



éditions du Croquant

Être au plus près sans être trop près

Enjeu partagé de l'ethnologue et des équipes du bloc opératoire

Nicolas El Haïk Wagner

DANS **ZILSEL** 2023/2 (N° 13), PAGES 203 À 222

ÉDITIONS **ÉDITIONS DU CROQUANT**

ISSN 2551-8313

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-zilsel-2023-2-page-203.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

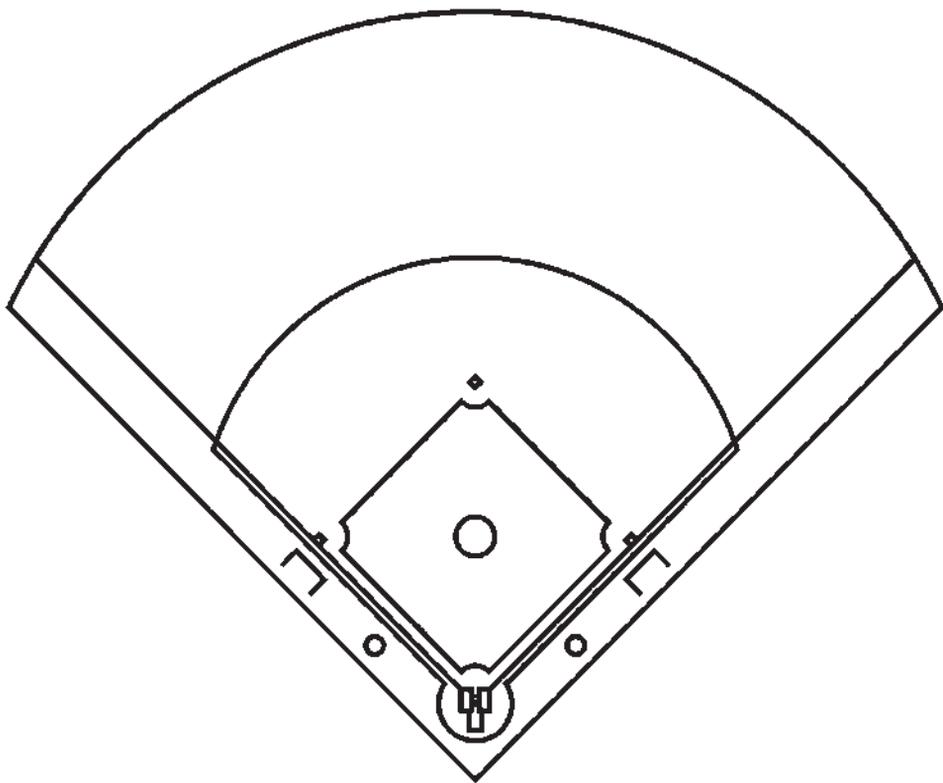
Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions du Croquant.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Être au plus près sans être trop près

Enjeu partagé de l'ethnologue
et des équipes du bloc opératoire

Nicolas El Haïk Wagner¹

Si l'ethnographie hospitalière est désormais instituée comme champ de recherche, rares sont les travaux relatifs à la chirurgie.

« Les chercheurs auraient-ils des difficultés à mettre la chirurgie en perspective, parce qu'elle serait plus "technique" que la médecine et qu'à ce titre (en quoi ils auraient tort) elle échapperait à leur observation ? Sans doute faut-il compter avec la crainte, voire quelquefois la phobie, que suscite l'acte chirurgical chez les profanes, et avec un phénomène d'autocensure chez les chercheurs, produit par les nombreux discours triomphalistes produits en France sur la chirurgie, à commencer par ceux des chirurgiens eux-mêmes. »

Ainsi s'interrogeait en 2013 Marie-Christine Pouchelle, formulant ce même constat d'une absence béante de littérature². Véritables niches anthropologiques, les blocs opératoires, régis par des normes sanitaires et hiérarchiques strictes, constituent pourtant des terrains fertiles, plus accessibles qu'ils n'y paraissent, et dont la revisite – vingt ans après les travaux de Marie-Christine Pouchelle, d'Emmanuelle Zolesio³, et les articles fondateurs de Jean Peneff⁴, Michel Callon et Vololona Rabeharisoa⁵ – est riche d'enseignements.

Épistémologiquement et culturellement, la distance entre l'ethnologue et les chirurgien·nes ne peut sembler plus grande : bricolage ethnographique et attention flottante vs. *evidence-based*

1. Laboratoire Formation et apprentissages professionnels, Conservatoire National des Arts et Métiers, nicolas.ehw@gmail.com.
2. Marie-Christine Pouchelle, « Avatars du pouvoir en pays de chirurgie », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 3, n°37, 2013, p. 63-81.
3. Emmanuelle Zolesio, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019.
4. Jean Peneff, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, vol. 39, n°3, 1997, p. 265-296.
5. Michel Callon et Vololona Rabeharisoa, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du travail*, vol. 41, n°2, 1999, p. 143-162.

medecine, valorisation du temps long *vs.* primat de l’agir, tournant post-moderne d’une discipline faisant figure de proue de la déconstruction *vs.* bastion masculin à la culture grivoise historiquement affirmée et longtemps cohésive. De fait, et comme sur de nombreux terrains, la présence de l’ethnologue et son statut peu commun ne sont pas sans susciter des interrogations qui, lorsqu’elles sont adressées directement au sociologue, peuvent le désarçonner, comme la scène suivante en témoigne :

Je déjeune avec une infirmière de bloc opératoire diplômée d’État (Ibode) dans la salle de repos. Un chirurgien arrive. L’Ibode comprend qu’il ne me (re)connait pas et lui dit : « *C’est Nicolas, tu sais, le sociologue de BOPa* »⁶. Il me demande ce que je fais, j’explique rapidement, puis il me dit : « *Mais ça va servir à quoi ?* ». Je parle des attendus opérationnels du financeur et de la recherche fondamentale, puis il me tance : « *Bon, à pas grand-chose quoi* ». Il me lance ensuite, amusé : « *Mais t’es woke du coup ?* ». Je bredouille sur ce qu’est l’intersectionnalité et comment cette grille de lecture pourrait être appliquée au bloc. D’autres personnes entrent dans la salle, et il reprend alors une discussion avec eux, évoquant notamment le dernier « James Bond » qu’il a vu au cinéma. [Octobre 2021]

Tour à tour présenté ou compris comme un philosophe, psychologue, psychanalyste ou espion, l’ethnologue ne rentre définitivement pas dans les cases ni dans les schémas hospitaliers. La prise de notes continue et systématique sur un carnet, au cours des observations, catalyse tout particulièrement cette bizarrerie méthodologico-relationnelle que représente l’ethnologue.

Pour autant, et contrairement au sentiment de défiance, de la part des praticien-nes comme des directions hospitalières, relaté par Marie-Christine Pouchelle à son entrée sur le terrain⁷, notre présence n’a que très rarement suscité de craintes, et a même souvent été accueillie, assez rapidement, avec un certain intérêt voire enthousiasme. Comme sur d’autres terrains, l’ethnologue se trouve tout d’abord être une « *oreille attentive* »⁸, posant des questions certes parfois inhabituelles, mais susceptible de deve-

6. [REDACTED] La Chaire d’innovation du Bloc Opératoire Augmenté, que nous présenterons ultérieurement.
7. Marie-Christine Pouchelle, « Situations ethnographiques à l’hôpital. “Elle vient voir si on a un os dans le nez...” », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 4, n°103, 2010, p. 4-19.
8. Anne Vega, « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l’hôpital », *Ethnologie française*, vol. 1, n°29, 1999, p.100-110.

nir – tout particulièrement vis-à-vis du personnel paramédical – une sorte de confident, d’autant qu’il ne possède pas – *a contrario* du psychologue clinicien – de mandat thérapeutique. Le bloc opératoire est également un lieu de continuel apprentissage, où défilent de nombreux personnels en formation – externes, stagiaires infirmiers, résident-es (chirurgien-nes étranger-es) ; vêtu du même pyjama de bloc en tissu que le reste de l’équipe, l’ethnologue ne détonne pas et ne constitue à bien des égards pour les soignant-es qu’un stagiaire de plus – plus naïf et moins habile, certes! –, à qui l’on transmet avec un sens aigu du compagnonnage les « *ficelles du métier* ».

Alors que notre thèse et nos terrains émanent de réponses à des propositions formulées par des équipes chirurgicales ou anesthésiques, et dans la continuité d’une attention accrue de certains philosophes des sciences aux pratiques⁹, nous souhaitons toutefois ici porter notre réflexion sur un plan plus thématique et épistémologique. Cet accès facilité au terrain tient selon nous tout autant au fait qu’ethnologie et chirurgie sont peut-être plus proches qu’on ne le pense, dans leurs préoccupations qu’à la posture professionnelle et éthique qui les régit. Nous soutiendrons ici que cinq facteurs structurants participent de préoccupations communes entre ces disciplines, au sens d’« [organisations particulières] *au sein* [desquelles] *se développent les savoirs modernes comme ensemble de pratiques codifiées et reconnues valides par un collectif auto-délimité* »¹⁰.

Les transformations sociologiques multiples que connaît le bloc opératoire, la recherche de légitimation des professionnels les moins reconnus, l’avènement des notions de « compétences non-techniques » et de « facteurs humains », la multiplication des travaux d’éthique chirurgicale et le développement de nouvelles technologies constituent autant de raisons poussant la chirurgie à solliciter de façon croissante les sciences humaines. Ce rapprochement ne va néanmoins pas sans tiraillement pour les chercheurs entre accès facilité au terrain et risques d’instrumentalisation, au service des conflictualités interprofessionnelles comme de la logique gestionnaire en vigueur à l’hôpital. Au-delà de ces terri-

9. Catherine Allamel-Raffin, Jean-Luc Gangloff et Yves Gingras, *L’expérimentation dans les sciences*, Paris, Éditions Matériologiques, 2022.

10. Jean-Louis Fabiani, « À quoi sert la notion de discipline ? » in Jean Boutier, Jean-Claude Passeron, et Jacques Revel (dir.), *Qu’est-ce qu’une discipline ?* Paris, Éditions de l’EHESS, 2020, p.11-34.

toires socio-épistémiques communs, notre terrain nous a montré combien chirurgie et ethnologie se retrouvent dans des interrogations et une dialectique continuelle commune entre distance et proximité qu'il importe de disséquer.

Méthodes

Cette contribution s'appuie sur un retour réflexif sur un terrain ethnographique conduit depuis mars 2020¹¹ et toujours en cours dans les blocs opératoires de chirurgie hépatobiliaire, neurochirurgie, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale ORL pédiatrique de cinq CHU franciliens et strasbourgeois. Ce terrain est réalisé dans le cadre d'une thèse de sociologie interrogeant les transformations contemporaines de l'activité opératoire, codirigée par un chirurgien et une philosophe et financée par un acteur privé (Sham) dans le cadre de la Chaire d'innovation du Bloc Opératoire Augmenté (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Université Paris Saclay et Institut Mines Télécom). Souvent présentée comme un modèle plus horizontal, moins cloisonné et plus interdisciplinaire (ingénieurs, industriels, chercheurs et soignants) d'innovation en milieu hospitalier, cette Chaire nous a permis d'obtenir un financement doctoral, dans le cadre de l'étude qualitative des incidences sur les « comportements humains » d'une technologie de captation audio et vidéo des interventions chirurgicales présentée comme vectrice de qualité et de sécurité accrue des soins. La thèse, à la croisée de la sociologie des groupes professionnels et de la psychodynamique du travail, explore plus largement la relation des professionnels à la personne opérée, les renégociations des territoires socioprofessionnels et les modes de régulation individuels et collectifs des incidences de ces changements collectifs de l'activité.

Les observations, non-participantes, ont été principalement conduites au sein même des salles d'intervention avec l'ensemble des équipes, mais aussi lors de *staffs* (réunions quotidiennes ou hebdomadaires des équipes médicales ou chirurgicales), réunions de concertation ainsi qu'en consultations pré- et post-opératoires, à raison de deux jours par semaine en moyenne (soit plusieurs mois de présence sur chacun des terrains). Notre accès aux terrains

11. Si les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail à l'hôpital sont largement visibles dans nos terrains, elle n'a pas particulièrement compliqué notre accès à ceux-ci, notre recherche s'attardant sur des chirurgies lourdes qui n'ont été que peu déprogrammées.

a été facilité par le fait de disposer d'un codirecteur de thèse chirurgical, gage d'autorité et de mises en relation facilitées pour rejoindre certains services. Notre établissement universitaire de rattachement (le Conservatoire national des arts et métiers), souvent connu des professionnels, et notre chaire universitaire de rattachement (la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris psychiatrie & neurosciences), disposant elle aussi d'une certaine visibilité, ont constitué un gage de crédibilité. Par la suite, enseigner en école de formation d'infirmières de bloc opératoires et d'infirmières anesthésistes, a été un autre vecteur de légitimité et de partage de la recherche en cours dans ces groupes professionnels.

Nous avons été introduits sur la plupart de nos terrains¹² par un-e chirurgien-e, puis un-e cadre de santé a pris le relais auprès des équipes paramédicales ; nous nous sommes toujours présentés comme « doctorant » ou « chercheur » en sociologie, intéressé par les « questions de santé » et ayant suivi un master sur le sujet, mais non soignant, sans aucune connaissance médicale¹³ ni accointance dans le milieu. Il s'agissait en outre de notre première expérience de recherche ethnographique à l'hôpital, nos précédentes expériences ayant eu des objets différents (normes de genre, deuil à l'école) et une composante ethnographique moins saillante.

Des transformations sociologiques qui questionnent le bloc comme institution totale

Espace fermé et microcosmique par excellence, où les relations inter et intraprofessionnelles occupent une place majeure, de surcroît au vu des « segments » existants dans l'espace chirurgical, des continuels débats sur les personnalités de chacun, mais aussi de la vive interdépendance entre des individus aux statuts hiérarchiques distincts que requiert une intervention¹⁴, le bloc opé-

12. Sur le seul terrain où nous sommes arrivés sur recommandation de la direction, quelques réserves initiales ont vu jour de la part du chef de service et ont impliqué un processus plus long qu'à l'accoutumée (rencontre avec les services de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, etc.).
13. Au début de notre terrain, une chirurgienne nous a proposé quelques cours sur la chirurgie hépatobiliaire. A cette exception près, l'ensemble des codes du bloc opératoire et les grands principes des gestes pratiqués et matériels utilisés ont été avant tout appris sur le tas, dans des conversations informelles avec des Ibode ou des debriefs avec les chirurgiens et anesthésistes entre deux consultations observées.
14. Ivan Sainsaulieu, « Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital », *Revue suisse de sociologie*, vol. 35, n°3, 2009, p. 551-570.

ratoire peut être appréhendé comme une institution totale¹⁵. Si la durée de séjour des reclus y est certes plus courte que dans la plupart des autres institutions qualifiées de la sorte, il n'en reste pas moins un huis clos physique et temporel, au fonctionnement bureaucratique et aux dynamiques hiérarchiques fortes, où les besoins de tous sont fortement couverts par l'institution et où les risques de contamination physique et morale s'avèrent prégnants du fait de la continuelle vie collective¹⁶. Les politiques toujours renégociées du tutoiement et du vouvoiement, les effusions ponctuelles d'humeur liées à un stress non verbalisé ou à des cultures professionnelles différentes constituent autant d'illustrations de ces risques de contagion morale, pas toujours aisés à verbaliser (ou remisés derrière des qualificatifs très généralistes : « *c'est très particulier comme ambiance* »), mais sur lesquels les attentes vis-à-vis de l'ethnologue sont vives :

Deuxième jour de mon tout premier terrain. Une cheffe de clinique indique être heureuse de ma présence, et m'interroge « *ça fait quoi d'être ici ?* », « *tu penses quoi du bloc ?* ». Puis, elle me dit : « *Je me demande toujours ce que les gens pensent du bloc... Pour nous, c'est normal, mais je ne suis pas sûr que ce soit normal, et qu'on soit des gens tout à fait normaux* ». Elle insiste beaucoup sur le fait que les chirurgiens comme elle « *ne sont pas des gens normaux* » et réitère être ravie (« *je suis super content que nos amis sociologues soient là !* »), puis une Ibode poursuit : « *oui, c'est bien un regard extérieur qui vient voir la folie du bloc* ». Tout le monde semble partager cet avis, et personne ne tique à la mention de « *folie du bloc* ». Les personnes en salle indiquent ensuite vouloir un « *regard critique* » pour décortiquer « *l'ambiance particulière* » du bloc. [Mars 2020]

Le bloc opératoire a en outre connu ces dernières décennies de nombreuses transformations, dont la nature éminemment sociologique est admise par tous et qui ont des incidences concrètes et quotidiennes sur les relations intra et interprofessionnelles comme sur les aspects organisationnels. Si la crise identitaire qu'a connue la chirurgie au tournant des années 2000 avait motivé des travaux¹⁷

15. Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, trad., Paris, Minuit, 1968.
16. Nicolas El Haïk-Wagner, « "On est plus dans le cocooning". Au bloc opératoire pédiatrique, une "détotalisation" par petites touches », *Ethnographiques* 46 (en ligne), 2023.
17. Régine Bercot et Alexandre Mathieu-Fritz, « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie*, vol. 48, N°4, 2007, p.751-779.

– tant sur les transformations de la morphologie du groupe professionnel que sur les reconfigurations identitaires provoquées par sa féminisation et l'avènement de la chirurgie mini-invasive –, notre thèse, vingt ans plus tard, s'inscrit dans un contexte nouveau : la féminisation de la chirurgie est un phénomène certes lent, mais continu et de plus en plus visible ; la mainmise administrative (et non plus chirurgicale) sur la programmation opératoire est désormais établie et les indicateurs d'optimisation des salles monnaie courante ; la chirurgie mini-invasive constitue désormais la norme des pratiques et l'ambulatoire la modalité croissante des prises en charge ; les alternatives thérapeutiques à la chirurgie (radiologie interventionnelle, etc.) se sont multipliées et le sentiment de judiciarisation de la relation médecin patient s'est accru ; les débats sont vifs sur le temps de travail et la formation des internes (en lien avec l'imposition du repos de sécurité après une garde) ; les injonctions au travail en équipe vont croissant ; la professionnalisation des infirmières spécialisées et l'universitarisation de leur formation reconfigurent un rapport historiquement vertical et genré, de surcroît dans un contexte de pénurie notable de personnel conduisant à des fermetures de lits et de salles d'intervention, etc.

Ces sujets, sur lesquels les équipes se sont révélées très prolixes, en entretiens comme lors de conversations informelles, questionnent le fonctionnement du bloc comme institution totale, en redéfinissant les lignes hiérarchiques, la place des « reclus », ou encore l'ampleur du huis clos. En interrogeant des fonctionnements passés (infaillibilité du chirurgien, culture grivoise, disponibilité permanente, etc.), ils participent en un sens à « *détotaliser* »¹⁸ le bloc. À cet égard, nous avons été sollicités à plusieurs reprises pour alimenter des réflexions – par exemple, lorsqu'un débat a fait rage sur l'opportunité de la discrimination positive pour que la conférence plénière d'un congrès chirurgical annuel soit assurée par une femme –, tout un chacun étant bien conscient que, au sein même du pôle technique de l'hôpital, tout ne se niche pas dans la technique, mais que les dynamiques sociales s'y entremêlent sans relâche.

18. Corinne Rostaing, « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle », *Tracés*, vol. 17, n°2, 2009, p. 89-108.

La quête de légitimation et de sens de professions dominées au bloc opératoire

Ces jalons étroits entre les sciences sociales et les équipes du bloc tiennent également à la quête de légitimation de certaines professions dominées. Le monopole et la domination historique et genrée exercés par la chirurgie ont été largement documentés, et sont au cœur de nombreuses transformations : reconnaissance de l'anesthésie comme discipline médicale et affirmation de la coresponsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste ; autonomisation et professionnalisation des infirmier·ères de bloc opératoire et des infirmier·ères anesthésistes ; multiplication des intervenants satellites (radio-manipulateurs, ingénieurs, etc.) ; reprise en main par les cadres de la programmation opératoire, etc. Pour ces professions, qui conservent des rapports ambivalents avec les chirurgiens, les sciences sociales – et leur incarnation vivante que peut représenter l'ethnologue sur le terrain – constituent de précieux appuis dans un combat pour la visibilité, le développement de leur identité et rhétorique professionnelles ou la reconnaissance de leur contribution à l'activité opératoire. Nous prendrons l'exemple des infirmier·ères spécialisées et des anesthésistes, mais d'autres cas d'étude, comme les femmes chirurgiennes, seraient tout aussi exemplaires.

La professionnalisation actuelle des infirmier·ères de bloc opératoire (Ibode) et infirmier·ères anesthésistes (Iade) tient pour partie à leur universitarisation, ces professions s'étant vues reconnaître le grade master, avec pour corollaire un allongement du cursus (passage de 18 à 24 mois, rédaction d'un mémoire, etc.). Les sciences sociales tiennent une place conséquente dans ces cursus renouvelés, à travers des unités d'enseignement pluridisciplinaires (droit, psychologie, sociologie, éthique, sciences infirmières) qui portent tant sur le rapport au patient, la construction identitaire, l'éthique des situations complexes que sur la sociologie des organisations ou l'interculturalité. Alors que les cadres formateurs de ces écoles ne se sentent pas toujours à l'aise avec ces nouveaux programmes, que l'identification d'intervenant·es pertinent·es n'est pas toujours aisée et que l'hégémonie en interventions des chirurgien·nes et anesthésistes reste importante, les ethnologues sont très recherchés, d'autant plus que les écrits de Marie-Christine Pouchelle ont marqué plusieurs générations d'infirmier·ères, et que l'identité professionnelle fait l'objet de multi-

ples mémoires chaque année. Sur le terrain, les Ibode nous ont aussi souvent expliqué leur intérêt pour la sociologie par l'émancipation que la discipline permettrait en interrogeant la domination que peuvent exercer les chirurgien-nes :

Une Ibode de chirurgie viscérale pédiatrique vient me dire qu'elle est « *très contente* » qu'il y ait un sociologue au bloc, elle me demande si mon étude sera diffusée. Elle se rappelle avoir eu des cours de socio-anthropologie à l'école de formation, sur les dynamiques de genre entre chirurgien-nes et infirmier-ères, mais trouve que les articles étaient un peu datés (« *ça ne correspondait pas à notre réalité* »). Elle explique son intérêt pour la sociologie par les dynamiques de pouvoir que la discipline met en lumière. [Février 2022]

Avec les anesthésistes, c'est également la quête de reconnaissance et le sentiment d'un stigma persistant qui participent à faire de l'ethnologue un potentiel allié. Sur nos terrains, les Iade comme les anesthésistes nous ont souvent pris à partie dans le cadre de situations conflictuelles avec l'équipe de chirurgie, avec le souhait – plus ou moins ironique – de faire reconnaître par une « *autorité* » extérieure leur « *marginalisation* », comme l'illustre cet extrait :

La situation est tendue : une patiente de 22 ans a été endormie, en vue d'une greffe hépatique, puis a dû être réveillée en urgence car le greffon prévu n'était pas de qualité suffisante. Cette situation, exceptionnelle, est le fruit d'une mauvaise communication de l'équipe de chirurgie à celle d'anesthésie, qui est très remontée. La cheffe de service d'anesthésie, que je croise pour la première fois, me dit : « *Tu vois comment c'est difficile pour nous, comment c'est surtout difficile pour la patiente, en plus elle est jeune, elle est stressée* ». Alors que je lui explique les raisons de ma présence, elle indique : « *On n'est jamais au courant, alors que c'est nous qui faisons tourner le bloc!* » Plus tard, une Ibode dit à un Iade qui se tient à côté : « *Faut faire attention à Nicolas, il note tout!* » [rires] La cheffe de service répond alors : « *Ah mais c'est très bien, comme ça, il pourra dire aux chirurgiens qui contrôlent le bloc!* » [janvier 2022]

L'anecdote pourrait prêter à sourire si elle ne s'était pas reproduite, de façon similaire, sur plusieurs de nos terrains, l'ethnologue se trouvant impliqué malgré lui dans une rivalité historique¹⁹ se

19. Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n°1-2, 2005, p. 98-114.

rejouant au quotidien, tantôt sous le sceau de la plaisanterie, tantôt avec des accents plus acrimonieux. Cette quête de reconnaissance – autant que les réflexions éthiques qui l’accompagnent – a aussi participé de notre sollicitation pour réaliser un terrain au sein d’un service de neuro-anesthésie, où des anesthésistes s’emploient à des projets de médecine prédictive sur la base de données recueillies lors des anesthésies générales afin de proposer aux patients une « consultation médicale endormie ». Ainsi qu’il nous l’a été exposé, le projet vise à faire des anesthésistes des « *médicaux* » ou des « *généralistes* » – comme ils ont pu l’être avant leur reconnaissance comme spécialité médicale en 1966 – et à sortir la discipline du joug de la chirurgie (« *avec ce projet, [l’anesthésie] n’est plus seulement un moyen de faire de la chirurgie, mais une finalité en soi* »)²⁰.

Cette recherche de légitimation, inscrite historiquement dans la prise de parole des ethnologues en faveur de groupes faisant les frais de dominations multiples (sociale, économique, de genre, etc.), n’en présente pas moins des risques de capture. Ces tiraillements suscitent parfois de vifs débats, qui tiennent autant à la reprise par l’ethnologue des stéréotypes relatifs à la profession – jugés signifiants pour l’un, pernicieux et éculés pour les autres –, qu’à des interprétations erronées des gestes professionnels par le sociologue ou de concepts sociologiques par les professionnels. L’illustrent par exemple des discussions avec des cadres formatrices d’infirmières anesthésistes sur un article ; là où nous évoquions les notions de « sale boulot » et de « professionnalisation inachevée » à propos des Ide, les termes avaient été jugés péjoratifs et malvenus par les formatrices, embarrassées par notre mention d’un adage en vogue voulant qu’*l’ade* signifie « Infirmier Assis Devant un Écran »...

L’avènement des facteurs humains et des compétences non-techniques dans le compagnonnage chirurgical

Le fréquent comparatif réalisé entre le bloc opératoire et le cockpit, qui postule un retard important de la chirurgie sur les facteurs humains, laisse en outre certain-es praticien-n-es penser que les contributions de l’ethnologue pourraient aider la profession à

20. Pauline Elie, « Vers une consultation médicale endormie ? Les enjeux éthiques de la médecine prédictive », *Gestions Hospitalières*, N°628, 2023, p. 409-413, .

progresser voire rattraper cet écart. La présence d'anthropologues dans l'aéronautique depuis les crashes mortels des années 1970 avait sensibilisé le milieu à « *l'importance majeure des facteurs humains dans la genèse des accidents et dysfonctionnements* »²¹. Dans le domaine médical comme sociologique, des travaux récents se sont intéressés à la genèse des erreurs, aux médiations techniques dans l'apprentissage des gestes et aux déstabilisations induites par l'engagement corporel dans les technologies d'action à distance²².

Nous avons ainsi été sollicités par des chirurgien·nes ORL souhaitant engager une réflexion sur les débuts de la robotique en otologie pédiatrique, ses incidences sur la profession et les compétences non-techniques. La proposition des chirurgiens, très précise, consistait à analyser « *l'anthropologie du bloc opératoire* » sur deux interventions aux enjeux particuliers, parmi lesquelles les endoscopies laryngo-trachéales, chirurgies supposant un accès des chirurgiens aux voies respiratoires naturelles du larynx et aux voies respiratoires supérieures de l'enfant, qui sont généralement la chasse gardée de l'anesthésie. Un chirurgien nous avait décrit initialement : « *Ce sont des interventions brèves [qui] nécessitent une interaction très importante entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe chirurgicale. C'est une chirurgie à risque potentiellement vital si les voies respiratoires ne sont pas sécurisées, avec la nécessité d'être immédiatement réactif. Les compétences non-techniques de communication, confiance en soi et leadership (entre autres) sont essentielles* ». Au-delà d'éléments quantitatifs, le souhait des chirurgien·nes était ainsi de disposer de préconisations opérationnelles pour favoriser cette étroite synergie. Il s'agissait aussi de mieux comprendre les ajustements tacites nécessaires du fait de l'arrivée de cette « troisième main », permettant certes de voir toujours mieux et plus loin, mais impliquant aussi la perte de repères spatiaux (dans l'intérieur de l'oreille) habituellement instinctifs et une charge cognitive nouvelle.

Cette question du positionnement spatial nous est apparue au cours de nos terrains l'un des enjeux partagés les plus frappants entre chirurgie et ethnologie. Pour tout·e chirurgien·ne, il s'agit de disposer de la plus grande proximité spatiale à la *matière*,

21. Barbara Cadre, Gérard Dubey, Briac Thierry et François Simon « Reinventing Human Factors in Aviation for Head and Neck Surgery », *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, vol. 22, N°1879-7296, 2022, p. 63-64.
22. Caroline Moricot, *Agir à distance : enquête sur la délocalisation du geste technique*, Paris, Classiques Garnier, 2020 ; Mathilde Bourrier, avec la coll. de Sami Coll, *Les enjeux de l'apprentissage médical à l'hôpital. Une étude de cas dans un service d'anesthésie*, Genève, Éditions Georg, 2011.

grâce aux instruments comme aux nouvelles techniques d'imagerie qui permettent une qualité toujours plus fine, tout en éliminant les aléas du trop près (déchirure de tissus, manipulation peu aisée des instruments, etc.) et les risques infectieux – mais aussi psychiques et symboliques – liés à cette « *violente intimité* » du geste²³. Cette proximité du champ opératoire, renouvelée par les dispositifs technologiques (robotique, solutions de *video management*, etc.) intégrant caméras et écrans en salle, se pose également pour les équipes environnantes (infirmier·ères, externes, etc.) toujours désireuses de pouvoir suivre au plus près l'acte en cours. De la même manière, pour l'ethnologue, l'observation et la proximité avec les espaces de l'activité opératoire, pouvoir se mouvoir aussi librement que possible, sont essentielles, mais restent toujours sujettes à caution, au vu du risque d'infections nosocomiales²⁴ et du dérangement possible des équipes – en somme, il s'agit de voir sans dissiper, voire de voir sans être trop vu.

Un besoin d'outils conceptuels pour penser l'éthique d'une pratique transgressive

Une littérature conséquente sur l'éthique et la philosophie de la chirurgie s'est développée ces dernières années, et témoigne de la prégnance des interrogations relatives aux pratiques et à la posture du praticien, aux modalités du compagnonnage et aux développements technologiques. Elle est la plupart du temps le fruit de chirurgien·nes ayant suivi un cursus de sciences sociales ; sans préention d'exhaustivité, relevons des travaux sur les ambivalences de l'objectivation et la nécessaire resubjectivation du patient²⁵, sur une éthique globale de la chirurgie²⁶, sur la place de la technique²⁷, sur la fascination technologique de la profession²⁸ ou l'es-

23. Marie-Christine Pouchelle, « Quelques touches hospitalières », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, N°49, 2007, p.11-26.
24. À deux reprises (seulement), il nous a été demandé de quitter une salle d'intervention en raison de la présence d'un nombre trop conséquent d'intervenants.
25. Michel Caillol, *Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie*, Thèse de philosophie, Paris Est, Marne-la-Vallée, 2012.
26. Anne-Laure Boch, « Une éthique pour la chirurgie », in Emmanuel Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique. II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*, Toulouse, Érès, 2010, p.633-643.
27. Amandine Klipfel « La technicisation de la chirurgie représente-t-elle un danger? », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, vol. 2, N°28, 2017, p.131-143.
28. Alain-Charles Masquelet, « La relégation du corps à corps chirurgical », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, vol.1, N°1, 2007, p.139-149.

quisse d'une philosophie de la chirurgie²⁹, mais aussi de récents essais sur les dérives de la *live surgery*³⁰ ou sur la valeur épistémologique de l'erreur³¹. Ces approches ont en commun de pointer le caractère originellement transgressif de la profession – faire couler le sang, pénétrer voire reconfigurer l'intimité des corps, avec toutes les incidences symboliques, psychiques et sociologiques d'une telle activité –, de développer des outils conceptuels pour l'appréhender tout en formulant des interrogations critiques sur le devenir de la profession et la place qu'y occupent la technique et les nouvelles technologies. Cette littérature reflète une transformation de questionnements initialement portés sur la nature invasive des interventions à des interrogations focalisées sur les médiatisations technologiques croissantes, augurant d'un accès visuel toujours plus précis au plus profond du corps, mais éloignant paradoxalement d'un contact direct avec celui-ci.

En parallèle, dans la littérature chirurgicale, certaines notions issues des sciences sociales ont fait leur apparition et sont utilisées de façon croissante. Ainsi de la notion de résilience en chirurgie, qui s'est imposée ces deux dernières décennies, pour évoquer la nécessaire transformation d'une culture du surmenage et d'un ethos guerrier et les réarticuler autour de la régulation émotionnelle de situations complexes, comme les complications post-opératoires ou le décès de patients³². Il ne s'agit pas pour nous de défendre une notion parfois galvaudée, aux préceptes flous et injonctifs, mais de pointer la circulation entre sphères académiques de mêmes notions participant de ce rapprochement accru et donnant un langage commun dans les échanges. C'est la visibilité croissante d'articles sur PubMed à ce sujet – autant que les controverses relatives aux nouvelles générations d'internes à la conception plus polycentrique de l'existence, en rupture avec l'éthos de « disponibilité permanente » passé – qui a fait réaliser à plusieurs chirurgiens la nécessité de repenser les conditions de la préparation mentale des interventions et la qualité de vie au travail, les conduisant à s'impliquer dans des projets mêlant régulation émotionnelle et réalité virtuelle, sur lesquels notre regard a été sollicité.

29. Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, Paris, Michalon, 2006.

30. Philippe Liverneux, *Live Surgery. Alerte sur une pratique médicale dangereuse*, Paris, L'Harmattan, 2018.

31. Éric Vibert, *Droit à l'erreur, devoir de transparence*, Paris, Éditions de l'Observatoire, 2021.

32. Agnes Arnold-Forster, « Resilience in surgery », *British Journal of Surgery*, vol. 107, n°4, 2020, p. 332-333.

À travers la question de la transgression, c'est à nouveau cette dialectique entre distance et proximité qui est questionnée, ici moins sur un plan spatial qu'humain et affectif, dans les relations interpersonnelles qu'entretiennent les praticien·nes avec leurs patients notamment. La question de la « juste distance », « *ambivalence qui existe entre proximité affective et distance émotionnelle* »³³, et de la resubjectivation du patient après sa nécessaire objectivation³⁴ pendant l'acte habitent ainsi toute consultation pré ou post-opératoire. Elles apparaissent tout particulièrement aiguës en pédiatrie (au vu de la triangulation à opérer entre le patient et ses parents), en oncologie ou pour les chirurgies présentant des enjeux éthiques particuliers, comme le recours au donneur vivant en greffe hépatique. Ces questions habitent en symétrie l'ethnologie, pour qui la subjectivité constitue l'outil premier de travail – on se souvient de l'appel de Jeanne Favret-Saada à « *réhabiliter la vieille "sensibilité"* »³⁵ –, mais pour qui les risques d'interprétation erronée et d'« *inconfort ethnographique* »³⁶ apparaissent eux aussi inévitables. C'est par exemple le cas au bloc pédiatrique, où le chercheur se trouve plus fréquemment amené à interagir avec les patients avant leur entrée au bloc, mais surtout lors d'observations en consultation, l'un des rares interstices où l'on est revêtu de la blouse blanche et où il n'est pas rare de faire l'objet de *eye contacts* insistants ou d'être pris à partie :

La chirurgienne m'indique, avant que la patiente entre : « *Elle, elle est un peu pénible. Mais bon, on ne peut pas choisir nos patients...* ». La consultation commence ainsi : « *Comment allez-vous Madame XXX?* ». « *Pas bien* » répond la patiente. « *Mais vous n'allez jamais bien* » dit la chirurgienne, ce à quoi la patiente répond : « *Mais je ne vais pas vous dire que je vais bien alors que j'ai mal à mon foie, des aiguilles, des aiguilles, des aiguilles, tout le temps sur le foie* ». Ces douleurs sont liées à une difficulté d'écoulement au niveau des voies biliaires intra-hépatiques, une problématique liée semble-t-il à une erreur chirurgicale dans un autre hôpital. Lorsque la chirurgienne est occupée sur son écran (lecture du bilan biologique, etc.), la patiente se tourne vers moi, me

33. Sabine Fortino, Aurélie Jeantet et Albena Tcholakova, « Émotions au travail, travail des émotions », *La nouvelle revue du travail*, N°6, 2015.
34. Michel Caillol, « La démarche éthique en chirurgie : objectiver en restant libre », *Laennec*, T. 58, 2010, p. 6-20.
35. Jeanne Favret-Saada, *Désorcelier*, Paris, Éditions de l'Olivier, 2009.
36. Ndiéye Ndiagna Gning, « De l'inconfort ethnographique à la question de l'éthique en sciences sociales », *Journal des anthropologues*, N°136-137, 2014, p. 227-252.

raconte son historique médical et évoque ses douleurs. Le ton monte lorsque la chirurgienne réitère qu'il n'est pas opportun selon elle d'opérer la patiente (« *c'est pas que je ne veux pas vous opérer, au contraire, mais je ne vous rends pas service en vous opérant* »). La patiente est très remontée, elle me prend à partie en évoquant l'erreur chirurgicale et ses difficultés avec les assureurs pour être dédommagée. Tout au long, je fais des hochements de tête compréhensifs et essaie d'avoir un regard empathique, mais la situation me met mal à l'aise. [Mars 2022]

À l'aune de cette situation comme de beaucoup d'autres, c'est bien la nécessité d'un « *engagement maîtrisé* » sur le terrain, entre nécessaire empathie et tacite compassion, tout en évitant « *le rôle d'[assistant] du médecin ou de porte-parole du malade* », qui transparaît. Si ces problématiques présentent certaines symétries par rapport à la juste distance soignante – bien que la responsabilité vis-à-vis d'autrui, présente des deux côtés, soit différente –, c'est avant tout à une « *double empathie* »³⁷ que l'ethnologue doit s'astreindre, tant elle est gage du plus grand décentrement et du moindre dilemme moral.

La volonté utilitariste de favoriser l'appropriation de solutions technologiques nouvelles

Enfin, des volontés plus utilitaristes et gestionnaires participent aussi de ce rapprochement. La sollicitation de l'ethnologue, par des directions hospitalières comme par des chirurgiens, vise parfois à favoriser l'appropriation et le déploiement de solutions technologiques. Espace longtemps régi par une certaine autonomie, le bloc opératoire est parfois présenté comme un terrain hostile, où les directeurs d'hôpitaux ne peuvent pas toujours mettre les pieds, particulièrement réfractaire à certaines avancées numériques et technologiques (sur la traçabilité et la matériovigilance notamment) et qui serait paradigmatique des « *résistances au changement* »³⁸. Dans ce contexte, la présence du chercheur en sciences sociales est parfois recherchée, avec l'idée – formulée de façon

37. Sylvie Faizang « Champ-contrechamp : la relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, n°3, 2013, p. 85-86.

38. Nicolas El Haïk-Wagner « "C'est pas le mur de Berlin, mais presque quoi". De la disparition d'un tableau blanc au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, vol. 614, n°3, 2022, p. 135-141.

quasi prophétique – que ce dernier pourrait « lever les résistances au changement » et aider à l'appropriation de ces innovations, de surcroît alors que les industriels n'ont pas aisément accès à l'hôpital public comme terrain de test de leurs produits, comme l'illustre cette vignette :

Le directeur de l'AP-HP est en visite officielle à la Chaire d'innovation. Le directeur des opérations insiste sur l'importance de l'innovation, qu'il distingue de la recherche fondamentale, par son objectif opérationnel, sa temporalité réduite et la capitalisation qui peut en être faite. La diapositive me présentant indique : « *Production de connaissances pour favoriser l'innovation* », puis, à l'évocation de la solution technologique que j'étudie : « *Comprendre et faciliter le déploiement des usages* ». La présentation insiste plus loin sur les « *test d'acceptance* », « *test d'utilisabilité* » et l'« *optimisation [des solutions]* » auquel les chercheurs en sciences humaines peuvent concourir. [Janvier 2022]

On retrouve cet objet « *piégé* » que constitue l'innovation, source de dilemmes quant à la posture du chercheur³⁹. Il s'agit ici non seulement de se tenir à distance de « *l'évidence novatrice* », mais aussi de résister à une logique utilitariste susceptible de réduire l'agenda scientifique. Concernant la solution technologique dont nous devons étudier les modalités d'usage et les effets, cela a impliqué d'affirmer une posture de chercheur (et non de responsable commercial ou chef de projet), mais aussi d'orienter les recherches moins en fonction d'attendus chirurgicaux pas toujours réalisables – y compris méthodologiquement parlant, comme le souhait répété que nous établissions strictement des différences avant/après en matière de conduites humaines –, que de ce que nous révélait le terrain, concernant notamment les trajectoires appropriatives de cette technologie et les discours produits pour la légitimer.

Conclusion

Insistons tout d'abord en conclusion sur l'inattendue facilité d'accès de nos terrains. Si leur nature fermée reste au cœur d'un mythe collectif soigneusement entretenu, les blocs opératoires constituent des terrains géographiquement proches – à moins de 10

39. Jérôme Lamy et Arnaud Saint-Martin, « Sociologie de l'innovation scientifique et technique : un panorama historique et quelques hypothèses critiques », in Ivan Sainsaulieu et Arnaud Saint-Martin (dir.), *L'innovation en eaux troubles. Sciences, techniques, idéologies*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant, 2017, p. 51–87.

kilomètres de notre lieu d'habitation pour la plupart –, et vis-à-vis desquels les démarches d'accès se sont révélées étonnamment peu fastidieuses, se résumant à quelques courriels et un bref coup de téléphone. Au-delà des éléments évoqués précédemment – codirection chirurgicale de la thèse, projet d'innovation institutionnel, collectif et pluridisciplinaire, établissement universitaire de provenance connu, caution tenant aux enseignements donnés en école de formation, etc. –, ces dynamiques témoignent aussi de la continuelle emprise médico-chirurgicale dans cette « *bureaucratie professionnelle* »⁴⁰ qu'est l'hôpital autant qu'au différentiel de traitement administratif et éthique entre recherche clinique et recherche en sciences sociales en France. Cette accessibilité n'a pas été seulement celle du terrain, mais aussi des équipes médico-chirurgicales et paramédicales, y compris des chirurgien·nes, dont on sait combien elles et ils entretiennent une image de stoïcisme peu amène. De fait, nous n'avons essuyé que peu de refus dans nos sollicitations d'entretiens – alors même que l'on sait ce qu'une heure de temps assis représente pour une profession dont l'hyperactivité n'est plus à démontrer –, et que certains sujets évoqués relevaient largement de ressorts intimes. Accessibilité langagière et épistémique également, y compris pour un chercheur ayant laissé l'essentiel de ses maigres connaissances en sciences de la vie et de la terre sur les bancs du lycée. Si l'absence de connaissances médico-chirurgicales donne nécessairement lieu à de frustrants moments d'incompréhension et compromet l'appréhension pleine et entière de certains champs de l'activité opératoire – la réalisation du geste chirurgical et les difficultés rencontrées sur-le-champ, la formulation collégiale des indications thérapeutiques, etc. –, elle constitue aussi une invitation à des échanges encore plus étroits avec ses terrains, qu'il s'agisse de questions informelles en salle ou de sollicitations pour des relectures chirurgicales de papiers. En somme, cette ignorance rapproche plus qu'elle n'éloigne.

Au-delà, comment l'ethnologue chemine-t-il, entre les contraintes liées aux attentes du financeur, les demandes formulées par les équipes et son propre bagage expérimental et intellectuel ? Avant tout par un élargissement progressif des terrains. Élargissement spatial, d'abord – de la seule salle d'intervention au bloc opératoire dans son ensemble (qu'il s'agisse des vestiaires, de la salle de détente ou du sas des brancardiers), mais aussi du

40. Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, trad., Paris, Éditions d'Organisation, 1982.

seul bloc opératoire aux réunions de staff, aux box des consultations ou au bureau des secrétaires. Élargissement qui va de pair avec l'appréhension d'un cadre spatiotemporel plus large, visant à saisir non pas le seul moment aigu de l'intervention chirurgicale, mais des interstices tout aussi primordiaux – la préparation mentale et cognitive de l'intervention en amont, par exemple –, et un continuum de l'activité pré et post-opératoire nettement plus vaste, bien qu'impossible à cartographier entièrement tant il se joue sur des espaces spatiotemporels distincts et avec de continues singularités. Ces élargissements – qui poussent à aller toujours au-delà des cercles concentriques entourant le sacro-saint champ opératoire – impliquent aussi nécessairement un élargissement des professions étudiées, de la seule figure archétypique du chirurgien, source d'une fascination collective qui se reflète dans sa surreprésentation dans la littérature, au reste des équipes, paramédicales notamment, mais aussi responsables du pilotage des blocs, ingénieurs biomédicaux ou directeur-ices d'hôpital. Cette série d'élargissements se nourrit conjointement d'un élargissement disciplinaire, de la seule sociologie des groupes professionnels, à la sociologie des techniques et des usages ou à la psychodynamique du travail, pour saisir autant de matérialités que d'éprouvés psychiques peut-être négligés par le passé. Le tout dans la dialectique féconde qu'augure la revisite de terrains, aidant à documenter des écarts parfois béants – sur l'imprégnation de la culture grivoise notamment –, et les conseils de mentors sociologues, venant d'autres horizons disciplinaires, mais travaillant sur le même objet⁴¹.

Revêtu comme le reste des équipes, avec un masque ne laissant entrevoir qu'une paire d'yeux et un calot masquant mal quelques cheveux revêches, l'ethnologue se fond dans le décor. « Vous faites partie des meubles maintenant! » a-t-on plusieurs fois entendu. Au-delà de ces motifs vestimentaires et de la temporalité longue de notre présence, cette relative invisibilité tient aussi sûrement à l'intense focalisation cognitive qui caractérise l'activité – il n'est pas rare qu'un chirurgien ait mis plusieurs heures à s'apercevoir de notre présence. « Ah, mais il y a notre espion qui est là! Le risque, c'est qu'on ne se rende plus compte qu'il est là... » s'amusait un jour un opérateur. Aussi invisible soit-il, l'ethnologue et son travail ne présentent-ils pas pour autant une certaine perfor-

41. Gérard Dubey, « Les sens de la sécurité. Une anthropologie comparée chirurgie/aéronautique », État d'avancement N°1, Institut Mines Télécom, 2021.

mativité? Esquissons ici de modestes hypothèses. Son travail aide parfois à libérer la parole dans un univers où les non-dits peuvent être légion, mais où les acteurs s'épanchent avec une étonnante liberté de parole auprès du chercheur. « C'était intéressant pour moi d'avoir "enfin" le ressenti de nos chirurgiens juniors », « j'y ai appris beaucoup de choses, notamment un retour sur mon propre comportement dont je n'avais pas conscience qu'il puisse heurter la sensibilité de certain.es » nous glissaient deux chirurgien-nés seniors à l'envoi d'un papier sur un projet suscitant un schisme dans le service. Elle nourrit parfois les interrogations, cliniques comme plus existentielles, sur l'exercice de leur métier. Dans un métier passion, où, après des années de focalisation sur la technique, la séniorité chirurgicale signe souvent la volonté d'appréhender moins la « cousette » des tissus que de parfaire ses capacités de transmission et ses arguments dans la pose d'indications thérapeutiques, les sciences humaines peuvent alimenter ces réflexions. Elles poussent, aussi, certains praticien-nés à adopter une posture parfois plus critique par rapport aux innovations – la notion de promesses technoscientifiques n'y est pas étrangère –, mais aussi à tourner le regard vers d'autres comparatifs que le seul modèle aéronautique, mobilisé selon nous à outrance, alors même que d'autres univers placés sous le sceau de la performance (comme le sport de haut niveau) ou à bien des égards opposés (comme les soins palliatifs) peuvent offrir des éclairages nouveaux.

Les difficultés ne sont en outre pas toujours là où on les attendrait. Elles se nichent ainsi moins dans la visualisation des entrailles sur-le-champ opératoire – y compris alors que les dissections des années collègue n'étaient déjà pas notre tasse de thé –, que dans l'intensité physique et psychique du rythme et des (sur) sollicitations cognitives sur les terrains. Moins, aussi, dans la difficulté d'accès aux professionnels (y compris chef-fes de service et directions hospitalières) que dans la réconciliation entre une tradition interactionniste invitant à mettre à distance la rhétorique professionnelle, et la nécessaire empathie – admiration, sûrement aussi – tirée des amitiés nouées, et de l'ampleur du dévouement quotidien des équipes. Moins, également, dans la compréhension du jargon et des codes que dans la très grande personnalisation de certains projets ou cas d'étude explorés, souvent menés par des praticiens (dont notre propre directeur de thèse) autrement plus aguerris et forgés par l'expérience qu'un sociologue en herbe de 24 ans, et qu'il importe malgré tout d'appréhender à travers une posture certes compréhensive mais un regard non moins critique.

Moins, enfin, dans la difficulté du dialogue entre disciplines que, bien plus pragmatiquement, dans le défi de rassembler plusieurs professionnels à un instant T pour une brève séance de restitution, dans un espace où les cadences s'enchaînent, les plannings s'enchevêtrent et où le surmenage fait loi.

Pourtant fort éloignées, chirurgie et ethnologie se rejoignent ainsi, comme nous l'avons montré, dans des objets et terrains d'étude communs, des transformations du rapport au travail, à l'éthique de la transgression ou l'ergonomie du geste humain. Toutefois c'est tout autant leur ancrage empirique comme leur intérêt pour l'humain dans sa dimension incarnée qui nous paraissent avant tout les unir. Pour leurs tenants, « *aller là où personne n'était déjà allé [relève] d'une pulsion aussi personnelle que professionnelle* » résumait déjà Marie-Christine Pouchelle⁴². Or c'est bien cette quête constante, créatrice d'un équilibre toujours délicat entre distance et proximité, qui travaille leurs esprits et leurs corps au quotidien : être au plus près sans être trop près. Dans un bloc opératoire souvent présenté par les chirurgien-nes comme un refuge, un cocon ou un havre, protégeant d'un relationnel trop éprouvant avec les patients comme des sursollicitations cognitives des temps modernes, c'est bien, encore et toujours, dans une vigilance tenace et l'investigation réflexive et systématique de cette dialectique qu'elles peuvent et doivent se rencontrer. « *Il faudrait un sociologue pour étudier la place du sociologue au bloc* » s'amusa un jour un collègue doctorant.

42. Marie-Christine Pouchelle, « Situations ethnographiques à l'hôpital », art. cit., p.10.