désagréments se sont quasiment immédiatement manifestés sur le terrain. Au départ, les IBO/IBODE n'ont pas exprimé tout de suite les risques que représentait un tel bouleversement dans les manières de faire. C'est à l'usage et au regard des conséquences générées sur le terrain qu'elles ont

commencé à faire état des dégâts engendrés par ces changements. La question des chirurgiens, mécontents de voir sortir les circulantes à chaque demande sortant du matériel standard, a d'abord été exprimée. Ces derniers ont immédiatement réagi en se plaignant que les caddies étaient « vides » et que les IBO/IBODE ne savaient plus les préparer correctement. L'anticipation étant fondamentale dans ce travail, et aux yeux des IBO/IBODE pour lesquelles il constitue un des critères les plus importants du « bon travail », ces dernières ont tout de suite remonté à la cadre en charge des changements les difficultés qu'elles rencontraient sur le terrain. Considérant peut-être qu'elles ne devaient pas être crédibles ou bien qu'elles cherchaient à intervenir sur sa décision indirectement, la cadre n'a pas voulu entendre, ni comprendre le problème, les laissant face à des chirurgiens énervés, qui ne se sont pas privés de le dire. L'inconfort provoqué par la situation a conduit les IBO/IBODE à beaucoup en discuter entre elles et durant les séances de travail que nous avons organisées. Puis, le sujet a été remonté à la cadre supérieure qui s'est trouvée dans la difficulté de ne pas vouloir contrevenir aux ordres décidés par une personne de son équipe de cadre. Les IBO/IBODE ont donc été « laissées » dans cette situation et comme nous l'avons mis en évidence, ces dernières ne peuvent pas déroger à leurs tâches et encore moins lorsqu'elles impliquent des questions d'asepsie, sujet principalement invoqué par la cadre ayant décidé des changements sur les contenus des caddies. Elles ont donc continué quelque temps à vivre cette distorsion dans une forme de souffrance intériorisée. Puis, le sujet se présentant sans cesse dans les groupes de discussion, nous en avons fait un objet de réflexion. D'elles-mêmes, elles ont collectivement réfléchi au rythme qui serait réaliste et réalisable pour le nettoyage des caddies et surtout, elles ont pris en considération le fait que toutes ne savaient pas forcément préparer les caddies de toutes les spécialités chirurgicales et ont optimisé les procédures pour que même une personne sans connaissance dans une spécialité précise puisse remplir un caddie. Elles ont donc travaillé sur ce point et sur la question de la transversalité des connaissances diffusées par celles qui possèdent l'expertise nécessaire. Le partage, et la possibilité à agir étaient donc mis à l'honneur. Par la suite, elles ont décidé d'aller plus loin et de procéder au ménage dans les réserves pour améliorer encore plus l'aisance à trouver le matériel à mettre dans les caddies. D'une séance à l'autre, elles en avaient parlé entre-elles et elles venaient aux séances de travail avec des avancées. On peut voir que cette question les touchant toutes au cœur de ce qui a de plus précieux et de commun comme critère de qualité du travail, a infusé au sein de ce collectif éparpillé au-delà des séances de travail. Cet outil et la question de sa modification ont finalement provoqué au sein de cette équipe une réflexion sur leur activité entière et sur leurs rapports à cet objet avec les chirurgiens. Durant la période où elles « subissaient » ce changement et les remontrances des chirurgiens en prime, elles ont tenté de ne pas se laisser rabrouer sans rien dire, elles leur ont expliqué le problème, elles ont expliqué aux chirurgiens leur impuissance au point que plusieurs d'entre eux ont envoyé leurs doléances à la cadre supérieure en prenant position pour les IBO/IBODE. Ce mouvement était totalement inédit. Ce sujet est venu, au-delà de lui-même, convoquer les chirurgiens, malgré eux, jusqu'à les mobiliser à agir pour prendre position. La cadre supérieure a fini par changer ces procédures et a opté pour les suggestions des IBO/IBODE qui avaient pensé le sujet jusque dans ses moindres détails. Il est notable que cette mobilisation autour de ce sujet, et plus généralement, autour de la question du métier, eût dynamisé les équipes et créé une atmosphère de communauté qui ne s'était pas vu de manières si probantes jusqu'alors. Nous pensons qu'il est nécessaire pour réparer ces collectifs et le travail qu'elles exercent, de renouveler ces façons de réfléchir la question de l'activité dans ces moindres rouages et surtout de permettre aux professionnelles de se réapproprier ces questions et leur modification pour qu'elles puissent reprendre en main leur métier tout entier.

14.4.2. Développer la posture des cadres pour améliorer le travail d'équipe

Nous avons pu constater que la posture de l'encadrement ne favorisait pas suffisamment un développement approfondi des questions relatives au métier d'IBODE. Les cadres demandent majoritairement aux IBO/IBODE de se soumettre aux « ordres » sans trop réagir. Lorsqu'elles ne se plient pas à cette consigne implicite, elles sont mal considérées et parfois une altercation peut émerger de ce contexte. Les IBO/IBODE, tout comme les infirmières dans les services d'ailleurs, sont très « encadrées » par leurs supérieures hiérarchiques et nous serions tentées de préciser : pas d'une manière forcément adaptée au métier et à ces professionnelles. Les IBO/IBODE sont, la plupart du temps, infantilisées et considérées comme des « petites filles » qui ne savent pas s'organiser ou qui cherchent à échapper à leurs obligations. Cette perception nous paraît injuste, erronée, voire inadaptée et ne correspond pas à ce que nous avons observé d'elles. Les IBO/IBODE ont plutôt le souci permanent de « bien faire » mais certaines sont souvent prises dans une forme d'agressivité contrainte qui les amène pour certaines, à réagir de la mauvaise manière à cette « condition » qui engendre quasiment systématiquement une sous-évaluation de toutes parts. Lorsque les IBO/IBODE exécutent précisément ce qu'on leur demande, elles n'arrivent pas à obtenir le crédit qu'elles devraient recevoir en retour. Les cadres pensent qu'elles doivent tout superviser et dans le volume d'activité qui est le leur, cela n'est tout simplement pas possible. Elles devraient « déléguer » un certain nombre de leurs tâches opérationnelles aux IBO/IBODE mais ne le font pas pour diverses raisons. Les cadres manifestent très souvent leur indisponibilité aux sollicitations qu'elles reçoivent. En revanche, elles partent de l'idée de vouloir être tenues informées d'absolument tout ce qu'il se passe dans leur service même si elles ne peuvent pas s'en occuper. Précisons que cette position est intenable en raison du volume d'activité que cela représente. Les cadres qui prennent le temps de répondre se retrouvent à avoir un temps d'action réduit sur les tâches qu'elles ont à faire qui n'impliquent pas directement les IBO/IBODE et finissent donc par être « noyées ». La position des cadres n'est vraiment pas facile et loin de nous l'idée de nous livrer à une critique simpliste de leur positionnement. Cependant, leurs agissements à l'égard de leur équipe doivent évoluer *a minima* parce qu'il ne pourra pas tenir de cette manière. Il asphyxie les équipes qui finissent par ne plus pouvoir supporter ces rallongements « inutiles » à leur activité dans ce contexte et, par ailleurs, il n'est pas supportable pour les cadres qui finissent par craquer sous le poids des tâches qu'elles n'arrivent pas à effectuer.

Il est fondamental que les professionnels, quels qu'ils soient, puissent se réapproprier leur métier sous toutes ses formes et pour cela, il est essentiel de les responsabiliser, à travers les tâches qu'ils ont à effectuer et surtout, d'organiser le travail pour qu'ils puissent s'autonomiser et ne pas avoir à solliciter les cadres à tous les instants parce qu'on ne leur donne pas les moyens de décider des choses qui pourraient aisément être déléguables. Ce mode d'organisation n'est pas très compliqué à mettre en place et à respecter. Il est d'ailleurs appliqué dans de nombreux autres secteurs que ceux de la santé. Dans les groupes de travail que nous avons conduit avec les cadres, nous avons pu noter qu'elles avaient toutes la volonté de bien faire, mais sans parvenir à s'harmoniser dans les façons d'y arriver. Chacune d'entre elles applique des méthodes différentes des autres. Ce faisant, les IBO/IBODE ne s'y retrouvent plus et elles ne savent plus quelles règles suivre. Des transformations aussi profondes prennent bien plus de temps que nous n'en avons eu pour les installer. Accompagner un changement de pratique aussi fondamental implique également de comprendre, avec les professionnelles, les raisons qui les poussent à agir de la sorte. Cela relève-t-il de la formation qu'elles reçoivent ? Des croyances avec lesquelles elles abordent la fonction d'encadrement ? Des deuils qu'elles n'ont pas effectués en quittant le métier d'infirmière pour aller sur un poste d'encadrante ? Des déceptions qu'elles ressentent au contact des écueils qu'elles traversent, provenant des décisions d'une institution qui ne sera pas forcément bienveillante avec elles ? Ou encore des « caprices » des

chirurgiens qui seront toujours présents dans la pratique de leur métier ? Autant de questions que nous n'avons pas pu, faute de temps, faute de disponibilité des cadres croulants sous les tâches et les contraintes, investiguer suffisamment et qu'il nous reste à développer pour envisager d'autres façons de travailler avec les équipes.

14.4.3. Instituer la question des critères de qualité du travail

Envisager une voie de dégagement et de développement par le travail est une entreprise qui se déroule à plusieurs niveaux. Il nous semble essentiel, comme nous l'avons précisé à de multiples étapes de cette thèse, de remettre le travail au cœur du dispositif des professionnelles en les amenant à réfléchir et à débattre ensemble des questions de métier et plus particulièrement des différents points de vue sur les critères de qualité du métier (Clot, 1995 ; 2008 ; 2010). Ce mode de réinsertion du travail au cœur d'une activité réflexive n'est pas une priorité des organisations du travail. On pourrait même dire qu'il n'est pas du tout envisagé que ça le soit au sein du monde du travail actuel. Nous l'avons rappelé grâce au texte de Raveyre et Ughetto (2003). Et pourtant, dans les quarante dernières années, nombreux ont été les chercheurs dans tous les champs du travail, psychologie, sociologie, gestion (Clot, 1995 ; 2008 ; Detchessahar, Devigne, Grevin & Stimec, 2012 ; Bonnefond, 2019 ; Dujarier, 2006), à dire à quel point il était fondamental de le faire pour optimiser le travail tel qu'il se déroule et lui permettre de produire à nouveau un développement des individus qui le réalise, ce qui s'est perdu au fil du temps. Cette question est finalement devenue, à notre grand regret, un sujet d'expert qui ne parvient pas à convaincre les organisations du travail.

Dans cette intervention, tout comme dans bien d'autres d'ailleurs, organiser ces groupes de discussion autour des critères de qualité du travail a été une démarche difficile à mettre en place, malgré le fait que l'intervention eut été souhaitée et soutenue par les instances dirigeantes de la structure et l'encadrement de terrain. On peut comprendre que se regrouper pour discuter, même du travail, plutôt que d'aller « charbonner » auprès des patients est considéré comme une démarche récréative et souvent superflue. Nous serions même tentées de dire que cela est considéré comme une récompense, comme un cadeau pour celles et ceux qui ont bien travaillé plutôt que de le voir comme une nécessité qui développera le métier et, à terme, le sauvera probablement d'une désertion, faute d'être « nourri » par celles et ceux qui le pratique au quotidien et qui en attendent un bénéfice développemental bien précis. Regrouper les professionnels pour discuter du métier revient à déséquilibrer le planning d'action sur le terrain et dans un contexte de pénurie de personnel, cela est un luxe et nous l'avons bien senti. Le problème n'est pas nouveau puisqu'il a déjà été précédemment décrit (Clot & Faïta, 2000). Cependant, dans notre cas, nous avons eu le soutien d'une équipe de cadres et nous avons pu largement réunir les IBO/IBODE. Cela nous souligne l'intérêt et la compréhension de la nécessité à travailler ces questions. Mais une fois les chercheuses parties du terrain, les choses se réinstallent comme elles étaient avant et le bénéfice de ce travail d'intervention semble s'éloigner. Lorsque nous sommes revenues sur le terrain pour une présentation, et ce quelques mois après être parties, les IBO/IBODE que nous avons croisées nous ont dit « l'ambiance au sein de l'équipe IBO/IBODE s'est dégradée... c'est encore pire qu'avant ! ». Cette petite phrase glissée au détour d'un rapide échange nous a fait comprendre que notre action n'avait pas pu se pérenniser au-delà de notre départ. Notre intervention avait apporté quelques bénéfices aux IBO/IBODE sans pouvoir atteindre un stade d'auto-alimentation du processus par les professionnelles elles-mêmes. Précisons que les discussions seules ne suffisent pas, comme nous l'avons démontré. Si les strates organisationnelles, celles de l'encadrement, ne s'ajustent pas aux découvertes du dispositif que nous proposons, en écoutant les professionnelles dire ce

qu'elles-mêmes découvrent en parlant entre elles du travail, alors il y a peu de chance pour que ces bénéfiques durent dans le temps. Nous pouvons dire que ce dispositif aurait probablement nécessité de durer plus longtemps et qu'il aurait dû pouvoir se pérenniser en devenant un rendez-vous régulier de l'équipe. Il aurait probablement fallu que nous fassions durer les groupes le temps que des bénéfiques profitent à toutes les strates de métier. Or, nous n'avons pas pu organiser les choses comme cela et cela fait également partie des interventions.

14.4.4. Un genre professionnel qui manque de répondant ?

Clot (Clot & Faïta, 2000) en faisait état il y a bien longtemps, le genre professionnel représente l'ensemble des données qu'un groupe professionnel va connaître, et se transmettre, pour savoir comment agir dans des situations professionnelles précises. Clot (2000) écrit :

« le genre est en quelque sorte la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, sans qu'il soit nécessaire de spécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente » (ibid., p.11).

Nous pouvons voir dans cette brève description la valeur et l'importance que représente ce genre professionnel. Il permet et favorise une unité ainsi qu'une harmonie dans les manières de faire le travail pour un groupe professionnel donné. Lorsque le genre professionnel n'est pas alimenté par les collectifs de travail, faute de pouvoir se réunir ou de discuter de ce que l'on fait, c'est l'exercice du métier dans son ensemble qui se voit entravé. Il en résulte des mésententes entre les personnes qui ne peuvent s'accorder sur les manières de faire les choses, et qui ont recours, comme le décrit Clot à « l'usage pathogène et nécrosé des idéologies défensives de métier » (2000, p.13). D'ailleurs, Clot (2000) précise que les conséquences délétères sont inévitables lorsqu'est « abandonné » le partage « des formes de vie en commun, réglées, renforcées par l'usage et les circonstances » (ibid., p.14). L'absence ou l'impossibilité d'alimenter et de développer le genre se répercute, selon Clot (2000), inévitablement sur l'action individuelle et c'est de cette manière que l'on peut voir apparaître sa fonction psychologique.

Ce rappel théorique basé sur la clinique de l'action qui est menée sur le terrain depuis de nombreuses années permet d'avoir l'étayage théorique nécessaire pour comprendre ce que disent et ce que font nos IBO/IBODE sur le terrain. La mise en partage des expériences individuelles sur le travail étant rendue impossible par l'organisation du travail, modifiée pour optimiser les cadences de travail, génère un assèchement du genre professionnel. Les répercussions de ce phénomène sont nombreuses. Pour en présenter quelques-unes, nous pourrions mentionner les suivantes :

Sur le plan individuel, les IBO/IBODE fraîchement entrées dans le métier se heurtent violemment à la réalité qui les confronte sans pouvoir bénéficier de l'expérience collective susceptible de les équiper pour mieux supporter cette violence, et surtout, pour savoir comment y réagir pour la désamorcer. Le genre équipe également les jeunes recrues pour éviter de s'égarer ou « d'errer tout seul devant l'étendue des bêtises possibles » (Darré, 1994 cité par Clot, 2000, p.14).

Les anciennes, de leur côté, se trouvent enfermées dans un « savoir » qui les étouffe puisque ce sont celles qui ont enduré depuis le plus de temps les effets pervers de la « condition »

professionnelle qui s'abat sur ce métier depuis qu'elles ont commencé à travailler. De surcroît, elles ne peuvent pas partager ce savoir et bénéficier, grâce à cette transmission, du développement d'une approche réflexive qui leur permettra de métaboliser ce qu'elles vivent et de prendre la distance nécessaire pour échapper à son versant le plus rude. Comme nous l'avons présenté dans les éléments cliniques, les IBO/IBODE, anciennes comme plus récentes, décrivent bien être dans cet état et surtout, ne pas arriver naturellement à en sortir.

Sur un plan collectif, on peut voir que le métier ne s'enrichit pas de nouvelles manières de faire découvertes par les professionnelles elles-mêmes. Nous constatons, en revanche, qu'elles sont fréquemment mises en difficulté par des changements prescrits par des supérieurs hiérarchiques concernant des manières d'effectuer le travail qui sont, elles, efficaces et opérantes. Ces prescriptions proviennent toujours de personnes qui ne sont pas du métier et qui ne travaillent pas directement sur le terrain.

Le cas des caddies est un exemple parfait de ce qu'il se passe lorsque le métier est mis à l'épreuve en excluant les professionnels à la manœuvre des réflexions et des modifications qui sont faites sur leur propre activité. Par ailleurs, nous avons vu la scission au sein du groupe professionnel et la violence qu'elle a provoquée sur l'ensemble de l'équipe. Ce type de discordance apparaît uniquement lorsque le genre professionnel est appauvri. Enfin, les chirurgiens ne pourraient pas autant « maltraiter » les IBO/IBODE si le genre professionnel était plus nourri. Une strate collective plus importante ferait référence et équiperait les jeunes tout autant que les anciennes face à ces formes de brutalité professionnelle.

Dernier point, l'efficacité du travail s'en trouverait également améliorée puisque l'intelligence collective serait mise à profit du gain de temps pour effectuer « le geste utile ». L'organisation du travail serait assouplie et optimisée de l'intérieur. Nous pensons que les strates hiérarchiques et tous les aspects du travail réalisé pourraient en profiter et s'en trouveraient enrichi.

On peut voir à travers ces quelques exemples l'intérêt et les bénéfices générés par une « re-création » des collectifs de travail. D'une part, la consolidation du métier s'en verrait facilitée, suscitant une plus forte adhésion chez les jeunes et surtout un équipement leur permettant de savoir comment faire face aux dimensions les plus rudes du travail. Se faisant, l'enrichissement de la strate sociale du travail en bénéficierait également, alimentant le collectif et l'entente entre les professionnelles. Lorsque les personnes trouvent individuellement le « diapason » du travail formé par le genre professionnel, elles se trouvent en position renforcée pour « y tenir, à tous les sens du terme » (Clot & Faïta, 2000, p.13).

En conclusion, il nous paraît possible de considérer le travail des IBO/IBODE dans les blocs opératoires comme une condition. Nous avons détaillé précisément comment cette condition participe à produire de la violence brute, de la violence symbolique, de la violence dans la considération professionnelle tout comme de la violence dans les façons de se comporter avec ces professionnelles. Pousser la réflexion de cette manière nous conduit à nous demander comment un rôle professionnel peut être maintenu dans ces considérations. Ces définitions cumulées aux caractéristiques d'un métier dont la « condition » va orienter aussi profondément les manières de le réaliser nous amènent à réfléchir à d'autres métiers féminins qui tombent sous le même sort. Précisons que ces autres métiers sont également des métiers majoritairement exercés par des femmes, ce qui est un critère qui nous paraît essentiel à considérer. Par ailleurs, ces métiers sont souvent placés dans une hiérarchisation des rôles où ces femmes doivent fournir des ressources à d'autres métiers, souvent masculins, mais pas uniquement effectués par des hommes, tout comme les infirmières sont situées à l'égard du travail des chirurgiens. Nous

serions tentées de rapprocher le métier d'infirmière de celui d'assistante administrative, de celui d'assistante sociale ou des métiers du *care*. Pour être rigoureux, cette comparaison et ce rapprochement nécessiteraient d'être proprement réalisés, ce qui n'est pas le cas dans cette partie. Nous nous contenterons de cette hypothèse faute d'avoir les éléments concrets pour avancer dans cette réflexion.

15. La violence comme caractéristique fonctionnelle du métier

15.1. Une violence endémique et empirique

Ce chapitre reprendra les éléments que nous avons présentés à travers les différentes parties de la thèse, la revue de question ainsi que les chapitres concernant les matériaux cliniques et leur analyse, et sera construit comme une synthèse nous permettant de discuter notre point de vue sur cette question précise.

Nous avons pu établir dans notre revue de question que la violence faisait partie intégrante de la chirurgie (opérer est un acte violent) et qu'elle est particulièrement condensée dans les blocs opératoires (la violence verbale et comportementale se retrouve dans les moindres interactions). La violence des chirurgiens pourrait d'ailleurs provenir du rapport au sang, symbole de violence, qu'ils « font couler » qui leur procurerait un sentiment de puissance et un caractère « sacré ». Par ailleurs, la violence verbale serait un genre de discours (Clot, 2000 ; 2008) intégré au genre professionnel de la chirurgie. On peut donc qualifier la violence, dans cet environnement de travail, d'endémique.

Nous avons décrit que la violence faisait partie du contexte de formation des médecins et plus spécifiquement des chirurgiens. Elle est érigée en signe d'appartenance du métier, ce qui l'établit comme faisant partie du genre professionnel (Clot, 1995 ; 1999 ; 2008). La violence présente dans le comportement des chirurgiens pourrait provenir d'un excès d'assurance et d'un sentiment de supériorité à l'égard des autres métiers. Elle caractérise des traits de caractère spécifiques aux chirurgiens. On parle d'attirail comportemental. Par ailleurs, être capable d'endurer soi-même de la violence à travers diverses formes fait partie des « qualités » attendues, et très appréciées, d'un chirurgien par les chirurgiens seniors. Les chirurgiens s'illustrent d'ailleurs, sur le terrain, dans des « joutes verbales » qui génèrent une ambiance de provocation permanente. Ils sont décrits comme étant agonistiques.

Nous avons vu que l'usage de la violence dans l'apprentissage du métier de chirurgien est le signe d'une rigueur et d'une recherche de perfectibilité. Ces deux attributs concourent à les prémunir contre les risques qu'ils pourraient faire encourir à leurs patients en les opérant sans ces caractéristiques. Cependant, l'action d'opérer implique une « répression » des corps qui seront dédiés à l'opération au détriment de leur fonction biologique (manger, boire, éliminer), mécanisme violent en soi. Lorsque l'on est particulièrement performant dans l'endurance à ces « privations », on démontre des « atouts » notables et appréciables envers les exigences de la profession.

Une mise à distance du patient est soigneusement organisée pour réduire la quantité d'affects ressentis par le chirurgien à son égard, ce qui risquerait d'être entravant pour l'action opératoire. Il s'agit de « dépersonnaliser » le sujet ou de le « déshumaniser » pour qu'il soit « réduit » à un organe à opérer. Cette transformation du patient est souvent ressentie comme violente par le patient et par les équipes d'infirmières qui en sont témoins. En conséquence, parler aux patients avant ou après l'opération n'est pas une étape très prisée par le chirurgien, autre point violent

pour le patient qui est souvent en demande d'information ou d'explication. Il reviendra à l'infirmière de le faire, lorsque nécessaire, ce qui pourra provoquer la frustration du patient et donc son éventuelle agressivité à l'égard de l'infirmière. Éviter la compassion et l'empathie participe du même processus pour les chirurgiens. L'absence de ces deux caractéristiques rend plus fréquent l'usage de la violence, car la censure morale disparaît avec la disparition de ces deux attributs orientés sur « l'autre ». Cependant, la présence, parfois inévitable, de signes « somatiques » comme transpirer par exemple révèle la présence d'une sollicitation affective à laquelle le chirurgien choisit de ne pas prêter attention. Une forme de dénégation est donc à l'œuvre pour maintenir le système défensif du chirurgien qui invite à renier la présence des affects. Ce mouvement est violent psychiquement pour le chirurgien sans même qu'il en soit conscient. De même, lorsque les chirurgiens sont agacés par les sollicitations des patients ou de leurs familles, cet affect révèle qu'une défense est sollicitée. Ce qui permet de faire un lien entre les comportements violents des chirurgiens et les réactions psychiques inconscientes face aux menaces des défenses professionnelles construites. L'insensibilité générée par la distanciation des chirurgiens envers les patients est le signe visible de défenses professionnelles. Elles sont plus solides lorsqu'elles sont maintenues collectivement, ce qui donne lieu à des moqueries collectives sur les patients lors des réunions de service. Ces mouvements psychologiques permettent la mise à distance symbolique du patient, l'évitement de tout élan empathique à son égard de même que le maintien de défenses solidifiées grâce à l'adhésion collective. Là encore, nous pouvons mettre en lien l'attitude ou le comportement extérieur violent et les mouvements psychiques produits par la présence des défenses professionnelles issues de la pratique du métier, elle-même violente.

Concernant l'action que l'usage de la violence aurait sur les chirurgiens, nous avons pu mettre en évidence qu'elle permettrait aux chirurgiens d'évacuer les tensions qui les envahissent pendant l'opération et de combattre la fatigue éprouvée sur la durée grâce à l'effet stimulant produit par l'expression de la violence (sécrétion d'adrénaline). Par ailleurs, lorsqu'elle est directement adressée à des collaborateurs, l'usage de la violence va « agir » directement sur les personnes de la salle, notamment en les contraignant à maintenir une vigilance permanente sur le déroulé opératoire. La violence envers les infirmières peut prendre sa source dans une forme de mépris systématique et s'incarne par le fait de ne pas tenir compte de ce qu'elles disent, et de ce qu'elles demandent, ou par le fait de leur asséner de fréquentes attaques et des reproches. Les réactions des infirmières face à ces « traitements » varient en fonction de leur ancienneté dans le métier. Dans tous les cas, cette confrontation produit toujours une remise en question aux infirmières (sentiment de culpabilité) et les conduit à redoubler d'attention sur la « prestation » qu'elles fournissent au chirurgien pendant l'opération. Nous pourrions dire qu'elles renforcent leur efficacité grâce à cette culpabilité. Précisons que les infirmières minimisent toujours la gravité de ces comportements qui font partie de leur quotidien. Nous avons également vu que la violence exprimée par les chirurgiens envers les infirmières peut être liée au sentiment de sécurité que le chirurgien peut éprouver lorsqu'il ne connaît pas l'équipe en salle. Exposer l'infirmière à de la violence lui permet également de « tester » sa fiabilité et d'évaluer ce qu'il peut attendre de sa part en retour dans des situations stressantes. En revanche, lorsque les équipes se connaissent, les défenses s'assouplissent. La violence peut donc diminuer lorsque les personnels ont l'habitude de travailler ensemble.

Le métier de chirurgien est majoritairement un métier masculin et il l'est depuis sa création. Ce point est actuellement en mouvement, car les femmes y sont de plus en plus représentées. Ce métier érige malgré tout historiquement ses lettres de noblesse sur des valeurs de virilité et tend à être en conflit, tout comme à « attaquer », ce qui est féminin. Ce trait constitue, en lui-même, l'expression d'une idéologie défensive de métier. En cela, combattre les traits de caractère

féminins, et les personnes qui les incarnent serait une manière de protéger des défenses psychologiques qui permettraient d'outrepasser les dimensions affectives de l'activité. Ce faisant, les chirurgiens produiraient de la violence par « instinct de survie », dédié au maintien de leurs défenses. Les blagues sexuelles ou sexistes visent le même objectif et seront vécues comme une forme de violence par les métiers connexes de même que par les femmes en général. En dehors des considérations défensives, nous avons mis en évidence que les chirurgiens doivent pouvoir mobiliser une dimension « sadique fantasmatique » dans l'exercice de leur activité afin de pouvoir réaliser des tâches violentes qui sont celles de l'opération à proprement parlé, sur le corps de leurs patients. On parle de « sadisme secondaire ». Ce point se cumule à la démarche virilisante chargée de maintenir les défenses professionnelles, ce qui évite de ressentir la peur. On parle alors de « défolement viril ». Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces deux dimensions concorderaient à diriger les chirurgiens dans des attitudes relevant d'une forme de violence à l'égard de toute personne qui ne serait pas de leur métier. Le but recherché est de bien pouvoir opérer, la violence produite de même que la souffrance engendrée ne sont qu'un moyen pour y parvenir.

Sur un autre volet, nous avons vu que perdre un patient est une réalité violente pour le chirurgien. Le recours à l'humour noir a été identifié comme une stratégie de défense afin de permettre aux chirurgiens de surmonter cet échec. On peut faire un lien entre l'usage décalé d'un comportement (humour noir) et une situation grave (la perte d'un patient). Le décalage perçu par les autres métiers entre la réalité de perdre un patient et l'usage d'un humour, même cynique, est traduit et ressenti comme une forme de violence comportementale.

Du côté des personnes situées « aux premières loges » de l'activité des chirurgiens, nous pouvons observer des mécanismes psychologiques « de réaction » de la part des infirmières qui reçoivent la violence des chirurgiens ou qui y sont exposées en se trouvant à une place privilégiée de témoin. Ces mécanismes sont représentés par des antagonismes permanents entre les positions prises et les ressentis exprimés par les infirmières. Par exemple, elles sont « déférentes » et attentionnées envers les chirurgiens. Elles s'effacent devant eux, renient leurs propres besoins, mais s'en plaignent dès qu'on aborde le sujet avec elles et sont virulentes sur ce qu'elles leur reprochent. Les infirmières font donc la démonstration d'un processus psychique leur permettant de supporter les violences dont elles font l'objet. Elles se décrivent comme étant habitées par une combinaison de haine et d'admiration envers les chirurgiens. Dans les moments de regroupement entre elles, elles tournent en dérision et se moquent des chirurgiens et de leur manie ou défaut. Ce faisant, elles « domestiquent » le réel de la situation et ramènent à une condition « humaine » leurs tyrans qui se placent d'habitude en position de supériorité envers elles. Il s'agit probablement d'un processus sublimatoire qui subvertit les dimensions négatives de l'expérience du travail en une réalité acceptable et supportable. Par ailleurs, lorsqu'elles sont exposées à des comportements violents des chirurgiens, elles en minimisent la gravité et affirment qu'ils ne pourraient opérer s'ils agissaient autrement. Ce processus permettrait de rendre acceptables et supportables les comportements outranciers des chirurgiens. La rage ressentie par les infirmières serait dissipée dès qu'elles seraient en mesure de trouver une explication à ces comportements ou à les pondérer par une admiration très forte envers leur savoir-faire. Nous pouvons dire qu'il s'agit d'un processus de régulation de la violence et de ses effets.

La violence d'un côté, tout comme le déni de cette violence de l'autre, constituerait deux formes de défenses collectives professionnelles produites par les deux groupes de métiers concernés. La violence correspondrait à l'expression d'une force virile étayant le déni du risque nécessaire pour opérer sans ombre pour le chirurgien. Le déni de cette violence permettrait aux infirmières

de les protéger de la souffrance provoquée par plusieurs dimensions de leur activité : le risque de souffrance éthique, réaliser des tâches irréalisables, tenir le rythme d'une hyperactivité institutionnalisée soutenue par l'organisation du travail de même que la déstructuration du métier générée par la mutualisation et la polyvalence.

Les infirmières sont dans leurs caractéristiques féminines considérées comme vulnérables, notion qui menace le maintien des stratégies défensives des chirurgiens et qui provoque, chez eux, des réactions violentes pour, d'une part, entretenir l'écrasante hégémonie d'une puissance virilisante et, d'autre part, combattre le fait qu'elles soient là pour « prendre soin d'eux » alors qu'ils ont besoin d'elles et de « leurs services » pour travailler. Cette situation pose le paradoxe structurel dans lequel se trouvent les chirurgiens qui, mobilisés par des défenses menacées, rigides et agressives, se retrouvent en proie à des comportements violents. Dans cette idée, reconnaître le travail des infirmières reviendrait à menacer les défenses viriles des chirurgiens. Les infirmières développent donc des savoir-faire discrets et travaillent sans se faire remarquer pour ne pas prendre le risque de déclencher chez les chirurgiens des attitudes violentes. C'est une marque caractéristique de ce genre professionnel. Les chirurgiens, tout comme les infirmières, seraient en proie à des mouvements psychiques antagonistes. Nous faisons l'hypothèse que ces antagonismes sont directement en lien avec la conscience qu'ont les chirurgiens du fait que l'usage de la violence est permanent et qu'il représente en soi un fait « répréhensible » moralement qui fait souffrir inévitablement ses destinataires.

15.2. Conclusion : dimensions et portée de la violence endémique et empirique

Pour conclure sur ces éléments et résumer les points émergents de ces descriptions, nous pouvons voir que la violence fait partie intégrante de la chirurgie depuis son origine, son parcours de formation, ses usages en salle, ses interactions avec les autres métiers. Nous pouvons donc parler de violence endémique dans le monde de la chirurgie.

Opérer implique, par ailleurs, pour le chirurgien, une mise à distance du patient, de ses ressentis affectifs et physiologiques et des autres dans leur travail. Nous pouvons donc dire que la violence est une conduite inéluctable pour l'exercice de la chirurgie.

Nous avons pu relever que l'action d'opérer est une fonction violente en soi qui suscite la présence de nombreuses défenses professionnelles. L'usage de la violence verbale et comportementale est l'expression principale de la sollicitation de ces défenses professionnelles.

Sur le flanc positif, nous pouvons donc conclure que la violence a quelques bénéfices, et non des moindres, pour le chirurgien. Nous avons relevé que l'usage de la violence permet une régulation de la fatigue et des tensions éprouvées pendant l'opération pour le chirurgien. Par ailleurs, nous avons identifié qu'elle permettait également de contraindre les autres métiers à produire une efficacité soutenue pendant l'opération. En outre, sur les infirmières, l'usage de la violence permet au chirurgien de la tester en situation de stress pour voir s'il peut « compter » sur elle pendant l'opération.

Nous avons postulé que le métier de chirurgien était construit sur des défenses professionnelles dont l'expression principale était la violence verbale et comportementale. L'idéologie défensive de métier qui soutient ces défenses professionnelles conduit les chirurgiens à « attaquer » tout ce qui est féminin pour toutes les caractéristiques que cela engendre (douceur, *care*, sensibilité,

etc.) dans le but de protéger ces défenses. De plus, le sadisme secondaire porte, chez les chirurgiens, la capacité à produire les actions qui permettent d'opérer (couper, percer, faire saigner, coudre, etc...). Sa présence crée une levée partielle de la censure et banalise l'usage de la violence dans la mesure où elle dessert un objectif aidant à l'opération.

Les infirmières font, elles aussi, l'objet de défenses professionnelles spécifiques à leur profession. Elles se signalent par des mouvements antagonistes permanents entre les ressentis éprouvés d'un côté et les positions prises de l'autre envers les chirurgiens. Ces défenses les conduisent à ne pas réagir face aux comportements violents voire à les minimiser. Nous pouvons dire qu'elles constituent, par la même occasion, un processus de régulation des violences et de leurs effets.

La violence (chez les chirurgiens) et le déni de cette violence (chez les infirmières) sont deux manifestations qui se produisent comme une réaction en chaîne perpétuant cet usage qui prend sa source dans le métier de la chirurgie. Il s'agit dans les deux cas de défenses collectives produites au contact de l'activité de chirurgie.

Nous avons démontré de quelle manière la violence faisait partie du monde de la chirurgie de façon quasiment identitaire. Disons plutôt qu'elle relève de son genre professionnel (Clot & Faïta, 2000). Précisions, néanmoins, que la violence se déploie avant tout dans le cadre de la réalisation de l'activité de travail. Nous avons, tout au long de ce travail, apporté les éléments qui nous permettent de soutenir la thèse d'une violence fonctionnelle qui serait présente dans la réalisation de la chirurgie. Cette dernière partie nous permet de démontrer, de manière ramassée, comment elle se manifeste, de quelle manière elle organise l'action de travail ainsi que la régulation des processus dysfonctionnels qui viennent la perturber et enfin comme elle orchestre le fonctionnement des métiers, dans la réalisation de leurs tâches, ainsi que dans la réponse fonctionnelle qu'ils s'apportent mutuellement.

Regardons maintenant les éléments apportés par le film que nous avons utilisé pour voir de quelle manière les matériaux cliniques qu'ils contiennent complètent la description des processus sous-jacents à l'usage de la violence verbale des chirurgiens que nous avons cherché à préciser dans les chapitres précédents.

15.3. Une violence provenant de la rencontre avec l'imprévu de l'activité

Dans l'analyse du film à laquelle nous nous sommes attelés, nous pouvons observer que la violence des chirurgiens s'incarne dans le style verbal qu'ils utilisent pour s'adresser aux autres métiers présents dans la salle (IBO/IBODE, IADE, interne en chirurgie). Directivité, fermeté, usage de gros mots, de jurons, insultes font partie de du style langagier utilisé pour diriger l'interne. La directivité et la fermeté sont également utilisées pour s'adresser aux infirmières de bloc. Les registres linguistiques utilisés avec l'IADE sont différents, mais tout aussi brutaux puisque le chirurgien fera l'usage de moquerie, d'humiliation, de cynisme et de sarcasme. Les interactions avec l'interne sont pondérées par des mots d'encouragements et de soutien. Les échanges avec l'IADE sont, au début, tenus dans un style plutôt familial avec l'usage de surnom tel que « mon p'tit chou ». Les échanges avec les infirmières restent globalement stables et distants tout au long de l'intervention sauf lorsque la circulante manifeste de l'inquiétude à la vue de la compresse insérée « dans le patient ». Le chirurgien n'hésite pas à, finalement, se montrer rassurant avec elle. Nous pouvons voir que pour les trois destinataires suscités, les

variations des styles langagiers suivent le cours de l'intervention. Ce sont les situations rencontrées sur le site opératoire qui font « basculer » le chirurgien d'un état cordial, aimable ou sympathique à des réactions subséquentes, brutales et violentes.

Lorsque l'interne fait un point de suture qui ne résiste pas à la pression du serrage, le chirurgien n'hésite pas à le « bousculer » pour qu'il quitte la place de pilote des manettes de coelioscopie et ainsi s'y mettre pour prendre en main la situation. Sa façon de s'adresser à lui devient plus expéditive et brutale. Tous les arguments sont réunis pour que la situation soit récupérée par le chirurgien (le patient saigne, il est en ambulatoire et devra sortir de l'hôpital en « bon » état). Cependant, la forme linguistique utilisée est fulgurante, violente et brutale.

Au-delà des formes linguistiques utilisées par le chirurgien, la violence qu'utilise ce dernier peut s'incarner dans d'autres manières de faire ou de se comporter comme le silence. Lorsque les infirmières tentent d'effectuer le compte des compresses, les chirurgiens ne réagissent pas à leurs demandes. Ils ne disent rien comme s'ils feignaient de ne pas avoir entendu. À plusieurs reprises, la circulante annonce à voix haute le décompte des champs et elle n'obtient, en retour, que du silence. Ce silence véhicule en lui-même une violence par la négation du rôle et des tâches que tente d'effectuer l'infirmière alors que le sujet en question concerne la sécurité du patient et qu'il est essentiel pour l'opération.

Une autre forme de violence peut être localisée dans les reproches que fait le chirurgien sur le matériel défectueux. Lorsqu'il se plaint auprès de l'interne en lui disant que « c'est pire que l'ex-Yougoslavie » ou que « c'est à pleurer », les infirmières semblent réagir comme si le reproche leur était adressé. On peut ressentir la violence éprouvée par les infirmières dans ces attaques indirectement adressées. Une virulence est également contenue dans le désarroi ressenti par le chirurgien à l'idée d'exercer dans ces conditions. Les infirmières deviennent, dans ce cas, les dépositaires d'une plainte adressée indirectement par le chirurgien à l'institution.

Nous pouvons constater que les montées en colère qu'exprime le chirurgien sont toutes liées à des motifs concernant l'activité qui se déroule dans la salle ou plus particulièrement les contrariétés qui vont entraver la poursuite de sa propre activité. Le bip qui sonne longtemps sans être pris par la circulante est le premier motif d'énervement. Le second concerne le patient à l'extérieur de la salle qui s'oppose à son opération si elle n'est pas effectuée au robot. Les autres, de moindre intensité, concerneront le matériel défectueux ou le fait que le point de suture réalisé par l'interne cède sous la pression et qu'il faille intervenir pour stopper le saignement.

Nous pouvons donc établir un lien évident entre les manifestations affectives qui déclenchent l'expression d'émotions vives et colériques et la réalisation de l'activité opératoire et ses imprévus. Par ailleurs, nous avons noté que lors des échanges avec les IADE, les propos tenus par le chirurgien, violents dans le fond, mais pas dans la forme, accompagnaient également le déroulé de l'intervention. On peut donc confirmer l'hypothèse qu'il y a un lien étroit entre les fluctuations émotionnelles et affectives ressenties et exprimées par le chirurgien et l'expression d'une violence, de fond, tout comme de forme.

Certains propos virulents du chirurgien sont également motivés par des réactions propres aux conditions organisationnelles qui les desservent. Le fait de ne pas toujours avoir d'infirmières instrumentistes avec eux pour opérer par exemple alors que les anesthésistes ont toujours des infirmiers anesthésistes pour les suppléer. Un autre exemple peut être compris dans la qualité du matériel utilisé qui parfois peut évoquer au chirurgien le fait d'être dans une situation pire

que « l'ex-Yougoslavie », ce qui n'est, au fond, probablement pas le cas. En tout cas, c'est le ressenti exprimé par le chirurgien sur ce sujet.

15.4. Conclusion : une violence fonctionnelle sur l'activité du chirurgien et celle des autres métiers

En conclusion, nous pouvons dire que les registres langagiers qui ne s'illustrent pas dans une forme de violence directe ou indirecte sont l'encouragement, pour l'interne, les surnoms familiers pour l'IADE, les marques d'appréciations des suggestions pertinentes de la circulante. Ces dimensions « positives » dans l'usage du langage sont toutes utilisées dans des situations où le chirurgien cherche à soutenir l'activité de ses destinataires pour qu'elles se maintiennent dans une certaine opérationnalité. À deux reprises, le chirurgien se montre « rassurant » avec ses destinataires. Lorsque l'interne casse le point de suture et fait saigner le patient et lorsque la circulante s'inquiète de la demi-compresse dans le patient. Dans ces deux cas, le chirurgien cherche à « maîtriser » les réactions et donc les actions de ces destinataires.

En revanche, il semble que ces formes linguistiques ne permettent pas au chirurgien de soutenir des « réponses » suffisantes à la réalité exhaustive des opérations chirurgicales dans cette discipline à savoir la rencontre avec l'imprévu qui va déséquilibrer la situation de plusieurs manières. Comme nous l'avons mis en avant, les éclats de colère les plus virulents du chirurgien sont tous générés par la rencontre avec des événements contrariant sa propre activité et venant se poser comme un risque compromettant la poursuite de l'opération. Dans ces cas, la colère soutient plusieurs objectifs. Elle « évacue » le stress qu'éprouve le chirurgien dans la situation pour le faire revenir à une stabilité compatible avec la poursuite de l'opération. Il se trouve qu'elle permet à chaque fois de lui faire reprendre le fil d'une réflexion « normale » et qui lui permet de trouver des solutions. Elle lui permet d'agir sur les autres métiers afin qu'ils s'ajustent à lui pour être efficaces dans la situation de « crise » rencontrée. Le chirurgien s'en servira également pour délivrer des messages s'apparentant à des plaintes concernant l'organisation du travail qui sont adressées à l'institution par l'intermédiaire des infirmières de bloc. Cet adressage est bien entendu symbolique, car les infirmières ne pourront pas y trouver de solution à elles seules. En revanche, elles pourront certainement relayer ces plaintes à leurs cadres et cette hiérarchie pourra soit essayer d'y trouver momentanément une solution, soit elle relatera, à son tour, ces informations à d'autres instances. Nous pouvons donc voir dans cette plainte indirecte la recherche d'une action sur une autre instance que celles présentes dans la salle.

Nous pouvons donc porter ces éléments, issus de l'observation et de l'analyse des interactions tenues dans le film, à l'actif de la thèse soutenant l'idée d'une violence fonctionnelle dans l'activité chirurgicale opératoire.

Conclusion

Nous avons cherché à présenter, dans le récit de cette intervention, les éléments qui ont jalonné son déroulé jusqu'à son interruption. Le dispositif d'intervention que nous avons réalisé sur le terrain s'est avéré très dense et dans le même temps, il nous est apparu comme insuffisant pour restaurer les dimensions dégradées du métier d'IBO/IBODE. Cependant, et au-delà de la durée de l'intervention, nous avons touché, comme l'ont décrit Raveyre et Ughetto (2003), un « impensé » du monde hospitalier qui n'est autre que la capacité à réfléchir, à discuter et à envisager les questions de l'organisation du travail. Et si la question du travail rencontre autant de difficulté à être abordée, qui plus est en présence des personnes qui réalisent le travail concrètement, c'est probablement en raison du fait que les professionnels s'arrangent toujours pour arriver à atteindre les objectifs qu'on leur assigne, avec en conséquence, les dégradations psychiques et physiques que nous avons décrites scrupuleusement à travers la revue de littérature et nos analyses de terrain.

Nous touchons, grâce à ce point, l'ambivalence que nous avons si souvent observée et décrite concernant différents professionnels des blocs opératoires. L'action d'intervenir extérieurement, qui plus est de chercheur spécialisé dans des disciplines touchant au travail concret, est sollicitée avec une portée qui nous paraît finalement très largement limitée. Organiser des groupes de discussion ou d'analyse avec les professionnels est accepté, tant que les sujets ne sortent pas des « périmètres » établis. Lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de l'organisation du travail ou de permettre aux professionnels d'exprimer ce qui leur semble pertinent pour que leur travail ait plus de sens, les choses se compliquent, la parole devient alors un produit inflammable. Nous avons conscience qu'il n'est pas évident de concevoir les organisations du travail autrement qu'elles sont établies lorsque nous démarrons une intervention ni qu'il soit simple pour des instances directrices de laisser une équipe de recherche extérieure mettre ce sujet en discussion. Mais si nous souhaitons pouvoir agir positivement sur les environnements de travail et leurs organisations afin de les revitaliser, nous devons impérativement en passer par le débat autour de ces questions au sein même des institutions avec les personnes qui effectuent le travail quotidien sur le terrain et ceux qui décident de leur ergonomie organisationnelle.

Rappelons la vision précieuse décrite par Canguilhem (2002) « je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles » (ibid., p.68). En considérant que cette façon de concevoir le monde du travail, et de l'activité, permette de soutenir la santé au travail, de même que son efficacité, deux notions qui semblent inévitablement liées, alors il paraît plus simple de comprendre pourquoi, et de quelle manière, ces éléments ne font plus partie de l'équation rencontrée par les infirmières de bloc dans le milieu hospitalier, pas plus qu'à leur niveau, différent malgré tout, les chirurgiens. Les perspectives de discussion autour d'une manière de concevoir l'organisation du travail en partant du terrain d'exercice des professionnels, qui plus est, avec leur concours, permet de rejoindre, ou au moins de tendre vers, cette définition de la santé au travail. Comme le dit Clot (2021), « l'homme ne peut se contenter de vivre dans le milieu qu'on lui fait. Dans ces conditions, au mieux, il y survit. S'il se trouve interdit de produire, à son initiative, du milieu pour vivre, et surtout, mis en échec durable sur ce plan, "il en fait une maladie" (Fernandez, 2009, cité par Clot, 2021, p.248) ». Cette notion de « maladie » a fait partie de ce terrain depuis le départ puisqu'à l'origine de la demande que nous avons reçue concernant ce bloc opératoire, la question du suicide d'une infirmière était déjà présente. Fort heureusement, ce cas fait partie d'une exception concernant ce bloc tout comme, d'ailleurs, la question des suicides au travail ou liés au travail ne représente pas la plus large part des troubles rencontrés par les salariés dans leurs milieux de travail. En revanche, d'autres formes, moins retentissantes, de manifestations attestent du fait que les professionnels sont dans des espaces

de plus en plus restreints et contraints. Dans le cas des blocs opératoires, la question de la désertion du poste d'infirmière de bloc se pose très largement. Les arrêts de maladie sont en large progression. La question des tensions au sein des équipes n'y fait pas exception. Un des points qui nous a semblé très représentatif du déséquilibre ressenti sur le terrain est le fait que les infirmières qui sont formées grâce à un financement de l'hôpital n'y restent pas, pour la plupart, au-delà du délai obligatoire. Il nous semble que recréer un univers professionnel épanouissant dans lequel les infirmières puissent travailler efficacement ne serait pas une perspective rebutante. De plus, nous avons réussi à produire des mouvements professionnels positifs pour ce groupe d'infirmières de bloc pendant notre présence sur le terrain qui ne semblent, malheureusement, pas avoir duré au-delà de notre départ. Cependant, lorsque nous avons traité de la question des caddies et de leur contenu avec les IBO/IBODE, nous avons pu voir la vitalité que ces discussions ont produite sur le groupe de professionnelles, de même que sur le développement du métier. Le sujet a été très fédérateur au sein de l'équipe et pendant un temps, les conflits interpersonnels ont été majoritairement laissés de côté. C'est bien ce type de dynamisme que les discussions sur le travail concret permettent de générer à une équipe en difficulté. Cet élan, que nous avons cherché à impulser au sein de cette équipe n'avait donc pas, semble-t-il, tenu au-delà de notre départ et la situation relationnelle au sein de l'équipe nous a été décrite, par la suite, comme ne s'étant pas stabilisée. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est dû au fait de n'avoir pu l'installer suffisamment convenablement. Par ailleurs, nous ne pouvons exclure que les circonstances exceptionnelles de démarrage rencontrées lors de cette intervention aient certainement nécessité que nous la prolongions. Ces choses se réfléchissent et se voient, la plupart du temps, dans l'après-coup. Notre cas n'y fait pas exception.

La violence a donc été un sujet central, présent tout au long de cette intervention et, nous l'avons vu et mis en exergue à travers l'ensemble de ce texte. Il nous semble qu'elle ruissèle au sein de cet environnement de travail et des métiers qui le composent depuis sa création. Depuis lors, elle est entretenue par de multiples plans comme celui des politiques de gestion hospitalière ou la sphère organisationnelle. La violence persiste également par son usage et grâce à ce qu'elle permet aux chirurgiens d'accomplir dans l'exercice de leurs diverses missions. Cependant, l'acte violent est et reste une manière monologique de résoudre un problème. Elle crée les conditions qui rendent le chemin du dialogue difficile, voire impossible. De ce fait, il agit comme un enfermement, ou comme une boucle fermée. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'au-delà des chirurgiens, la violence sert à d'autres. Nous n'avons pas les matériaux pour soutenir cette hypothèse en dehors de notre expérience de visiteur au sein de ce bloc opératoire.

Nous pourrions dire, comme nous l'avons si souvent entendu, qu'il faudrait commencer par tenter d'éradiquer la violence des chirurgiens. Cet objectif ne peut être entendu comme étant réaliste si nous prenons compte de ce que nous avons cherché à mettre en avant dans nos analyses cliniques. En effet, nous avons pu voir l'ensemble des prismes et des sources que regroupe l'usage de cette violence pour le groupe des chirurgiens. Elle revêt une dimension identitaire du corps professionnel des chirurgiens et sonne comme un mode de ralliement à ce groupe professionnel. Elle leur permet d'agir sur leur activité, mais également sur celles des autres métiers présents en salle d'opération. Elle est un moyen de créer un diapason collectif de l'activité opératoire. Enfin, elle régule les tensions rencontrées par l'opérateur principal (le chirurgien) et lui permet de tenir les exigences de la réalisation de l'activité. Nous pouvons voir en cela les multiples dimensions de l'usage de la violence, ces fonctions plurielles et fonctionnelles qui la rendent difficilement substituable. Nous ne cherchons absolument pas à minimiser ou à justifier les dimensions critiques et délétères que cet usage produit.

Nous pourrions également tenter de mettre « dans le viseur » tous les gestes « élémentaires » de violence que l'on trouve dans chacun des corps de métier de cet environnement de travail où la violence constitue une trame de rationalités qui finissent par se répondre les unes aux autres. L'enjeu d'une intervention en clinique de l'activité est, il nous semble, de trouver le fil pour détisser cette trame. Il s'agit bien de trouver un fil et cela n'est pas toujours une chose facile à faire. Cette ambition nécessite le concours des professionnels, mais également des instances commanditaires des interventions. C'est, en tout cas, ce que nous avons tenté de faire avec nos différentes approches et tentatives. C'est aussi l'esprit de ce que nous destinons aux professionnels de ce terrain en leur proposant cette compréhension de la violence ambiante qu'ils subissent ou dont ils sont à l'origine, qui est à concevoir comme l'articulation de cette violence sociale et des dimensions subjectives des fonctions « pour soi » de cette violence, dont d'une certaine façon ils profitent en même temps qu'il la produit, dans le cas des chirurgiens. Nous pensons que prendre conscience de cette ambiguïté de la violence pourrait être un chemin pour produire l'effort de renouer avec le dialogue, car il s'agit bien d'un effort. Nul domaine ne peut s'abstraire de cette question. Nous avons parlé des chirurgiens. Nous pourrions parler aussi des domaines de la gestion que nous avons peu cités dans cette thèse, alors qu'ils pèsent très fortement sur l'organisation du travail. En faisant bien souvent abstraction des dimensions humaines des métiers pour ne conserver qu'un regard chiffré, ils répondent à une rationalité qui leur est propre, mais ils évacuent du champ de la discussion et du débat une part essentielle du travail que produit le personnel soignant de l'hôpital. Si l'on nous a bien compris, c'est dans ce type d'acte que nous voyons l'essence même de la violence.

Nous avons également cherché, dans ce travail, à comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à l'usage de la violence. C'est à ce propos que nous avons précédemment écrit, concernant les chirurgiens, mais peut-être que ce propos pourrait être étendu aux autres métiers du bloc, que la violence était utilisée comme un langage. Nous avons décliné la formule de Lacan, tenue dans ses séminaires datés de 1955 à 1956, qui postule que l'inconscient est structuré comme un langage. Flame (2012) rappelle que Lacan cherchait à dire par cette phrase que l'inconscient avait sa propre grammaire, structurée sur le mode du langage, et que c'était à travers l'expression verbale que nous pouvions en attraper quelques éléments. Cependant, les symptômes contiennent également des significations inconscientes et il faut les lire, ou les comprendre, à travers le lien qu'ils entretiennent avec ce qui fait sens pour le patient, ce que l'on appelle la structure signifiante. Nous pourrions nous demander si la violence et son usage pourraient provenir d'une manifestation inconsciente dont l'expression serait diversifiée, hypothèse que nous avons plusieurs fois abordée, plus ou moins directement, lorsque nous parlions, par exemple, de stratégies défensives ou de manifestation traumatique qui utiliseraient la violence comme mode de fonctionnement. Ou bien, autre hypothèse, la violence serait à assimiler à un symptôme auquel cas, il nous faudrait, pour mieux l'appréhender, définir la structure signifiante auquel il se réfère, bien que notre travail en contienne, là aussi, quelques pistes précises. Le symptôme est déjà, en lui-même, une production de l'inconscient, mais « il n'est pas une signification, mais sa relation à une structure signifiante » (Flame, 2012, p.209). Pour répondre à ces questions, il nous faudrait pouvoir poursuivre cet écrit par un travail auprès des principaux concernés à savoir les chirurgiens.

Le point par lequel il nous semble important de finir ce texte concerne la question de savoir comment faire pour agir sur les souffrances causées par les nécessités fonctionnelles des autres métiers. Si les chirurgiens utilisent la violence comme outil de travail, comme médiation avec les autres professionnels, comment faire pour qu'ils puissent le faire sans atteindre durablement les autres personnes et les coopérations professionnelles qui vont avec ? Le point central de cette question se situe, selon nous, du côté de la « condition » des autres métiers. Si nous

prenons le cas des infirmières de bloc, métier que nous avons le plus côtoyé, il nous paraît essentiel de leur donner des marges de manœuvre supplémentaires de manière à ce qu'elles puissent déployer les ressources adéquates pour résister durablement aux comportements des chirurgiens, sans compromettre la façon dont elles réalisent leur travail. Il nous semble que c'est ce que faisaient « les anciennes » infirmières qui dans les relations « proches » qu'elles entretenaient à l'égard des chirurgiens, trouvaient les moyens, et les ressources, de réaliser leur travail avec une atteinte réduite de leur métier. Nous avons cependant mis en évidence que la « condition » dans laquelle se trouvent enferrées les infirmières de bloc n'est pas un processus récent. Ce qui a changé se trouve donc probablement logé dans les façons de faire le travail qui ont été largement contraintes par les nouveaux modes organisationnels. Le sujet n'est, lui non plus, pas récent, et ce que nous avons constaté sur le terrain pour cette intervention montre que ce milieu professionnel, que ce bloc opératoire, a probablement souffert de nombreuses restructurations qui ont eu un retentissement préjudiciable sur le métier d'infirmière de bloc ainsi que sur celui des cadres de proximité qui travaillent avec elles. Nous pensons que les métiers du soin, de même que ceux des blocs opératoires, ont, en eux, une vitalité fondamentale qui ne demande qu'à être réactivée. Pour ce faire, il nous paraît fondamental de permettre aux équipes de bâtir des fondations relationnelles qui puissent leur permettre d'engager une refonte collective des métiers. Une réflexion autour de cet impératif doit être urgemment menée, notamment en repensant les conditions d'une organisation du travail permettant à chacun des métiers d'y trouver sa place et de pouvoir y faire autorité. Par ailleurs, en prenant la question de la « condition » du métier d'infirmière comme angle de réflexion, il nous paraît également essentiel de revoir le cadre d'exercice des infirmières pour leur donner les moyens de définir la façon dont elles doivent travailler afin de nourrir plus fondamentalement le sens que revêt leur métier au-delà de la relation de travail avec le chirurgien. Nous espérons avoir pu, grâce au regard que nous avons posé sur ce métier, contribuer à enrichir les perspectives de réflexion autour de ces questions.

Bibliographie

- Académie française. (1694). Violence. In Dictionnaire Académie. Consulté le 20 mai 2022, à l'adresse <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A1V0103-06>
- Académie française. (1694). Violent. In Dictionnaire Académie. Consulté le 20 mai 2022, à l'adresse <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8V0571>
- Almudever, B. (2017). Créativité, création et personnalisation au travail. Dans : G. Amado, J. - P. Bouilloud, D. Lhuillier, A. - L. Ulmann, *La créativité au travail* (p.29-46). Érès
- Andjelkovic, L. (2002). Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation. *Imaginaire & Inconscient*, Vol n° 8, n° 4, pp.45-53
- Arborio A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n° 3, 1995. Les professions de soins : infirmières et aides-soignantes. pp. 93-126 ; doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338> https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1338
- Arborio, A. (2009). 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans : Didier Demazière, *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis*. (p. 51-61). La Découverte. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dec.demaz.2010.01.0051>
- Arendt, H. (1969). *On Violence*. Calmann-Lévy
- Armengaud, F. (2007). La pragmatique du troisième degré. La théorie des actes de langage. Dans : Françoise Armengaud, *La pragmatique*. (p. 77-96). Presses Universitaires de France.
- ARS. (2020, octobre 5). Plans blancs dans les établissements de santé. <https://www.paca.ars.sante.fr/> <https://www.paca.ars.sante.fr/plans-blancs-dans-les-etablissements-de-sante>
- ARS. (2023, mars 3). La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies. <https://www.ars.sante.fr/> <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies#:~:text=La%20pratique%20avanc%C3%A9e%20infirmi%C3%A8re%2C%20c.de%20la%20prescrire%20d'embl%C3%A9e>.
- Bathelot, B. (2021, novembre 10). Définitions marketing. <https://www.definitions-marketing.com/> . <https://www.definitions-marketing.com/definition/experience-client/>
- Bercot, R. & Mathieu-Fritz, A. (2007). La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Revue française de sociologie*, 48, 751-779. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/rfs.484.0751>

- Bercot, R. (2009). Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles. *Sciences de la Société*, p.54-65. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01349439>
- Bercot, R. (2010). Hôpital, petits arrangements avec les règles. Dans : Catherine Halpern éd., *La Santé : Un enjeu de société* (p.108-117). Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/sh.halpe.2010.01.0108>
- Bercot, R., Horellou-Lafarge, C. & Mathieu-Fritz, A. (2011). Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation. *Revue française des affaires sociales* p.104-122. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/rfas.112.0104>
- Bertier, M. & Cochard, N. (2021). Chapitre 5. Le flex office. Dans : Delphine Minchella éd., *Espaces de travail : Nouveaux usages et nouveaux enjeux* (pp. 77-85). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.minch.2021.01.0077>
- Blanchart, A. (2010). Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870 – 1972). *Inter Bloc*. Vol.29 (n° 4), 248-251. Doi : IB-10-12-2010-29-4-0242-3960-101019-201006073
- Boch, A.-L. (2009). *Médecine technique, médecine tragique*. Éditions Seli Arslan SA.
- Boch, A.-L. (2010). Une éthique pour la chirurgie. Dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique : II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*. (pp. 633-643). Érès. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/eres.hirsc.2010.02.0633>
- Bonnefond, J. Y. & Clot, Y. (2016). Les affects et leur destin dans l'intervention. *Activités*. 13-2. DOI : 10.4000/activites.2895
- Bonnefond, J. (2019). *Agir sur la qualité du travail : L'expérience de Renault Flins*. Érès. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/eres.bonne.2019.03>
- Borenstein, M. (2016). Chapitre 3. Le suicide en milieu de travail : impact pour l'entourage professionnel. Dans : Philippe Zawieja éd., *Psychotraumatologie du travail*. (p. 55-80). Armand Colin. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arco.zawie.2016.01.0055>
- Brasseur, M., Muller, R. & Pellissier-Tanon, A. (2010). La violence psychologique au travail. *Humanisme et Entreprise*, 296, I-IV. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/hume.296.i>
- Caillol, M. (2009). *Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie* [Thèse de doctorat, Université Paris Est]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00826536>
- Caillol, M. (2014). Entre la violence nécessaire de l'acte chirurgical et le respect de l'opéré. *Éthique et santé*, 11, p. 202-208. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1765462914000798?via%3Dihub>

- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine* (1978). Le Seuil
- Casanova, R. (2014). Bouc émissaire : Chronique d'une violence ordinaire. *Les Cahiers Dynamiques*, 60, 37-43. <https://doi.org/10.3917/lcd.060.0037>
- Cassell, J. (1987). On control, certitude, and the "paranoia" of surgeons. *Cult Med Psychiatry*, 11(2), 229-249. DOI: 10.1007/BF00122565
- Cassell, J. (1998). *The woman in the Surgeon's Body*. Harvard University Press.
- Chaabane, S. (2004). *Gestion prédictive des blocs opératoires*. [Thèse de doctorat, INSA de Lyon]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00008835>
- Chocron, V. (2022). *Crise de l'hôpital : « Et si c'était à refaire ? » Six ex-ministres de la santé reviennent sur vingt ans de réformes*. Le monde. https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/08/12/crise-de-l-hopital-et-si-c-etait-a-refaire-six-ex-ministres-de-la-sante-reviennent-sur-vingt-ans-de-reformes_6137831_3224.html
- Chouvier, B. (2017). Groupalité et processus sublimatoire. Dans : G. Amado, J. - P. Bouilloud, D. Lhuillier, A. - L. Ulmann, *La créativité au travail* (p.47-60). Érès
- Ciccone, A. (2014). *La violence dans le soin*. Dunod.
- Cintas, C. (2007). « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4, p. 213-231. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/nrp.004.0213>
- Cintas, C. (2010). Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ? *Humanisme et Entreprise*, 296, 61-79. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/hume.296.0061>
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme*. Paris : La Découverte.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2000). La fonction psychologique du collectif. In T. H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Coor.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 273-286). Paris : Octarès Éditions.
- Clot, Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *Activités*, 1-1, Avril 2004. DOI : 10.4000/activites.1145
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir* (1ère éd.). Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La découverte.

- Clot, Y. (2012, février). *L'inter-fonctionnalité des affects, des émotions et des sentiments : pouvoir d'être affecté et pouvoir d'agir*. [Communication orale]. Conférence de Campinas, Brésil.
- Clot, Y. (2016a). Clinique, travail et politique. *Travailler* (n° 36), 91-106. ISSN 1620-5340
- Clot, Y. (2016 b). Activité, affect : sources et ressources du rapport social. In M.A Dujarier, C. Gaudart, A. Gillet, & P. Lénel (Eds.). *L'activité en théories Regards croisés sur le travail*. (p. 76-93). Octarès.
- Clot, Y. (2017). Vygotski, la conscience comme liaison. Dans : L. Vygotski. *Conscience, inconscient, émotions*. (p.7-59). La dispute.
- Clot, Y. (2021). Travail, santé mentale et conflit. Dans : Sophie Le Garrec éd., *Les servitudes du bien-être au travail : Impacts sur la santé*. (pp. 247-258). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.legar.2021.01.0247>
- Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 2000-4. (p.7-42)
- Clot, Y. et Lhuillier, D. (2010a). *Agir en clinique du travail*. Erès.
- Clot, Y. et Lhuillier, D. (2010 b). *Travail et santé. Ouvertures cliniques*. Erès.
- CNLE. (2009, novembre 22). Histoire de l'hôpital. <https://www.cnle.gouv.fr/>
<https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html#:~:text=La%20loi%20du%207%20ao%C3%BBt,h%C3%B4pital%20existant%20dans%20la%20commune%20C2%BB>.
- Code du travail en ligne. Article L.1152-1 -
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006900818/2023-02-14/?isSuggest=true>
- Coulon, P. (2012). *René Girard : l'impensable violence*. Éditions Germina
- Cordoba, I., Fouillet, B., Fretigny, I., Gaignard, H., Messika, R. & Sinet-Moutiez, C. (2018). Le rôle du psychologue clinicien auprès du personnel. Dans : Robert Holcman éd., *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (p. 173-196). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.holcm.2018.01.0173>
- Coutanceau, R. & Smith, J. (2014). *Violences psychologiques : Comprendre pour agir*. Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.smith.2014.01>
- Crettiez, X. (2008). Introduction. Dans : Xavier Crettiez éd., *Les formes de la violence*. (pp. 3-19). La Découverte.

- Deconihout, J. (2021). *Incidences et impacts des conflits en bloc opératoire : état des lieux. Exemple du bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse* [Thèse de doctorat, Université de Toulouse III].
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France*. Éditions du Seuil
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Bayard Éditions
- Dejours, C. (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Travailler*. 2004-11, p.25-40.
- Dejours, C. (2010). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/puf.dejou.2010.02>
- Dejours, C. (2011). La clinique du travail entre vulnérabilité et domination. Dans : Y. Clot, D. Lhuillier, *Travail et santé* (p. 127-144). Érès
- Dejours, C. (2017). L'engagement du corps dans l'intelligence à l'épreuve du travail vivant. Dans : G. Amado, J. - P. Bouilloud, D. Lhuillier, A. - L. Ulmann, *La créativité au travail* (p.61-107). Érès
- Dejours, C. (2017). L'engagement du corps dans l'intelligence à l'épreuve du travail vivant. Dans : Gilles Amado éd., *La créativité au travail* (pp. 61-80). Érès. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/eres.amado.2017.01.0061>
- Dejours, C. (2021). *Ce qu'il y a de meilleur en nous*. Éditions Payot & Rivages
- Dequidt, A. (2010). La formation des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État, de 1971 à nos jours. *Inter Bloc* Vol.29 (n° 4), 252-253. Doi : IB-10-12-2010-29-4-0242-3960-101019-201006074
- Detchessahar, M., Devigne, M., Grevin, A. & Stimec, A. (2012). Santé et souffrance au travail, le management en question : « Contribution au débat sur les excès et les déficits du management : trois études de cas dans des établissements de santé ». Dans : Pierre Bardelli éd., *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise* (pp. 293-318). Paris : Armand Colin. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arco.barde.2012.01.0293>
- DGOS. (2020). *Violences en santé. Synthèse du rapport 2020 (données 2019) de l'ONVS*. www.solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs
- Dicolatin (s.d.). Agredior. In dicolatin en ligne. Consulté le 10 juin 2023 à l'adresse suivante : <https://www.dicolatin.com/Latin/Lemme/0/ADGREDIOR/index.html>
- Dubois Fresney, C. & Perrin, G. (2017). Préambule. Émergence de la profession infirmière. Dans : Catherine Dubois Fresney éd., *Le métier d'infirmière en France* (pp. 7-30). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

- Dujarier, M. (2006). *L'idéal au travail*. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/puf.dujar.2006.01>
- Drozda-Senkowska, E., Coudin, G., Alexopoulos, T., Collange, J. & Krauth-Gruber, S. (2010). Comment la violence s'installe au travail : Ses logiques quotidiennes et collectives. *Humanisme et Entreprise*, 296, 25-38. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/hume.296.0025>
- Faure, Y. (2005). L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 98-114. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arss.156.0098>
- Faure, Y. (2005). L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 98-114. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arss.156.0098>
- Ferenczi, S. (1982/1986-2006). *Le traumatisme*. Éditions Payot & Rivages.
- Ferguene, A. (2014). *L'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales*. [Communication orale]. Le New public management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HSPT. Constantine. Algérie. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01324556>
- Flame, É. (2012). Lacan, le langage et rien d'autre.... *Annuel de l'APF*, 2012, 205-210. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/apf.121.0205>
- France Archives. (2020). Histoire de l'hôpital. <https://francearchives.gouv.fr/https://francearchives.fr/findingaid/b5be50724f58a6e5c7fcdfe0d965fbed96b2ce6b>
- Freud, S. (1915/2018). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot
- Freud, S. (1915/2023). *Métapsychologie*. Payot
- Genest, S. (1990). Un, deux, trois... bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et Sociétés*, 14 (1), p. 9-24. <https://doi.org/10.7202/015109ar>
- Gentil, S. (2012). Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles. *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 2012/3 (N° 109), p. 34-43.
- Gentil, S. (2016). Entre sécurité des soins et injonctions à la performance économique au bloc opératoire : faut-il choisir ? *Journal de gestion et d'économies médicales*, vol. 34, (5), 291-309. doi:10.3917/jgem.165.0291.
- Gignon, M., Jarde, O. & Manaouil, C. (2010). Violence et santé, autopsie d'un plan de santé publique. *Santé publique*, 22, 685-691. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/spub.106.0685>

- Girard, R. (1972). *La violence et le sacré*. Grasset.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi. 2. Les relations en public*. Éditions de Minuit
- Goffman, E. (2002). La « distance au rôle » en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, 80-87. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arss.143.0080>
- Gourevitch, R., K'Ourio, H., Launay, C., Meignan-Sabri, V., Noël-Lamotte, V. & Yakoub, S. (2018). Prévenir la confrontation à la violence dans les établissements de santé : Focus en psychiatrie. Dans : Robert Holcman éd., *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (p. 141-172). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.holcm.2018.01.0141>
- Green, A. (1983/2007). *Narcissisme de vie narcissisme de mort* (2e éd.). Les éditions de minuit
- Green, A. (1993/2011). *Le travail du négatif* (2e éd.). Les éditions de minuit
- Grimaldi, A. Pierru, F, Weber, L. (2013). L'hôpital entreprise n'est pas une solution. *Savoir Agir*, 25, (3), 63-73. doi:10.3917/sava.025.0063
- Hamraoui, E. (2005). Servitude volontaire : l'analyse philosophique peut-elle éclairer la recherche pratique du clinicien ? *Travailler*, 13, 35-52. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/trav.013.0035>
- Hamraoui, É. (2010). Servitude volontaire ou désobjectivation ? Dans : Yves Clot éd., *Travail et santé*, 101-114. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lhuil.2010.02.0101>
- Haut Comité de la Santé publique. Sambuc, R. (2004). *Violences et Santé*. Consulté en ligne le 08.02.2023. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26918-violences-et-sante-rapport-du-haut-comite-de-la-sante-publique>
- Hirigoyen, M. (2014). Préface. Comment penser la violence psychologique ? Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences psychologiques : Comprendre pour agir* (p. XVI-XVII). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.smith.2014.01.0000c>
- Holcman, R. (2018). *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*. Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.holcm.2018.01>
- Holcman, R. (2018). L'organisation ou le soin à l'origine de la souffrance des soignants hospitaliers ? Dans : Robert Holcman éd., *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (p. 213-233). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.holcm.2018.01.0213>
- Kloetzer, L. & Clot, Y. (2019). Modèles de l'activité. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 311-316). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.valle.2019.01.0311>

- Kostulski, K. (2009). *Le métier de procureur de la République au quotidien : de l'activité empêchée à la créativité*. Rapport final de l'intervention réalisée à la demande de l'École nationale de la Magistrature sur « l'analyse du Métier de procureur de la République ». Cnam.
- Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ? Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail. In Y. Clot et D. Lhuilier (dir.), *Agir en clinique du travail* (27-38). Éres.
- Kostulski, K. (2011). *Formes et fonctions psychologiques des réalisations langagières : Vers une psychologie concrète du langage*. [Thèse d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris 8].
- Kostulski, K. (2018). Dialogicité, dialogue et pensée dialogique. Du dialogue générique de l'audience correctionnelle au dialogue intérieur du procureur en situation de « plaider coupable ». In J. - Y. Rochex, C. Joigneaux, & J. Netter (Eds.), *Histoire, culture, développement : Questions théoriques, recherches empiriques*. (p. 361-381). Consulté à l'adresse https://www.unige.ch/SIV2018/files/3315/3251/3499/Actes_SIV_6_Corr.28juin18.pdf
- L'histoire. (2021, février 23). Infirmières, « ni nonnes, ni bonnes, ni connes ». <https://www.lhistoire.fr/>. <https://www.lhistoire.fr/infirmi%C3%A8res-%C2%AB-ni-nonnes-ni-bonnes-ni-connes%C2%A0%C2%BB>
- La langue française. (s.d.). Valence. In La Langue française en ligne. Consulté le 17 juillet 2023 à l'adresse suivante : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/valence>
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^e édition). Presses Universitaires de France.
- Larousse (s.d.). Violence. In Larousse dictionnaire en ligne. Consulté le 25 mars 2022 à l'adresse suivante : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
- Le Guillant, L. (2010). La névrose des téléphonistes. Dans : L. Le Guillant, *Le drame humain du travail : Essais de psychopathologie du travail*. (pp. 131-148). Toulouse : Éres.
- Le Guillant, Louis. (2010). Incidences psychopathologiques de la condition de « bonne à tout faire ». Dans L. Le Guillant, *Le drame humain du travail : Essais de psychopathologie du travail*. (pp. 37-90). Éres.
- Le Robert (s.d.). Violence. In dictionnaire Le Robert en ligne. Consulté le 12 mars 2022 à l'adresse suivante : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence>
- Le Robert (s.d.). Valence. In dictionnaire Le Robert en ligne. Consulté le 12 juin 2023 à l'adresse suivante : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/valence>

- Lepront, L. (2019). *Significations des pratiques transgressives des chirurgiens au bloc opératoire* [Thèse de doctorat, Université Paris-Est]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02334928v2>
- Llopis-Salvan, N. (2021). *De l'émotion à l'affect. Percevoir ce qui nous touche*. Éditions In Press
- Mathieu-Fritz, A. (2012). Les trois crises de la chirurgie française. Le recrutement comme analyseur du changement. *Sociologie Santé*, n° 35, p. 285-306. https://www.researchgate.net/publication/278821229_Les_trois_crisis_de_la_chirurgie_francaise_Le_recrutement_comme_analyseur_du_changement
- MEDARUS. (2017, octobre 18). Histoire des chirurgiens, des barbiers et des barbiers-chirurgiens. <https://www.medarus.org/>. https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/chirurgiens_barbiers.html
- Memmi, A. (2003). *Portrait d'un juif*. Gallimard.
- Michaud, Y. (2014). Définir la violence ? *Les Cahiers Dynamiques*, 60, p. 30-36. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/lcd.060.0029>
- Michelot, C. (2002). Lewin Kurt (1890-1947). Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 505-517). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0505>
- Mimoun, M. (2006). La quatrième dimension de la peau. Le point de vue d'un chirurgien plasticien, reconstructeur et esthétique. *Revue française de psychosomatique*, n° 29, p. 147-158. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2006-1-page-147.htm>
- Minvielle E. (1996), *Gérer la singularité à grande échelle - Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?* [Thèse de doctorat de l'École Polytechnique].
- Moisson, J.-C. (2013). « De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé ». *Quaderni*, 82 | 2013, 39-54.
- Moïse, C., Meunier, E., Romain, C. (2015). *Violence verbale dans l'espace de travail*. Bréal
- Molinier, P. (2000). Introduction. *Cahiers du Genre*, N° 29, p. 7-19. https://www.persee.fr/doc/genre_1298-6046_2000_num_29_1_1133
- Molinier, P. (2005). De la condition de bonne à tout faire au début du XXe siècle à la relation de service dans le monde contemporain : analyse clinique et psychopathologique. *Travailler*, 13, 7-33. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/trav.013.0007>
- Molinier, P. (2006-A). Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle : Le cas des infirmières de bloc opératoire. *Psychologie clinique et projective*, 12, 211-230. <https://doi.org/10.3917/pcp.012.0211>

- Molinier P. (2006-B), Le care à l'épreuve du travail : vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets, In : Paperman P., Laugier S, eds, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Éditions de l'EHESS, Coll. Raisons Pratiques, 299-316.
- Molinier, P. (2009). Quel est le bon témoin du care ? Dans : P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ?* (p. 233-252). Éditions Payot et Rivages
- Molinier, P. (2010). Ambivalence du travail de soin. Dans : Catherine Halpern éd., *La Santé : Un enjeu de société*, p. 163-166. Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/sh.halpe.2010.01.0163>
- Molinier, P. (2012). Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30, 99-104. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/sss.304.0099>
- Molinier, P. (2014). Les métiers ont-ils un sexe ? Dans : Martine Fournier éd., *Masculin-Féminin : Pluriel*, p. 196-204. Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/sh.fourn.2014.01.0196>
- Molinier, P. & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 129, 51-66. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.4000/travailemploi.5547>
- Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?* Le Centurion, 1972.
- OMS. (2002). *Synthèse du rapport mondial sur la violence et la santé*. Consulté en ligne le 07.02.2023. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67410/1/a77101_fre.pdf
- OMS. (2019, juillet 4). Réadaptation. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Osborne, D., Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Plume Book.
- Penneff Jean. Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert. In: *Sociologie du travail*, 39^e année n° 3, Juillet-septembre 1997. pp. 265-296. DOI : <https://doi.org/10.3406/sotra.1997.2320> www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1997_num_39_3_2320
- Perraut Soliveres, A. (2010). L'émergence du mouvement infirmier. *Les Tribunes de la santé*, 26, 81-94. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/seve.026.0081>
- Perrot, E. (2019). Le métier, levier de prévention des risques psychosociaux ? *Raison présente*, 209 (1), 79-88. doi:10.3917/rpre.209.0079.
- Pezé, M. (2014). Chapitre 13. Violences au travail. Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences psychologiques : Comprendre pour agir* (p. 135-151). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.smith.2014.01.0135>

- Poilpot-Rocaboy, G. (2010). Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique. *Humanisme et Entreprise*, 296, 9-24. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/hume.296.0009>
- Pouchelle, M.-C. (2003/2019). *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière* (3e éd.). Éditions Seli Arslan SA
- Pouchelle, M.-C. (2008). *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière - 2*. Éditions Seli Arslan SA
- Pouchelle, M.-C. (2019). *Essais d'anthropologie hospitalière. 3 - Voyage en pays de chirurgie*. Éditions Seli Arslan SA
- Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oublié des restructurations hospitalières. *Revue française des Affaires sociales*, 57, 3, 134-145.
- Ricoeur, P. (1977). Expliquer et comprendre. *Revue philosophique de Louvain*, vol. 75, N° 25, p.126-147.
- Roustant, F. (2000/2001). *La fin de la plainte* (2e éd.). Éditions Odile Jacob
- Salmona, M. (2022). *Le livre noir des violences sexuelles*. 2^e édition. Dunod
- Salvodelli, G. (2008). *Résolution de conflits au bloc opératoire*. Mapar.org. <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/e7fwmnt4/R%C3%A9solution%20de%20conflits%20au%20bloc%20op%C3%A9ratoire.pdf>
- Scheller, L. (2001). L'expérience du travail dans le cadre dialogique. *Travailler*, n° 6, 71-88.
- Scheller, L. (2007). Clinique de l'activité et élaboration de conflits dans le travail : une méthode d'action. In Itziar Plazaola Giger et al., *Paroles de praticiens et description de l'activité. Perspectives en éducation et en formation*. (p.89-109). De Boeck Supérieur. DOI 10.3917/dbu.giger.2007.01.0089
- Scheller, L. (2013). Travail, affects, activité transférentielle. *Activités*, Vol.10, n° 2, 249-260.
- Schepens, F. & Zolesio, E. (2015). La fabrication du soignant au travail : Introduction. *Travail et emploi*, 141, p. 5-7. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.6541>
- Schuhl, C. (2014). Les « douces violences » au cœur du quotidien. Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences psychologiques : Comprendre pour agir* (p. 93-99). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.smith.2014.01.0093>
- Schulman P. R. (1993). The Negotiated Order of Organizational Reliability. *Administration & society*, 25:3, pp. 353-372.
- Sedel, L., Tonneau, D. (2009). Évolution de l'hôpital : le cri d'alarme d'un chirurgien. *Le journal de l'école de Paris du management*, 1/2009 (N° 75), p. 29-36.
- Sibony, D. (1998). Introduction. *Violence. Traversées*. Le Seuil.

- SOFIA. (2023, juin 13). Histoire des IADE. <https://sofia.medicalistes.fr/>
<https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article17#:~:text=En%201949%20est%20cr%C3%A9%C3%A9%20par,premi%C3%A8re%20%C3%A0%20ouvrir%20ses%20portes.>
- Sorel, G. (1946). *Réflexions sur la violence*. Éditions Marcel Rivière
- TELERAMA. (2017, octobre 3). « Dans le ventre de l'hôpital », ou quand travailler nous rend malade. <https://www.telerama.fr/> <https://www.telerama.fr/television/quand-travailler-nous-rend-malade,N5224453.php>
- Terrasse, C. (1945). *Les vieux hôpitaux français*, Laboratoires Ciba.
- Tomás, J. & Clot, Y. (2019). Sens et valeurs du travail. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 394-397). Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.valle.2019.01.0394>
- Tomas, JL, Kostulski, K. & Meritan, A. (2007). *L'activité chirurgicale entre travail et métier : la question de la transmission du geste professionnel*, Rapport de recherche à destination de l'Observatoire national Démographique des Professions de Santé, ministère de la Santé.
- Vygotski, L. (1985/1930). La méthode instrumentale en psychologie. In B. Schneuwly & J.P. Bronckart. *Vygotsky aujourd'hui*. Delachaux et Niestlé.
- Wormser, G. (2005). *Sartre : violence et éthique*. Sens Public
- Zawieja, P. (2016). *Psychotraumatologie du travail*. Armand Colin. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arco.zawie.2016.01>
- Zawieja, P. (2016). Généralités sur le traumatisme psychique en contexte professionnel. Dans : Philippe Zawieja éd., *Psychotraumatologie du travail* (p. 11-26). Armand Colin. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/arco.zawie.2016.01.0011>
- Zolesio, E. (2009). Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. *Travail, genre et sociétés*, 22, 117-133. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/tgs.022.0117>
- Zolesio, E. (2012-A). La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle. *Sociologie*, 3, p. 377-394. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/socio.034.0377>
- Zolesio, E. (2012-B). La relation chirurgien-patient : « J'ai pas fait parleuse ». *Sciences sociales et santé*, 30, p. 75-98. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/sss.304.0075>
- Zolesio, E. (2013-A). Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens. Dans : Florent Schepens, *Les soignants et la mort* (p. 91-104). Érès. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/eres.schep.2013.01.0091>

Zolesio, E. (2013-B). La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques ». *Revue française de pédagogie*, 184, p. 95-104. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.4000/rfp.4245>

Glossaire

Liste des sigles et des termes utilisés

IBO : infirmière de bloc opératoire

IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'état

Panseuse : ancien terme utilisé pour décrire une infirmière de bloc

Cadre de bloc : encadrement hiérarchique des infirmières de bloc

Cadre supérieure de bloc : encadrement hiérarchique des cadres de bloc

IADE : infirmier (ière) anesthésiste diplômé d'état

Cadre IADE : encadrement hiérarchique des IADE

Cadre supérieure de santé IADE : encadrement hiérarchique des cadres IADE

Surveillante : ancien terme désignant les cadres de santé

Annexes

Annexe 1 Frises temporelles des événements clefs de l'intervention

Annexe 2 Retranscription intégrale du film de chirurgie viscérale

Annexe 3 Tableau d'analyse des séquences violentes du chirurgien

Annexe 4 Plan du bloc opératoire

