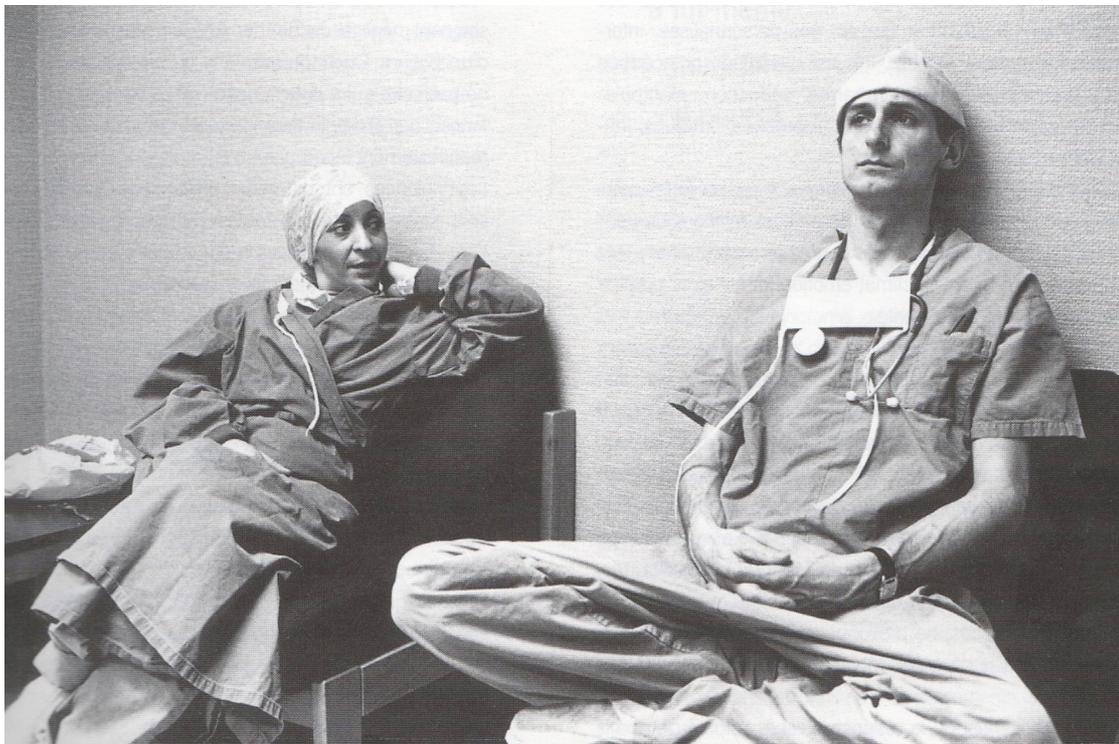


**Institut de Formation des Cadres de Santé
Hôpital Xavier Arnozan
CHU Bordeaux**

**Conflits d'intérêt, intérêt des conflits au bloc opératoire,
une approche anthropologique**



Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
Sous la direction de Madame Rachel BESSON

« La guerre (*Polemos*, le conflit) est le père de toutes choses ; de tout ce qui existe elle est le Maître. Elle porte les uns à la lumière et en fait des dieux, d'autres, elle en fait des hommes. De certains elle en fait des esclaves et d'autres des libérés. »

Héraclite

Tout au long de cette année, j'ai rencontré sur mon chemin des personnes...

Elles m'ont accompagné sur le chemin qui mène à ce travail de mémoire...

J'ai trouvé auprès d'elles soutien, solidarité, confiance et nourriture...

Je les remercie pour ce bout de chemin parcouru ensemble...

Grand merci

A Madame Rachel BESSON et Monsieur Patrick JOUSSEAUME pour leurs conseils, leur disponibilité, leur accompagnement et leur soutien tout au long de ce travail de recherche,

Aux collègues étudiants et tout particulièrement à Nathalie, Sonia et Laurent pour m'avoir écouté et conseillé lors des guidances,

Aux cadres de santé qui m'ont accordé du temps pour réaliser mes entretiens et qui ont ainsi contribué à la réalisation de ce mémoire,

A tous ceux rencontrés, parfois trop brièvement, au cours des stages,

A Laetitia, Margaux et Salomé...

Merci

À l'équipe de Direction du Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde de m'avoir permis de vivre cette expérience.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE THÉORIQUE.....	9
1. L'ANTHROPOLOGIE.....	10
1.1. Qu'est ce que l'anthropologie ?	10
1.2. L'anthropologie à l'hôpital.....	11
1.3. L'anthropologie au bloc opératoire : l'exemple du mythe	11
1.4. Synthèse	12
2. LE BLOC OPERATOIRE : DES REPRESENTATIONS AUX ENJEUX SOCIOCULTURELS.....	12
2.1. Les activités rituelles : quelles manifestations pour quelles fonctions ?.....	12
2.1.1. Le rituel	12
2.1.2. Le sacré	14
2.2. Particularités spatiales et conséquences comportementales.....	15
2.2.1. Un lieu fermé.....	15
2.2.2. Une configuration standardisée.....	16
2.2.3. La communauté opératoire.....	16
2.3. Les codes du langage.....	18
2.3.1. La métaphore, un outil d'analyse	18
2.3.2. Des métaphores guerrières sur le théâtre des opérations.....	18
2.4. Synthèse	20
3. L'AUTORITE, ECHANGE DANS LA RELATION.....	20
3.1. Définitions	20
3.1.1. Le pouvoir	21
3.1.2. L'autorité : un fait de relation	22
3.2. Les rapports à l'autorité.....	23
3.2.1. L'approche sociologique	23
3.2.2. L'approche anthropologique	26
3.3. Des règles pour réduire les incertitudes	27
3.4. Synthèse	29
4. LE CONFLIT, MENACE OU OPPORTUNITE ?	29
4.1. Le conflit, de quoi parlons-nous ?.....	29
4.2. Les caractéristiques du conflit, le cas du bloc opératoire.....	29
4.3. Le cycle d'un conflit	30
4.4. Les stratégies de comportement	31
5. PRESENTATION DE L'HYPOTHESE GENERALE	32
PARTIE EMPIRIQUE.....	33
6. LES PRÉALABLES À L'ENQUÊTE	34
6.1. Intérêt de la méthode anthropologique.....	34
6.2. Conditions de l'enquête.....	34
6.2.1. Choix de l'outil.....	34
6.2.2. Lieux d'enquête.....	35
6.2.3. Déroulement des entretiens	36
7. ANALYSE DES ENTRETIENS	37
7.1. Analyse thématique	37
7.2. Analyse interprétative	38
7.2.1. Des modifications de repères sources de conflits.....	38

7.2.2. L'autorité du cadre face aux conflits au sein du bloc opératoire	46
7.2.3. La régulation des conflits, un outil managérial	50
8. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	54
8.1. Les limites	54
8.1.1. Les limites liées à la population	54
8.1.2. Les limites méthodologiques.....	55
8.2. Les points forts	55
9. LES PERSPECTIVES EN TANT QUE FUTUR CADRE DE SANTÉ.....	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58
ANNEXES.....	62

INTRODUCTION

Le conflit est un état de la relation que tout le monde connaît ; que l'on soit « risquophile » ou « risquophobe », force est de constater que le conflit s'impose partout. Personnel, professionnel, commercial, institutionnel, ses modalités sont multiples. Or, nous sommes héritiers d'une époque qui a longtemps cru à la possibilité d'en finir un jour avec des conflits assimilés à la persistance de la barbarie. Depuis le meurtre d'Abel par Caïn, les hommes se lamentent sur les conflits qui les opposent, et rêvent d'un monde réconcilié, un Paradis où à nouveau le lion et l'agneau cohabiteraient paisiblement. Aujourd'hui, tout ce qui peut menacer l'apparente quiétude qui semble régir notre vie, effraye et inspire de farouches volontés de maintenir la paix et l'idée même du conflit devient de plus en plus taboue. Nos nouvelles conceptions de vie commune tendent même vers l'intolérance à toute opposition. Quoi qu'il en soit de la nature ambiguë des conflits, personne ne peut vivre sans y être confronté et les établissements de santé ne dérogent pas à la règle.

Pour CRESSON et al., les établissements de santé fournissent souvent des scènes d'affrontements de toutes sortes, par exemple entre corps de métier, voire entre collègues mais selon eux « la conflictualité ne se situe pas seulement au niveau des acteurs ; elle est à l'œuvre entre des systèmes d'actions »¹. Constat confirmé par l'étude de Claude NAVELET et Brigitte GUÉRIN-CARNELLE qui décrit un état des lieux des institutions soignantes où les conflits semblent participer à la substance même de ces institutions². Anne VÉGA voit dans ces scènes d'affrontements, souvent occultées, parfois niées, une face cachée des institutions soignantes où « l'hôpital est inévitablement le théâtre de nombreux conflits, qui révèlent aussi un des visages trop souvent caché de nos sociétés »³.

Au sein de ces institutions, le bloc opératoire, passage obligatoire du patient opéré, constitue une unité complexe où semblent se cristalliser nombre de ces tensions et conflits. Service protégé et isolé, sans être un « Etat dans l'Etat », il reste considéré comme un lieu « à part ».

Selon Samir SHARSHAR et al.⁴, l'intensité du travail et la diversité des actes imposent une grande complémentarité entre les membres de l'équipe du bloc opératoire. C'est à la fois une

¹ CRESSON, G., DRULHE, M., SCHWEYER, F.X., « Système(s) de santé entre conflits et coopérations », *Coopération, conflit et concurrence dans le système de santé*, 2003, p. 8

² NAVELET, C., GUERIN-CARNELLE, B., *Psychologues aux risques des institutions*, 1999, p. 27

³ VEGA, A., *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, 2000, p. 23

⁴ SHARSHAR, S., ABBAS, A., GAUDELET, D., « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, 2007, n°4, pp. 257-261

zone particulièrement sensible et un système complexe mettant en œuvre des activités aux technologies avancées et faisant appel à des compétences multiples de haut niveau.

Pour autant, il ne se résume pas à la simple juxtaposition des savoirs et compétences de chacun mais bien à leur synergie. Pour CRESSON et al., « La coopération entre professionnels est chose complexe qui ne se réduit pas un accord unissant des partenaires de façon cohésive »⁵.

D'après Georges SALVOLDELLI⁶, la survenue des conflits au bloc opératoire est inévitable car diverses professions et spécialités médicales ne partagent pas les mêmes intérêts, les mêmes visions, les mêmes valeurs.

Ces tensions et ces conflits nous les avons vécus, parfois nous y avons participé en tant qu'infirmier anesthésiste. Les réactions, les émotions qu'ils ont soulevées tant sur le plan de l'affect que sur celui de l'organisation ont déclenché une réflexion autour de notre future fonction de cadre de santé. Nous nous sommes alors intéressés plus précisément à la thématique **du cadre de santé face aux conflits au bloc opératoire**.

Le cadre de santé, garant de l'organisation et du fonctionnement du service⁷, doit favoriser la collaboration réelle des intervenants, avec des statuts, des préoccupations, des démarches cognitives distinctes, parfois même opposées. L'acceptation de l'autorité du cadre dans une équipe sera fonction de la façon dont il remplira ce rôle.

La clarification du concept d'autorité nous semble alors fondamentale à l'époque où la société elle-même l'interpelle.

En quoi la régulation des conflits au bloc opératoire interroge-t-elle l'autorité du cadre de santé ?

En lien avec la démarche anthropologique, cette question de départ nous permettra de poser l'objet de notre recherche.

Dans un premier temps, nous commencerons par définir le domaine dans lequel ce travail de recherche s'inscrit, celui de l'anthropologie. Cette approche délibérément empirique du bloc opératoire nous fera porter un autre regard, porteur de doute et d'incertitude, sur ce monde pétri d'évidences. Ce regard aventureux posé un monde fermé et hostile nous conduira à explorer le concept de communauté et son côté « magique ».

⁵ CRESSON, G., DRULHE, M., SCHWEYER, F.X., op. cit., p. 12

⁶ SALVOLDELLI, G., « Résolution de conflits au bloc opératoire », <http://www.mapar.org>

⁷ Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 portant sur les missions et fonctions principales des surveillants

En rapport avec notre question de départ, nous avons ensuite choisi de travailler à partir de deux axes conceptuels : ceux de l'autorité et du conflit.

La deuxième partie que nous qualifions d'empirique s'appuie sur les enquêtes de terrain. Dans une perspective anthropologique, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de cadres de bloc opératoire. La confrontation au terrain nous a permis de mettre à distance les représentations issues de nos recherches conceptuelles. Ce travail de réflexion nous donne la possibilité de réinvestir notre partie théorique, éventuellement de découvrir de nouvelles hypothèses issues de notre analyse.

PARTIE THEORIQUE

Le meilleur général est celui qui ne livre jamais bataille

SUN TZU

1. L'ANTHROPOLOGIE

1.1. Qu'est ce que l'anthropologie ?

Pendant longtemps l'anthropologie fut la science des sociétés archaïques, sauvages et exotiques. Elle se transforma progressivement en science des sociétés « primitives » pour finir par utiliser le terme vague et général de « sociétés traditionnelles ».

Dans *Mémoires d'anthropologie*, BROCA⁸ définit l'anthropologie comme « l'étude du groupe humain considéré dans son ensemble, dans ses détails et ses rapports avec le reste de la nature ». De cette définition, BROCA apparaît comme s'opposant à une vision qui fait de l'homme un « être éclaté ». A une anthropologie anomique, il propose une vision de l'homme « ininterrompue ».

En 1958, dans *anthropologie structurale*, Claude LÉVI-STRAUSS⁹ décrit l'anthropologie comme une « science sociale de l'observé », elle s'intéresse d'abord aux pratiques sociales qui donnent un sens à la vie du groupe. Il souligne l'idée que l'anthropologue, par son attitude de décentrement et de distanciation, s'efforce « de formuler un système acceptable, aussi bien pour le plus lointain indigène que pour ses propres concitoyens ou contemporains »¹⁰.

C'est avec Mondher KILANI que la dimension culturelle et sociologique de l'anthropologie va apparaître. L'anthropologie devient ainsi la science des diversités culturelles, la science de l'homme en société. Elle aborde la diversité géographique et historique des sociétés humaines et en même temps elle tente d'atteindre des généralisations concernant l'ensemble des comportements de l'homme en société.

L'anthropologie, souligne KILANI¹¹, « place les différences par lesquelles se distinguent les sociétés et les cultures au centre de sa démarche. Elle fait appel à l'analyse comparative pour saisir sous les discontinuités observables des sociétés, des invariants propres à toute l'humanité (...) Le projet anthropologique est d'articuler les rapports du local et du global, de penser l'autre et le même sous leurs aspects les plus divers ».

⁸ BROCA, P., *Mémoires d'anthropologie*, 1989, p. 1

⁹ LEVI-STRAUSS, C., *anthropologie structurale*, 1958, pp. 396

¹⁰ Ibidem, p. 397

¹¹ KILANI, M., *Introduction à l'anthropologie*, 1989, p. 21

1.2.L'anthropologie à l'hôpital

L'anthropologie hospitalière s'inscrit depuis quelques décennies dans ce qu'il est convenu d'appeler « l'humanisation des soins », « l'approche globale du patient » et le « droit du malade ». La charte du patient hospitalisé¹², qui en est une des traductions, précise que « le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade. Il est avant tout un malade avec des droits et des devoirs », et « l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies ». Dans ce texte, c'est la participation active de l'usager qui est soulignée et non plus les droits passifs du malade à être informé.

L'approche globale du patient repose donc sur l'idée que celui-ci a un corps, mais aussi une histoire, une appartenance sociale, des valeurs et des croyances qui déterminent sa sensibilité et par conséquent son rapport au corps, à la maladie et à la mort. En ce sens, le principal apport de l'anthropologie vise à adopter une certaine distance et une réflexion sur son propre environnement culturel.

Pour Anne VEGA, un environnement de travail institutionnel induit des identités et des organisations particulières des soins. Dès lors, adopter une approche anthropologique des soins consisterait selon elle à « s'interroger sur la culture des professionnels experts de la santé et de la maladie »¹³. Elle précise qu'il s'agirait pour les soignants « d'écouter et d'observer les patients et leurs représentants, mais surtout de s'interroger sans relâche sur le bien-fondé de leurs propres modèles et habitudes professionnels liés à tout un ensemble de données socioculturelles »¹⁴.

Ainsi, un des objectifs de la démarche anthropologique à l'hôpital est de permettre aux professionnels de comprendre comment ils peuvent se trouver pris dans des logiques collectives, dans des systèmes d'appartenance qui déterminent leurs normes et valeurs.

1.3.L'anthropologie au bloc opératoire : l'exemple du mythe

Le propre de la démarche scientifique est, pour M. KILANI, de « prendre de la distance par rapport à l'évident, par rapport à tout ce qui semble aller de soi parce que faisant partie de notre

¹² Annexe à la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé

¹³ VEGA, A., *Soignants/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, 2004, p. 32

¹⁴ Ibid., p. 134

culture ou de nous-mêmes »¹⁵. Dans le monde chirurgical, on entend souvent dire ça et là qu' « il n'y a que de la technique au bloc opératoire ». L'approche anthropologique ici adoptée, forcément porteuse de doute, nous fait dire que cette image évidente d'un bloc « uniquement technique » est de l'ordre du mythe; c'est à dire, pour reprendre Pierre LEGENDRE : « ce qui donne consistance de vérité au “rien“ »¹⁶.

Dans son ouvrage *Mythologies*, Roland BARTHES¹⁷ décrit le mythe comme un ensemble de croyances et de pratiques dépendant d'un système de valeurs idéologiques fondées sur la subjectivité, l'égo, le désir et le narcissisme.

Au bloc opératoire, cette croyance s'avère rassurante pour ceux et celles qui trouvent trop pesantes les dimensions relationnelles car, selon M.C. POUCHELLE, « certaines (infirmières) sont venues au bloc pour éviter d'être envahies par le “relationnel“ et ne plus s'occuper que d'aspects techniques »¹⁸. Dans ce cas précis, ce que nous envisageons comme un mythe remplit les mêmes fonctions psychologiques et sociales que les mythes d'origine dans les sociétés traditionnelles.

1.4.Synthèse

L'approche anthropologique, par une attitude d'observation, de prise de distance et de réflexion nous permet de poser un regard différent sur le monde du bloc opératoire. Sans jugement, positif ou négatif, cette démarche holistique nous permet d'aborder cet univers dans toutes ces dimensions.

2. LE BLOC OPERATOIRE : DES REPRESENTATIONS AUX ENJEUX SOCIOCULTURELS

2.1.Les activités rituelles : quelles manifestations pour quelles fonctions ?

2.1.1. Le rituel

Un rite est, pour reprendre Martine SÉGALEN, « un ensemble d'actes formalisés, expressifs, porteurs d'une dimension symbolique. Il est caractérisé par une configuration spatio-

¹⁵ KILANI, M., opus citatum, p. 156

¹⁶ LEGENDRE, P., *L'ineestimable objet de la transmission : études sur le principe de généalogique en Occident*, 2004, p. 128

¹⁷ BARTHES, R., *Mythologies*, 1957, pp. 181-233

¹⁸ POUCHELLE, M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, 2008, p. 169

temporelle spécifique, par le recours à une série d'objets, par des systèmes de comportements et de langages spécifiques, par des signes emblématiques dont le sens codé constitue l'un des biens communs d'un groupe »¹⁹.

Pour Louis-Vincent THOMAS, une société ne peut pas vivre sans rite. Selon lui, « le rite apparaît comme une assurance qu'on s'invente pour maîtriser l'épisodique et l'aléatoire »²⁰. Les rites fixent les repères de l'organisation, certains demeurent des « habitudes de vie », d'autres ponctuent les faits marquants de la vie sociale. Le rituel rassure la personne, « sa finalité profonde est de sécuriser ; par son pouvoir structurant et apaisant, il constitue, dans toute les occasions où perce l'inquiétude du devenir, une véritable nécessité vitale »²¹.

Face à l'actuel appauvrissement des liens sociaux, le *dictionnaire critique d'action sociale*²² donne au rite une grande importance en anthropologie. L'anthropologie voit justement dans le rite une forme privilégiée d'affirmation d'un ordre commun, un facteur essentiel de cohésion sociale.

Comme le souligne Annie TESSIER²³, les rites ont une fonction régulatrice quand la société se désorganise parce qu'un « désordre » s'introduit dans le quotidien.

Les rites impliquent :

- le corps : gestes, attitudes, postures souvent codifiées
- la croyance : religions, mythes, idéaux, valeurs

Les conduites rituelles canalisent les émotions importantes (peur, joie, haine). Elles ont un rôle de communication, de régulation et peuvent intervenir au moment d'un changement d'appartenance ou de statut social.

Pour Marie-Christine POUCHELLE²⁴, l'hôpital et le bloc opératoire en particulier sont des lieux propices à la ritualisation, « c'est à dire au développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les effets, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse des profanes ». Mais selon elle, bien que « dans les sociétés traditionnelles vivantes les rites soient

¹⁹ SEGALIN, M., *Rites et rituels contemporains*, 1998, p. 20

²⁰ THOMAS, L.V., *Rites de mort : Pour la paix des vivants*, 1985, p. 7

²¹ Ibid., p. 8

²² BARREYRE, J.Y., *Dictionnaire critique d'action sociale*, 1995

²³ TESSIER A., « La mort », in GUEZ, E., TROIANOVSKI, P., (dir.), *Sciences humaines et soins infirmiers*, 2004, p. 197

²⁴ POUCHELLE, M.C., *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, 2003, p. 7

relativement plastiques, à l'hôpital ils s'accompagnent souvent d'une forte résistance au changement »²⁵.

Ce point de vue est repris par Roberto LIONETTI²⁶ pour qui l'acte chirurgical et le passage au bloc opératoire peuvent être interprétés comme un rituel intercalé dans un ensemble plus vaste, celui de l'hospitalisation. Le rituel chirurgical prépare le patient et le transforme de personne malade en personne saine ou guérie. LIONETTI a montré que l'exclusion du malade de la vie ordinaire, sa mort symbolique au bloc opératoire, son retour progressif à l'autonomie corporelle et sa réintégration finale dans la communauté sociale obéissent au schéma type des rites initiatiques propres aux sociétés traditionnelles.

2.1.2. Le sacré

Dans sa toute puissance et du haut de son savoir, l'image du chirurgien a longtemps été assimilée à celle d'un « faiseur de miracles ». Ainsi, d'après M.C. POUCHELLE, « les chirurgiens entretiennent en général avec le sacré des relations ambiguës qui vont de la revendication au déni »²⁷. Certains d'entre eux veillent encore à conserver soigneusement cette réputation de démiurges.

L'analyse de Yves TERNON²⁸ voit même dans l'ancien chirurgien un « grand prêtre parmi ses officiants, il était le célébrant d'un cérémonial mystérieux, d'une messe blanche qui donnait la vie ».

Alors quel sens donner à cette devinette bien connue dans les blocs opératoires ? « Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? » dont la réponse est « Dieu, lui, ne s'est jamais pris pour un chirurgien ».

Cette forte dimension démiurgique fait dire à certains que le chirurgien, au début du siècle « véritable demi-dieu » est, dans l'évolution du contexte actuel, « descendu de son piédestal » et qu'il est devenu un technicien ayant perdu son côté « intouchable et mystique » en même temps que son « aura et sa puissance ». En voyant dans les anciens « grands patrons » des « demi-dieux » et des personnages « mythiques », ils raisonnent comme on le fait typiquement dans les sociétés traditionnelles où les mythes, justement, sont à l'œuvre.

²⁵ Idem

²⁶ LIONETTI, R., « Van Gennep au bloc opératoire », *Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle*, décembre 1988, pp. 110-127

²⁷ POUCHELLE, M.C., *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, 1983, pp. 70-73

²⁸ TERNON, Y., « La fin du chirurgien généraliste », in AÏACH, P., FASSIN, D., (dir.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 184

Par exemple, il n'est pas rare qu'un chirurgien sénior porte toujours ses « sabots magiques » pour opérer et que l'interne de garde les lui emprunte la nuit pour s'investir d'une partie de ses qualités. Un autre réclame de « l'eau bénite » pour laver la plaie chirurgicale en cours d'intervention, on pourrait voire ici une référence aux eaux mythiques qui purifient l'âme du mal (baptêmes, bains dans les fleuves sacrés). Les panseuses, quant à elles, se voient fréquemment réclamer « les ciseaux merveilleux » ou « la pince miracle » devant un geste qui s'avère difficile !

Ce fétichisme de l'instrument fait dire à M.C. POUCHELLE que « beaucoup de chirurgiens font preuve d'un attachement à leur “ boîte “ qui dépasse le simple argument technique et qui renvoie non seulement à leur identité professionnelle, à leur image d'eux-mêmes, à leur différenciation voire à la concurrence qu'ils se font entre eux, mais aussi à la dimension propitiatoire - magique donc - qui entoure toute activité à risque »²⁹.

2.2.Particularités spatiales et conséquences comportementales

2.2.1. Un lieu fermé

Microcosme singulier dont « la culture traditionnelle est le huis clos où l'on est entre soi et bien à l'abri dans un espace totalement contrôlé »³⁰, le bloc opératoire est un endroit replié sur lui même. Jean PENEFF parle du bloc opératoire en ces termes : « le bloc chirurgical, sorte d'îlot souterrain dans l'hôpital, constitue un monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas »³¹.

En effet, un certain nombre de paramètres réglementés le singularisent de son environnement proche³². On peut citer : sa conception intérieure normalisée, ses circuits parfaitement cartographiés, les tenues des personnels codifiées, des procédures d'hygiène et aseptie plus drastiques qu'ailleurs, jusqu'aux circuits d'air et d'eau qui lui sont spécifiques.

Pour PENEFF, « l'enfermement physique et temporel des acteurs renforce l'idée d'un monde à part »³³. Par ailleurs, la charge émotionnelle liée à la symbolique de la mort, le sang et la maladie, cristallisent cette particularité.

²⁹ POUCHELLE, M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, 2008, p. 142

³⁰ POUCHELLE, M.C., op. cit., p. 167

³¹ PENEFF, J., « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270

³² Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, 2008

³³ PENEFF, J., op. cit., p. 271

2.2.2. Une configuration standardisée

Le bloc opératoire se caractérise par un agencement rigide, c'est un espace protégé dont la conception est orientée autour de l'acte opératoire. L'organisation interne des blocs opératoires et de ses interfaces (salle de surveillance post interventionnelle, réanimation, stérilisation...) fait l'objet d'une analyse rigoureuse. Les principes d'hygiène régissent en grande partie la cartographie des déplacements et l'agencement des locaux.

La configuration interne révèle des locaux organisés autour d'un processus de soins et d'une logistique s'apparentant à une entreprise manufacturière. En effet, dès l'arrivée du patient un circuit délimite des espaces dédiés à chaque étape du processus (accueil, transfert, salle de pré anesthésie, salle d'opération, salle de surveillance post interventionnelle).

2.2.3. La communauté opératoire

Pour Ivan SAINSAULIEU³⁴, des appartenances collectives se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de l'unité de soin, ces appartenances collectives de service se constituent de manière forte, notamment pendant l'acte opératoire, du fait d'un attachement au travail collectif et à une coopération technique intense.

2.2.3.1. Une communauté traditionnelle et fermée

SAINSAULIEU³⁵ voit dans le bloc opératoire une communauté endogène (se suffisant à elle-même) ayant pour caractéristique, un héritage culturel plus lourd, une frontière plus marquée, des rapports avec l'extérieur moins structurants, une capacité autonome collective, et un fort investissement du personnel. Il s'agit d'un univers sous pression ayant le souci de la performance, avec des identités professionnelles à la fois complémentaires et hétérogènes qui donnent le sentiment d'être membre actif d'une communauté : « Il crée la conscience d'être membre d'un ensemble plus grand, la communauté des petits mondes fermés »³⁶.

Cette conscience, source de confiance réciproque, permet à tous les membres de s'articuler, se compléter, se coordonner, voire se confondre, pour que « chaque opération soit une co-opération »³⁷.

³⁴ SAINSAULIEU, I., *La communauté de soins en question*, 2003, pp. 138-142

³⁵ Ibid., p. 162

³⁶ Ibid., p. 145

³⁷ PENEFF, J., op. cit., p. 270

Une approche complémentaire de ce modèle communautaire nous est proposée par la contribution de M.C. POUCHELLE³⁸. Selon elle, l'équipe chirurgicale s'apparente à une *communitas* telle qu'elle est décrite par l'anthropologue Victor TURNER³⁹ à propos de l'intégration sociale particulière suscitée par certains rites d'initiations. Une *communitas* est une communauté homogène, égalitaire et fondée sur des liens interpersonnels, qu'on peut opposer au caractère structuré, différencié et inégalitaire de la société en temps ordinaire.

La *communitas* développe des relations qui ne sont pas fondées sur l'exercice d'un pouvoir, mais sur l'expérience de la « liminarité » (de *limen* signifiant « seuil » en latin). Elle regroupe des personnes situées en marge des institutions, soit parce qu'elles en sont exclues, soit parce qu'elles n'y ont pas encore accédé : « Pour moi, écrit TURNER, la *communitas* surgit là où la structure n'est pas »⁴⁰.

Le propre de la *communitas* n'est donc pas de s'attaquer à la structure, c'est de s'installer en bordure, dans ce que TURNER appelle « le vide du centre »⁴¹. Il s'agit d'un lieu d'indétermination, descriptible seulement par métaphore, où les hommes essaient d'entrer dans des relations profondes avec leurs congénères. TURNER souligne l'importance que joue l'émotion dans ce genre de tissu social. Il précise que l'égalitarisme à l'œuvre dans un tel groupe est soutenu par l'émergence d'une figure d'autorité absolue à laquelle se soumettent l'ensemble des membres.

Bien que n'étant pas en marge de l'institution hospitalière, le bloc opératoire reste un monde à part s'apparentant sur de nombreux points à une *communitas* où l'autorité absolue fut longtemps celle du chirurgien.

2.2.3.2. Une atmosphère sous tension

Au bloc opératoire gravitent en permanence une dizaine de professions alliant les expertises les plus pointues et diversifiées, des cultures et des histoires de métiers différentes (chirurgiens et anesthésistes, infirmiers anesthésistes (IADE) et infirmier de bloc opératoire (IBODE), cadre de santé...). Elles forment une sorte de communauté bigarrée qui cristallise les notions de connaissance et de reconnaissance de chacun vers chacun, condition première pour transformer « une horde de solitaires en un groupe social »⁴².

³⁸ POUCHELLE, M.C., *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, op. cit., p. 38

³⁹ TURNER, V., *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, 1990, p. 96

⁴⁰ Ibid., p. 124

⁴¹ Ibid., p. 125

⁴² ANZIEU, D., *La dynamique des groupes restreints*, 1997, p. 57

Paradoxalement, au sein ce type de communauté fermée où l'identité collective est très forte, très affective, des divergences apparaissent. Ainsi, pour SAINSAULIEU, « l'entente est loin d'être toujours idyllique, les identités mimétiques et le consensus parfait, contrairement à la mythologie consensuelle »⁴³. Sous l'apparence d'unité ou de coopération apparaissent des clivages et des conflits « entre catégories, avec le cadre, et peut-être surtout entre gens de même profession »⁴⁴.

Malgré tout, dans cet univers renfermé et opaque, l'important est d'afficher une apparente harmonie aux yeux de l'extérieur dont on refuse toute ingérence : « L'ambiance peut être détestable dedans, rien ne doit filtrer dehors sur les “fissures” du bloc. C'est la loi du silence »⁴⁵.

2.3. Les codes du langage

2.3.1. La métaphore, un outil d'analyse

Selon John HASSARD⁴⁶, la métaphore peut devenir pour le chercheur un puissant outil d'analyse. Les métaphores sont des figures de rhétoriques permettant un transfert de sens, des analogies faisant surgir un univers de significations et de croyances.

Alain Mons voit dans l'usage des métaphores notre « capacité à déplacer le sens, à le cristalliser par une image forte, à passer par de l'Autre pour signifier le Même, à poétiser les vérités comme des énigmes »⁴⁷.

2.3.2. Des métaphores guerrières sur le théâtre des opérations

Sur le plan imaginaire, la médecine et la chirurgie en particulier, font un large usage de métaphores militaires et guerrières.

Pour Alain-Charles MASQUELET, « l'activité opératoire quotidienne d'un service de chirurgie s'apparente à une véritable campagne militaire, l'ennemi à vaincre est l'adversité de la

⁴³ SAINSAULIEU, I., op. cit., p. 162

⁴⁴ Id.

⁴⁵ Id.

⁴⁶ HASSARD, J., « Paradigme ethnographique du temps de travail », in CHANLAT, J.F., (dir.), *L'individu dans l'organisation*, 1990, p. 217

⁴⁷ MONS, A., *La métaphore sociale – Image, territoire, communication*, 1992, p. 23

maladie ou du traumatisme »⁴⁸, ce dernier voit même dans la salle d'intervention, « un théâtre des opérations où la main armée de l'outil, de l'instrument ou de l'appareil ne fait qu'un avec l'opérateur »⁴⁹.

D'après M.C. POUCHELLE, « le goût du risque, l'excitation à braver la mort et à faire triompher la vie sont communs aux chirurgiens et aux combattants, même s'ils n'y sont pas impliqués de la même manière »⁵⁰. Malgré l'hippocratique *primum non nocere* (*d'abord ne pas nuire*, en latin), chirurgiens et guerriers se rejoignent donc sur ce théâtre des opérations, *theater* désigne du reste en anglais la salle d'opération.

Dans cet univers d'affrontements, un vocabulaire à connotation militaire est souvent employé pour désigner certaines activités : la notion d'*armement* des salles d'opérations tout comme dans la Marine, celle d'*arsenal* évocatrice de grandes quantités d'armes destinées aux militaires (ici les lieux de stockage des dispositifs médicaux stériles) ; pour les anesthésistes, une de leur mission principale est de « combattre et lutter » contre la douleur ; quant aux patients, ils doivent « se battre » contre la maladie.

Il est étonnant de constater que le discours guerrier emprunte lui aussi une partie de sa sémantique à l'action chirurgicale. Ainsi, dans son ouvrage *Introduction à la stratégie*, le Général BEAUFRE reprend le terme d'*opération* : « Cette guerre froide est à la guerre chaude ce que la *médecine* est à la *chirurgie*. Aux *opérations* sanglantes de la guerre chaude ne substituent que les "*infections*" qui ne sont pas moins meurtrières, mais plus insidieuses »⁵¹. Dans un autre ouvrage, il a recours au terme de « *dissection* du concept d'action »⁵² et d'« *anatomie* de la force »⁵³ pour libeller des titres de chapitres abordant la stratégie militaire.

Plus récemment, durant la guerre du Golfe, nous avons entendu parler dans les médias, de « frappe chirurgicale » qui définit une action de bombardement supposée strictement limitée à une cible militaire.

Il nous revient une réflexion qu'un chirurgien nous avait faite au sortir d'une intervention particulièrement compliquée : « A la guerre comme à la guerre... ».

⁴⁸ MASQUELET, A.C., « La fonction de chef de service en milieu hospitalier », *Cités*, n°6, 2001/2, p. 138

⁴⁹ Id.

⁵⁰ POUCHELLE, M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, op. cit., p. 28

⁵¹ BEAUFRE, A., *Introduction à la stratégie*, 1965, p. 116

⁵² BEAUFRE, A., *Stratégie de l'action*, 1966, p. 53

⁵³ Ibid. p. 81

Alors, en référence à une phrase du film de Frédéric ROSSIF, *Mourir à Madrid* : « La guerre, c'est simple : c'est faire entrer un morceau de fer dans un morceau de chair »⁵⁴, nous serions tenté de dire : la chirurgie aussi...

2.4.Synthèse

Le bloc opératoire, forteresse imprenable pour quiconque n'en possède pas les clés ni les codes, apparaît de l'extérieur comme une communauté unie par la tradition, cimentée par le consensus, organisée par une « vision du monde » commune.

Il semblerait pourtant qu'il ne soit pas ce havre de paix dont les patients et les professionnels rêveraient mais bien un champ de bataille, réel ou symbolique, avec son lot de dissensions, de clivages et de conflits.

3. L'AUTORITE, ECHANGE DANS LA RELATION

L'autorité est un concept complexe, polysémique et subjectif⁵⁵, une notion floue. A une époque où la tendance est à l'égalitarisme, on entend sans cesse dénoncer ou annoncer une crise de l'autorité. Les repères de la tradition – le père, le chef, une certaine sacralisation – s'effaçant progressivement, certains y voient le signe d'une décadence qui détruit les interdits, brouille les hiérarchies, et abrase les éminences.

Les mots « chef » et « autorité » relèvent alors d'un usage difficile qui ne va pas sans précaution et les choses qu'ils expriment suscitent un imaginaire grimaçant de répulsion et de craintes légitimes. Ainsi d'après J.P. LE GOFF, « les notions d'autorité et de subordination seraient d'ailleurs envisagées comme « des nids à problèmes » »⁵⁶.

3.1.Définitions

Il nous faut dans un premier temps, avant d'approfondir ce concept d'autorité, le différencier d'un terme voisin qu'il recouvre en partie et avec lequel il est souvent confondu, celui de pouvoir.

⁵⁴ ROSSIF, F., *Mourir à Madrid*, (DVD), 2006

⁵⁵ MENDEL, G., *Une histoire d'autorité, permanences et variations*, 2002, pp. 63-68

⁵⁶ LE GOFF, J.P., « Nouveaux monde de subordination dans le travail », *Esprit : Faire autorité*, 2005, mars, p. 154

3.1.1. Le pouvoir

Le recours à l'étymologie, avec « *potere* » signifiant « être capable de », ou « *posse* » qui est « avoir de la force », nous laisse entrevoir la connotation de rapport de force et de puissance.

La définition la plus répandue est donnée par le sociologue américain Robert DAHL à savoir qu'un individu, un groupe, une instance exerce un pouvoir sur un autre lorsqu'il obtient que ce dernier modifie son comportement : « A exerce du pouvoir sur B dans la mesure où il obtient de B une action que ce dernier n'aurait pas effectué autrement »⁵⁷. On voit ici que pour DAHL le pouvoir équivaut à la contrainte ou à l'influence exercée de façon coercitive.

Cette approche est complétée par Norbert ELIAS⁵⁸ qui ne voit dans le pouvoir rien d'autre que l'expression d'une marge de décision individuelle qui traduit des possibilités d'influer sur la manière dont les autres dirigent leur vie. Il insiste ainsi sur la notion d'interdépendance entre les individus, cette marge étant différente selon les sociétés, les phases de l'histoire et la position sociale.

Selon les sociologues Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁵⁹, le pouvoir n'est pas uniquement lié à la position hiérarchique, à l'organisation formelle, ni même aux compétences. Il est distribué entre tous les acteurs, certes inégalement, mais sans n'en exempter aucun. Tous les acteurs peuvent, à leur niveau, proposer ou freiner les initiatives, innover, rigidifier leurs comportements. Selon eux, le pouvoir n'est donc pas un attribut, une possession des uns au détriment des autres.

Le théoricien américain Chester BARNARD⁶⁰ aborde le pouvoir comme un phénomène de délégation « par le bas ». C'est l'acceptation d'un ordre pour des raisons subjectives (acceptation de la personne et de l'autorité de sa communication) et objective (système organisationnel). C'est donc une relation et non un statut. Une des caractéristiques fondamentales du pouvoir est son caractère inhérent à toute vie sociale.

⁵⁷ DALH, R., « The concept of power », *Behavior Science*, 1957, n°2, juillet, pp. 202-203

⁵⁸ ELIAS, N., *La société des individus*, 1991, p. 94

⁵⁹ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, 1977, p. 15

⁶⁰ BARNARD, C., *The functions of the executive*, 1938, p. 215

3.1.2. L'autorité : un fait de relation

Le mot autorité tire son étymologie du sanscrit *oya* qui veut dire « force ». L'étymologie latine en a donné *auctor*, « celui qui fait accroître ». A partir de ce terme d'*auctor*, on aura *auctoritas*, « la garantie », « l'autorité ». *Auctoritas* est le terme que les Romains ont forgé, en le dérivant du verbe qui signifie « augmenter » (*augere*) pour exprimer ce qui, dans le cadre d'une relation de pouvoir (*potestas* ou *impérium*), peut produire une augmentation de ce pouvoir.

La définition de l'Encyclopedia Universalis est celle-ci : « L'autorité est le pouvoir d'obtenir sans recours à la contrainte physique un certain comportement de la part de ceux qui lui sont soumis »⁶¹. L'autorité inclus donc dans sa définition, comme dans son exercice, l'adhésion, le consensus, et exclut le rapport de force, la contrainte et la violence.

Dans le *Contrat Social*, Jean-Jacques ROUSSEAU ne réfute pas l'existence de l'autorité en soi mais en discute son emploi et sa légitimité. Soit cette autorité va reposer sur la possibilité de se maintenir au pouvoir grâce à l'usage de la force et la coercition, soit elle va reposer à partir d'un consensus social qui délègue son pouvoir : « Puisque aucun homme n'a une autorité naturelle sur son semblable, et puisque la force ne produit aucun droit, restent donc les conventions pour base de toute autorité légitime parmi les hommes »⁶². Selon lui, la seule autorité légitime naît d'un accord réciproque des parties contractantes, d'une convention.

Hannah ARENDT nous dit que « l'autorité exclut l'usage de moyens extérieurs de coercition, là où la force est employée, l'autorité proprement dite a échoué (...) S'il faut vraiment définir l'autorité, alors ce doit être en l'opposant à la fois à la contrainte par la force et à la persuasion par des arguments »⁶³. L'autorité n'a donc pas pour objet de soumettre le sujet à la puissance arbitraire d'un pouvoir hiérarchique.

On est là loin de la définition de Stanley MILGRAM à qui l'on doit les recherches les plus systématiques sur l'obéissance à l'autorité. Dans son ouvrage très controversé, *Soumission à l'autorité*⁶⁴, il va étudier l'obéissance dans un contexte où d'autres facteurs poussent à la désobéissance. MILGRAM juge nécessaire de problématiser la question de l'obéissance à l'autorité couramment considérée comme une vertu, et de l'étudier quand elle devient dilemme.

⁶¹ Encyclopedia Universalis, article « Autorité », corpus 3, p. 530

⁶² ROUSSEAU, J.J., *Du contrat social ou principes du droit politique*, 1762, livre 1, chapitre IV, p. 30

⁶³ ARENDT, H., « Qu'est ce que l'autorité ? », in *La crise de la culture*, coll. « Idées », 1972, p. 123

⁶⁴ MILGRAM, S., *Soumission à l'autorité*, Paris, 1974

Roger MUCCHIELLI définit l'autorité comme étant « une qualité de la structure du groupe, ce qui veut dire que le fait même qu'un groupe se structure donne naissance à l'autorité »⁶⁵. Elle représente, tout comme le pouvoir, un aspect inévitable et normal de la structure de groupe : « dès que s'engage le processus de structuration d'un groupe, apparaît une fonction collective qui est un pouvoir de régulation et de contrôle des conduites »⁶⁶.

Nous retiendrons l'approche de Louis MOREAU DE BELLAING qui envisage l'autorité comme une forme de repères et de garant pour pouvoir vivre ensemble, pour qu'un rapport social, collectivement ou individuellement, puisse s'instaurer : « l'autorité est un garant : garant comme repères, garant comme droits. Elle n'est pas garant des repères, elle *est* les repères ; elle n'est pas garant des droits, elle *est* les droits »⁶⁷.

Ces définitions accentuent le principe du rôle et du statut de la personne dans notre société ou plus précisément dans un groupe qu'il soit de travail, familial ou politique.

Il n'y a pas d'autorité « en soi », elle n'est possible que par l'existence de ceux sur qui elle s'exerce et par le pouvoir d'influencer leurs comportements, leurs opinions, leurs actions ou leur manière d'être.

L'autorité est donc un fait de relation, c'est à dire qu'elle ne préexiste ni ne subsiste à un fait relationnel.

3.2. Les rapports à l'autorité

3.2.1. L'approche sociologique

L'autorité est « une influence légitime et reconnue »⁶⁸, dans cette définition de R. MUCCHIELLI se pose clairement la question de la légitimité. Selon Alain RENAUT⁶⁹, partout où s'exerce un pouvoir, celui-ci est ébranlé par une crise de l'autorité qui est en fait une crise de légitimité. En d'autres termes pour qu'il y ait autorité, il faut au pouvoir se rendre légitime.

⁶⁵ MUCCHIELLI, R., *Psychologie de la relation d'autorité*, 1999, p. 23

⁶⁶ Id.

⁶⁷ MOREAU de BELLAING, L., *Quelle autorité aujourd'hui ?*, 2002, p. 19

⁶⁸ MUCCHIELLI, R., op. cit., p. 27

⁶⁹ RENAUT, A., *La fin de l'autorité*, 2004

3.2.1.1. La légitimité

Dans son ouvrage *Economie et société*, le sociologue Allemand Max WEBER⁷⁰ analyse les types d'autorité et de domination qui sont pour lui des formes de légitimation du pouvoir :

- La légitimité traditionnelle, fruit des mœurs et des coutumes du passé, qui est subordonnée au pouvoir politique, « croyance quotidienne en la sainteté de traditions valables de tout temps et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens ». C'est une autorité personnelle comme en dispose le père de famille, le seigneur ou le maître, qui fait écho à l'aspect informel transmis par l'héritage culturel, l'histoire, les habitudes.
- La légitimité charismatique (du grec « charisma » qui signifie « grâce ») d'un individu à qui l'on prête des qualités exceptionnelles, « reposant sur la soumission extraordinaire au caractère sacré, à la vertu héroïque ou à la valeur exemplaire d'une personne, ou encore émanant d'ordres révélés ou émis par celle-ci ». Ce type de légitimité renvoie à un aspect informel, constitué sur des relations interpersonnelles dans leur dimension psychologique et des qualités particulières possédées par certains.
- La légitimité rationnelle et légale d'une fonction officielle, qui a été confiée à un individu en vertu d'une compétence attestée et selon le critère légal des règles fixes connues de tous, « croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens ». Ceux qui obéissent, se soumettent non pas à des individus, mais aux ordonnances légales ou aux interprètes exécuteurs de cette légalité.

3.2.1.2. L'analyse stratégique

L'analyse stratégique développée par CROZIER et FRIEDBERG est un modèle d'analyse organisationnelle qui s'articule autour de la compréhension des relations entre acteurs interdépendants. Toutes les organisations, bien que différentes dans leurs finalités, leurs fonctionnements, leurs cultures, sont confrontées à la même obligation de mettre en œuvre la collaboration des personnes qui la constituent.

⁷⁰ WEBER, M., *Economie et société*, 1921, tome 1, Trad. Fr. 1971, p. 219

Le problème des organisations est donc celui de la construction de la coopération humaine. Cette coopération est caractérisée par l'interdépendance des différents acteurs, réunis autour d'une même finalité : assurer les objectifs de l'organisation.

3.2.1.3. La zone d'incertitude

Pour CROZIER et FRIEDBERG, il n'y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés et contrôlés, ni d'action sociale entièrement anticipée. Les acteurs disposent toujours d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans les interactions avec les autres.

Cette marge de liberté ne peut se développer que dans les zones d'incertitude qui pèsent sur les solutions aux problèmes à résoudre. Ainsi, selon eux, « le pouvoir n'est rien d'autre que le résultat contingent de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitudes pertinentes qu'ils contrôlent »⁷¹.

Chacun va alors s'efforcer d'étendre son pouvoir en accroissant les zones d'incertitude qui le concernent, rendant ainsi son comportement le plus imprévisible possible et va chercher à contrôler les zones d'incertitude des autres. Plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu est cruciale pour l'organisation, plus il disposera de pouvoir.

CROZIER et FRIEDBERG⁷² énumèrent quatre sources de pouvoir dans les organisations qui renvoient toutes à la maîtrise d'une zone d'incertitude :

- La compétence de l'expert : celui qui dispose du savoir-faire, de connaissances ou de compétences spécifiques difficilement remplaçables,
- La maîtrise des relations entre l'organisation et son environnement,
- La maîtrise de la communication et son réseau,
- La connaissance et l'utilisation des règles organisationnelles.

3.2.1.4. Le système d'action concret

« Tout contexte d'action peut se conceptualiser comme sous-tendu par un système d'action concret »⁷³. Cette affirmation d'E. FRIEDBERG confirme ce qui était déjà théorisé dans

⁷¹ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., op. cit., p. 30

⁷² CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, 1977, in BERNOUX, P., *La sociologie des organisations*, 1985, pp. 162-165

⁷³ FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, 1993, p. 156

L'acteur et le système, c'est à dire la place centrale du concept de système d'action concret dans la sociologie de l'action organisée.

En 1977, le système d'action concret était défini comme : « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est à dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulations qui constituent d'autres jeux »⁷⁴. De cette définition, on retiendra que les acteurs insistent sur la nature et les modalités du processus à l'œuvre dans le système d'action concret, autrement dit la coordination des actions d'une part, et les jeux constituant ou pas des régulations d'autre part.

Ainsi, pour mener à bien collectivement les missions qui leur sont demandées, les acteurs structurent leur contexte d'action en établissant un équilibre entre des contraintes d'organisation imposées et leurs intérêts divergents, donc conflictuels. Ils réalisent ainsi un équilibre, toujours précaire, contingent, jamais définitif.

3.2.2. L'approche anthropologique

Selon Gérard MENDEL, « La puissance du système est considérable pour assurer le lien social. L'autorité s'enracine des deux côtés : chez l'individu dans la blessure anthropologique que représente le sentiment abandonnique de l'espèce ; dans la société où elle occulte contradictions et conflits. Chaque fois qu'on prononce le mot autorité, on tire sur les deux bouts de la ficelle et on réassure le nœud qui fait tenir la société en contenant les individus »⁷⁵.

3.2.2.1. L'autorité comme lien à autrui

Pour l'anthropologue Marcel MAUSS, il n'y pas d'autorité sans lien, sans un espace vide dans lequel va pouvoir s'investir du don à l'autre : « deux éléments essentiels du *potlatch* proprement dit sont nettement attestés : celui de l'honneur, du prestige, du "mana" que confère la richesse, et celui de l'obligation absolue de rendre ces dons sous peine de perdre ce "mana", cette autorité, ce talisman et cette source de richesse qu'est l'autorité elle-même »⁷⁶.

⁷⁴ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., op. cit., p. 286

⁷⁵ MENDEL, G., *Une histoire d'autorité, permanences et variations*, 2002, p. 98

⁷⁶ MAUSS, M., « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in *Sociologie et anthropologie*, 1950, p. 155

Clause LÉVI-STRAUSS⁷⁷ rappelait que ce que nous appelons autorité renvoyait, dans les sociétés primitives, à l'ancêtre et à un principe généalogique d'engendrement au sens de « faire naître ».

L'analyse de Michael FOESSEL confirme cette notion de lien, de désir d'aller vers l'autre : « indissociable d'un exercice de la patience, la relation d'autorité suppose aussi le désir de rejoindre l'autre précisément dans ce qui fait qu'il est, momentanément, autre que moi »⁷⁸.

Dès lors, on pourrait dire que l'autorité c'est répondre d'une place qui autorise l'autre à occuper sa place. Dire la loi ou donner la loi, c'est ainsi permettre la parole du sujet, l'autoriser à prendre une place.

3.2.2.2. L'autorité comme tiers

Pour Pierre LEGENDRE, l'autorité a le sens de mettre en scène la place qui authentifie la vérité. Selon lui, l'autorité serait donc ce principe du père qui dit la limite, qui signifie la loi : « L'instance tierce est le lien logique de la Loi en tant que référence pure à l'absolu du pouvoir qui se confond avec un principe logique de différenciation »⁷⁹. C'est l'autorité du tiers qui vient énoncer « au nom de », « en référence à ».

Selon LEGENDRE, « une parole fondée est une parole référée »⁸⁰, référer c'est donc renvoyer à autre chose qu'à soi soi-même, c'est passer d'une dualité imaginaire en miroir à un processus de symbolisation.

Autrement dit, l'autorité ne peut s'énoncer qu'au nom d'un tiers, elle n'est jamais auto-référée.

3.3. Des règles pour réduire les incertitudes

Jacques LE GOFF⁸¹ n'hésite pas à parler d'« euphémisation de l'autorité » dans les organisations, car pour lui le terme a presque totalement disparu du langage des managers pour faire face au « *soft power* ». Or, l'hôpital en tant qu'organisation permet des relations avec l'usage d'attributs en fonction de règles de fonctionnement, faisant référence à la structure formelle et statutaire des acteurs du système.

⁷⁷ LEVI-STRAUSS, C., op. cit.

⁷⁸ FOESSEL, M., « pluralisation des autorités et faiblesse de la transmission », *Esprit : Faire autorité*, 2005, mars, p. 14

⁷⁹ LEGENDRE, P., op. cit., p. 145

⁸⁰ Id.

⁸¹ LE GOFF, J.P., op. cit., p. 143

Jean-Daniel REYNAUD définit la règle comme « Un principe organisateur. Elle peut prendre la forme d'une injonction ou d'une interdiction visant à déterminer strictement un comportement. Mais elle est le plus souvent un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action »⁸².

Les règles constituent la condition de toute vie en commun, elles s'imposent d'autant plus que les groupes et les rationalités diffèrent ou divergent. Ce sont ces règles qui vont éviter les dérives trop importantes auxquelles pourrait conduire une recherche exagérée de pouvoir. Elles permettent d'établir des procédures de travail et de décision afin d' « émettre ou admettre certaines normes communes, souvent implicites, qui façonnent l'appartenance des professionnels au collectif »⁸³.

Jean-Daniel REYNAUD distingue deux formes de règles :

- Les règles de contrôle, imposées par une autorité ; elles instaurent des relations de subordination et créent une hiérarchie entre les membres d'un groupe dans le sens où elles désignent ceux qui sont légitimes pour définir les obligations
- Les règles autonomes, élaborées par les acteurs de terrain ; elles instaurent une relation de solidarité entre les membres, dans le sens où elles permettent de déroger aux règles de contrôle dans un but de meilleur efficacité.

Créer une règle c'est par définition instituer un rapport de force car celle-ci devient une ressource pour certains qui n'auront cessé de la dévoyer. Selon Roger MUCCHIELLI, « l'autorité dans un groupe organisé, appuyée sur des règles corrélatives de la structuration, s'accompagne d'un pouvoir puisqu'elle doit être capable de faire respecter la règle convenue »⁸⁴.

Toute règle pose donc la question de sa légitimité ou sa réalité et par conséquent de la contrainte qu'elle exerce réellement car, comme le précise REYNAUD, « le réel rôle des caractéristiques formelles d'une organisation est d'instituer des légitimités »⁸⁵.

Au bloc opératoire, le législateur, en insistant sur l'établissement de règles communes érigées par le conseil de bloc⁸⁶ à travers notamment une charte de fonctionnement⁸⁷, a souhaité encourager les acteurs à structurer leurs décisions et à rendre visible leur fonctionnement.

⁸² REYNAUD, J.D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, 1997, Préface p. XVI

⁸³ ANZIEU, D., op. cit., p. 58

⁸⁴ MUCCHIELLI, R., op.cit., p. 27

⁸⁵ REYNAUD, J.D., op. cit., p. 150

⁸⁶ Cf Annexe 1

⁸⁷ Cf Annexe 2

3.4.Synthèse

Le bloc opératoire est un lieu d'évolution permanente, exigeant de la part du cadre de santé une parfaite gestion de la complexité des relations humaines et sociales.

Il n'y a pas d'autorité sans règles, sans différenciation des statuts et des rôles de chacun.

Exercer l'autorité n'est pas être souverain en son royaume mais être référé (l'arbitre se dit du reste *referee* en anglais). L'autorité ne peut s'exercer qu'au nom d'un tiers (normes, règles), elle n'est jamais auto-référée.

4. LE CONFLIT, MENACE OU OPPORTUNITE ?

4.1.Le conflit, de quoi parlons-nous ?

Du latin « conflictus » qui signifie choc, heurt, combat, le terme renvoie à l'idée de guerre militarisée ou guerre des nerfs.

Dans son ouvrage *L'art de la guerre*, SUN TZU⁸⁸, contemporain de CONFUCIUS (environ 500 ans avant J.-C.), insiste sur l'importance de l'esprit de corps dans les troupes, de la confiance réciproque entre le général et son armée. Il met en avant la nécessaire connaissance du terrain, de l'environnement et l'utilité de prendre en compte la psychologie de l'adversaire.

Le Larousse nous dit qu'il s'agit « d'une opposition d'intérêt entre deux ou plusieurs parties dont la solution peut être recherchée soit par des mesures de violence, soit par des négociations, soit par l'appel à une tierce personne ».

La notion de conflit pourrait donc se définir comme toute situation dans laquelle les aspirations de deux personnes ou de deux groupes se révèlent incompatibles.

4.2.Les caractéristiques du conflit, le cas du bloc opératoire

Pour l'ethnologue Georges BALANDIER⁸⁹, les conflits et les dysfonctionnements sont inhérents à tout système social, c'est même ce qui va générer le changement.

Le conflit n'est pas nécessairement l'expression brutale et coûteuse d'incompatibilité selon Mary Parker FOLLETT, mais un processus normal par lequel des différences précieuses

⁸⁸ SUN TZU, *L'art de la guerre*, 1972

⁸⁹ BALANDIER, G., *Sens et Puissance*, 1971, pp. 13-16

s'affirment et font progresser tous ceux qui sont concernés. D'après elle, le conflit n'est ni bon ni mauvais, « c'est la manifestation d'une différence, l'expression naturelle de la diversité indispensable à la vie »⁹⁰. Il faut simplement chercher à en tirer le meilleur parti.

André MONTÉSINOS⁹¹ aborde le conflit comme un mode d'organisation relationnelle destiné à retrouver la justice, l'ordre et la paix sociale. La notion de conflit renvoie selon lui à l'affrontement entre des intérêts, des valeurs, des opinions, des sentiments, des actes ou des procédures.

Toujours selon MONTESINOS⁹², au bloc opératoire la plupart des conflits résultent de problèmes ignorés, niés ou minimisés qui ont évolué « spontanément » dans l'indifférence, la crainte ou l'impuissance générale et qui, au bout du compte, polluent l'ambiance de travail.

En d'autres termes, le conflit est lié à l'existence de personnes interdépendantes d'un système qui s'affrontent ou s'opposent.

4.3. Le cycle d'un conflit

Contrairement au schéma traditionnel du conflit qui consiste en général à designer un coupable, l'analyse systémique du conflit selon MONROY et FOURNIER⁹³ propose de considérer l'adversaire comme un partenaire dans un jeu partagé, partenaire qui devient rapidement « mon irremplaçable ennemi ».

- A. Interactions entre les jeux des acteurs génératrices de dynamiques conflictogènes
- B. La rencontre des dynamiques contradictoires entraîne une « configuration conflictogène ». Les acteurs saisissent l'opportunité du conflit.
- C. Les acteurs construisent et alimentent les outils nécessaires au conflit. C'est le « consensus conflictuel », ils sont d'accord pour être en désaccord.
- D. Les acteurs deviennent victimes du conflit. Il y a autonomisation et enchevêtrement des dynamiques construites au service du conflit.
- E. Le conflit acquiert sa propre dynamique et échappe au contrôle des protagonistes. Un sentiment d'impuissance et de fatalité provoque l'embrassement.

⁹⁰ PARKER FOLLETT, M., *Creative experience*, 1951, p. 300

⁹¹ MONTESINOS, A., « Agressivité, violence et conflit au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, 1996, n° 352, janvier, p. 23

⁹² MONTESINOS, A., « Gérer le stress et prévenir les conflits au bloc opératoire », *Interbloc*, 1997, n°17, avril, p. 59

⁹³ MONROY, M., FOURNIER, A., *Figures du conflit. Une analyse systémique des situations conflictuelles*, in VANNIEREAU, J., *La régulation des conflits en situation de management*, 2010

F. C'est la sortie du conflit : dépassement, résolution, enkystement ou retour à la situation de départ.

4.4. Les stratégies de comportement

Face à un conflit, nous adoptons différentes stratégies, en fonction des objectifs visés et de la perception que nous avons du conflit.

La domination : Le plus fort impose son point de vue, ou le plus faible s'incline de lui-même devant la volonté de son adversaire. Cette attitude laisse l'impression chez les protagonistes qu'il n'y a pas d'autres solutions que la capitulation. Il s'agit là d'une solution rapide et satisfaisante du point de vue du vainqueur, mais elle sacrifie une précieuse diversité. C'est une approche que nous qualifions de « gagnant/perdant ».

Le compromis : C'est la méthode la mieux admise et la plus courante pour régler un conflit. C'est « donnant/donnant » : les deux parties cèdent chacune un peu, abandonnent une partie de leurs objectifs, de leurs ambitions, de leurs désirs...et repartent mécontentes d'avoir dû en rabattre. Tôt ou tard le différend reviendra sur le tapis, sur les mêmes thèmes, les mêmes motifs : on a repoussé l'issue, mais on n'a pas progressé car « le compromis est temporaire et vain. Il signifie habituellement qu'on reporte le problème. La vérité ne se situe pas "entre" les deux positions »⁹⁴. La satisfaction n'est donc que partielle, car les négociations partent du principe qu'il doit nécessairement y avoir des concessions de part et d'autre. FOLLETT considère même le compromis comme nuisible car le jour où le problème ainsi « réglé » ressurgira, ce sera avec « les résultats les plus désastreux »⁹⁵. C'est une approche que nous qualifions de « perdant/perdant ».

L'approche qui a la faveur de FOLLETT c'est l'intégration. Il faut faire preuve d'imagination : « l'intégration suppose de l'invention », alors que le compromis ne crée rien, il s'arrange avec ce qui existe déjà, l'intégration crée quelque chose de nouveau. Elle permet la satisfaction de ses propres objectifs tout en respectant la poursuite du but commun.

L'intégration ou le conflit constructif est donc une démarche dont l'ambition est de « sortir par le haut », en cherchant ce qui peut satisfaire les intérêts légitimes des deux parties, ce sur quoi l'on va pouvoir se mettre d'accord sans arrières pensées et sans compromettre ses valeurs. C'est une approche que nous qualifions de « gagnant/gagnant ».

⁹⁴ PARKER FOLLETT, M., op. cit., p. 56

⁹⁵ PARKER FOLLETT, M., op. cit., p. 164

FOLLET explique néanmoins que le succès de la démarche ne supprime pas tout conflit. Mais lorsqu'un nouveau désaccord fera jour, ce sera sur un autre point : « ce conflit-là est réglé et le prochain se produira à un niveau plus élevé ».

5. PRESENTATION DE L'HYPOTHESE GENERALE

L'autorité est une notion ambivalente. Elle est portée vers la reconnaissance, l'accès à l'autonomie et à la liberté du sujet tout en étant l'exercice d'une influence faisant appel à certaines formes de contraintes. Pour échapper à cette situation dialectique, les cadres mobilisent, chacun à leur façon, des stratégies de régulation dans le but de maintenir l'état stable du système.

Dans un contexte hospitalier en pleine mutation, le bloc opératoire reste une zone de fortes turbulences où les tensions et les conflits sont omniprésents. Le cadre de santé, responsable de l'organisation et du fonctionnement du bloc, doit maintenir l'équilibre de ce système. La manière dont il prend en compte ces bouleversements culturels et organisationnels est une source de légitimité au sein de son équipe.

Ceci nous conduit à envisager l'hypothèse suivante :

La régulation des conflits au bloc opératoire est une opportunité pour le cadre de santé de renforcer son autorité et sa légitimité au sein de l'équipe.

Au regard de l'hypothèse générale nous avons posé les sous-hypothèses suivantes :

- L'existence de zones d'incertitudes au niveau des fonctionnements et des rôles de chaque catégorie professionnelle au bloc opératoire favorise l'instauration de logiques individuelles créatrices de tensions et de conflits.
- Le cadre de santé, par son autorité de garant des normes et des droits, renforce sa son autorité et sa légitimité dans la gestion des conflits au bloc opératoire.
- Le conflit n'est pas une menace mais une chance de faire progresser l'organisation par l'émergence de règles adaptées.

PARTIE EMPIRIQUE

Si tu diffères de moi, loin de me léser, tu m'enrichis

Saint-Exupéry

6. LES PRÉALABLES À L'ENQUÊTE

6.1. Intérêt de la méthode anthropologique

L'enquête de type anthropologique se veut « au plus près des situations naturelles de sujets – vie quotidienne, conservation – dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances “in situ“, contextualisées, transversales, visant à rendre compte du “point de vue de l'acteur“, des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones »⁹⁶.

Ainsi l'anthropologue doit développer une attitude réflexive à partir des témoignages recueillis en utilisant une démarche compréhensive pour tenter de saisir “de l'intérieur“ la réalité culturelle ou sociale de la communauté étudiée.

Cette prise de distance s'explique selon Marc AUGÉ car « l'anthropologie traite du sens que les hommes en collectivité donnent à leur existence. Le sens, c'est la relation et en l'occurrence, l'essentiel des relations symboliques et effectives entre les humains appartenant à une collectivité »⁹⁷.

L'initiation à la démarche anthropologique nous permet d'analyser les faits, les paroles des acteurs pour en comprendre le sens verbalisé mais aussi le sens dans leurs pratiques, ainsi « l'anthropologue essaie d'atteindre une vérité dont les gens qu'il interroge sont porteurs, parfois même à l'insu »⁹⁸.

Il s'agira pour nous, dans cette initiation à l'anthropologie, d'« aller chercher un surplus de sens »⁹⁹ porteur de cette vérité.

6.2. Conditions de l'enquête

6.2.1. Choix de l'outil

Dans le cadre de la démarche anthropologique et en regard de notre thématique la réalisation d'entretiens semi-directifs s'est imposée comme méthode d'investigation. Les entretiens nous ont permis d'être en relation avec les personnes interviewées et ainsi d'analyser

⁹⁶ OLIVIER DE SARDAN, J.P., « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, n°1, 1995, p. 73

⁹⁷ AUGÉ, M., *Le sens des autres, Actualités de l'anthropologie*, 1993, p. 49

⁹⁸ AUGÉ, M., COLLEYN, J.P., *L'anthropologie*, 2004, p. 26

⁹⁹ BESSON, R., *Analyse qualitative des données*, cours IFCS CHU Bordeaux, 2010

des attitudes non verbales. Ainsi, pour Alexandre MUCCHIELLI¹⁰⁰, les silences, les expressions du visage, les intonations de voix sont de multiples facteurs environnementaux qui prennent une importance considérable au cours d'une discussion.

Cette discussion, basée sur une relation de confiance et de convivialité, nous a permis de mieux appréhender les représentations et les émotions des professionnels de terrains.

Nous avons aussi pu reformuler certaines affirmations des interviewés afin de les préciser et nous assurer de notre compréhension.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide¹⁰¹ construit à partir des sous hypothèses préalablement définies. A partir des thèmes correspondant aux hypothèses de travail, nous avons déterminé six questions qui nous ont servi de support pour ouvrir la discussion. Face à l'intérêt porté par les cadres aux questions posées et pour éviter une éventuelle frustration, l'ensemble des entretiens s'est clos par une question ouverte: « *Y a t-il des aspects que je n'aurai pas évoqué avec vous et qui vous semble importants à mentionner ?* ».

Cette question, non prévue initialement, a permis de saisir des données très intéressantes qui ont enrichi l'analyse.

6.2.2. Lieux d'enquête

6.2.2.1. Les services

Nous avons délibérément fait le choix, en regard du sujet traité, de limiter notre étude au bloc opératoire. Après accord de la direction des soins, les entretiens ont été réalisés dans quatre hôpitaux différents : deux centres hospitaliers universitaires et deux centres hospitaliers généraux.

Sur les quatre blocs étudiés, trois sont dits « polyvalents » c'est à dire qu'ils regroupent plusieurs spécialités chirurgicales. Le bloc « spécialisé », qui n'accueille que la spécialité d'urologie, doit être regroupé au sein d'un bloc central polyvalent prochainement.

6.2.2.2. La population

Les entretiens ont été réalisés auprès de quatre cadres de bloc opératoire, de formation infirmières anesthésistes et infirmières de bloc opératoire. Afin de faciliter la rédaction de

¹⁰⁰ MUCCHIELLI, A., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, 1996, pp. 109-110

¹⁰¹ Cf Annexe 3

l'analyse et de préserver l'anonymat des cadres interviewés, leurs prénoms ont été changés.

Amélie, 37 ans, cadre infirmière anesthésiste depuis 1 an. Occupe un poste de cadre de bloc opératoire depuis 1 an dans un CHU¹⁰². Il s'agit d'un bloc opératoire polyvalent qui est la fusion récente de trois blocs spécialisés.

Virginie, 41 ans, cadre infirmière anesthésiste depuis 5 ans. Occupe un poste de cadre de bloc opératoire depuis 5 ans dans un CHG¹⁰³.

Joëlle, 45 ans, cadre infirmière de bloc opératoire depuis 8 ans. Occupe un poste de cadre de bloc opératoire depuis 5 ans dans un bloc opératoire spécialisé d'un CHU. Un regroupement de différents sites opératoires du centre hospitalier est prévu cette année.

Mireille, 50 ans, cadre infirmière de bloc opératoire depuis 15 ans. Occupe un poste de cadre de bloc depuis 10 ans au bloc central d'un CHG.

6.2.3. Déroulement des entretiens

Le cadre dans lequel s'inscrit ce mémoire a été présenté lors de la prise de rendez-vous et rappelé en début d'entretien.

Le principe d'anonymat et de confidentialité a été rappelé de façon à instaurer une relation de confiance. Après un accord de toutes les personnes interrogées, tous les entretiens ont pu être enregistrés afin de permettre une exploitation approfondie et une analyse précise.

La durée des entretiens se situe entre 40 et 50 minutes. Ils ont été réalisés pour l'essentiel pendant la période de stage « fonction d'encadrement ». Chaque cadre a pu dégager un moment, défini au préalable lors de la prise de rendez-vous, sur son temps de travail.

Les entretiens se sont déroulés dans un bureau, en dehors de l'enceinte du bloc opératoire et hors présence d'autres personnes afin de favoriser l'expression et la confidentialité.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé dans des conditions matérielles optimales tant au niveau du confort que de la disponibilité des interviewés.

¹⁰² Centre Hospitalier Universitaire

¹⁰³ Centre Hospitalier Général

7. ANALYSE DES ENTRETIENS

7.1. Analyse thématique

La méthode d'analyse employée dans cette étude se réfère à celle de M. CROS et D. DORY par les principes suivants : « une fois organisées et comparées, les informations doivent être analysées en fonction de la problématique de l'enquête, ce qui est bien davantage que de présenter des faits juxtaposés, ou simplement de décrire des phénomènes sociaux »¹⁰⁴.

Nous avons dans un premier temps procédé à une première écoute en dégagant les thèmes récurrents employés par les cadres de santé lors des entretiens. Lors d'une deuxième écoute nous avons élaboré une « fiche d'entretien » en classant ces thèmes en fonction de nos hypothèses. La troisième écoute nous a permis de nous centrer sur les intonations, le rythme, les pauses. Cette démarche comparative tant sur le plan qualitatif qu'environnemental nous a aidé à approfondir l'analyse.

L'intégralité des entretiens a été retranscrite par écrit afin de faciliter l'analyse et l'interprétation

Nous avons ainsi pu dégager trois thèmes principaux qui se divisent en sous thèmes.

- Des modifications de repères sources de conflits
 - Incertitude et impression de flou dans l'équipe
 - Une modification des rapports chirurgiens/anesthésistes
 - Une modification des rapports chirurgiens/cadre de santé

- L'autorité du cadre face aux conflits au sein du bloc opératoire
 - Etre l'autorité
 - Avoir de l'autorité
 - Faire autorité

- La régulation des conflits, un outil managérial
 - L'intelligence pratique du cadre comme levier d'action
 - Petits arrangements avec les règles
 - Pour une nouvelle vision du conflit

¹⁰⁴ CROS, M., DORY, D., *Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française*, 1996, pp. 155-163

7.2. Analyse interprétative

7.2.1. Des modifications de repères sources de conflits

L'environnement des établissements de santé est en pleine mutation et les problèmes d'organisation du travail dans les services de soins constituent un enjeu crucial. L'intérêt de ces institutions face aux nouvelles règles du jeu financier, aux multiples contraintes de qualité, de sécurité et d'efficience consiste à agir sur une nécessaire cohérence de fonctionnement y compris au sein des blocs opératoires.

Alors, comme « aucun établissement n'est aujourd'hui à l'abri d'une restructuration »¹⁰⁵, deux des établissements dans lesquels j'ai effectué des entretiens ont ou vont prochainement procéder à des restructurations de leurs blocs opératoires.

7.2.1.1. Incertitude et impression de flou dans l'équipe

Des changements culturels...

Les contraintes budgétaires, les différentes lois hospitalières et notamment la tarification à l'activité (T2A) amènent progressivement les directions administratives à s'intéresser de près au fonctionnement des blocs opératoires. Cette intrusion gestionnaire dans ce monde protégé jusqu'à présent est mal perçue par le personnel. Pour Virginie, « *l'administration voit en nous un moyen de gagner de l'argent, alors je deviens gestionnaire, j'optimise, je rationalise, j'économise, comme dans une PME. Sauf qu'on est pas une PME ici* ». Ce jeune cadre fait référence à la démarche d'optimisation des blocs opératoires qui passe par la mise en place d'indicateurs, d'audits et autres outils informatiques. On parle désormais de « performance », les différents établissements sont régulièrement comparés entre eux et les résultats sont largement relayés par la presse.

Mireille qui est le cadre le plus âgé supporte très mal cette vision gestionnaire du soin, « *Maintenant il faut faire des économies sur tout, matériel, personnel, il faut tout restreindre. Par contre il faut opérer plus, mieux, plus vite. Finalement il faut faire mieux avec moins* ». Ce qui semble être une injonction paradoxale pour Mireille pourrait être expliqué par la technicité et l'importance des ressources mobilisées qui font du bloc un centre de coût important dont le suivi et la maîtrise s'imposent d'autant plus dans le cadre de la tarification à l'activité. Il paraît à ce propos nécessaire de rappeler que le coût d'une heure d'une salle d'opération est estimé à 2000

¹⁰⁵ DUMOND, J.P., « Santé : où sont les pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, 2003, n°1, janvier, p. 74

euros (salle occupée ou non), on comprend ainsi aisément que l'application de la T2A pousse les directions des centres de soins privés et publics à se pencher sur l'organisation des blocs.

Cette emprise des logiques administratives et gestionnaires sur le bloc renvoie aussi à la perte des féodalités locales héritées des grands patrons d'antan. Ainsi pour Joëlle, « *il y a encore quelque temps on avait un professeur de l'ancienne génération, un patron comme on dit. C'était une figure emblématique, il nous défendait contre l'administration, maintenant on est livrés à nous même, on se sent un peu perdus* ». Ces anciens chirurgiens au caractère affirmé avaient un côté très rassurant pour les équipes. Joëlle précise que « *le chef de service n'était pas du genre à tolérer les conflits, ce n'était pas une dictature mais il en imposait tellement que tout se réglait en silence* ». Si Joëlle n'y voit pas de totalitarisme il faut néanmoins reconnaître une certaine forme d'autoritarisme chez ces anciens patrons qui faisaient marcher leur bloc « à la baguette ».

Mireille nous explique que cette main-mise du patron sur son équipe était ressentie comme très sécurisante, « *Avant il n'y avait pas autant de règles, de procédures, le patron prenait ça à son compte, il réglait tout lui même. Maintenant c'est compliqué avec toutes ces lois* ». Il est vrai que l'hôpital et le bloc en particulier sont des domaines de plus en plus réglementés que ce soit pour des impératifs de sécurité ou des contraintes d'efficience et de restrictions économiques. Certains voient même l'hôpital public comme « une bureaucratie lourde et hypertrophiée »¹⁰⁶. Pour Joëlle, cela s'apparente à du « *flicage* » qui parasite l'organisation: « *on nous surveille maintenant. Tout est beaucoup plus officiel, formaté, réglementé et paradoxalement j'ai l'impression qu'on s'y perd encore plus et cela parasite l'organisation finalement* ».

Sans vraiment faire de résistance au changement, il semble qu'il y ait une certaine forme de nostalgie chez des équipes chirurgicales qui voudraient continuer à fonctionner selon les anciens modèles d'organisations.

Le temps sacrifié...

Aujourd'hui au bloc opératoire le temps est compté : temps opératoire, temps d'occupation des salles, temps de débordement... Désormais il faut tout limiter, rationaliser, optimiser et comme le dit l'adage « le temps c'est de l'argent ». Or, nous sommes les héritiers d'une époque où la notion de temps n'était pas une priorité au bloc opératoire, que ce soit pour les chirurgiens et les anesthésistes mais aussi pour le personnel soignant.

Selon Mireille, « *les infirmières ne comptaient pas leurs heures, elles revenaient travailler si besoin sans soucis. Maintenant elles notent tout, il faut leur donner les RTT, ça*

¹⁰⁶ SAINSAULIEU, I., *L'hôpital public et ses acteurs, appartenances et égalités*, 2007, p. 19

devient très compliqué. Et quand une intervention se poursuit au delà de l'horaire prévu, c'est très "chaud", il faut parfois les remplacer en cours d'intervention pour qu'elles puissent partir chercher leurs enfants à l'école ». En évoquant ce changement de mentalité matérialisé par l'évolution des comportements, elle aborde deux idées essentielles. Tout d'abord que les infirmières ne font plus cadeau de leur temps et ensuite qu'elles puissent avoir une vie en dehors du bloc. On est là loin de l'image de l'infirmière corvéable à merci, voire de la « sainte laïque » issue des origines de la profession qui n'était pas sensée avoir de vie de famille et encore moins de vie personnelle. Quant au temps, son temps, elle le sacrifiait au service de l'hôpital.

Désormais dans un contexte de pénurie de ressources soignantes, le temps est compté, notifié et les rétributions financières (heures supplémentaires) ou les récupérations sont exigées. Le temps n'est plus seulement un devoir mais aussi un droit.

L'image de l'infirmière à blouse blanche et cornette dévouée qui donne sa vie au service de l'hôpital est néanmoins encore assez présente dans l'inconscient collectif, ainsi pour Joëlle « *les rapports au travail ont changés, désormais c'est l'extérieur qui compte le plus, avant le bloc c'était tout pour les filles* ». En effet, l'époque est aux loisirs, au bien-être, au temps libre et le travail, contrairement à l'époque à laquelle fait allusion Joëlle, n'est plus une fin mais un moyen.

Les chirurgiens, qui ont largement abusé du temps infirmier durant toutes ces années ne comprennent pas cette évolution et pour Mireille : « *Les chirurgiens qui ne comptent pas leur temps, eux, ont beaucoup de difficulté avec ce genre de comportement, ça génère pas mal de tensions* ». S'il est vrai que les chirurgiens ne comptent pas leur temps et il aussi vrai qu'ils ne comptent pas celui des autres ainsi pour Virginie « *il arrive qu'on attende le chirurgien 30 minutes en salle alors que le patient dort, sans compter les infirmières qui sont habillées en stérile, c'est un manque de respect* ». Dans la culture chirurgicale la notion de temps a toujours été un peu abstraite et souvent un moyen de se positionner en « supérieur » sur un « inférieur ».

Pour Amélie, le problème se situe dans la perception du temps qui est différente selon les chirurgiens et les infirmières, « *souvent en fin d'intervention les chirurgiens annoncent qu'ils n'en auront plus que pour 15 minutes, en fait c'est son temps à lui car pour les filles il y a le temps de fermeture assuré par les internes, le pansement et le transfert en salle de réveil, or lui il est déjà parti. Du coup les filles sortent en retard et en colère mais lui il est persuadé d'avoir fini dans les temps* ». On voit bien ici que le temps des uns n'est pas le temps des autres, le chirurgien ne comptant que le temps chirurgical. Cette différence de rapport au temps est une source de tensions au bloc. Les infirmières en n'hésitant plus à quitter le chirurgien avant la fin d'une intervention ne veulent plus faire don de leur temps ni à l'administration, ni au chirurgien.

On peut penser qu'il s'agit aussi d'un moyen d'affirmation de reconnaissance du pouvoir infirmier face au pouvoir médical encore récemment tout puissant.

La famille du bloc...

Nous avons vu que le bloc opératoire était une communauté fermée ayant un fort sentiment d'appartenance et des liens affectifs marqués entre ses membres¹⁰⁷. Mireille évoque une époque où le chirurgien en bon patriarche, au sens étymologique *patriarkhês* (père, chef de famille), régnait sur son petit monde, « *Le bloc était très familial avant, on se voyait en dehors. Le chef de service était un peu notre papa, il nous avait vu arriver jeune infirmière* ». Si le rôle du père protecteur était assumé par le chirurgien, on peut se poser la question de la place de la mère au sein de cette cellule familiale. Virginie nous éclaire à ce sujet, « *je sais que c'est pas bien de dire ça mais je suis un peu leur maman* ». Dans ce microcosme familial, les infirmières sont reléguées au statut d'enfant. Mireille et Joëlle utilisent ainsi les termes « *mes filles* » et « *les filles* » pour parler des infirmières au cours des entretiens. Ce schéma nous renvoie jusqu'aux années 1930 où les infirmières, filles de la charité, étaient sous la responsabilité d'une mère supérieure. Il est intéressant de voir que ce terme de mère supérieure a été conservé dans certains pays anglo-saxons pour désigner l'encadrement infirmier : « *superior mother nurse* ». En France, bien que le terme ait été abandonné, l'image d'un chirurgien « père » représentant la loi, d'une surveillante « mère » détentrice à elle seule du lien, et d'infirmières « enfants » qui subissent, est encore très présente.

Cette vision familiale du bloc opératoire semble pourtant ne pas être partagée par l'ensemble du personnel, en particulier par les nouvelles générations. Pour Joëlle, « *maintenant c'est chacun pour soi, elles sont beaucoup plus individualistes, c'est l'époque qui a changé et les mentalités avec* », constat confirmé par Mireille, « *la famille désormais c'est à l'extérieur et de toute façon les chirurgiens n'ont plus l'étoffe de nos anciens patrons* ». Les jeunes recrues n'ont donc plus cette « fibre » familiale si chère aux « anciennes » infirmières. Pire, cela est source de tensions et de conflits entre les générations : « *elles ne se comprennent plus entre les anciennes nostalgiques et les jeunes qui ne respectent plus les anciens fonctionnements* » nous précise Joëlle.

Ce choc générationnel impacte aussi l'encadrement, Joëlle nous dit « *je ne me reconnais plus dans la façon dont il faudrait que je gère l'équipe maintenant, je ne sais pas si je vais pouvoir m'adapter* ». En effet, nous sommes passé d'un management affectif et maternant à un management rationnel et contractualisé où le bloc n'est pas une « famille » mais une structure où

¹⁰⁷ Supra pp. 15-16

les professionnels ont le droit et le devoir de s'exprimer « d'adulte à adulte ». Cela demande pour le personnel soignant mais aussi pour les cadres une capacité d'adaptation face à ces changements culturels et managériaux.

Se fondre pour se confondre...

Le bloc opératoire dans lequel exerce Joëlle va se regrouper avec le bloc central dans quelque temps. Celui d'Amélie vient d'être récemment fusionné avec trois autres pour former un bloc polyvalent. Ces contextes de fusion ne sont pas sans poser de problèmes identitaires et d'organisation pour l'ensemble des acteurs.

Pour Amélie la réunification a été très difficile pour l'équipe, « *les personnels avaient leurs habitudes, leurs rythmes, leurs repères. Cela chamboule toutes les organisations, ils ne savent plus trop qui commande, j'ai l'impression qu'ils sont sous le choc* ». Ces restructurations représentent un traumatisme par le fait qu'elles sont souvent associées à la disparition d'une organisation et d'une équipe « qui étaient vécues avec tant de proximité et d'intimité qu'elles prennent une valeur de deuil »¹⁰⁸. La disparition brutale des normes de travail déstabilise les identités professionnelles d'abord et les identités individuelles ensuite en passant par les différentes étapes du deuil : déni, colère, marchandage, tristesse, acceptation. Ce processus inéluctable dont l'intensité et la durée dépendent du degré d'implication des personnes, peut influencer fortement leurs capacités à se projeter dans l'avenir.

Amélie précise, « *avant nous étions dans un petit bloc familial, il faut reconnaître que ça n'était pas très bien organisé et assez couteux en matériel et en personnel. Désormais on a l'impression d'être à l'usine avec des flux et des chaînes de production optimisées, c'est une révolution* ». La référence à l'usine, en parlant de la nouvelle équipe, peut traduire le ressenti des soignants face à la rationalité qui s'impose, celle de la productivité, du rationnement, de la procédure¹⁰⁹. Cette allusion, qui peut paraître désabusée, au secteur industriel montre l'ambivalence de l'acceptation à l'hôpital des valeurs de gestion, d'efficacité et d'efficience. De plus, elle confirme l'éloignement de "l'esprit de famille" qui régnait dans l'équipe précédente, plus petite, plus fusionnelle.

Pour Joëlle, ce projet de fusion « *crée beaucoup de tensions au sein de l'équipe, il y a même des agents qui prévoient de quitter le service* ». On voit bien là le bouleversement engendré par ce type de projet et la capacité d'adaptation dont doivent faire preuve les protagonistes. On peut même déceler chez Joëlle une certaine peur d'être engloutie par la

¹⁰⁸ DUMOND, J.P., « Les professionnels de la santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers, *Sciences Sociales et Santé*, 2006, vol. 24, n°4, décembre, p. 99

¹⁰⁹ SAINSAULIEU I., op. cit., p. 97

nouvelle organisation : « *on va se faire bouffer* ». Il s'agirait donc d'une peur viscérale d'être « phagocyté » par l'autre. En effet, le changement de bloc n'est pas seulement une rupture, c'est aussi un apprentissage collectif de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnements, de nouvelles capacités collectives.

Dans ce contexte, la notion de résistance est rationnelle, légitime, prévisible et inévitable¹¹⁰. Elle serait justifiée, au niveau individuel, par les craintes, les peurs et les appréhensions déclenchées par l'abandon de ce qui était acquis et satisfaisant dans la situation antérieure : perte de sécurité, perte de pouvoir, de compétences, de ses relations sociales, perte de territoire.

7.2.1.2. Modification des rapports chirurgiens/anesthésistes

La communication et les rapports entre ces deux professions sont souvent difficiles et parfois conflictuels. Pour les quatre cadres interrogés les termes utilisés oscillent entre « *tensions* » et « *guerre* ».

Pour Virginie, « *ils sont comme chien et chat, chacun défend ses intérêts, ils ne lâchent rien* ». Amélie fait le même constat : « *Entre eux c'est la guerre, avant chaque chirurgien avait son anesthésiste, c'était tendu mais ça se passait. Les chirurgiens choisissaient leurs anesthésistes pour venir travailler avec eux, en contre partie les anesthésistes acceptaient de se soumettre aux exigences du patron* ». Cette forme de domination de la chirurgie sur l'anesthésie nous rappelle que la construction de la spécialisation d'anesthésiste en tant que discipline autonome est relativement récente. Yann Faure note que, jusqu'à la seconde guerre mondiale, la responsabilité de l'anesthésie revient, en France, « à n'importe quelle personne disponible, chauffeur du chirurgien, étudiant externe, garçon de salle ou religieuse »¹¹¹. La spécialité émerge progressivement à partir des années 1945 et l'anesthésie réanimation devient une spécialité médicale en 1966. Donc, petit à petit mais de façon inéluctable l'anesthésie s'affranchit de la chirurgie et de l'autorité absolue du chirurgien pour acquérir sa propre autonomie.

Dans sa description du rapport de domination du chirurgien sur l'anesthésiste, Virginie évoque une sorte de contrat synallagmatique entre ces deux catégories. Chacun y trouvait son compte, une certaine forme de consensus opérait. Il semble qu'avec l'arrivée des nouvelles générations de chirurgiens mais aussi d'anesthésistes ce schéma d'autrefois pose problème ainsi pour SAINSAULIEU « La relation anesthésistes-médecins (...) relève de moins en moins de la

¹¹⁰ FRIEDBERG, E., « L'analyse sociologique des organisations », revue *POUR*, 1988, n° 28, p. 97

¹¹¹ FAURE, Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, mars, p. 102

domination pure, et de plus en plus du conflit d'intérêt »¹¹².

Pour Mireille qui a connu « *l'ancienne époque* » cela dépasse le cadre des tensions, « *Maintenant de jeunes anesthésistes sont arrivés, des jeunes loups aux dents pointues. Or les nouveaux chirurgiens voudraient reproduire sur eux les schémas de leurs aînés. Il y a alors des conflits qui peuvent aller jusqu'au passage à l'acte* ». Ces conflits menaçant l'organisation des blocs opératoires ont amené l'Ordre National des Médecins à publier en 2001 un texte de « *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* ». Ce document de vingt pages insiste sur le nécessaire consensus entre les différentes spécialités mais aussi entre les hommes : « *Cette union sacrée ne dépend que des hommes, de leur capacité à dépasser des intérêts individuels au bénéfice de l'intérêt du patient qui reste la mission essentielle* »¹¹³.

D'une façon absolument triviale, la première mission du duo chirurgien/anesthésiste est l'opération de patients bien endormis. Mais, beaucoup plus que cela, ce duo doit se fixer un certain nombre de missions qui permettront d'évoluer avec sérénité dans l'établissement de soins, en concertation avec une équipe administrative et infirmière, et pour le bien-être de leurs patients.

Nous sommes là bien loin de la citation de Velpeau en 1839 : « *Opérer sans douleur est une chimère que l'esprit humain ne saurait poursuivre* ».

7.2.1.3. Modification des rapports chirurgiens/cadre de santé

Pour les cadres interrogés, les chirurgiens qui furent un temps tout puissants dans la hiérarchie hospitalière sont maintenant obligés d'accepter l'intervention de tiers dans leur activité.

Cette fonction de tiers Amélie l'assume pleinement, « *Avant il n'y avait pas de cadre physiquement présent dans ces petits blocs alors le chef c'était le chirurgien, maintenant c'est différent je suis là et du coup c'est moi le chef (rires)* ». Même si elle dit cela sur le ton de la plaisanterie, son statut de « chef de bloc » lui donne une certaine assurance, « *j'ai été nommée par le directeur et je dispose de toute la légitimité pour assumer cette fonction* ». Cette appellation de « chef de bloc » semble néanmoins gêner les chirurgiens et selon Amélie, « *je pense qu'ils sont un peu fâchés par cet intitulé de chef de bloc* ». Le chirurgien, après s'être longtemps vu comme un héros solitaire transgressant les règles les plus obligatoires, se révèle

¹¹² SAINSAULIEU, I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, 2003, p. 178

¹¹³ Ordre National des Médecins, « *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* », http://www.sfar.org/_docs/articles/81cnomanesth.pdf, p. 3

dans sa pratique de plus en plus dépendant de son environnement. Ainsi pour Virginie, « *ce qui pose problème c'est qu'il doivent passer par moi pour pouvoir disposer de salles d'opérations, de matériel et de personnel. Je fais des choix, je décide, c'est peut-être là que j'ai du pouvoir sur eux* ». Le cadre dispose en effet d'une délégation de pouvoir de la part du conseil de bloc pour organiser et contrôler les activités de soins au bloc opératoire. Le chirurgien n'étant plus propriétaire de « son bloc », il doit composer avec ses collègues, dire quand il souhaite opérer, planifier, rendre compte. Le cadre en qualité de chef d'orchestre doit harmoniser cet ensemble sans fausse note.

Joëlle, quant à elle, pense que les chirurgiens la tiennent comme responsable de leur perte de pouvoir, « *ils me font payer le fait d'être la représentante de l'administration, ils en oublient que j'ai été soignante, je n'y suis pour rien s'ils ont tout perdu* ». En évoquant ce « tout », Joëlle insinue que les chirurgiens seraient les grands perdants dans ce contexte d'évolution culturelle et organisationnelle. Après avoir perdu leur pouvoir de domination sur les anesthésistes, leur pouvoir médical est activement restreint par des directions administratives qui occupent désormais dans les établissements une place qu'elles étaient loin d'avoir il y a 30 ans. Le Professeur SEDEL, chirurgien orthopédiste et chef de service, dans un article intitulé « La déprime du bistouri », qui avait fait sensation dans le journal *Le Monde* en 2007, proposait une restauration du pouvoir chirurgical sur celui des administratifs et des anesthésistes.

Pour ces chirurgiens qui ont toujours été dans la logique du faire, de l'action, de l'acte (voir le paiement « à l'acte »), les injonctions administratives des gens du « papier » qui ne vont pas « dedans », sont très mal accueillies. Amélie nous dit à ce sujet, « *Eux ils sont là pour opérer et souvent ils me reprochent de les empêcher de travailler. Je dirais plutôt que je les empêche d'opérer quand ils veulent, où ils veulent et avec qui ils veulent (rires)* ». Le cadre en tant que responsable de l'organisation générale du bloc décide de la distribution des salles, de l'affectation des personnels en fonction des compétences, de la disponibilité du matériel. Le bloc opératoire est « disponible » mais pas « à disposition », ce qui pourrait sembler être une nuance d'une importance capitale. Tous ces aspects logistiques échappent aux chirurgiens qui reprennent un statut d'opérateur au sens où Paul Valéry l'entendait : « Toute la science du monde n'accomplit pas un chirurgien. C'est le faire qui le consacre »¹¹⁴. Alors on comprend mieux pourquoi les contraintes organisationnelles sont ressenties comme une limite à l'exercice de leur art et à la consécration qu'elle induit.

Parmi les stéréotypes attachés à la profession de chirurgien, il y a le côté « caractériel » longtemps considéré comme un modèle identitaire. Pour Amélie, cela va au-delà, « *il y a un chirurgien qui m'a prise en grippe, il en a sans arrêt après moi. Je suis devenue le mauvais*

¹¹⁴ VALÉRY, P., *Discours aux chirurgiens*, in Œuvre I, 1957, p. 918

objet, ça ne va jamais et je suis responsable de tous les problèmes selon lui. Alors nous sommes sans arrêt en conflit car il n'attend que ça ». Peut-être pourrions-nous voir dans ce type de personnalité ce que Robert SUTTON, Professeur à Stanford, appelle « le sale con certifié »? Il utilise cette expression pour nommer les individus qui génèrent et alimentent en permanence une situation conflictuelle au travail, faisant montre d'irrespect à l'encontre de leurs collègues, « Les sales cons sont terriblement destructeurs parce qu'ils minent l'énergie et l'estime de soi de leurs victimes, par l'accumulation de petites actes mesquins, plus que par un ou deux éclats spectaculaires »¹¹⁵.

7.2.2. L'autorité du cadre face aux conflits au sein du bloc opératoire

Pour l'ensemble des cadres interrogés, la présence de conflits au bloc opératoire apparaît comme une évidence, comme quelque chose allant de soi.

Quand nous évoquons la question des conflits auprès de Virginie, sa réponse est sans appel, « *Vous plaisantez ? Quiconque est déjà rentré dans un bloc opératoire n'a plus aucun doute là dessus. Le bloc est une zone hyper conflictuelle, tellement qu'on n'y fait même plus attention* ». Mireille aborde cela avec fatalité, « *c'est comme ça, on dirait que c'est ancré dans les murs, on fait avec* ». Amélie, la plus jeune, voit dans ces conflits un mode de communication, « *tout le monde fonctionne comme cela ici, c'est une façon de communiquer je pense* ».

Si, pour ces cadres, la façon dont elles ressentent ces conflits est différente, toutes abordent la question, de façon explicite ou implicite, de l'autorité, leur autorité, face à cette problématique.

7.2.2.1. Etre l'autorité

Le verbe être, de fait, introduit l'autorité par la notion de statut faisant référence à l'ensemble des attributs liés à la position d'un individu dans la communauté ou dans la hiérarchie.

En plus de leur titre de « cadre de santé », les cadres interrogées ont toutes été nommées « chef de bloc », cette appellation est perçue de différentes manières.

Pour Amélie, « *l'avantage avec ce titre c'est qu'il n'a pas d'ambiguïté, c'est clair on sait qui commande* ». Elle fait ici référence à l'autorité statutaire ou *potestas*¹¹⁶ représentant le

¹¹⁵ SUTTON, R., *Objectif zéro sale con*, 2007, p. 27

¹¹⁶ Supra p. 21

pouvoir dont sont investies certaines personnes en raison de la fonction qu'elles remplissent dans un cadre institutionnel déterminé.

Même constat pour Virginie, « *c'est comme sur un terrain de sport, il ya des équipes et un arbitre. En tant que chef de bloc et présidente du conseil de bloc, je me dois d'arbitrer quand les situation l'exigent* ». En effet, la circulaire relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé¹¹⁷ stipule que le président est responsable de l'organisation opératoire. Dans le paragraphe concernant la composition du conseil de bloc, le responsable de l'organisation opératoire est défini comme « pouvant être le cadre de santé infirmier, surveillant chef ou un cadre de santé infirmier surveillant ». Les mots “pouvant être” portent à interprétation : s'agit-il d'une définition ou d'une simple proposition ? Certaines structures ont choisi de ménager les susceptibilités médicales en nommant comme président un chirurgien ou un anesthésiste. Dans le cas de Virginie, cette mission a été déléguée au chef de bloc.

Joëlle est plus modérée sur sa fonction, « *ils m'ont mise en position de chef de bloc, ça n'a pas changé mon activité au quotidien mais ça fait joli sur la porte de mon bureau (sourire)* ». Pour cette cadre issue de l'équipe du bloc qu'elle encadre désormais, son autorité ne dépend pas du titre, « *c'est pour les administratifs tout ça* ». On peut comprendre que dans un avenir proche de fusion qu'elle redoute, Joëlle soit un peu contrariée par tout ce qui s'apparente à la hiérarchie et aux décisions administratives.

Nécessaire mais non suffisante, l'autorité statutaire est potentielle : préexistante à la personne, elle ne suffit pas à elle seule à lui garantir l'exercice d'une autorité effective.

7.2.2.2. Avoir de l'autorité

L'autorité est attachée à l'auteur, qui s'autorise et augmente l'autre en nous ramenant à l'étymologie première « auctor »¹¹⁸. Avoir de l'autorité en tant que personne, c'est avoir cette confiance suffisante en soi qui permet d'être « auteur » de sa vie. C'est être suffisamment maître de sa propre vie pour accepter de se confronter à l'autre avec ses manques, ses faiblesses, ses failles.

Pour Amélie, il s'agit de donner la parole, d'autoriser l'expression, « *en cas de conflits, ce n'est pas celui qui hurle le plus fort qui a raison même si ça a été longtemps dans les blocs opératoires, tout le monde a le droit de s'exprimer* ». Avoir de l'autorité consisterait donc à autoriser l'autre à parler, à lui donner la possibilité de se positionner en tant qu'individu. Cela va

¹¹⁷ Cf. Annexe 1

¹¹⁸ Supra p. 21

au-delà du pouvoir, de l'obligation, de l'interdit, c'est autoriser l'autre à exister, à être reconnu et respecté comme différent de soi.

Virginie qui se voit comme « la maman » du bloc nous dit, « *c'est comme des enfants, ils essaient de transgresser les règles mais finalement ils sont contents quand on les recadre* ». Ce qui pourrait sembler paradoxal nous renvoie à la notion de dépendance. Être dépendant c'est s'en remettre spontanément (ou être obligé de s'en remettre) à quelqu'un d'autre pour la satisfaction des besoins et attentes personnelles. Dans son rapport à l'équipe, Virginie semble avoir instauré cette relation de dépendance, elle nous dit d'ailleurs « *ils ne peuvent rien faire sans moi* ». Ainsi, l'autorité de Virginie se renforce dans cet état de dépendance qu'elle entretient au quotidien.

Amélie, elle aussi, fait référence à cette dépendance, « *ce sont de grands enfants, ils veulent toujours plus mais je ne peux pas toujours céder quand même* ». On pourrait trouver chez G. MENDEL une explication à ces multiples références à la maman et aux enfants : « la première image de l'autorité toute puissante et arbitraire est celle de la mère, d'où les mythes dans toutes les religions. Tous les signes qui auront charge d'évoquer l'autorité pour l'adulte seront des rappels de la situation adulte-enfant »¹¹⁹. Il s'agirait donc de recréer, pour ces cadres, une situation de soumission à l'autorité rendue possible par une inégalité biologique, celle de la mère sur ses enfants.

Pour Mireille, la fonction d'autorité se rapproche du verbe « autoriser », « *ça n'est grave si on est pas d'accord avec moi, je veux bien autoriser le conflit et le débat d'idées mais moi je m'autorise à intervenir si cela dépasse le cadre que j'ai fixé* ». Il s'agit donc bien d'autoriser chacun et chacune à ressentir ce qu'il vit, à dire ce qu'il pense et à agir en adulte capable d'autonomie, c'est-à-dire rendre l'autre « auteur » de lui-même, de ses actes, de ses sentiments et de ses pensées.

7.2.2.3. Faire autorité

L'autorité est une capacité fonctionnelle ou de savoirs que déploie la personne dans l'action et la relation. Ainsi, l'autorité se construit dans un va-et-vient constant avec le « faire ».

Pour Virginie, il s'agit avant tout d'être cohérente entre ce qu'elle dit et ce qu'elle fait, « *je me dois d'être cohérente, juste, et impartiale* ». De cette cohérence naît la confiance qui est la base d'un travail en équipe, où le cadre est, dans l'équipe, reconnu à sa juste place. Elle rajoute, « *je suis satisfaite quand j'ai réussi à réguler un conflit compliqué où personne ne se sent blessé. Je crois que j'y gagne en légitimité car on peut très bien réguler les conflits en restant humain et professionnel sans tomber dans le règlement de compte. C'est aussi une*

¹¹⁹ MENDEL, G., *Pour décoloniser l'enfant, sociopsychanalyse de l'autorité*, 1971, p. 54

question d'éthique ». Quelqu'un qui fait autorité est à la fois quelqu'un en qui on a confiance et qui peut être un garant. Être le garant des normes et des valeurs partagées est aussi une façon pour le cadre de se positionner, d'asseoir son autorité. Il incarne ainsi les valeurs du groupe et se trouve dans une position de leader reconnu.

L'autorité passe aussi par la manière dont le cadre se positionne, Mireille nous dit à ce sujet, « *Je me positionne, c'est ce que l'équipe attend de moi, je prends mes responsabilités. Je suis jugée en fonction des décisions que je prends. Elles doivent être honnêtes, justes et équitables. Vous savez si un membre de votre équipe a l'impression que vous avez été injuste après c'est fini, ce sera difficile d'avoir son respect* ». Il est question ici de positionnement, c'est-à-dire de la façon d'occuper sa place de chef et d'assumer ses décisions : « Le positionnement est un ajustement permanent, entre les composants du statut, les exigences de l'institution, les attentes et les comportements du personnel, les valeurs personnelles et professionnelles du cadre »¹²⁰.

Dans les propos de Mireille, il est aussi question d'équité et d'honnêteté. Ces deux valeurs fortes incarnées par ce cadre sont sources de respect et d'autorité dans l'équipe, Virginie évoque quant à elle le terme de « *légitimité* » par son approche humaine et professionnelle. Une équipe se construira d'autant plus autour d'un leader en qui elle croit et qui porte les valeurs du groupe : « Un groupe se reconnaît dans un chef quand celui-ci incarne, représente, symbolise, personnifie ses croyances, ses valeurs. Le chef-âme est alors un idéal d'identification pour les membres ; il est comme dit HEGEL, le groupe entier individualisé dans une seule âme »¹²¹.

Joëlle semble avoir plus de réticences à aborder la question de l'autorité. Pour ce cadre issu « du terrain », l'autorité semble taboue, « *je n'aime pas dire que j'ai de l'autorité, le seul levier que j'utilise c'est ma connaissance de l'équipe, mon expertise, la compréhension de leur problématique de terrain, autorité ça a un côté "petit chef militaire" (silence gêné)* ». On voit bien ici le sentiment de malaise à l'évocation du mot autorité chez un cadre qui manage « à l'affectif » ses anciens collègues de surcroît. Joëlle refuse ce terme car il est associé à des connotations péjoratives : peur, image caricaturale de l'armée, de la discipline et cela ne correspond pas à sa représentation de la fonction. Derrière le rejet ou l'ambivalence, on peut se poser la question de la peur chez Joëlle de basculer dans un comportement autoritariste, activité de celui qui exerce son autorité pour prouver aux autres et à lui-même qu'il a du pouvoir. Ce qui revient finalement à une certaine forme d'impuissance.

L'autorité n'est jamais acquise une fois pour toutes même si le temps est une donnée importante de sa pérennisation. Elle s'établit en situation contingente dans un ajustement

¹²⁰ BELIN, C., FRANCOIS, M.C., « Le positionnement du cadre infirmier », *Soins cadres*, n°34, 2^{ième} trimestre 2000, p. 34

¹²¹ MÜCCHIELLI, R., *La dynamique des groupes*, 1995, p. 53

constant et précaire entre être, avoir et faire.

7.2.3. La régulation des conflits, un outil managérial

L'organisation d'un bloc opératoire n'est, malgré les apparences, ni stable, ni tranquille, ni permanente, ni uniforme. L'ordre et le désordre se confondent intimement de façon réglée, stéréotypée, presque cyclique. Tout paraît lié et paradoxalement, tout semble, simultanément, antagoniste. Cette dualité, source de tensions et de conflits, impacte le management du cadre qui se trouve devant des situations complexes et instables. Ce contexte de flou, d'instabilité et d'imprévisibilité s'oppose au désir humain de certitude, de stabilité et de sécurité. Face à cette situation de complexité managériale les cadres interrogés mobilisent, parfois sans le savoir, des stratégies inventives pouvant aller à l'encontre même des règles organisationnelles.

7.2.3.1. L'intelligence pratique du cadre comme levier d'action

Quand nous demandons à Amélie la façon dont elle prend en compte les conflits, sa réponse est surprenante, « *Je ne sais pas trop, je gère au feeling. On a eu des cours à l'école des cadres sur les méthodes de résolution de conflits mais à vrai dire je ne les utilise pas, trop protocolaires, standardisées. Or il n'y a jamais deux conflits similaires, cela touche l'humain on ne peut donc pas généraliser, chaque individu est unique alors je bidouille au cas par cas (rires)* ».

Il faut prendre ici le terme « gère » au sens premier à savoir « gerare » qui signifie tourner, Virginie utilisant un « tour de main », un « *bidouillage* » pour régler les conflits. Dans ces propos, on voit bien la limite des méthodes rationnelles de résolution de conflits : « *problém solving, arbre des causes et autres protocoles. Ce sont des méthodes normatives souvent « algorythmisées », parfois vendues « clés en main » par des cabinets de consultants, pour devenir pré-programmables et reproductibles selon le contexte. Ces dispositifs prennent rarement en compte la nature dynamique des conflits qui sous-tend le savoir expérientiel des cadres, leurs inventions et trouvailles.*

Pour Virginie, cette intelligence pratique du cadre influence l'ambiance de travail, « *je crois qu'il est aussi du devoir du cadre de favoriser une ambiance conviviale, détendue afin de limiter les situations de tensions* ». Elle insiste ici sur la prévention des situations conflictuelles au quotidien en favorisant une atmosphère sereine et détendue. Virginie précise, « *on essaie de se faire des repas en dedans ou en dehors du bloc, ça ne résout pas tout mais ça permet de se*

changer un peu les idées. Ici l'humour ça ne vole très haut, on est plutôt niveau salle de garde si vous voyez ce que je veux dire, mais ça fait du bien ». Ces moments de détente et de convivialité, formels ou informels, participent d'un esprit de cohésion, porteur d'un sens collectif profond, celui de la solidarité humaine. Les sorties « du bloc », alliant excès et paillardise, et dont la réputation dépasse allégrement l'enceinte du service en sont le témoin. Les buffets et autres petits déjeuners de service sont autant de situations qui permettent de recréer les liens que le stress et la pression quotidienne ont tendance à défaire. Quant à l'humour débridé et grinçant auquel elle fait référence, il a toujours été un remède, une sorte de mécanisme de défense face à la pression, quitte à ce que le style « salle de garde » choque les non-initiés.

7.2.3.2. Petits arrangements avec les règles

Des règles, des normes, des procédures ont envahi le monde hospitalier et le bloc opératoire en particulier. Le cadre de santé assure le lien entre ceux qui éditent ces règles et ceux qui sont tenus de les mettre en œuvre. Ils ont aussi une responsabilité dans le respect des règles par tous les membres de l'équipe pour les soins donnés aux patients¹²².

Or, être garant des règles au bloc n'est pas toujours chose facile et il apparaît que les cadres interrogés ont différentes manières de suivre les normes.

Pour Mireille, « *les règles ne sont pas toujours adaptées à notre activité. Alors c'est moi qui les adapte pour que tout le monde y gagne. Je jongle avec les plages opératoires qui sont pourtant fixes, je joue aussi sur le personnel en utilisant les internes ce qui permet de libérer les infirmières pour les grosses interventions, les aides soignants participent aussi aux installations car ils en ont l'habitude même s'ils ne devraient pas en regard des textes. Tout ceci n'est pas écrit, c'est une marge de manœuvre* ». A l'hôpital, comme dans d'autres organisations, si l'on veut tenir compte de toutes les règles et de toutes les mesures réglementaires, l'activité s'arrête. On constate ici que Mireille « jongle, « joue », elle adopte une attitude souple, non radicale et surtout contingente aux situations.

Cet ordre négocié se retrouve dans les paroles d'Amélie, « *La base réglementaire n'est pas négociable c'est évident, mais il y a toujours une marge de manœuvre, moi j'aborde les choses différemment, j'essaie de faire vivre la règle* ». La règle constitue ici une forme de protection pour le cadre, elle lui donne une légitimité d'intervention, une « base ». Il en est le vecteur, le gardien zélé, humble et obéissant. Néanmoins, Amélie fait « vivre » la règle, ce qui sous-tend que la règle peut évoluer, s'adapter, être révisée au cours de l'action. La hiérarchie et

¹²² L'article 31 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles précise que « l'infirmier chargé du rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité ».

plus généralement l'administration considèrent ce travail de garant du respect des règles comme une fonction. Pour le cadre qui le vit au niveau local, il s'agit d'un travail à réaliser ; il demeure un construit.

Pour Christophe DEJOURS, travailler suppose ne pas suivre la prescription : « Travailler suppose donc, nolens volens, d'en passer par des chemins qui s'écartent des prescriptions, bien travailler c'est toujours faire des infractions »¹²³. La fin de l'interview de Virginie nous a permis d'étayer ces propos. Alors que nous allons nous quitter, elle nous explique comment elle détourne la règle au profit de l'organisation, « *C'est très simple, les aides soignants nettoient la salle après chaque intervention. Je me suis aperçue que lorsqu'il y avait des grosses journées opératoires avec des interventions longues, ils mouillaient plus que de raison le sol entre deux interventions. En attendant que cela sèche les filles peuvent ainsi aller boire un café, manger un bout ou juste souffler un peu. Tant que le sol n'est pas sec la salle n'est pas opérationnelle pour la prochaine intervention. Je crois que c'est un accord entre l'équipe aide-soignante et les infirmières. Je ne dis rien car après elles sont dans de bonnes conditions pour enchaîner. Je sais que ça n'est pas très réglo car l'objectif est d'enchaîner le plus vite possible, d'optimiser le temps d'occupation de la salle. C'est juste l'histoire de 10 minutes, on n'est pas des machines. J'assume pleinement cette petite déviance, je fais comme si je ne savais pas mais je crois bien que personne n'est dupe ».*

Virginie se trouve ainsi dans une position ambiguë, tiraillée entre des contraintes de rationalisation et d'optimisation gestionnaire d'une part et sa connaissance de la pénibilité du travail d'autre part. Elle est devant une situation de doubles contraintes, un « impossible » managérial où une approche légaliste lui semble inappropriée. Face à cette situation complexe et dialectique, elle a choisi la voie médiane, une stratégie où elle fait le choix de « perdre pour gagner ». En effet, en perdant dix minutes de plus entre les deux interventions, elle les regagnera sur la vigilance, la qualité et la rapidité d'instrumentation dont feront preuve les infirmières sur l'intervention suivante. En tant que garant des règles et des normes institutionnelles, elle ne peut pas autoriser officiellement ce genre de dérives mais elle sait que pour l'organisation du service et la qualité des soins il est plus stratégique qu'elle les tolère. Elle doit alors arbitrer pour elle-même, évaluer l'équilibre entre une régulation de contrôle, radicale et une régulation locale, autonome. Ainsi, en veillant à ce que cela reste dans les limites de « l'acceptable », elle agit comme si elle n'avait rien vu, elle évite d'expliquer l'implicite, d'exprimer le tacite, d'officialiser le clandestin à l'égard de ses supérieurs car ce serait finalement mettre en péril l'équilibre du système.

¹²³ DEJOURS, C., *Travail, usure mentale*, 1993, p. 15

7.2.3.3. Vers une nouvelle vision du conflit

Au bloc il est souvent une opposition d'intérêt, une divergence de point de vue pour un même objectif. Il est la plupart du temps connoté négativement pourtant il se situe au cœur même de la vie humaine et constitue probablement un de ses principaux moteurs. Il revêt des formes diverses désignées par les termes de luttes, d'opposition, de tiraillement, de désaccord. L'enjeu pour le cadre est d'animer ces passions vers une dynamique constructive.

Mireille aborde les conflits comme une forme d'alerte, de message, « *Parfois le conflit est le seul moyen qu'ils ont trouvé pour vous alerter de quelque chose. Alors j'essaie de voir ce qu'il a derrière : un problème d'organisation, une souffrance, un injustice* ». Cette verbalisation par le conflit serait donc un moyen de mettre des mots sur les maux de l'équipe. On pourrait dire que le conflit constitue un langage, un mode paroxystique d'expression lorsqu'un système de communication ordinaire apparaît comme inefficace ou inaccessible. Dès lors le conflit ne serait plus un problème mais une solution, la moins mauvaise solution qu'aient pu trouver les acteurs quand ils n'ont pu en réaliser d'autres.

Pour Virginie, le conflit c'est la vie, « *disons que je crois aux vertus positives du conflit, si il y a du conflit c'est qu'il y a de la vie et rassurez-vous chez moi, ça vit bien (rires)* ». La confrontation n'est donc ni anormale, ni accidentelle : elle est inhérente à l'espèce humaine. Elle est le produit de la complexité et du foisonnement de points de vue qui s'affrontent spontanément. Virginie semble même prêter des vertus au conflit, « *Il arrive qu'après un conflit on reparte sur des bases propres, assainies. Vous savez, les non-dits, les rancœurs larvées ça pourrait et ça gangrène. Ça permet aussi de recadrer parfois certains agents qui partent en vrille* ». Il s'agit donc pour rester dans le même champ sémantique que Virginie de « crever l'abcès ». Le conflit aurait cette faculté de mettre au jour les dysfonctionnements, de redéfinir une situation, de repréciser les règles quand elles s'avèrent floues. Le terme « *gangrène* » est assez explicite, il sous-entend un processus évolutif qui pourrait contaminer l'ensemble de l'équipe, l'explosion du conflit étant le moyen de stopper cette propagation.

Amélie ne ressent pas les conflits au sein de son équipe comme une menace mais comme une opportunité d'évolution, « *c'est peut-être un moyen de progresser car parfois les conflits sont des moyens de mettre à jour des dysfonctionnements au sein de l'équipe, le cadre doit avoir assez d'humilité pour l'admettre et se remettre en question* ». Les discordes ne sont donc pas le point de départ du mauvais fonctionnement d'une équipe mais en sont au contraire l'expression et le support. Il s'agit alors d'agir sur l'équipe et non pas sur le conflit en lui-même.

Même constat pour Mireille, « *jusqu'à présent les conflits ont toujours été l'occasion de mettre en évidence des failles et d'améliorer les choses, je pense que cela tient à la capacité de médiation du cadre* ». La dissension est le contrepoison de la routine ; sont destructeurs les

conflits dont on ne fait rien. Qu'on ne soit pas d'accord n'est pas catastrophique si on y travaille, si on en parle. Le cadre doit avoir cette faculté de communication et de médiation qui permet de sortir des approches « perdant-gagnant », voire « perdant-perdant ».

Virginie précise, « *tant que cela reste dans le domaine professionnel et qu'il n'y a pas de risque pour le personnel ou le patient, ça me va* ». Elle tolère les querelles professionnelles car finalement, plus on se dispute sur le métier moins on se dispute sur les personnes et selon Y.CLOT : « L'inflation actuelle des conflits au travail est le résultat de la déflation sociale des disputes sur le travail lui-même »¹²⁴.

D'autre part, le cadre favorise la communication entre les protagonistes, sa présence garantit le respect des personnes et de leurs intérêts. Pour Virginie, la question de la communication est essentielle, « *Il ne faut pas leur dire "c'est comme ça et puis c'est tout", on va boire un café et on en discute au calme* ». Le cadre en proposant une rencontre mettant les parties en présence, porte un regard bienveillant tout en rappelant les règles, l'intérêt du plus grand nombre doit primer sur l'intérêt personnel.

8. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

Ce mémoire a été effectué dans le cadre du module « analyse des pratiques et initiation à la recherche », avec pour objectif une sensibilisation à la méthodologie de la recherche anthropologique. Il n'a pas la prétention d'être une recherche scientifique et se limite à une première expérience qui a surtout permis de découvrir la démarche anthropologique et de déconstruire certaines de nos représentations liées à notre activité d'infirmier anesthésiste.

Si cette mise à distance a été une évidence, nous avons cependant rencontré certaines limites liées à la population et à la méthodologie.

8.1. Les limites

8.1.1. Les limites liées à la population

Le petit nombre de cadre interviewés et les critères de leur sélection ne permettent pas une approche exhaustive de la problématique des conflits au bloc opératoire. La notion de temps et en particulier le manque de temps nous a amené à restreindre le nombre d'entretiens et à limiter

¹²⁴ CLOT, Y., Intervention aux Etats Généraux de la Culture, Théâtre de la commune, Aubervilliers, 15 novembre 2004

la population ciblée aux cadres de blocs.

Il aurait été intéressant d'interviewer d'autres acteurs concernés par cette question afin d'enrichir les données recueillies et d'étoffer leur analyse : chirurgiens, anesthésistes, personnel soignant. Nous restons néanmoins conscient du manque de disponibilité du personnel médical.

8.1.2. Les limites méthodologiques

Le manque d'expérience pour mener des entretiens semi-directifs a constitué une réelle difficulté surtout lors des premiers entretiens. Nous avons ainsi bien pris conscience que la technique d'entretien est une compétence qui relève d'un véritable « savoir faire » non formalisable s'apprenant par la pratique.

D'autre part, une observation participante aurait certainement permis, en étant au plus près des situations vécues, d'enrichir l'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directifs.

Nos concepts, le côté « sensible » de notre sujet, peuvent engendrer des réactions affectives inconscientes. Rester à l'écoute sans participer activement et sans influencer l'entretien a été une difficulté pour nous. Nous avons néanmoins essayé de minimiser ce « facteur personnel » non négligeable en restant le plus neutre possible.

Si ce travail a été, in fine, une source de plaisir, il a cependant été accompagné de moments de doute et de profondes remises en question qui ont pu parasiter son élaboration.

8.2. Les points forts

Notre connaissance du monde fermé du bloc opératoire et notre statut « d'initié » lié à notre profession nous ont permis de pénétrer, de façon symbolique, dans la forteresse du bloc opératoire. Ce qui pour nous au début a été une difficulté, par l'effort de distanciation demandé, s'est révélé être un atout lors des entretiens par la facilité avec laquelle les cadres se sont livrés.

Les entretiens ont été particulièrement riches et ont permis d'aborder un sujet souvent nié et parfois « tabou » au bloc opératoire.

9. LES PERSPECTIVES EN TANT QUE FUTUR CADRE DE SANTÉ

En tant que futur cadre de santé, nous pouvons soustraire à notre travail de recherche quelques pistes de réflexion, dans le but de les réinvestir dans notre future prise de fonction.

L'autorité est une notion facile à confondre avec le pouvoir. L'analyse des entretiens nous a offert la possibilité de comprendre et d'investir cette notion d'autorité comme n'étant pas le reflet d'un terme péjoratif mais bien comme étant une action de « donner à quelqu'un ».

Il nous semble opportun d'investir les trois verbes d'action de l'autorité pour faire face à cette nouvelle prise de fonction. Etre, avoir et faire autorité au sein d'un bloc opératoire nécessite d'être « au clair » sur ses propres pratiques pour investir l'autorité.

Au vu de notre enquête, il ressort que le bloc opératoire, même s'il apparaît comme un haut lieu de technicité et de spécialisation, n'en demeure pas moins un lieu profondément humain où l'homme travaille sur l'homme et avec l'homme. Ces individus ont des personnalités, des logiques, des intérêts, des points de vue propres qui parfois entrent en tension. Chaque membre du groupe cherche alors à atteindre des objectifs personnels, différents et parfois incompatibles. Il en découle des luttes de pouvoir essentiellement entre chirurgiens, anesthésistes et infirmiers. Il est indéniable que chacun de ces professionnels gravitant autour du patient détient une compétence spécifique bien particulière nécessaire à la prise en charge de ce dernier. Dans l'organisation d'un bloc, toute la difficulté réside dans la modération de ces différentes logiques qu'on ne perçoit pas dans les organigrammes officiels. La clé d'une prise en charge de qualité est le respect des compétences de chacun qui passe par une communication adaptée, mais aussi par une juste application de la réglementation.

Le cadre de santé par son autorité et son intelligence pratique, doit se mettre dans la peau d'un chef d'orchestre, au sens métaphorique. L'enjeu est faire jouer ensemble plusieurs musiciens (chirurgiens, anesthésistes, personnel soignant, administratifs) jouant différents instruments (logiques médicale, soignante et administrative) en respectant une partition (règles adaptées, charte de bloc), l'objectif étant la parfaite harmonie (prise en charge du patient).

Néanmoins, en tant que garant de l'organisation et de la qualité des soins, le cadre se retrouve parfois pris dans « la tempête » du conflit. Sa prise de distance, son analyse doit lui permettre d'adopter une attitude réfléchie et adaptée à la situation.

Nous avons souvent l'impression que ces conflits drainent toutes les énergies et sont toujours destructeurs. En considérant le conflit comme inhérent à la vie de toute organisation au même titre que l'entente ou le compromis, nous pourrions changer la connotation négative qu'il sous-entend.

Son rôle n'est pas unilatéralement pernicieux ou désastreux, mais polyvalent. Il ne s'agit pas là de faire l'éloge du conflit car on ne peut pas nier qu'un conflit mal ou non résolu peut provoquer de profondes perturbations dans la dynamique d'une équipe. L'analyse des entretiens nous montre qu'un conflit peut aussi s'avérer constructif : émergence d'idées nouvelles, changements organisationnels, redéfinition des rôles de chacun, déblocage de situation... Ils sont à la fois inévitables, subjectifs et générateurs de changement.

CONCLUSION

Très longtemps le bloc opératoire est resté une enceinte hermétique voire impénétrable aux non-initiés et son fonctionnement énigmatique. Dans une période de restriction économique, la maîtrise des coûts et son corollaire, la recherche de l'optimisation des ressources humaines et matérielles, conduisent les établissements de santé à redéfinir l'organisation des services. Au niveau des blocs opératoires cela passe par la création de plateaux techniques polyvalents et la rationalisation des blocs existants. Cette intrusion des logiques administratives sur le monde jusqu'alors protégé du bloc est très mal perçue par l'ensemble du personnel. Des manifestations allant du flou à l'incertitude en passant par le « malaise » ont été décrites.

Parallèlement à cette situation et pour de multiples raisons, le bloc opératoire reste un lieu propice aux conflits. Le cadre, par son autorité de chef de bloc, met en place des stratégies pour prendre en compte cette problématique. Il s'avère que ces conflits, longtemps considérés comme une menace par leur caractère potentiellement destructeur, sont ressentis tout autrement au bloc opératoire. Les cadres interrogés en font une force d'amélioration et un moyen de légitimer leur autorité. Il ne s'agit pas d'adopter une attitude résignée et fataliste face à ce phénomène. Vivre ensemble, travailler ensemble, est une dynamique dans laquelle les hommes se cherchent, s'adaptent dans ce qui se révèle, pas toujours mais le plus souvent, dans la peine et la souffrance.

On ne peut réduire le conflit à une simple situation-problème à laquelle il faudrait trouver une solution. Il est l'expression de cette part d'inaliénable que constitue l'altérité. Accepter le conflit, c'est accepter l'autre dans sa différence, dans le fait qu'il peut être autre que moi. Nier le conflit revient à détruire l'autre en ne le reconnaissant pas, c'est là que la violence prend sa source.

Il est apparu, lors des entretiens, que la communication, qui permet l'action, a aussi une fonction symbolique, parfois de domination, parfois de séduction. Au bloc opératoire, le personnel infirmier est majoritairement féminin alors que le personnel médical est principalement constitué d'hommes, ce qui induit des attitudes en rapport avec la relation homme/femme. Dès lors, ne serait-il pas intéressant d'étudier, lors d'un prochain travail de recherche, en quoi les rapports de séduction au bloc opératoire influencent la communication au sein de l'équipe ?

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, Didier, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 11^{ème} éditions, 1997
- ARENDT, Hannah, « Qu'est ce que l'autorité ? », in *La crise de la culture*, coll. « Idées », Paris, Gallimard, 1972, p. 123
- AUGÉ, Marc, *Le sens des autres, Actualités de l'anthropologie*, Paris, Fayard, 1993
- AUGÉ, Marc, COLLEYN, Jean-Paul, *L'anthropologie*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?, 2004
- BALANDIER, Georges, *Sens et Puissance*, Paris, PUF, 1971
- BARNARD, Chester, *The functions of the executive*, Cambridge, Harvard University Press, 1968
- BARREYRE, Jean-Yves, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 1995
- BARTHES, Roland, *Mythologies*, Paris, Seuil, 1957
- BEAUFRE, André, *Introduction à la stratégie*, Paris, Armand Colin, 1965
- BEAUFRE, André, *Stratégie de l'action*, Paris, Armand Colin, 1966
- BELIN, C., FRANCOIS, M.C., « Le positionnement du cadre infirmier », *Soins cadres*, n°34, 2^{ème} trimestre 2000, p. 34
- BERNOUX, Philippe, *La sociologie des organisations*, Paris, éditions du Seuil, 1985
- BESSON, Rachel, *Analyse qualitative des données*, cours IFCS CHU Bordeaux, 2010
- BROCA, Paul, *Mémoires d'anthropologie*, Paris, Editions Jean Michel Place, 1989
- CRESSON, Geneviève, DRULHE, Marcel, SCHWEYER, François-Xavier, *Coopération, conflit et concurrence sans le système de santé*, Rennes, éditions ENSP, 2003
- CROS, Michèle, DORY, Daniel, *Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française*, Paris, L'harmattan, 1996
- CROZIER, Michel, FRIEDBEG, Erhard, *L'acteur et le Système*, Paris, Le Seuil, 1977
- DAHL, Robert, « The concept of power », *Behavioral Science*, 1957, n°2, juillet, pp. 202-203
- DEJOURS, Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 1993
- DUMOND, Jean-Paul, « Santé : où sont les pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, 2003, n°1, janvier, pp. 71-81
- DUMOND, Jean-Paul, « Les professionnels de la santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences Sociales et Santé*, 2006, vol. 24, n°4, décembre, p. 97-125

- ELIAS, Norbert, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991
- Encyclopedia Universalis, article "Autorité", corpus 3, p. 530
- FAURE, Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, mars, pp. 98-114
- FOESSEL, Michael, « pluralisation des autorités et faiblesse de la transmission », *Esprit : Faire autorité*, 2005, mars, p.14
- FRIEDBERG, Erhard, *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1993
- FRIEDBERG, Erhard, « L'analyse sociologique des organisations », revue *POUR*, 1988, n° 28, p. 97
- HASSARD, John, « Paradigme ethnographique du temps de travail », in CHANLAT, Jean François, (dir.), *L'individu dans l'organisation*, Paris, Presse de l'université, 1990, p. 217
- KAES, René, ANZIEU, Didier, KASPI, Raymond, GUILLAUMIN, Jean, MISSENARD, André, BLEGER, José, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, coll. « Inconscient et culture », 1979
- KILANI, Mondher, *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne, Payot, 1989
- LEGENDRE, Pierre, *L'ineestimable objet de la transmission : études sur le principe de généalogique en Occident*, Paris, Fayard, 2004
- LE GOFF, Jean Pierre, « Nouveau monde de subordination dans le travail », *Esprit : Faire autorité*, 2005, mars, p. 143
- LIONETTI, Roberto, « Van Gennep au bloc opératoire », *Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle*, 1988, n° 10, décembre, pp. 110-127
- LEVI-STRAUSS, Claude, *anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958
- MASQUELET, Alain-Charles, « La fonction de chef de service en milieu hospitalier », *Cités*, n°6, 2001/2, pp. 137-142
- MAUSS, Marcel, *Sociologie et anthropologie, Essai sur le don*, Paris, PUF, 1950
- MENDEL, Gérard, *Une histoire d'autorité, permanences et variations*, Paris, éditions La Découverte, 2002
- MENDEL, Gérard, *Pour décoloniser l'enfant, sociopsychanalyse de l'autorité*, Paris, petite bibliothèque Payot, 1971
- MONROY, Michel, FOURNIER, Anne, *Figures du conflit. Une analyse systémique des situations conflictuelles*, in VANNIEREAU, Jean, *La régulation des conflits en situation de management*, 2010
- MOREAU de BELLAING, Louis, *Quelle autorité aujourd'hui ?*, Paris, ESF, 2002
- MILGRAM, Stanley, *Soumission à l'autorité : Un point de vue expérimental*, Paris, Calmann-Levy, 1974

- MONS, Alain, *La métaphore sociale – Image, territoire, communication*, Paris, PUF, 1992
- MONTESINOS, André, « Agressivité, violence et conflit au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, 1996, n° 352, janvier, pp. 23-29
- MONTESINOS, André, « Gérer le stress et prévenir les conflits au bloc opératoire », *Interbloc*, 1997, n° 17, avril, pp. 56-59
- MUCCHIELLI, Alexandre, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Albin Michel, 1996
- MUCCHIELLI, Roger, *La dynamique des groupes*, Paris, ESF, 1995
- MUCCHIELLI, Roger, *Psychologie de la relation d'autorité*, Paris, ESF, 1999
- NAVELET, Claude, GUERIN-CARNELLE, Brigitte, *Psychologues aux risques des institutions*, Paris, Frison Roche, 1999
- Ordre National des Médecins, « Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé », <http://www.sfar.org/docs/articles/81cnomanesth.pdf>, p. 3
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, 1995, n° 1, p. 73
- PARKER FOLLETT, Mary, *Creative Experience*, New-York, Peter Smith, 1951
- PENEFF, Jean, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, vol. 39, n° 3/97, pp. 265–296
- POUHELLE, Marie-Christine, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion, 1983
- POUHELLE, Marie-Christine, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003
- POUHELLE, Marie-Christine, *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2008
- REYNAUD, Jean-Daniel, *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997
- RENAUT, Alain, *La fin de l'autorité*, Paris, Flammarion, 2004
- ROSSIF, Frédéric, *Mourir à Madrid*, Paris, éditions Montparnasse (DVD), 2006
- ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Du contrat social ou principes du droit politique*, Paris, Armand-Aubrée, livre 1, 1762
- SALVODELLI, G.L. « Résolution de conflits au bloc opératoire » <http://www.mapar.org>
- SAINSAULIEU, Ivan, *La communauté de soins en question*, Paris, Lamarre, 2003
- SAINSAULIEU, Ivan, *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, 2003

- SAINSAULIEU, Ivan, *L'hôpital public et ses acteurs, appartenances et égalités*, Paris, éditions Belin, 2007
- SEGALEN, Martine, *Rites et rituels contemporains*, Paris, Nathan, 1998
- SHARSHAR, Samir, ABBAS, Alamé, GAUDELET, Dany, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, 2007, n° 4, décembre, pp. 257-261
- SIMMEL, Georg, *Le conflit*, Circé, Paris, 1995
- SUN TZU, *L'art de la guerre*, Paris, Flammarion, 1972
- TERNON, Yves, « La fin du chirurgien généraliste », in AÏACH, P., FASSIN, D., (dir.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 184
- TESSIER, Annie, « La mort », in GUEZ, Evelyne, TROIANOVSKI, Pablo, (dir.), *Sciences humaines et soins infirmiers*, Paris, Lamarre, 2000, p. 197
- THOMAS, Louis-Vincent, *Rites de mort : Pour la paix des vivants*, Paris, Fayard, 1985
- TURNER, Victor, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, PUF, 1990
- VALÉRY, Paul, *Discours aux chirurgiens*, in Œuvre I, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1957
- VEGA, Anne, *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, éditions des archives contemporaines, Paris, 2000
- VEGA, Anne, *Soignants/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles, De Boeck, 2004
- WEBER, Max, *Economie et société*, 1921, tome 1, Paris, Plon, 1971

ANNEXES

ANNEXE 1 : Circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

ANNEXE 2 : Exemple de charte de bloc opératoire

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : Entretien retranscrit intégralement (Virginie)