

Être ou ne plus être les « petites mains » du chirurgien

L'impossible construction identitaire des infirmières de bloc opératoire

*Nicolas El Haïk-Wagner**

Le segment des infirmières de bloc opératoire (Ibode) dispose d'un moindre niveau de prestige et d'une plus faible attractivité que les infirmières anesthésistes. Ces professionnelles évoquent néanmoins leur travail en des termes passionnés et vocationnels. À l'appui d'un terrain ethnographique dans les blocs de chirurgie viscérale (adulte et pédiatrique) de deux centres hospitaliers universitaires (CHU) franciliens, cet article interroge ce hiatus entre valorisation interne et externe de l'activité, en se concentrant sur les missions exercées par les Ibode au cours des interventions chirurgicales et en réinscrivant ces dynamiques dans la rationalisation croissante de l'activité opératoire. Nous montrons que si les Ibode trouvent des espaces d'engagement actif dans leur travail et tirent des profits symboliques de la proximité aux praticiens, leur activité reste prise en étau par une double emprise chirurgicale et gestionnaire, qui contribue à son hétéronomie et perpétue leur position dominée dans l'ordre hospitalier.

Les infirmières¹ constituent depuis la fin du XIX^e siècle un groupe dominé à l'hôpital, du fait de leurs propriétés sociales et de leur dépendance persistante à la prescription médicale (DUBET, 2002), en dépit de leur volonté de s'en extirper par l'institution

* Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529), Conservatoire national des arts et métiers ; nicolas.ehw@gmail.com

Article soumis le 6 septembre 2023.

L'auteur remercie chaleureusement les professionnelles du bloc B et Nicolas Vonarx pour leurs retours sur la première version de cet article, les évaluateur·rices anonymes et le comité de rédaction pour leurs précieux apports et suggestions.

1. Nous féminisons dans ce texte le métier d'infirmière pour pointer la forte surreprésentation des femmes dans cette profession et dans le segment Ibode, ainsi que parmi les enquêtées. Nous adoptons le masculin pour la profession chirurgicale, dont le taux de féminisation approche 30 % (toutes spécialités confondues) ; par « chirurgiens » ou « praticiens », il faut entendre « chirurgiennes et chirurgiens ».

d'un rôle propre (ACKER, 2005), l'affirmation d'un rapport salarial (KERGOAT, 1991)², l'autorégulation de la formation et la constitution d'une ligne hiérarchique de cheffes encadrant le personnel (DIVAY, GIRARD, 2019). Cette domination entretient une division du travail genrée, qui réserve la technique aux médecins et consacre le relationnel comme une qualité première, naturalisée, des infirmières. La profession s'est attachée à légitimer ce travail relationnel comme une technique de soin, s'appuyant sur les sciences infirmières (travaux proposant des typologies de la relation de soin et évaluant les effets des interventions infirmières, à l'appui d'approches psychologiques et phénoménologiques) et l'universitarisation de la formation (ROTHIER BAUTZER, 2016). Si la profession est ainsi historiquement tiraillée entre un pôle relationnel réservé et une attirance continue pour la technique, des segments ont investi cette dernière, à l'instar des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (Ibode), disposant d'une certification spécifique depuis 1971. Au sein du champ infirmier, elles constituent des « dominantes médicales », se distinguant par une mobilisation soutenue de leurs connaissances en physiopathologie et en utilisation de machines, un moindre recours aux compétences relationnelles et un rejet des comportements associés au capital infirmier (intérêt pour la médecine complémentaire³, adhésion aux associations professionnelles, etc.) (LONGCHAMP *et al.*, 2018).

Le segment Ibode ne jouit néanmoins pas du même statut et niveau de prestige que d'autres spécialisations infirmières⁴, comme l'anesthésie (EL HAÏK-WAGNER, 2025) ou la pratique avancée. Son marché du travail n'est pas fermé, faisant cohabiter au bloc des Ibode, titre accordé à l'issue d'une formation de deux ans, et des « faisant fonction » (ou « Ibo »), non titulaires du diplôme d'État et apprenant le métier sur le tas. Si les Ibode ont obtenu depuis 2015 des actes exclusifs (installation chirurgicale du patient, aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration, fermeture sous-cutanée et cutanée, etc.)⁵, les protocoles de coopération les rendant possibles tardent à voir le jour, tandis que la pénurie de professionnelles incite les pouvoirs publics à développer des dispositifs transitoires permettant leur réalisation par des infirmières diplômées d'État (IDE) n'ayant pas suivi la formation. La formation, universitarisée depuis 2022, ne permet qu'un faible gain salarial, nettement inférieur à celui des infirmières anesthésistes diplômées d'État (Iade)⁶, et ses places ne sont

2. La grève infirmière de l'automne 1988, restée célèbre pour son refrain « ni bonnes, ni nonnes, ni connes », est envisagée par Danièle Kergoat comme un moment pivot d'affirmation salariale pour la profession (rupture avec son héritage religieux et rejet de la rhétorique de la vocation et du sacrifice, revendication d'acquis sociaux existant dans d'autres secteurs du salariat féminin, essor des syndicats et d'une « coordination infirmière »).

3. Quatre types de médecines alternatives et complémentaires sont reconnus par l'Ordre des médecins : acupuncture, homéopathie, mésothérapie (injection de médicaments à des fins antalgiques) et ostéopathie.

4. Il existe quatre spécialisations (puériculture, bloc opératoire, anesthésie et, depuis 2018, pratique avancée) qui impliquent une reprise de formation de douze ou vingt-quatre mois dès l'obtention du diplôme d'État (DE) infirmier ou après deux à trois ans minimums d'expérience.

5. Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des Ibode.

6. Une IDE avec huit ans d'expérience (soit l'ancienneté moyenne des étudiantes Ibode à l'AP-HP) gagne 77,60 euros de plus en devenant Ibode à l'hôpital public. Cette somme varie selon le statut des établissements et les négociations salariales internes, et n'est accessible qu'après un an (titularisation).

pas toujours remplies, avec une décélération récente du nombre de candidates. Contrairement aux Iade, les Ibode disposent enfin de moindres capacités de mobilisation collective⁷ et sont peu soutenues par les organisations chirurgicales dans leurs revendications.

Alors qu'un éthos de compétition et de performance régit la chirurgie, spécialité historiquement masculine (ZOLESIO, 2015), cette faible valorisation du segment Ibode, très féminisé (88 %⁸), s'inscrit dans un contexte de domination chirurgicale, professionnelle, de classe et de genre. Les fortes assignations de genre régissant la relation chirurgien-infirmière donnent à cette relation de travail une dimension d'asservissement (CASSELL, 2000). Exerçant dans un service fermé, les Ibode sont en outre peu visibles du reste de la profession⁹ et moins encore du grand public. Elles déplorent le fait d'être cantonnées à un éternel second rôle et à une fonction d'assistance dévalorisée. « Les étudiants en IFSI [instituts de formation en soins infirmiers] pensent que ce sont des *conchitas* qui se font hurler dessus, qu'on est là pour ramasser des compresses au sol et basta », se désole Cyril, 38 ans, cadre supérieur Ibode en chirurgie pédiatrique.

Ces interrogations ne sont pas nouvelles. Marie-Christine POUCHELLE relevait déjà « le sentiment qu'ont parfois les panseuses, même si elles sont un peu moins manipulables aujourd'hui qu'hier, d'être elles-mêmes des objets, des instruments, des pions interchangeables que les autorités administratives et chirurgicales aimeraient déplacer à leur gré » (2019, p. 145). À l'exception de tonitruantes déclarations – ainsi du professeur Guy Vallancien, qui avait appelé à substituer les Ibode par « des techniciens plus rapidement formés », suscitant l'ire de la profession –, leur place reste toutefois rarement remise en question. Surtout, ce sentiment de dévalorisation cohabite avec la conception d'un « travail passionné » (LORIOL, LEROUX, 2015). Les Ibode évoquent leur choix de l'exercice au bloc dans des termes vocationnels, relevant la cohésion et l'« ambiance particulière » qui y règnent, le caractère sacré du geste chirurgical (SAINSAULIEU, 2006) et la dimension intellectuelle de l'exercice. Si les « charges de la participation » demandées sont importantes (CHARLES, 2012), en matière de dépassement de soi et de conditions de travail (trois à quatre gardes mensuelles et un même volume d'astreintes, travail en dix heures et en horaires décalés, pauses rarement respectées, etc.), celles-ci semblent compensées par des conditions d'exercice jugées meilleures que dans les services d'hospitalisation, par l'épanouissement tiré de la dimension technique de l'activité et par l'inscription dans la communauté endogène du bloc.

7. Cela tient au contexte sociohistorique et institutionnel d'émergence du segment Ibode (cursus de formation dédié récemment créé, faible investissement du syndicalisme, fragmentation des organisations professionnelles).

8. Données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) au 1^{er} janvier 2021, consultées le 20 juillet 2022 (<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/information/>). Ce taux de féminisation du segment Ibode est identique à celui de la profession infirmière dans son ensemble (87 %).

9. En IFSI, les stages au bloc sont rares.

Ce constat nous invite, pour appréhender la difficile construction identitaire de ce segment, à étudier conjointement les questions de statut et de prestige, et les formes de valorisation du travail émergeant au cours de l'activité. Il s'agit ainsi d'explorer les hiatus entre la valorisation interne de l'activité, le prestige qui en est tiré et le cadre organisationnel dans lequel elle s'inscrit. Nous nous focaliserons sur l'activité de l'Ibode au cours de l'intervention et aux trois rôles qu'elle y exerce : la circulation (gestion de la salle d'intervention), l'instrumentation (transmission des instruments au chirurgien) et l'assistance opératoire (appui au geste chirurgical). Cette activité en salle est au centre de l'activité des Ibode et distingue leurs missions du travail infirmier dans les services d'hospitalisation. Étudier cette activité, marquée par une interdépendance forte entre des professionnels médico-chirurgicaux et paramédicaux (Iade, chirurgiens, anesthésistes) possédant des diplômes et des statuts distincts, permet en outre d'examiner par une entrée microsociologique les rapports inter-professionnels. Cet angle élude toutefois les tâches accomplies en amont (préparation de la salle, accueil et installation du patient) et à l'issue de l'intervention (rangement de la salle, coordination de son nettoyage), qui impliquent un travail étroit avec les aides-soignantes (AS), ainsi que les missions transversales : gestion du matériel et surveillance des stocks, formation et encadrement des stagiaires, activités de référente (hygiène, radioprotection, etc.).

La sociologie de l'activité s'inscrit dans la continuité de recherches documentant le travail en train de se faire, soit son contenu plus que ses contours ou ses conséquences. Elle trouve ses racines dans la tradition française d'anthropologie technique, dans la philosophie pragmatiste de John Dewey et dans la sociologie interactionniste, mais se distingue de cette dernière en accordant une primeur moins aux problématiques relatives à l'identité, au statut, au prestige ou aux relations entre groupes professionnels qu'à la « façon dont les travailleurs élaborent, dans le quotidien de l'activité, des valorisations » (BIDET, 2011a, p. 4). La notion de « vrai boulot », qui condense ce programme, considère ainsi moins l'évaluation globale que font les travailleurs de leur situation ou de son prestige relatif que la « sensation d'engagement direct » tirée de situations de travail qu'ils jugent au cœur de leur métier. Elle donne un ancrage sociologique au processus de subjectivation dans l'activité, décrit par la psychodynamique du travail, et montre la coexistence de logiques distinctes dans un même métier. Étudiant des techniciens chargés de la surveillance du trafic électronique, dont le métier a basculé d'une activité d'intervention sur les machines à des missions de supervision à distance du trafic, Alexandra BIDET suggère l'existence de « guetteurs », focalisés sur les objets techniques et leur matérialité, et d'« explorateurs », plus investis dans les processus abstraits de téléaction. Ces deux styles d'engagement tiennent à une trajectoire passée différenciée dans le rapport à la technique.

Cette notion apparaît heuristique pour concevoir la prééminence de la technique dans l'activité des Ibode, maillons centraux de la « solidarité technique » au bloc (DODIER, 1995), qui implique un engagement corporel et des styles professionnels irréductibles à une seule stratégie de différenciation dans l'espace infirmier. L'activité

au bloc reste nettement moins automatisée et virtuelle que le trafic électronique et on n'observe pas de ligne de partage aussi stricte entre « guetteurs » et « explorateurs » chez les Ibode. Cette notion aide néanmoins à appréhender différentes façons d'habiter le milieu de travail en fonction de la position qui y est occupée, notamment le rapport différencié à l'activité – en matière de mobilité, de rapport au temps et de symbolique – entre l'activité d'« instrumentation », qui requiert une passation continue d'instruments aux chirurgiens, et celle de « circulation », qui demande une veille continue sur l'environnement plus global de la salle.

Si la valorisation du « vrai boulot » ne nécessite « ni audience ni public – tiers, collègue, hiérarchie, client », mais « concerne un équilibre goûté pour lui-même, plutôt que des capacités données en spectacle » (BIDET, 2011a, p. 9), le travail au bloc implique un exercice au cœur d'une « arène des habiletés techniques », marquée par la présence d'observateurs extérieurs (stagiaires infirmières, externes, internes). La démonstration d'habiletés techniques et esthétiques y est consubstantielle à l'exercice, et indissociable des valorisations du travail en train de se faire (DODIER, 1995). Ensuite, toute intervention implique une coopération resserrée, dans un espace spatiotemporel réduit, entre plusieurs groupes professionnels, endossant des rôles distincts et une distance au rôle plus ou moins prégnante en fonction de leur position dans la division du travail (GOFFMAN, 2002). Pour les Ibode, l'activité implique un travail en binôme infirmier – une instrumentiste et une circulante¹⁰ – et un lien étroit aux chirurgiens, dans un contexte où les rapports sociaux de sexe au bloc ont été historiquement agonistiques (ZOLESIO, 2015). Aussi, alors que l'accent mis sur le rapport personnel au travail peut invisibiliser les rapports de domination et le contexte organisationnel, réintroduire dans l'analyse, dans un second temps, la valorisation externe de l'activité apparaît heuristique pour saisir les ambivalences identitaires. Il s'agira également de considérer la rationalisation de l'activité au bloc, marquée par une optimisation du temps et de l'espace (indicateurs de pilotage, travail en douze heures, etc.) et une réduction des coûts (tarification à l'activité, virage ambulatoire). Ce processus transforme les rapports professionnels : les Ibode doivent entretenir non plus une seule relation de travail interindividuelle au chirurgien, mais aussi une relation de service à l'organisation (BERCOT, 2009).

Nous soutiendrons que si les Ibode rencontrent au cours de l'intervention chirurgicale des lignes d'engagement actif et tirent des profits symboliques de leur proximité au praticien, leur activité est prise en étau par une double emprise chirurgicale et gestionnaire, qui rappelle leur position dominée dans l'ordre hospitalier. Dit autrement, si leurs missions en salle constituent un « vrai boulot », qui concourt à des formes de distinction, cette valorisation interne de l'activité et le prestige qui en est tiré se heurtent à un rapport de subordination et à une rationalisation accrue de l'activité qui renforcent l'hétéronomie de leur action et entretiennent une ambivalence identitaire.

10. L'instrumentiste prépare et transmet au chirurgien le matériel pendant le geste, tandis que la circulante coordonne les activités de la salle et fait le lien entre l'équipe en stérile et le reste du bloc opératoire.

Cet article s'inscrit dans une recherche doctorale (2021-2024) explorant les recompositions de l'activité opératoire dans les spécialités chirurgicales lourdes de centres hospitaliers universitaires (CHU), financée dans le cadre d'un projet d'innovation par l'assureur mutualiste Relyens¹¹. Nous mobilisons des terrains dans deux blocs franciliens de chirurgie viscérale, spécialité structurante de la socialisation chirurgicale (ZOLESIO, 2015), dont le prestige tient à la durée importante des interventions et à la confrontation jugée noble avec des organes mous. Le premier, bloc A, est un petit bloc (cinq salles), monodisciplinaire, de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique ; les observations s'y sont déroulées de septembre 2021 à juillet 2022, à raison d'un jour par semaine (200 heures). Le service auquel il est rattaché compte quinze chirurgiens (douze hommes et trois femmes) et dispose d'une expertise reconnue en matière de greffe hépatique, qui entretient une identité locale forte (EL HAÏK-WAGNER, 2022). Seize infirmières de bloc (dix disposant du diplôme d'État et six « faisant fonction ») exercent dans ce bloc ; elles ont en moyenne dix ans d'ancienneté. Le second, bloc B, est un grand bloc polyvalent de chirurgie pédiatrique (quatorze salles), au sein duquel chaque spécialité dispose d'une à deux salles affectées. Les observations (120 heures, un jour par semaine, entre janvier et mars 2022), ont eu lieu dans les salles de chirurgie viscérale, urologique et thoracique, associées à un service comptant vingt chirurgiens (quinze femmes et cinq hommes), à l'expertise reconnue sur plusieurs malformations congénitales. Cinquante-trois infirmières de bloc exercent au bloc B, la plupart disposant du diplôme d'État ; neuf d'entre elles ont une expertise en chirurgie viscérale. Si ce second bloc dispose d'un pilotage plus resserré de l'activité, l'attribution d'un nombre fixe de salles par spécialité et la répartition des Ibode et Iade en fonction de leur appétence et expertise dans deux spécialités données permettent une relative stabilité des collectifs de travail et entretiennent un sentiment de moindre déshumanisation que dans certains grands blocs. L'observation non participante s'est focalisée sur les pratiques et interactions entre groupes professionnels. Elle a impliqué des conversations et entretiens informels, en salle d'intervention et en salle de repos, avec des infirmières de bloc, disposant ou non du diplôme d'État, d'âges et de niveaux d'expérience variés¹². En raison de ce recueil ethnographique, l'ensemble des trajectoires professionnelles et biographiques n'ont pu être systématiquement recueillies ; nous les indiquons, ainsi que les propriétés sociales, lorsqu'elles nous semblent pertinentes pour l'analyse. Notre expérience d'enseignement en école de formation Ibode à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) nourrit aussi la recherche.

11. Pour une discussion de notre positionnement, cf. EL HAÏK-WAGNER, 2023.

12. Les prénoms indiqués sont des pseudonymes.

Un segment technicien. Le « vrai boulot » des Ibode

Une « solidarité technique » avec des objets investis d'affect et d'esthétique

L'attachement des Ibode à leur activité tient à un sentiment de « solidarité technique » (DODIER, 1995) avec les objets composant la salle d'intervention. Ils suscitent un investissement affectif et esthétique fort et soudent le collectif de travail.

Pour expliquer leur choix d'exercer au bloc, les professionnelles mettent en avant leur penchant pour la dimension technique de l'activité et la possibilité de moduler son investissement dans le travail relationnel. Lorsqu'elles n'ont pas débuté directement au bloc comme « faisant fonction » à la sortie de l'IFSI, leurs trajectoires impliquent la plupart du temps un passage par un ou plusieurs services du pôle technique de l'hôpital : réanimation, soins intensifs, salle de cathétérisme, salle de réveil, centre de transfusion sanguine, etc. « Les services, ça ne me plaisait pas trop, je suis plus technicienne, les rapports humains, ce n'est pas spécialement mon fort, je suis plus technicienne », explique Christine, Ibode en chirurgie hépato-biliaire depuis quinze ans, après des expériences en réanimation et salle de réveil. Cette valorisation de la technique s'inscrit dans une logique de différenciation vis-à-vis des services d'hospitalisation, où la routinisation de l'activité et la prise en charge de patients chroniques sont jugées peu stimulantes. « Je n'aime pas le chronique, c'est mièvre, revoir tous les jours le même patient, lui donner le même médicament, écouter les mêmes histoires, ça ne m'intéresse pas », relève Soline, 27 ans, en stage de formation Ibode au bloc pédiatrique.

Pour autant, réduire cet attrait pour la technique à un seul sentiment de distinction occulte le sentiment de solidarité technique avec le matériel. En salle d'intervention, les instruments (ciseaux, pinces, bistouris, etc.) et les équipements (écrans, chariots, échographes, etc.), qu'ils facilitent la mobilité des Ibode ou participent à l'exécution du geste opératoire, sont intégrés à une « chaîne de solidarité » reliant les acteurs concourant à la réussite de l'intervention (DODIER, 1995, p. 14). Les Ibode disposent d'un attachement affectif fort à ces objets, qui se reflète dans les termes possessifs ou anthropomorphes employés lorsqu'elles les évoquent entre elles ou lorsqu'elles interagissent avec eux. Par exemple, les porte-cupules ou chauffe-sérum¹³ sont parfois nommés avec humour par le qualificatif « mon précieux ». Ils sont appréciés car ils évitent des incessants allers-retours vers l'arsenal (lieu de stockage) et permettent de disposer du sérum chaud en continu et à la demande pour le patient, sans attente.

Cet attachement se retrouve également dans l'esthétique associée à la préparation et à la manipulation des instruments, inscrite dans les critères de qualité du métier. La table d'instrumentation préparée pour chaque intervention ne doit pas seulement être fonctionnelle, mais « belle » et respectueuse du genre professionnel propre à chaque

13. Ils permettent le maintien au chaud des solutions physiologiques nécessaires au lavage de la cavité abdominale du patient, et servent parfois au nettoyage des instruments sur le site opératoire.

service : emplacement ergonomique assigné à chaque instrument, vigilance spécifique sur la place des ciseaux coupants, attention à l'esthétique de l'ensemble, etc. (TOMÁS *et al.*, 2020). Au bloc A, la tentative d'une cadre nouvellement arrivée de changer les normes en matière de montage de la table a suscité une forte mobilisation tant elle fut perçue comme une attaque à l'identité de métier :

Je suis très attachée à notre manière de monter la table. C'est notre identité, notre manière de faire. Elle a une âme, elle a un truc. Et vu que le chirurgien a des demandes bien particulières, vu qu'ils aiment les choses soignées, notre table est bien appropriée.

(Élodie, Ibode depuis huit ans en chirurgie hépatique)

Ce rapport aux objets est aussi ludique et soude le collectif de travail, qui met en scène la réalité triviale de la vie matérielle et se distancie ainsi des « désagréments du métier », repoussant l'ennui et la fatigue (LE LAY, PENTIMALLI, 2013) :

Bloc A. Une paire de ciseaux est tombée, suscitant des rires parce que le professeur qui les utilise, absent, les affectionne. Hormis la chirurgienne qui intervient, lui seul peut les utiliser. L'instrumentiste s'amuse qu'il ait nommé ces ciseaux avec son nom de famille et dise « passez-moi les [son nom de famille] » lorsqu'il les demande. « Ça ne veut rien dire, mais c'est trop drôle ! » L'ade demande ce que ces ciseaux « ont de spécial », l'instrumentiste répond : « Toi, tu cherches la merde ! » [rires]

(mars 2021)

Bloc B. Des serviettes blanches en papier, issues d'un emballage ouvert de matériel, non utilisées, sont entassées méticuleusement sur un chariot. « C'est quoi ça ? », demande le chirurgien, ce à quoi la circulante répond, en rigolant : « C'est pour laver mes vitres à la maison ! » Le chirurgien s'amuse de la combine et de ses habitudes de ménage.

(février 2022)

La première vignette témoigne des affects investis dans le matériel. La seconde illustre les transgressions de la rigidité des protocoles en vigueur en matière d'asepsie, qui interdisent *a priori* tout usage à l'extérieur du matériel de la salle. Dans ces situations, ce prosaïsme et ce rapport ludique au matériel contrastent avec les enjeux vitaux de l'intervention et unissent le collectif.

Sur le site opératoire, des opportunités d'action amplifiées

L'instrumentation est la position la plus valorisée, constitutive du « vrai boulot » des Ibode, et tient aux espaces d'engagement actif trouvés dans l'activité. « On en ressort en disant que sa journée était géniale et pas juste sympa », explique Océane, 33 ans, au bloc pédiatrique depuis quatre ans après sept ans dans des blocs pluridisciplinaires (dont trois comme « faisant fonction »). La « solidarité technique » trouve son apogée sur le site opératoire, où les Ibode témoignent d'un sentiment de communion avec le chirurgien et l'environnement et exaltent une action technique en prise avec le risque.

La fourniture des instruments au chirurgien implique personnalisation, anticipation et rapidité. Personnalisation, puisqu'il s'agit non seulement de transmettre les instruments adaptés aux besoins, mais aussi aux préférences personnelles du chirurgien : untel préfère par exemple le fil de suture résorbable de diamètre « 6-0 » au « 5-0 », tandis qu'un autre ne jure que par une marque spécifique de ciseaux disposant d'un bout rond et d'un autre pointu. Anticipation ensuite, puisqu'il ne faut pas allonger les délais de l'intervention et toujours savoir le prochain instrument à transmettre au chirurgien, tout en nettoyant une pince usagée et en réparant un équipement hors d'œuvre. Rapidité enfin, puisque l'urgence est souvent présente, face à des saignements ou à des découvertes imprévisibles, tandis que certains temps chirurgicaux, comme le clampage¹⁴, sont minutés. La visibilité de l'instrumentiste est contrainte par les positions des chirurgiens, penchés sur le champ, et le non-verbal prédomine dans les interactions. Aussi, il faut, comme l'explique Élodie, être « télépathe » pour « savoir exactement ce qu'ils veulent, au moment où ils le veulent » et ne pas être « prise en porte-à-faux ». Cette scène l'illustre :

Résection hépatique¹⁵ par laparoscopie sur une patiente de 88 ans. Peu de verbalisation sur le champ, le chirurgien est sensible au bruit. Il tend sa main vers l'instrumentiste sans la regarder et sans toujours lui préciser ce dont il a besoin. Il demande souvent plusieurs changements d'instruments (ciseaux, pinces) et actions (activer la pédale du bistouri) en moins d'une minute. L'Ibode doit tendre les instruments, mais aussi nettoyer rapidement ceux que les chirurgiens reposent après utilisation, tout en réorganisant la table d'instrumentation (remettre les ciseaux à bout droit sur le côté gauche, etc.) et en anticipant les prochaines sollicitations.

(février 2022)

Par l'instrumentation, l'Ibode prolonge la main du chirurgien et en décuple la puissance ou la dextérité. Ce corps-à-corps, tant physique que symbolique, avec le praticien et le sentiment sous-jacent d'être relié à l'autre favorisent une symbiose et un équilibre rythmique avec le milieu, caractéristiques du « vrai boulot ». L'instrumentiste s'inscrit alors dans une communion avec l'environnement opératoire. « Plus on est dans le geste médical pur, plus on est dans le sacré, plus on est dans le jeu à la vie, à la mort, plus on est dans le sacré », relève François DUBET (2002, p. 211). Plus on est dans le site opératoire, plus on est dans l'inouï et l'inédit, serait-on tenté de poursuivre. « Mettre les mains dedans », voir et être au plus proche de la matière sont décrits comme source d'un « plaisir unique », de « bonheur », de « fascination ». Le champ lexical de la beauté revient de façon quasi systématique. « Tu vois l'aorte, la veine, comme dans les livres, c'est beau, c'est hyper-impressionnant, c'est une belle chirurgie », relève Justine, 30 ans, Ibode au bloc pédiatrique depuis huit ans, au cours d'une exérèse de ganglion lombo-aortique. Ce plaisir esthétique – également tactile, voire parfois olfactif et sonore –, est d'autant plus fort qu'il est associé à une sensation

14. Pose d'une pince chirurgicale sur un vaisseau pour interrompre temporairement la circulation sanguine.

15. Ablation d'une partie du foie.

d'hyperréalisme : sensation d'être au plus proche de la matière, exaltation tirée d'un accès plus incarné et sensible au corps que lors des enseignements d'anatomie de la formation initiale.

Ce « vrai boulot » tient enfin à une sensation d'action et à une posture de qui-vive permanente, majorées par l'incertitude et le risque. Les interventions longues et complexes (greffes, pontages d'aorte, hépatectomies, etc.), qui exposent à du matériel nouveau et à une plus grande survenue d'aléas, sont appréciées. Anna, exerçant depuis seize ans en chirurgie viscérale pédiatrique, oppose comme ses collègues les « petites interventions, qui ne durent pas très longtemps, routinières, [où] c'est un peu toujours pareil et [où] il n'y a rien de stimulant », à la greffe : « Là, il y a vraiment quelque chose, on est vraiment dans l'action, tu peux agir à tout instant, il y a un enjeu. » La répétition de l'adverbe « vraiment », qui fait écho à des discours souvent hyperboliques (« hyper », « vachement »), suggère l'intensité et l'authenticité perçues de l'action, la concentration nécessaire et une exaltation du mouvement. Sur nos deux terrains, les interventions lourdes et longues sont quasi quotidiennes. Les Ibode pointent la pénibilité d'une position où les remplacements pour une pause déjeuner ou une envie d'uriner sont rares ; pour autant, la stimulation et l'épanouissement tirés de cette multi-activité semblent prédominer (BIDET, 2011b). Comme la « panne » chez les guetteurs, la survenue d'aléas est appréciée pour les opportunités d'action qu'elle offre, notamment chez les Ibode expérimentées. « On aime bien quand ça ne se passe pas bien, bien sûr c'est dommage pour le patient, mais nous, ça nous rebooste », explique Cyril, relevant, lorsqu'il exerçait, sa préférence pour le travail de nuit, marquée par des urgences fréquentes, où « chaque geste compte ».

Hors du site opératoire, une vigilance prédominante

Si l'activité de circulation suscite un moindre sentiment de plénitude, les Ibode insistent sur l'équilibre à trouver entre les deux positions et retrouvent comme circulantes des espaces d'engagement en valorisant une vigilance continue et l'exercice en binôme.

La position de circulation implique la gestion des risques en salle (mise en œuvre et contrôle des mesures d'hygiène), la coordination des soins infirmiers et la traçabilité des activités s'y déroulant, ainsi que la gestion des relations avec l'environnement extérieur. Cette mission, qui éloigne du cœur du travail chirurgical, est plus rarement décrite comme le « vrai boulot », notamment par les entrantes dans le métier. « C'est frustrant de toujours circuler, on a certes un rôle hyper-important, c'est intéressant mais ce n'est pas dingue quoi, hier je me suis habillée [pour instrumenter] et j'étais trop contente », relate Soline. Si les Ibode reconnaissent l'importance du rôle en matière de sécurité des soins, valorisé par les cadres, les plus grandes disjonctions de rythme dans l'activité, la moindre sensation d'immersion que sur le champ opératoire, les

sollicitations externes multiples (téléphone, personnes entrant en salle, etc.) et sa dimension plus abstraite amoindrissent le sentiment d'un engagement plein et actif dans l'activité.

Ce rôle n'est pour autant pas disqualifié, puisque son alternance avec l'instrumentation permet de préserver son capital corporel et ses ressources physiques et émotionnelles. Circuler implique une moindre pénibilité (rythme moins cadencé, position assise plus fréquente, remplacement plus aisé pour la pause déjeuner) et une plus grande sociabilité avec les collègues et les stagiaires. « En tant que circulante, tu peux prendre un peu plus le temps, là, on discute, on rigole, sur le champ ou dans les services, jamais, tu n'as pas le temps ! », relève Joséphine, Ibode depuis huit ans, en chirurgie colorectale puis au bloc A. Les Ibode valorisent ainsi un équilibre entre des journées d'instrumentation, marquées par de fortes montées d'adrénaline mais une fatigue plus grande, et des journées de circulation, qui, malgré le sentiment d'être moins engagé dans du « vrai boulot », aident à retrouver un rythme moins cadencé. « C'est stressant comme intervention, mais c'est génial ! Je ne pourrais pas faire ça tous les jours, c'est bien aussi d'avoir des journées tranquilles, ça fait un bon mix », indique Océane à l'issue d'une greffe.

Les circulantes retrouvent aussi des espaces d'engagement actif au cours des interventions lourdes. Les mêmes qualités de réactivité et d'anticipation sont alors de mise, comme le veut un *motto* répété : « Deux temps d'avance pour la circulante, un temps d'avance pour l'instrumentiste [sur le chirurgien]. » Il faut veiller à ce que l'instrumentiste dispose de tous les instruments nécessaires, avoir des appareils de remplacement prêts à l'emploi en cas de défaillance soudaine, mais aussi répondre aux demandes chirurgicales concernant la manipulation des équipements extérieurs au site opératoire (échographe, dispositifs de captation vidéo, amplificateurs de brillance, etc.). Les consignes sont souvent peu précises (monter la table d'intervention, sans indication sur la hauteur à atteindre, ou augmenter la puissance du bistouri, sans précision sur le nombre de watts escompté) et le collationnement de l'information est rare¹⁶, contrairement à ce qui prévaut dans l'aviation¹⁷, ce qui implique une autonomie décisionnelle, comme l'explique Justine :

Quand tu es circulante, tu es obligée d'être réactive, il ne faut pas être tétanisée. Si ça pisse le sang, faut donner les champs¹⁸, l'aspiration, s'assurer qu'il y a un deuxième appareil de fonctionnel, tu as les réflexes, tu ne te poses pas de questions, si elle [l'instrumentiste] n'a pas dix champs d'avance, tu lui en donnes direct, et dans tout ça, faut écouter et comprendre tout ce que le chirurgien dit.

16. Répétition du message reçu à des fins de vérification de la demande.

17. Les démarches relatives à la qualité et à la sécurité des soins au bloc opératoire s'inscrivent dans un comparatif continu avec le processus suivi par les industries à risque, essentiellement l'aéronautique. Ce comparatif est repris par les professionnels, qui associent l'aéronautique à une culture professionnelle plus collective et à une plus grande standardisation des pratiques perçue de façon positive ; pour un regard critique sur la pertinence de cette comparaison, cf. DUBEY, 2024.

18. Consommables textiles absorbants qui permettent de protéger une zone stérile autour du site d'opération. Ils sont à distinguer du champ (ou site) opératoire, zone où se déroule l'intervention.

Comme elle le sous-entend, circuler implique une solidarité étroite avec l'instrumentiste : lui transmettre à temps des champs ou l'aspiration aide à garder sa sérénité et la maîtrise de son travail, et à éviter toute invective chirurgicale. Circuler implique ainsi de cultiver une certaine vigilance, et pour cela une posture visuelle, sonore (pour entendre des interactions entre chirurgiens et instrumentistes difficilement audibles, mais aussi le bruit des machines et des instruments, susceptibles de signaler un dysfonctionnement), voire olfactive. Revenant sur le rôle de « circulante » au cours des greffes, Anna insiste sur la situation de multi-activité et l'importance de « suivre attentivement » et d'« être attentif » aux étapes :

En circulante, tu ne t'arrêtes jamais, tu as un tas de choses à préparer, beaucoup de paperasse. Quand tu connais, ça va, mais à l'arrivée du greffon, tu as plein de choses à prélever, à préparer, tu as l'albumine [principale protéine de transport dans le sang] à donner au bon moment, les produits de conservation, il faut suivre beaucoup plus attentivement le moment du clampage, le déclampage, ça peut saigner si l'anastomose n'a pas été bien faite. Si ça saigne, il faut être attentif à ce que l'instrumentiste ait suffisamment de tout sur la table, des champs, des clamps, que les aspirations soient fonctionnelles, tout ce qui peut aider à arrêter les saignements.

Des profits symboliques tirés de la proximité au chirurgien

L'activité en salle, qui consacre le « vrai boulot » des Ibode, leur permet aussi d'entretenir une relation privilégiée au chirurgien.

Une autorité morale issue de la sensibilisation des chirurgiens à l'hygiène

Les responsabilités des Ibode en matière de sécurité des soins (maîtrise de l'asepsie, prévention des infections nosocomiales – infections associées aux soins) se matérialisent par des rituels de métier et leur procurent une autorité morale face au chirurgien.

Ces responsabilités constituent un élément essentiel de la formation¹⁹ des Ibode, qui sont initiées, dès leurs stages, à l'intransigeance en matière d'hygiène. Il n'est pas rare, par exemple, lors des évaluations, que des stagiaires se voient soustraire des points pour « un petit cheveu qui dépasse du calot ». La rhétorique professionnelle insiste de la même manière sur l'impérieuse vigilance quant au risque infectieux, qui ne pardonne aucun pas de côté. « Tout ce qui rentre dans le malade doit en sortir », m'explique Anne, Ibode depuis vingt-sept ans, lors de mon premier jour sur le terrain au bloc A, tandis qu'Omblin, cadre au bloc pédiatrique, présente la gestion des risques comme

19. Quatre semaines sont consacrées à l'hygiène hospitalière et à la prévention des infections nosocomiales.

la « raison d'être » du métier. Des rituels de métier, comme le compte des textiles²⁰ et la check-list²¹, incarnent cette mission et octroient à l'Ibode un rôle dans la régulation du temps opératoire : c'est elle qui impose son tempo à la salle. Avant chaque ouverture d'un paquet de compresses, un compte doit être effectué et reporté dans le logiciel de soins, afin de s'assurer qu'aucun corps étranger ne reste à l'intérieur du patient. L'Ibode peut alors interrompre le travail du chirurgien tant qu'il n'y a pas concordance entre le compte initial et le compte intermédiaire, témoignant de l'importance de la mission. De même, si aucune catégorie de personnel n'est désignée dans les directives de la Haute Autorité de santé (HAS) pour la coordonner, la responsabilité de la check-list incombe quasi exclusivement à la circulante, qui énonce les items (identité du patient, nom de l'intervention, voie d'abord, etc.) et les renseigne dans le logiciel de soins. Elle impose là aussi – tout du moins théoriquement, puisqu'il est fréquent que les autres professionnels ne marquent pas d'arrêt dans leurs activités – son tempo à la salle, participant à l'homogénéité des informations entre équipes de chirurgie et d'anesthésie.

Au-delà de sa dimension fonctionnelle, ce rôle donne aux Ibode une autorité morale puisqu'elles sensibilisent les chirurgiens à ces impératifs. Elles enseignent aux externes, lors de leurs premiers pas au bloc, les rudiments hygiénistes (lavage des mains jusqu'au coude avec de la solution hydroalcoolique, saisie de la blouse puis des gants du chirurgien sans se stériliser, etc.). Ensuite, alors que certains praticiens « se comportent comme si leur statut de thérapeute et de chirurgien les préservait de toute contamination » (POUCHELLE, 2009, p. 4), en ne portant pas leur masque ou en le laissant traîner après utilisation, les Ibode les reprennent à chaque transgression. Il s'agit de l'un des rares sujets sur lesquels elles peuvent s'opposer à eux, voire les réprimander, comme l'illustre cette scène où le chirurgien souhaite manipuler des tissus hors du site opératoire et stérilise une zone :

Hépatectomie droite par laparoscopie sur une patiente de 43 ans. Les chirurgiens souhaitent observer la partie droite du foie retirée avant qu'elle ne soit envoyée en anatomie pathologique. Un chirurgien quitte le site pour aller « voir la pièce ». Il s'installe sur une zone stérile, au milieu des champs que la circulante a préparés d'avance. « Attends ! Tu vas tout cochonner... », dit-elle. Elle lui installe une table sur un chariot, puis signifie qu'il peut commencer à découper le foie.

(janvier 2022)

Si la réprimande est ici placée sous le sceau de l'humour, elle peut prendre des formes plus virulentes (ton de voix sec et ferme, formulations plus péremptoires). Les attitudes et réactions des praticiens dépendent du degré d'importance perçue du risque infectieux : s'ils obtempèrent généralement au cours de l'intervention, ils rechignent parfois dans les temps qui la précèdent (lorsque le corps n'est pas encore ouvert) et qui la suivent (lorsque le corps est refermé).

20. Dispositifs médicaux stériles de tamponnement, les textiles sont utilisés comme éponges, pour arrêter des saignements, et protègent les organes jouxtant celui sur lequel le chirurgien intervient.

21. Imposée depuis 2010, elle vise la vérification croisée de certains critères avant, pendant et après l'intervention.

Expertise technique et proximité avec le chirurgien : des éléments de distinction

La valorisation du rôle d'instrumentiste tient également à la proximité aux chirurgiens, source de profits symboliques, qui vient ajouter aux lignes d'engagement actif un sentiment de distinction. L'expertise technique des Ibode et les relations affectives nouées avec les praticiens constituent autant d'éléments sources de valorisation externe.

L'assistance aux chirurgiens mobilise une expertise technique et suscite une émulation intellectuelle qui distingue les Ibode dans l'espace infirmier (LONGCHAMP *et al.*, 2018). L'instrumentation nécessite non seulement la connaissance d'une variété d'instruments (de dissection, suture, prise et manœuvre des tissus, exposition des organes, etc.), de leurs marques respectives et des nouveautés commerciales, mais aussi sa mobilisation afin d'aiguiller les praticiens. Si les professionnelles regrettent la déconsidération de cette expertise, elle se trouve souvent tacitement sollicitée au cours des procédures et témoigne de la dépendance des praticiens à leur égard :

Duodéno-pancréatectomie sur un homme de 57 ans, déjà opéré. Les tissus collent, ce qui rend l'intervention ardue. Le chirurgien demande un écarteur à l'instrumentiste, qui sort la bonne référence (diamètre adapté, etc.). Il lui demande de quel côté il se met. Elle répond : « Sur le [nom de la marque], c'est toujours l'anneau vert qui va dans le corps. »

(janvier 2022)

Cette distinction est amplifiée pour celles exerçant comme aides-opératoires, qui contribuent, par des actes exclusifs réalisés « en présence et sur demande expresse du chirurgien », à la réalisation du geste, qu'il s'agisse de l'aide aux sutures des organes ou à la réduction d'une fracture. En CHU, les Ibode n'exercent que rarement ce rôle, en raison de la présence quasi systématique d'internes et du développement limité des protocoles de coopération. Il leur arrive toutefois parfois de participer à la fermeture du corps, lorsque le chirurgien est pressé et ne dispose pas d'interne disponible. « Tu peux demander au chirurgien “tu prends un bout, je prends un bout”, et c'est génial ! », indique Blandine, exerçant au bloc A depuis huit ans (dont quatre comme « faisant fonction »), après deux ans en service d'orthopédie.

Ces fonctions permettent d'exercer et d'apprendre auprès de « grands professeurs » et participent à un enrichissement intellectuel, qui constitue souvent l'un des facteurs ayant présidé au choix du service. Pauline, AS devenue infirmière, exerçant comme « faisant fonction » d'Ibode depuis cinq ans (père cadre, mère professeure des écoles), raconte être venue au bloc A pour « apprendre et côtoyer, entre guillemets, les meilleurs » et découvrir la greffe hépatique. Relevant combien la chirurgie du foie est « plus physique et plus intellectuelle » que les spécialités qu'elle connaissait, du fait du nombre de vaisseaux et de la récurrence de temps vasculaires, elle pointe la stimulation quotidienne tirée de l'activité. La position d'instrumentiste permet en effet à l'Ibode d'être incluse dans les discussions cliniques jalonnant le compagnonnage des internes, renforçant le sentiment d'un privilège :

Pyloroplastie²² par laparotomie sur un bébé de 9 semaines. Une fois habillée en stérile, la chirurgienne explique à l'interne et l'instrumentiste le cas (sténose hypertrophique du pylore), les symptômes (vomissements, moindre alimentation, saignements, etc.), les retards de diagnostic du fait de la mauvaise interprétation des symptômes (changements de lait de croissance). Elle détaille ce que la recherche sait des origines de la pathologie (bactérie infectieuse sur un terrain génétique, etc.). L'interne et l'Ibode posent des questions, la discussion s'installe sur les enjeux éthiques de la PMA [procréation médicalement assistée]. À la fin, l'Ibode me dit que c'est avec ce type d'échanges qu'elle a « l'impression d'apprendre plein de choses ».

(mars 2022)

Enfin, l'exercice en CHU confronte les Ibode à des interventions rares, à des technologies de pointe et à une culture de l'excellence qui participent d'un sentiment d'exceptionnalisme valorisant. « Parfois, on arrive et le chirurgien nous dit "c'est la première fois que je fais cette intervention", et c'est hyper-plaisant, ce n'est pas dans un petit centre qu'on va participer à ça », relève Océane. Comme ses collègues, elle explique qu'elle n'irait pas travailler en service d'hospitalisation même contre un gain salarial significatif. Cette proximité avec la recherche et l'innovation est pointée comme un facteur d'attractivité et de rétention du personnel par les cadres. « Plus on fait de la chirurgie de pointe, plus on les fidélise », remarque Cyril, cadre supérieur au bloc pédiatrique, observant une corrélation entre la proportion de « grosses interventions » dans les spécialités et la facilité à attirer de nouvelles Ibode.

Une relation aux chirurgiens empreinte d'affects

L'exercice en salle permet enfin aux Ibode d'entretenir une relation affective avec les praticiens.

La figure du chirurgien revient systématiquement dans les conversations des Ibode. Elle est au cœur de dictons qui soudent le collectif : « le problème, c'est toujours le chirurgien », « les chirurgiens sont toujours aussi impatients et de mauvaise foi, c'est la base du chirurgien ». Des débats sur les personnalités des praticiens se tiennent quotidiennement, au cours des pauses déjeuners ou entre deux interventions, deux espaces-temps où ces derniers sont absents. Ces « commérages » occupent de nombreuses pages de mes journaux de terrain (VÉGA, 1997) :

En salle de déjeuner, une Ibode lit à haute voix devant ses collègues l'horoscope du journal *Marie Claire*. L'une d'elles lance le débat sur la date d'anniversaire d'un chirurgien du service, ce qui suscite de vives réactions (on ne s'entend plus parler). Le groupe en arrive à la conclusion qu'il est né en mai, et qu'il est donc taureau.

(octobre 2021)

22. Élargissement de la sortie de l'estomac.

Je l'aime beaucoup, professeur X, je suis sa grande fan, on me charrie beaucoup là-dessus [rires]. Je l'ai déjà taquiné, quand il me demandait pourquoi on ne lui disait pas certaines choses directement, je lui ai dit : « Parce que vous nous faites super peur ! » Ça l'a fait rigoler, il sait que je rigole aussi.

(Marie, mars 2022)

L'exercice en salle favorise des interactions rapprochées et longues avec les praticiens. Le début (installation du patient, incision) et la fin de chaque intervention (fermeture du corps, extubation), qui demandent une moindre concentration collective, permettent des conversations informelles et des plaisanteries qui renforcent la complicité. Cette relation varie en fonction de l'âge et de l'ancienneté des infirmières. Les Ibode plus âgées, ayant de l'ancienneté, valorisent leurs liens aux chirurgiens seniors, rencontrés lorsqu'ils sont passés internes ou chefs de clinique dans le service, et dont elles ont connu les étapes de vie personnelles (mariage et entrée dans la parentalité) comme professionnelles (promotion dans une carrière hospitalo-universitaire). Au-delà d'un tutoiement quasi systématique et de fréquentes conversations informelles, elles ont le sentiment de pouvoir « tout leur dire » et s'affirmer plus facilement en cas de désapprobation d'un comportement, comme le raconte Anne :

Je taquine docteur M, parce que voilà, on a une relation comme ça, professeur X aussi, je les connais depuis longtemps, ils étaient internes. [...] On parle de tout, sur le champ, on peut parler musique, de films... [Je lui parle d'un professeur avec qui elle est complice]. Je l'ai connu interne aussi, professeur W, donc c'est différent. Et j'ai beaucoup travaillé, beaucoup échangé, je suis partie avec lui pour de la recherche dans des colloques, on est allé sur de la transplantation hépatique au [pays étranger] ensemble sur des donneurs cadavériques²³. Je le connais depuis très longtemps, et je me permettrais de tout lui dire. Si, je lui parle de tout. Quand il est énervé, après il s'excuse, il me regarde, et il y a quand même beaucoup de... [Légères rires].

Les plus jeunes Ibode montrent une proximité plus grande avec les chirurgiens entrants dans le métier. Sur le plan extraprofessionnel, elles considèrent partager des préoccupations communes, en matière de loisirs, et une conception plus polycentrique de l'existence, marquée par un rapport moins sacrificiel au travail. Au cours de l'intervention, elles estiment pouvoir être plus aisément force de proposition quant au matériel et poser sans honte des questions sur la stratégie chirurgicale. Elles ont aussi le sentiment de s'inscrire dans une relation de travail moins verticale et relèvent certains signes tangibles de ce profit symbolique (tutoiement et usage du prénom, formes d'humour partagées). Marie raconte son émotion le jour où une cheffe de clinique l'a présentée à son mari comme une « collègue ». Comparant les jeunes chirurgiens aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), elle explique :

23. Elle fait référence à un programme de coopération internationale, qui voit des chirurgiens et Ibode partir ensemble pour des séjours à visée humanitaire ou de formation.

Ils sont plus accessibles pour discuter, ils ont aussi certaines habitudes, mais ils sont quand même plus flexibles. Si on n'a pas « LA » casaque de telle référence qui a toujours été ici, ils vont moins crier, ou ça va moins les contrarier. [...] Si une nouvelle Ibode qui sort de l'école leur dit « maintenant, nous on nous a dit qu'il faut faire comme ça », ils [les PU-PH] vont dire « écoute, ça fait 40 ans que j'ai fait comme ça et ça marche ». Alors qu'un plus jeune va nous dire : « Ah bon, c'est vrai ? C'est comme ça que ça marche ? Il y a des études ? Est-ce que ça peut mieux marcher ? »

Le caractère privilégié et gratifiant de la relation entretenue avec les chirurgiens tient ainsi aux responsabilités des Ibode en matière d'hygiène et à la valorisation de leur expertise technique, mais aussi au lien affectif que ces infirmières développent avec les praticiens au fur et à mesure de leur expérience.

Une relation subalterne au chirurgien, marquée par un rapport de domesticité qui se perpétue

Si ces lignes d'engagement actif et la valorisation d'une proximité avec les chirurgiens suggèrent une recomposition permanente et fluctuante des rôles, la relation chirurgien-Ibode reste une relation hiérarchique de travail marquée par des rapports de subordination et de domesticité.

Sur le site opératoire, des rappels ponctuels du rapport de subordination

La relation chirurgien-Ibode sur le site opératoire est marquée par des rappels ponctuels – dont la fréquence dépend des praticiens – du rapport de subordination qui révèlent que la confiance du praticien n'est jamais acquise, et demande des dispositions à l'assurance et un travail émotionnel de la part des infirmières.

Erving GOFFMAN insiste sur la « distance au rôle » à laquelle s'emploie le chirurgien pour maintenir la concentration et réduire l'anxiété collective en salle (2002). Pour autant, plus que des performances de rôle, les interactions au bloc s'inscrivent dans une division hiérarchique du travail, qui se rappelle aux Ibode lors des temps complexes des interventions et face aux fluctuations d'humeur que ces moments périlleux suscitent chez les praticiens. Dans ces situations, les demandes formulées par l'instrumentiste et son expertise peuvent être délégitimées par un rappel impérieux et violent de la division du travail et du rapport de subordination :

Intervention difficile sur un enfant de 2 ans et 6 mois avec un neuroblastome au poumon gauche et des métastases osseuses. Professeur T arrive énervée en salle et s'avère directive dans ses consignes : « Attendez, moi, ça fait trente ans que je mets des malades en décubitus gauche²⁴, donc je pense que je vais y arriver ! » Elle fait preuve de sarcasme dans ses demandes aux Ibode : « Normalement, quand vous êtes

24. Positionnement du corps du patient sur le côté gauche.

panseuse en salle, vous aidez à bouger la lumière²⁵, enfin ça, c'était en 1920... ». Elle réalise un geste hasardeux qui déclenche un affairément généralisé, puisque la main du garçon est blanche : elle a peur qu'une artère soit touchée. La tension est vive : « Vous me stressez, vous ne pensez pas que c'est déjà stressant ? ! », dit-elle à l'instrumentiste. L'instrumentiste lui rappelle qu'elle dispose de lacs chirurgicaux²⁶ (sous-entendant qu'ils sont susceptibles de l'aider), ce à quoi elle répond : « Vous me demandez toujours des trucs... Soit vous faites l'opération, et dans ce cas-là, vous êtes à ma place, soit vous me laissez faire... J'ai encore plein de choses à faire, des ganglions, des machins, je vous le dirai. » La panseuse est en pleurs, professeur T fait un *mea culpa* peu après en salle. L'Ibode me confie quelques jours plus tard que la chirurgienne est revenue la voir pour débriefer la situation et s'excuser.

(février 2022)

Si cette instrumentiste et cette professeure, cheffe de service, sont habituées à travailler ensemble, le contexte opératoire (intervention risquée « de la dernière chance », survenue d'un aléa qui aurait pu être critique) et l'état émotionnel de la PU-PH (colère à l'arrivée, stress) concourent à ces reproches acerbes à l'égard de l'Ibode, accusée d'outrepasser son rôle. D'après nos observations, de telles situations ne sont pas fréquentes dans les deux blocs étudiés et sont souvent l'apanage de quelques praticiens seniors – hommes et femmes – connus pour leurs manières peu amènes. Elles montrent toutefois, au-delà de ces lignes hiérarchiques, combien la confiance du chirurgien ne semble jamais pleinement acquise. De plus subtils comportements le rappellent aux infirmières, comme ce chirurgien qui « revérifie tous les réglages du Covidien²⁷ », ou cette professeure qui, lorsqu'elle est stressée, demande toujours à l'instrumentiste si « tout est prêt et si tous les fils sont montés [disposés sur la table] ». Ces comportements, justifiés et rationalisés dans les discours par un trait de caractère (stress, méticulosité), n'en sont pas moins perçus comme un empiètement de sa sphère d'autonomie et comme une insidieuse marque de défiance venant remettre en question sa posture.

Aussi, exercer comme instrumentiste demande de gagner la confiance du chirurgien, à travers une minutieuse et continuelle conquête. Il s'agit de « faire ses preuves », « prendre ses marques », « se faire remarquer », « lui montrer que tu connais bien les choses », autant de termes connotant un aguerrissement progressif. Cela suppose non seulement d'avoir de l'assurance, mais de le montrer discrètement – comme tendre au chirurgien un fil qu'il a oublié de solliciter –, ou de mettre en œuvre de subtils contre-pouvoirs affirmant les limites de son territoire – comme faire preuve de lenteur dans l'exécution de certains gestes. Alors qu'un dicton partagé veut que les chirurgiens fassent plus confiance à « quelqu'un qui a de l'assurance », tenir cette posture est présenté comme l'une des dimensions les plus difficiles du métier, comme l'exprime Joséphine :

25. Déplacer le scialytique qui éclaire le site opératoire.

26. Bandelettes en silicone.

27. Nom d'une marque, désigne par extension un appareil d'énergie qui alimente différents instruments.

Le plus difficile, c'est d'avoir confiance en soi. Des fois, il y a des trucs, je savais... [Elle prend l'exemple d'un instrument dans une boîte], mais c'est de pouvoir dire au chirurgien, qui affirme le contraire : « Si, si, je vous dis, je connais mon matériel, il n'y en a pas. »

Ensuite, entretenir un lien étroit aux chirurgiens demande aux Ibode un travail émotionnel (HOCHSCHILD, 2017) afin de contenir leurs stress et effusions d'humeur. Ce travail routinier, intériorisé mais non moins conscientisé, n'est pas prescrit, mais constitue une nécessité conditionnant l'activité. Il transparaît dans les qualités inhérentes à la relation de service mises en avant dans les discours (« être arrangeante », « être conciliante », « avoir une adaptabilité de malade ») et dans la métaphore récurrente de l'éponge (« éponger les humeurs »). Ce travail prend différentes formes : sur le moment, temporiser et rationaliser ; à l'issue de l'intervention, débriefer de façon informelle avec des collègues, et parfois se confronter au chirurgien pour lui faire reconnaître qu'il est allé « un peu trop loin ». Ce travail émotionnel est perçu comme d'autant plus usant que la professionnalité est fondée sur les compétences techniques et que les professionnelles choisissent généralement d'exercer au bloc opératoire en raison de la faible intensité du travail relationnel à y fournir, contrairement aux services d'hospitalisation. Pour la psychodynamique du travail, ce rapport de subordination, qu'il prenne des formes radicales (crises caractérielles, agressivité) ou plus souples (stratégies de séduction), s'apparente à un harcèlement de genre et à des formes de virilité défensive, auxquelles les Ibode réagissent par la « discrétion du *care* » (MOLINIER, 2006). Ces savoir-faire discrets sont autant mobilisés vis-à-vis des chirurgiennes que des chirurgiens :

Intervention sur un bébé de 36 semaines. La PH [praticienne hospitalière] est stressée et fait des remarques à l'instrumentiste sur le matériel (« alors, j'ai beaucoup de défauts, vous le savez, mais j'en ai un tout particulier : j'aime les ciseaux qui coupent ! Au point de faire partie d'une secte »). Elle est impatiente de recevoir les résultats du prélèvement transmis à l'anatomopathologie : « Oh et ce téléphone qui ne sonne pas ! D'habitude, il y a au moins trois ou quatre téléphones qui n'ont rien à voir, là, ça m'agace de ne rien savoir. » Elle demande de façon insistante à la circulante de rappeler le service, se plaignant d'avoir faim et froid à force de ne pas bouger. La circulante s'exécute, s'attache à faire preuve de diplomatie (« oui, désolée, c'est encore le bloc »). « Dans cinq minutes, vous rappelez, vous dites que ça fait une heure qu'on attend, que ça fait chier et qu'on a vraiment besoin d'avancer », lui dit-elle.

(mars 2022)

Ici, les Ibode sont confrontées à des formes de « réprimande joyeuse » (LE LAY, PENTIMALLI, 2013), concernant le matériel vieillissant, et à l'impatience chirurgicale, ce qui leur demande un travail émotionnel intégrateur (WHARTON, ERICKSON, 1993) vis-à-vis de la praticienne et des services extérieurs. Ce travail est à appréhender à l'aune de l'importante césure émotionnelle dont font part les Ibode, qui insistent sur les frontières perméables entre vie professionnelle et vie personnelle et l'importance de ne pas transporter ces affects dans leur vie familiale (VÉGA, 1997).

Hors du site opératoire, un faisceau de tâches qui renvoient à une condition domestique

Hors du site, certains éléments du faisceau de tâches renvoient l'Ibode à une condition domestique, qui fait l'objet de contestations croissantes.

Alors que l'autonomie des acteurs en salle tient aux frontières du stérile et du non-stérile, la circulante est la seule, au sein de l'équipe de chirurgie, à se mouvoir librement, à pouvoir sortir de la salle et manipuler l'ensemble des équipements. De ce fait, les chirurgiens lui demandent toute une série de tâches : prendre les appels téléphoniques ou en passer à leur demande, faire fonction d'aide-mémoire en notant sur du papier ou dans le logiciel de soins des informations, etc. Cette activité suppose un fonctionnement cognitif en double tâche. « Le talent de la circulante, c'est de faire plein de choses à la fois et d'être toujours coupée, et de toujours avoir une oreille tendue. Le nombre de fois où l'on commence quelque chose et où l'on est coupé... [rires] », résume Justine, relevant une surcharge cognitive chronique. Elle est d'autant plus forte que les stratégies habituellement développées par les individus pour y remédier – réunions, « procédés d'annotation » (notes, post-it, etc.) – ne sont pas accessibles à un travail de circulation très oralisé et manuel, impliquant des déplacements continus, et donc peu propice à la mise à l'écrit de la mémoire active immédiate (CICOUREL, 2002). Pour autant, là où cette charge cognitive est associée sur le site opératoire au « vrai boulot », elle est rapidement assimilée en circulation à du « secrétariat ». Élodie, devenue Ibode après des expériences en gériatrie, explique : « J'aime mon métier, je veux qu'il reste propre, intègre auprès des patients. C'est pour ça que je suis la rôdeuse du groupe. Si on fait une tâche à droite, une tâche à gauche, c'est salir notre profession, parce qu'après on n'est pas pris au sérieux. Ces glissements de tâches, ça va très vite. » La salissure est ici moins bactériologique que symbolique et témoigne du stigmate associé à ces tâches. La dextérité des mains et la réflexion continue sur l'agencement de l'espace pour les effectuer d'un seul tenant – verser un liquide dans une cupule tout en répondant à un appel, veillant au respect de l'asepsie et en ayant un œil sur le site – ne sont que rarement relevées ou vite banalisées. Si l'accomplissement de ces missions demande une série d'habiletés techniques et corporelles, leur faible valorisation externe semble ainsi les disqualifier.

Contrairement à l'installation de la salle, où la circulante peut déléguer aux AS des missions peu valorisées, comme l'habillage en stérile du chirurgien, leur absence au cours de l'intervention rend caduque cette délégation. La plus grande récurrence de tâches relevant du « sale boulot » (vider les poubelles, ouvrir des boîtes, etc.) participe aussi de cette déconsidération (HUGHES, 1996). Les circulantes sont promptes à rappeler l'adage associant l'acronyme Ibode à « infirmière bonne à ouvrir des emballages » ou le fait qu'elles sont parfois désignées, dans le reste de la profession ou par les chirurgiens, comme des « ouvreuses de boîtes ». Ces remarques classistes et sexistes concernent aussi les rituels de métier. Anne raconte ainsi, encore touchée par l'événement, la remarque un jour formulée par un professeur :

Tu sais parfois, il y a des champs qui manquent. On fait un compte, il y a des champs qui manquent, et on doit faire les poubelles pour les retrouver. Et il avait dit : « Bah allez-y, de toute façon vous êtes bonnes qu'à ça. »

La nature de ces tâches et cette division du travail non seulement morale, mais sexuelle, renvoient en outre les panseuses à une « condition domestique » (AVRIL, 2019), dans laquelle autorité et séduction vont de pair et participent de leur asservissement. Celui-ci est toutefois remis en question face au déclin de la culture grivoise au bloc. Les controverses que suscite l'expression « petites mains du chirurgien » en sont un bon exemple. L'expression est parfois employée pour connoter le prestige d'une profession au plus proche de la médecine. « On ne prend pas la place du chirurgien, on n'est pas ça, mais on est les petites mains du chirurgien, pour être là avec lui, du début à la fin, et moi j'aime ça », explique Soline. Plus fréquemment, l'expression est employée pour dénoncer un asservissement jugé désuet et archaïque. Si les jeunes générations infirmières reconnaissent la dureté matérielle du travail d'alors, l'émancipation féminine que représentait un travail technicien à plein temps et ce qu'elles doivent aux accomplissements sociaux et professionnels des « anciennes », elles pointent des habitudes et un surcroît de docilité perçus comme relevant d'une servitude malvenue. « Les anciennes, je suis désolée, mais c'était l'époque où elles étaient un peu soumises. Elles ont parfois un peu du mal à comprendre nos réactions, mais on n'est plus les petites femmes des chirurgiens. Elles trouvent qu'on est trop gâtées, mais nous aussi on a nos contraintes... », regrette Élodie, 40 ans.

Dans toute relation de service, service et servitude, soit « rendre service » et « être au service de », ne sont jamais loin (JEANTET, 2003). Si la relation Ibode-chirurgien constitue une relation de travail et non une relation de service à un tiers, une même frontière est opérée dans les discours des jeunes Ibode entre un « service technique » rendu (instrumentation, asepsie), considéré comme un « vrai boulot », participant de l'efficacité attendue et source de reconnaissance, et un « service domestique de subordination » (ranger les lunettes du chirurgien) proche d'un « sale boulot » asservissant. Cette césure est toutefois toujours tenue : une demande spécifique concernant la taille des fils de suture résorbables relève-t-elle d'une maniaquerie chirurgicale abusive ou d'une demande légitime du praticien, servant ses objectifs thérapeutiques ? Ranger les lunettes du chirurgien dans leur boîtier constitue-t-il une petite attention opportune favorisant l'asepsie ou une marque déraisonnable d'asservissement ?

Développer une relation de service à l'organisation : une injonction endossée avec ambivalence

La relation de service que les Ibode doivent entretenir vis-à-vis de l'organisation est investie avec ambivalence : si elle leur donne un certain pouvoir et concourt parfois au « vrai boulot », elle est délégitimée par les praticiens et renforce la pénibilité de l'activité dans un contexte de pénurie.

Une conscience gestionnaire délégitimée par les régulations chirurgicales autonomes

La « conscience gestionnaire » (FOUBERT, 2021), intériorisée et endossée par les Ibode, se heurte tout d'abord aux régulations autonomes chirurgicales. Comme les cadres, les Ibode sont sensibilisées de façon croissante en formation aux sciences de gestion (DIVAY, GIRARD, 2019). Dans le dernier référentiel²⁸, 19 crédits ECTS sur les 73 liés aux enseignements sont dévolus à l'« organisation et [à la] coordination des activités de soins, de la démarche qualité et prévention des risques dans les secteurs interventionnels et secteurs associés ». Ainsi, 25 % des enseignements sont dédiés aux enjeux organisationnels et médico-économiques (santé et sécurité au travail, budget des établissements, codification des activités, etc.). Au bloc, les Ibode insistent sur leur responsabilité quant à l'usage économe d'équipements coûteux, dans un contexte de rationalisation budgétaire et de considérations environnementales nouvelles où le coût financier (plus de 2 000 euros par intervention pour les consommables nécessaires à l'utilisation du robot DaVinci, robot le plus couramment utilisé au bloc opératoire, notamment en urologie) et le bilan carbone des consommables interrogent. Endossant cette conscience gestionnaire, elles enjoignent les chirurgiens à plus de sobriété :

Fermeture de gastrostomie. « Pourquoi vous m'avez donné des compresses comme ça ? Elles sont bizarres », dit la chirurgienne. « Elles sont non marquées [non radio opaques], donc moins chères ! », répond la circulante. « Ah... C'est vraiment nécessaire ? », demande-t-elle en rigolant, l'Ibode lui répond par l'affirmative.

(février 2022)

Cette conscience gestionnaire, qui implique de consigner des documents de traçabilité, d'assurer le suivi sur le logiciel de soins et de faire du lien avec l'encadrement, présente néanmoins une dimension plus protocolisée jugée moins enrichissante (ACKER, 2005). Elle est en outre parfois perçue comme superflue par les chirurgiens, qui affectonnent « leur » matériel et privilégient un certain confort sur le site opératoire, pointant le caractère vital de l'intervention. Au bloc B, des praticiens, comme docteur D, délégitiment de façon récurrente ces contraintes, invitant les instrumentistes à « ne pas jouer à la petite semaine » lorsqu'elles lui suggèrent de recourir à un équipement moins onéreux :

28. Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

Urétéroplastie sur un enfant de 8 ans. Une tumeur non visible à l'imagerie a été détectée, docteur D vient aider la cheffe de clinique. Elle demande le Ligasure²⁹ à l'Ibode, qui s'en étonne : la PH dit que c'est « un peu du luxe » et qu'ils « pourraient s'en passer », mais que cela les aidera. Je me lève et docteur D me voit : « Aaah, alerte rouge, il y a le sociologue, il va tout noter ! [Rires] Non, non, l'argent, c'est extrêmement important, on fait tout pour le sauver ! » [Rires]

(février 2022)

De même, la déclaration des événements indésirables graves (EIG), à laquelle les Ibode sont enjointes par les cadres et les directions, est peu appropriée par une culture chirurgicale proscrivant l'erreur, associée à une faute individuelle et à un déficit de compétences techniques susceptibles de freiner l'avancement dans la carrière. Des praticiens la perçoivent parfois comme une contrainte administrative supplémentaire :

Bloc A. Une stagiaire Ibode me parle du mémoire qu'elle termine sur les EIG en chirurgie robotique. Il fait suite à une intervention où elle s'est rendu compte pendant l'acte que la patiente n'était pas attachée. Personne n'a rempli de déclaration d'EIG à l'issue. Elle raconte s'être fait violemment réprimander lorsqu'elle l'a proposé. Elle juge ce « déni » déplorable, et réalise cette recherche pour que « ça ne se reproduise pas ».

(octobre 2021)

Une pénibilité accrue dans un contexte de pénurie infirmière

Si cette relation de service à l'organisation confère un certain pouvoir aux Ibode et ravive des lignes d'engagement actif, elle est vécue avec d'autant plus d'ambivalence qu'elle renforce aussi la pénibilité du métier dans un contexte de pénurie.

Cette rationalisation se traduit par un travail d'articulation accru de la circulante, qui lui donne un rôle de « cheffe d'orchestre » ou de « metteuse en scène », le chirurgien étant compris comme le scénariste et premier acteur des événements. Elle doit assurer la liaison avec les acteurs en salle et à l'extérieur (bureau de régulation, cadres, autres salles du bloc), ainsi qu'avec les services satellites, comme l'anatomie pathologique ou la stérilisation, et maîtriser les flux tout en tenant compte des contraintes horaires, matérielles et médico-économiques. C'est par exemple le cas lors des prêts de matériel entre salles, où la circulante doit négocier pour conserver telle colonne ou s'assurer que la salle 3 rende bien l'amplificateur de brillance qui « crache moins ». Sa position proche de l'entrée de la salle et sa maîtrise des canaux d'information téléphoniques et informatiques lui offrent alors un pouvoir de marginal-sécant (gestion des relations de l'environnement) et d'aiguilleur (maîtrise des systèmes d'information) (CROZIER, FRIEDBERG, 1977), dont ne disposent pas les acteurs habillés en stérile. Ce pouvoir est majoré dans les blocs, comme au bloc B, où les cadres accordent aux Ibode des capacités d'autogestion pour l'organisation des remplacements pour les pauses déjeuner et l'élaboration du planning de la semaine, autant de responsabilités qui reviennent aux circulantes.

29. Dispositif permettant de réaliser l'hémostase des tissus.

Dans les blocs pluridisciplinaires, cette rationalisation implique également des injonctions croissantes à la polyvalence infirmière, appréhendées avec ambivalence. Au bloc B, les cadres mettent l'accent sur la pluri-compétence des Ibode dans un souci de développement professionnel et d'optimisation des vacations. « Mettre de l'orthopédie derrière de la chirurgie viscérale, ça ne nous fait pas peur », résume Cyril, cadre supérieur. Il s'agit d'une polyvalence intra-spécialités – la chirurgie viscérale inclut de la chirurgie hépato-biliaire, colorectale, thoracique, vasculaire et urologique, mais aussi néonatale, et une importante activité robotique et de greffe – et inter-spécialités. La chirurgie viscérale étant « couplée » avec l'orthopédie et la traumatologie, les Ibode doivent, selon les termes de Cyril, pouvoir « gérer » les deux spécialités lorsqu'elles prennent des gardes. Elles sont aussi formées à la circulation dans les autres spécialités. Cette polyvalence suscite des lignes d'engagement actif et participe du sentiment de distinction évoqué. Justine, détentrice d'un diplôme universitaire (DU) en chirurgie robotique, relève combien la polyvalence « rend la spécialité et le travail encore plus intéressants » et explique : « On ne s'ennuie jamais, on ne fait jamais la même chose, on apprend tous les jours, c'est passionnant. » Toutefois, lorsqu'elle est contrainte, cette polyvalence met à l'épreuve la professionnalité et peut altérer la confiance en soi et la pénibilité. « Il est difficile d'être expert partout », résume-t-elle, la seule présence de personnes référentes dans chaque domaine ne suffisant pas toujours à pallier les besoins organisationnels.

Les Ibode font part d'une même ambivalence concernant l'évolution de leurs conditions de travail. Au bloc B, les Ibode travaillent en amplitude de dix heures (7 h 30-17 h 30 ou 8 h-18 h). Le travail en douze heures, qui permet de disposer de plus d'Ibode en fin de journée pour absorber les débordements des chirurgies programmées et de débiter ou continuer le programme des urgences avant l'arrivée de l'équipe de garde, y est progressivement déployé³⁰. Le dispositif reçoit un accueil plutôt favorable, entre volonté de maximiser son temps de repos et aspiration à de moindres heures supplémentaires non choisies, mais suscite parfois des questionnements (VINCENT, 2016) :

Trois circulantes évoquent la réunion visio de bilan à venir de l'expérimentation du travail en douze heures (trois Ibode restent jusqu'à 19 h 30, au lieu de 17 h ou 18 h). Elles m'expliquent que ces trois Ibode font la jonction avec l'équipe de garde en cas de débordements, permettant à moins d'Ibode d'être contraintes de rester (« à la différence des médecins, nous on a des horaires et on aime qu'ils soient respectés, on a une vie quoi »). Elles sont toutes les deux plutôt favorables au dispositif, qui octroie plus de récupération et de « temps off », l'une pointe le caractère « fatigant » des journées de douze heures.

(février 2022)

30. Il concerne trois Ibode par jour du bloc, dont une de chirurgie viscérale ou orthopédique, soit deux journées par mois par Ibode.

Ces ambivalences sont accrues dans le contexte de pénurie paramédicale, qui donne aux Ibode le sentiment d'être des cache-misère de dysfonctionnements organisationnels, comme dans la gestion des équipements. La « production de compatibilités » qu'elles réalisent (DODIER, 1995), source d'autant plus d'incertitude que certains appareils sont nouveaux, onéreux et fragiles, se trouve contrainte par le manque de personnels dédiés, les injonctions à la continuité des soins et la logique de l'urgence, qui imposent des entorses aux directives et mettent à l'épreuve leurs compétences, leur sécurité au travail et leur responsabilité médico-légale, tout en suscitant une pénibilité accrue, comme ici :

Dilatation kystique congénitale de la voie biliaire principale sur un bébé de 7 semaines. Le chirurgien doit utiliser l'appareil de scopie, or le service de radio-manipulation³¹ n'est pas formé à son maniement, c'est donc à la circulante que revient sa gestion, sur la base de préélagés. L'appareil est nouveau et elle ne le connaît pas, n'ayant pu assister à la formation assurée par le fabricant. Elle est un peu réticente à son usage, soulignant un problème de responsabilité (« s'il y a un problème, je ne sais pas forcément le régler et ça peut nous retomber dessus vu que c'est hors la loi ») et de surcharge (« ce n'est pas tant de travail que ça, mais l'appareil est lourd à manipuler et pas aisé à appréhender »).

(février 2022)



Le décalage est frappant entre une identité professionnelle que les Ibode décrivent par sa dévalorisation symbolique, et des infirmières qui, en dépit de la pénibilité des conditions de travail, rapportent un attachement viscéral à leur « vrai boulot ». Plus qu'un énième effet des miracles du geste chirurgical, ce paradoxe tient à l'assise même de l'identité Ibode : la construction d'une technicité non chirurgicale, qui leur offre des opportunités d'engagement actif et des profits symboliques, mais s'inscrit dans un double contexte de domination chirurgicale et de gestionnarisation de l'activité. Si les Ibode disposent d'un encadrement dédié et si les référentiels de compétences insistent sur leur inscription dans une équipe pluriprofessionnelle et leur rôle « au service du parcours de l'opéré », l'exercice en salle reste avant tout une relation de travail au chirurgien, qui continue d'être marquée par de subtils rappels de subordination et reste empreinte d'une condition domestique. La logique gestionnaire leur enjoint d'adopter une relation de service à l'organisation. Elle semble pourtant impossible à endosser pleinement tant les professionnelles sont sous la coupe de régulations autonomes chirurgicales et ambiguës, tandis que leur « vrai boulot » apparaît instrumentalisé par une organisation hospitalière en proie à une pénurie systémique. « On a un rôle propre, mais pas de vie propre », résume, désabusée, Faiza, cadre formatrice depuis neuf ans. Techniciennes sans formation en ingénierie, aides chirurgicales sans réelles possibilités

31. Certains blocs ont des radio-manipulateurs attirés, ce qui n'est pas le cas ici.

d'intervention, gestionnaires sans marges de manœuvre, les Ibode font face à des injonctions contradictoires d'autant plus vives que perdurent des discours chirurgicaux archaïques au moment où se multiplient les directives invitant à faire d'elles leurs « collaboratrices » ou « partenaires de travail ». Poursuivre l'étude de ces injonctions contradictoires doit nous permettre de saisir la dialectique fine et ambivalente entre valorisation interne et externe de l'engagement dans l'activité au sein d'organisations rationalisées.

BIBLIOGRAPHIE

ACKER F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 161-181.

AVRIL C. (2019), « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? Une enquête ethnographique dans les services publics », *Mélanges de l'École française de Rome – Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, vol. 131, n° 1, p. 153-168.

BERCOT R. (2009), « Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles », *Sciences de la société*, n° 76 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/sds.9154>

BIDET A. (2011a), *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, Presses universitaires de France.

BIDET A. (2011b), « La multi-activité, ou le travail est-il encore une expérience ? », *Communications*, n° 89, p. 9-26.

CASELL J. (2000), « Différence par corps : les chirurgiennes », *Les Cahiers du Genre*, n° 29, p. 53-81.

CHARLES J. (2012), « Les charges de la participation », *SociologieS*, Premiers textes [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4151>

CICOUREL A. V. (2002), « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de "surcharge cognitive" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 3-17.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil.

DIVAY S., GIRARD L. (2019), « Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherche en soins infirmiers*, n° 139, p. 64-83.

DODIER N. (1995), *Les hommes et les machines. La conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié.

DUBET F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

DUBEY G. (2024), « Planifier le désordre, se préparer à l'imprévisible. Le cas de la préparation au geste chirurgical », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 18, n° 2 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/11r9k>

EL HAÏK-WAGNER N. (2022), « Disparition du tableau blanc au bloc opératoire. “Pas le mur de Berlin, mais presque” », *Gestions hospitalières*, n° 614, p. 135-141.

EL HAÏK-WAGNER N. (2023), « Être au plus près sans être trop près. Enjeu partagé de l'ethnologie et des équipes du bloc opératoire », *Zilsel*, n° 13, p. 203-222.

EL HAÏK-WAGNER N. (2025), « De “super infirmière” à “plus qu’infirmière”. Les conditions sociales de spécialisation des infirmières anesthésistes », *Formation emploi*, n° 170 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/140hh>

FOUBERT C. (2021), « Rationaliser l'activité pour sauver l'État social ? Appropriations et application localisée des nouvelles règles gestionnaires par les professionnels de l'hôpital public », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 35-53.

GOFFMAN E. (2002), « La “distance au rôle” en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 80-87.

HOCHSCHILD A. R. (2017), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

HUGHES E. C. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

JEANTET A. (2003), « “À votre service !” La relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, vol. 45, n° 2, p. 191-209.

KERGOAT D. (1991), « La coordination infirmière », *Les Cahiers du Genre*, n° 2, p. 23-62.

LE LAY S., PENTIMALLI B. (2013), « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs », *Travailler*, n° 29, p. 141-181.

LONGCHAMP P., TOFFEL K., BÜHLMANN F., TAWFIK A. (2018), « L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande », *Revue française de sociologie*, vol. 59, n° 2, p. 219-258.

LORIOU M., LEROUX N. (dir.) (2015), *Le travail passionné. L'engagement artistique, sportif ou politique*, Toulouse, Érès.

MOLINIER P. (2006), « Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle ? Le cas des infirmières de bloc opératoire », *Psychologie clinique et projective*, n° 12, p. 211-230.

POUCHELLE M.-C. (2009), « Corps et chirurgie à l'heure de la robotique : une approche anthropologique », conférence à l'Institut français de recherche sur le Japon – Maison franco-japonaise, Tokyo, 19 mai.

POUCHELLE M.-C. (2019), « Le malaise infirmier au bloc opératoire », in *Essais d'anthropologie hospitalière*, t. III, *Voyage en pays de chirurgie*, Paris, Seli Arslan, p. 119-177.

ROTHIER BAUTZER É. (2016), « Une approche sociologique du soin comme travail relationnel », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, vol. 27, n° 1, p. 41-57.

SAINSAULIEU I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol. 48, n° 1, p. 72-87.

TOMÁS J.-L., IANEVA M., SIMONET P., CLOT Y. (2020), « Activité et vision professionnelle », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 14, n° 3 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/rac.6814>

VÉGA A. (1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 3, p. 103-132.

VINCENT F. (2016), *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public*, Thèse de doctorat en sciences sociales, Paris Sciences et Lettres (ComUE).

WHARTON A. S., ERICKSON R. J. (1993), « Managing Emotions on the Job and at Home: Understanding the Consequences of Multiple Emotional Roles », *Academy of Management Review*, vol. 18, n° 3, p. 457-486.

ZOLESIO E. (2015), « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie », *Travail et Emploi*, n° 141, p. 25-35.