HAL
open science

Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles

Régine Bercot

To cite this version:

Régine Bercot. Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles. Sciences de la société : Les cahiers du LERASS, 2009, La rationalisation des organisations hospitalières, 76, pp.54-65. halshs-01349439

HAL Id: halshs-01349439

https://shs.hal.science/halshs-01349439v1

Submitted on 27 Jul 2016

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

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

R. BERCOT, 2009, Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles, R*evue sciences de la société*, numéro sur la « Rationalisation des organisations hospitalières » septembre, n°76, Presses Universitaires du Mirail, pp.54-65.

Régine Bercot
Genre, Travail, Mobilités
Regine.bercot@gtm.cnrs.fr

Résumé : Le processus de rationalisation qui se développe autour des blocs opératoires vise à améliorer le service aux usagers et mieux réguler l'usage des moyens. Cette perspective nouvelle déstabilise la relation de service entre le personnel soignant et le chirurgien ainsi que la place du chirurgien dans le bloc. Cela s'accompagne de multiples négociations pour construire la légitimité des cadres infirmiers.
Mots clés : organisation, rationalisation, cadres infirmiers, chirurgiens légitimité, négociations

Abstract: The rationalisation process which develops around operating theatres aims at improving in-patients' care and better regulating the use of resources. This new perspective destabilises the work relationships between the medical personnel and the surgeon as well as the surgeon's position in the operating theatre. At the same time numerous negotiations are carried out to construct the charge nurses' legitimacy.

Key words: organisation, rationalisation, charge nurses, surgeons, legitimacy, negotiations.

******

Parmi les objectifs actuels de la politique de santé figure le développement de plateformes technologiques dans lesquelles différents acteurs du privé comme du public pourraient intervenir. L'idée dominante est de rationaliser l'usage qui est fait des installations et de concentrer l'offre technologique de pointe en le mettant plus largement à disposition des différents professionnels (Milon, 2008). Ce projet politique intervient sur un contexte organisationnel diversifié. Cependant, on constate que les politiques à l'œuvre dans différents établissements s'orientent vers une meilleure rationalisation et utilisation des installations. Ainsi les temps d'occupation des blocs opératoires ont été analysés afin de mieux optimiser l'usage des salles et des appareillages. Des diagnostics ont été porté localement dans diverses structures privées et publiques, ils ne se traduisent pas toujours par une amélioration des fonctionnements. L'organisation varie selon les blocs. Ainsi si la rationalisation est à l'ordre du jour, elle rencontre de nombreuses difficultés. Lorsqu'elle fait l'objet d'un projet, elle s'accompagne de transformations à divers niveaux : modifications de l'organisation, transformation des modalités de la communication et d'information, rédaction de chartes de fonctionnement, repositionnement de la place des personnels au sein du bloc. Il est impossible de penser l'évolution de l'organisation des hôpitaux et cliniques sans traiter de leur

articulation avec les rapports de pouvoir et de légitimité qui se construisent entre groupes professionnels. Dans ce domaine quatre dimensions sont interpellées en lien avec ce processus de rationalisation : les rapports de service entre catégories, la définition des territoires et la place des chirurgiens au sein de ces territoires, la légitimité des cadres infirmiers en charge de la gestion des blocs opératoires. Après avoir situé les modalités du mouvement de rationalisation de l'organisation des blocs opératoires, nous dirons comment se construit le rapport de service au chirurgien, puis comment les chirurgiens se positionnent en termes de territoires. Nous verrons que ces différentes tensions ont un impact sur les marges de manœuvre dont disposent les cadres infirmiers du bloc.

1. Le mouvement de rationalisation : objectifs et instruments

Que signifie rationaliser le fonctionnement des blocs opératoires dans le cadre des politiques actuelles ? Rationaliser signifie ici prévoir avec la plus grande fiabilité possible le programme opératoire afin de pouvoir organiser les équipes d'intervention et préparer le matériel. Une meilleure gestion du bloc correspond à trois types de préoccupations : améliorer le service au patient et son information, améliorer le temps d'occupation et la productivité des installations, permettre la disponibilité du personnel et la préparation des outils.

Revenons sur ces différents objectifs pour mieux préciser leurs enjeux et les transformations qu'ils supposent en référence à l'état actuel des fonctionnements.

Un premier objectif est de mieux servir le patient et plus particulièrement d'éviter les attentes qu'on lui impose encore trop souvent. Cela suppose un respect des horaires par les nombreux personnels impliqués dans différents services, une programmation qui permette d'éviter que deux patients se retrouvent simultanément à l'entrée de la même salle, obligeant ainsi l'un des deux à réintégrer sa chambre. L'organisation de ce flux de patients au bloc suppose la coordination de plusieurs acteurs, ceux du bloc, ceux des services d'hospitalisation, les brancardiers qui désormais appartiennent souvent à un service autonome. Il est ainsi courant que les gestionnaires de blocs qui sont des infirmières et des cadres infirmiers, prévoient des alertes vis à vis des brancardiers et des services d'hospitalisation pour que le malade soit préparé et acheminé dans les temps, juste avant l'opération, ou ramené dans sa chambre après l'intervention, dès que l'anesthésiste a donné son accord de sortie de la salle de réveil.

Le but est également de permettre au malade une sortie de la structure hospitalière à la date prévue, sachant que toute sortie suppose une autorisation et donc la visite du chirurgien sous la responsabilité duquel il se situe. Dans le cadre de la clinique, l'argument économique joue un rôle essentiel pour réduire les attentes des patients puisqu'il s'agit de libérer les lits dès que possible afin de pouvoir faire entrer un autre malade.

Le deuxième objectif concerne l'amélioration du temps d'occupation des installations. Un bloc opératoire est un condensé de technologie requérant des investissements financiers élevés. La nécessité d'une grande fiabilité des instruments suppose également des contrats de maintenance coûteux. L'amortissement de ces investissements supposerait donc que les

installations soient utilisées sur des plages horaires longues. Or, des études montrent que les salles ne sont réellement utilisées qu'à peine la moitié du temps, et au plus les trois quarts, la moyenne sur huit établissement se situant à 62% de la durée de mise à disposition des salles (temps offert aux interventions) (Lucas et *alii* 2005)

Le troisième objectif concerne plus spécifiquement le personnel du bloc qui doit se rendre disponible pour les interventions et préparer les salles et les outils. Il s'agit de construire une meilleure planification des interventions afin que ces personnels puissent anticiper leur activité, qu'ils ne soient pas non plus conduits à défaire ce qu'ils avaient préparé du fait de modifications de dernière minute. Il arrive bien souvent, en effet, que certains chirurgiens retardent une intervention ou en programment une nouvelle au dernier moment et ceci sans que cela soit une urgence vitale. Les chirurgiens ayant une lourde charge de travail cherchent à maximiser l'usage de leur propre temps, au détriment parfois de l'organisation d'ensemble. Or, toute modification d'un programme a des conséquences importantes pour les personnels de bloc. Chaque programmation suppose en effet de s'assurer de la disponibilité des autres personnels. Outre le chirurgien responsable, participent aux opérations, un anesthésiste, un infirmier anesthésiste (IADE)[1], des infirmières diplômées (IDE) ou des infirmières de bloc opératoires (IBODE)[2]. Les aides soignantes interviennent au moment de la préparation de la salle puis en fin d'activité pour le nettoyage de la salle. L'intervention ne peut se dérouler qu'à partir de la coordination de ces différents personnels. Les salles doivent être libérées et nettoyées à temps ; les outils sont préparés sur des chariots le matin des interventions. Il s'agit de petits matériels ou de prothèses parfois très volumineuses. Tout changement dans le programme opératoire en cours de journée et particulièrement en tout début de programme conduit à revoir la préparation de ces chariots. Faire et défaire implique nécessairement un coût en temps et en charge de travail, un stress et une démotivation du personnel concerné. Pour une plus grande efficacité, les actes doivent donc s'inscrire dans l'ordonnancement général. Tout ceci demande une organisation précise tenant compte des risques -notamment sanitaires- liés à chaque opération. C'est la raison pour laquelle les cadres infirmiers qui gèrent le bloc doivent pouvoir donner leur aval à une opération avant que celle-ci soit mise définitivement sur le programme de travail du bloc ; cette gestion donne lieu à des négociations parfois difficiles lorsque le chirurgien ou un autre personnel se permet d'intervenir sans s'adresser à l'encadrement du bloc. De telles situations sont rendues possibles lorsque les procédures d'inscription au programme du bloc sont défaillantes, mais aussi lorsque des chirurgiens décident d'imposer leur volonté mettant ainsi les cadres en difficulté.

---

[1] Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.

[2] Les infirmiers de blocs opératoires sont en nombre insuffisants ce qui conduit à avoir recours de manière indifférencié à des IDE. Notons que dans la clinique privée, les chirurgiens utilisent aussi des secrétaires médicales. Ce sont des personnels qui ont appris à servir l'acte du chirurgien progressivement. Traditionnellement il pouvait s'agir des secrétaires ou des épouses des chirurgiens qui apprenaient ainsi le métier sur le tas. Elles ont été conduites à compléter leurs savoirs par des formations et à obtenir ainsi une validation de leurs acquis professionnels.

Pour modifier les objectifs et parvenir à construire un programme opératoire stable et respecté par tous, un certain nombre d'obstacles matériels et idéels doivent être surmontés. Voyons tout d'abord ce qu'il en est de la coordination des actes au travers de la mise en place d'une programmation.

La construction du programme opératoire est l'élément essentiel de l'organisation globale de l'ensemble du personnel concerné (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, aides soignantes) mais aussi du service de qualité au malade. Des analyses ont montré que les salles et le matériel pouvaient être beaucoup mieux gérés pour maximiser leur usage (Lucas et alii, 2005). Cependant, la construction de la rationalisation des outils ne peut être le fait d'un seul décideur qui interviendrait sur l'organisation à partir de son expertise et édicterait des règles et des bonnes pratiques ; elle suppose la construction d'un accord sur les objectifs et les moyens de les atteindre. Le non partage des normes et des logiques d'acteurs différenciées rendent problématiques la construction de la coopération. L'analyse sociologique révèle que les différentes catégories de personnel ne partagent pas toutes les mêmes normes de fonctionnement : il en est ainsi de la mutualisation des salles d'intervention entre plusieurs chirurgiens et plusieurs spécialités, la maitrise de l'ordonnancement des interventions par une personne ayant à sa disposition des informations stables.

Le programme opératoire représente le cœur de l'organisation du bloc opératoire. L'article D 712.42 du décret n° 94 1050 du 5 décembre 1994 indique que « *le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en unité de surveillance post interventionnelle* » (décret 94 1050 du 5 décembre 1994). Localement, chaque bloc dispose d'une charte signée par l'ensemble des groupes professionnels intervenants au bloc ; les modalités de fonctionnement y sont précisées à l'intention des différents acteurs. Ainsi dans les chartes on trouve souvent des précisions telles que : « *Une organisation concertée du programme opératoire, entre chirurgien et anesthésiste, doit aboutir, après validation bilatérale, à sa réalisation sans modification* »[3]. Dans ces principes, figure aussi la nécessité de valider le programme au plus tard à un certain terme (par exemple le vendredi 17 h pour la semaine suivante) et le porter à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

La gestion du bloc est effectuée concrètement par un cadre infirmier qui est censé s'appuyer sur la charte et la faire respecter puisqu'elle a été approuvée par les différentes parties (chirurgiens et anesthésistes y compris). Chacun doit s'engager à respecter le programme opératoire qui a été bâti collectivement. Cependant, la mise en œuvre de la charte est toujours très difficile à réaliser car les acteurs ne donnent pas toujours les informations du programme aux dates demandées, les chirurgiens réclament des modifications dans la programmation des

[3] Ces principes des programmes opératoires sont définis dans la charte du bloc de Paris

interventions une fois cette programmation arrêtée, ce qui est susceptible de perturber fortement le fonctionnement du bloc.
Nous avons pu constater des pratiques matérielles et des organisations assez différentes selon les lieux. Dans deux des structures enquêtées- celles qui apparaissent les mieux coordonnées avec un respect des règles de programmation-, les acteurs utilisent des programmes informatiques leur permettant de remplir un planning partagé. L'outil informatique permet à chacun de visualiser clairement les informations sans avoir à effectuer de multiples recopies. L'informatique permet ainsi pour chaque acteur de visualiser le planning en cours de construction. Des salles et des plages horaires sont dédiées pour chaque spécialité. Les chirurgiens peuvent effectuer un ordonnancement au fil de leurs consultations. Lorsque la décision d'intervention ne concerne pas uniquement le chirurgien mais plusieurs spécialistes, la programmation de l'intervention est proposée à l'issue d'un staff. La procédure implique dans tous les cas, que le planning soit validé par la direction du bloc régulièrement chaque semaine (5 ou 7 jours avant les interventions programmées). Cette validation représente un jalon d'ordonnancement important puisqu'il constitue un engagement de la direction du bloc qui travaillera à organiser la préparation des interventions, notamment en faisant le planning des différents personnels qui serviront les interventions. Aucune modification de programme ne peut en principe être faite une fois la programmation arrêtée sans une négociation avec la cadre responsable du bloc.

A l'opposé de ces nouvelles pratiques de régulation en cours de construction, on trouve des organisations de bloc dans lesquelles il n'y a pas de règle explicite, pas de formalisation partagée pour définir un ordonnancement selon des critères approuvés par tous. Nous prendrons l'exemple d'un grand CHU parisien dans lequel domine l'absence de respect des procédures. Il ne s'agit pas ici de quelques personnes dont le comportement poserait problème mais d'une manière quasi généralisée de se comporter. Les informations sont transmises à la direction du bloc de manière très anarchique, arrivant à tout moment de la semaine. Le programme - simple feuille scotchée à l'entrée du service sur un bureau d'accueil - peut être modifié par quiconque. L'absence de normes concernant les circuits d'information et de décision prend des formes assez étonnantes puisque les chirurgiens ou les médecins des urgences indiquent des interventions à programmer sans toujours indiquer leur nom. Une telle absence de précision rend le travail des responsables du bloc très complexe et aléatoire. Chaque jour la gestion des incertitudes prend une place considérable dans l'activité ce qui entraine parfois un réel découragement des cadres infirmiers qui ont le sentiment de ne pas maitriser leur activité quels que soient les efforts et la mobilisation produits.

« On aimerait des durées opératoires cohérentes mais de toute manière dans les durées opératoires on indique jamais les heures de ménage. C'est démobilisant pour ceux qui font le ménage » (cadre infirmière).

L'incohérence dans les procédures est perçue comme l'introduction d'un risque pour les malades. La mauvaise programmation conduit à surcharger des programmes. La volonté

d'accélérer apparaît nuisible car cela ne permet plus de satisfaire aux normes de sécurité, et d'hygiène[4] :

« A une réunion, ils disaient qu'il fallait toujours se dépêcher, ils faisaient pression sur tout le monde. Donner 10 minutes entre deux malades pour ranger, trier le matériel, nettoyer le bloc, préparer pour le malade qui suit, cela leur est impossible. Trop se dépêcher conduit à prendre des risques, cela décourage aussi les AS. La précipitation est source d'erreur, pour les examens qui partent, il faut en effet remplir des papiers faire des vérifications.

« Lorsqu'on a un mineur, il faut faire des vérifications d'identité, regarder les autorisations parentales, ceci demande un minimum de temps. A force d'aller vite, j'ai peur. Peur que l'on coche deux homonymes ». « Avec des morceaux tranchants on peut se piquer. On est parfois obligé de prendre du temps, l'hémostase, la ligature prend du temps. Quand il y a un interne c'est plus long. Il faut en tenir compte… » (cadre infirmier).

Les transmissions se font à des dates et sur des supports différents et non normalisés ce qui conduit à une information imprécise. Par exemple, dans cet hôpital les renseignements fournis par les différents services ne sont pas homogènes. Si la chirurgie plastique, l'ORL et la stomatologie indiquent des plages horaires pour les interventions, l'urologie et le digestif n'indiquent aucun horaire. Très souvent les horaires indiqués ne sont pas fiables. Ceci met en exergue le fait qu'il n'est pas si aisé de construire des relations de coopération et de faire respecter des règles communes aux acteurs concernés.

La construction de nouvelles règles de fonctionnement se heurte ainsi au fait que les priorités des acteurs sont différentes. Ainsi, les modalités de gestion des emplois du temps des chirurgiens et anesthésistes sont parfois peu compatibles avec la planification requise pour la gestion du bloc. La construction des règles apparait comme un processus, non pas définitivement acquis mais en continuelle négociation (Strauss, 1996). Notre enquête a mis en évidence le fait que non seulement le changement de pratiques est difficile à mettre en place mais une fois initiées, les nouvelles pratiques n'apparaissent jamais acquises et supposent toujours un effort particulier de la part du cadre infirmier de bloc et des infirmiers pour les faire vivre.
Une des difficultés vient du fait que cette nouvelle rationalisation déstabilise le rapport traditionnel qui lie les chirurgiens et les personnels. Les chirurgiens mais aussi certains personnels infirmiers ne parviennent pas à effectuer la conversion qu'un tel changement suppose à savoir transformer le service au chirurgien en un service plus global aux interventions chirurgicales. Voyons ce que cela signifie.

2. Une rupture concernant le rapport de service : du rapport interindividuel au rapport collectif

[4] Concernant la question des rythmes et de la multiplicité des activités des cadres infirmiers cf. Sainsaulieu 2008

Une tradition de rapport de service interindividuelle à un chirurgien

De nombreux éléments convergent vers l'idée dominante selon laquelle l'organisation, la technique et ses progrès, mais aussi le personnel qui intervient au bloc… tous doivent servir l'intervention du chirurgien. Le chirurgien ainsi occupe une place centrale au sein des blocs, reconnue par tous les membres des équipes. Les personnels que nous avons interrogés et observés, notamment les personnels du bloc opératoire se positionnent vis-à-vis de lui, le plus souvent dans une posture d'aide et de service.

La figure dominante du chirurgien s'explique en partie, en référence à la place occupée dans la hiérarchie des professions et au prestige universitaire qui accompagne leur marché du travail très fermé. Le chirurgien est parmi les figures professionnelles les plus brillantes intellectuellement et … manuellement. Mais ce critère seul n'explique pas l'intériorisation profonde de cette posture de respect et parfois de crainte qui entoure la figure du chirurgien. Plus fondamentalement, ce qui domine dans la relation au chirurgien, c'est le respect et l'admiration liés à la responsabilité prise. Même si la responsabilité du chirurgien se conjugue avec un risque variable, celui-ci est néanmoins toujours présent dans l'acte même dont seul le chirurgien est comptable. Nous insistons sur cette dimension car elle permet de mieux situer la manière dont le statut du chirurgien est ainsi renforcé et légitimé par l'ensemble des personnels sur la base du service au malade qui est une des préoccupations de l'encadrement et des infirmières (Picot, 2008). Le chirurgien est sujet à des charges mentales et émotionnelles fortes et nous avons pu constater combien les personnels qui l'entourent sont préoccupées par cette dimension. Même si le comportement du chirurgien pose problème aux cadres infirmiers et si elles pensent qu'il ne respecte ni les procédures, ni les engagements, le premier réflexe semble être de le servir au mieux, indéfectiblement, en s'imposant à soi et aux autres personnels -plutôt qu'au chirurgien- des compromis supplémentaires. L'intériorisation de la difficile posture du chirurgien en bride ainsi plus d'un(e), conduisant à une posture de prise en charge et de soutien quasiment naturalisée. Les personnels des services qui entourent les blocs opératoires, moins habitués que les personnels des blocs au contact de l'intervention, sont plus prolixes pour décrire la nervosité, la tension, les décharges d'humeur qui circulent dans ces espaces. Les personnels, quelle que soit leur place (qu'ils se situent dans l'administration du bloc ou dans les services qui servent directement le bloc telle la stérilisation), sont pour la plupart du personnel féminin ; infirmières, cadres, aides soignantes se positionnent clairement dans une posture d'aide et de service au chirurgien[5]. Le service est certes lié aux actes à accomplir mais il suppose parfois des relations interpersonnelles, des arrangements et une grande souplesse pour s'adapter aux changements introduits par les chirurgiens. Certains personnels soulignent que les situations qui posent problèmes sont toujours le fait des mêmes chirurgiens. Nous avons donc affaire ici à des comportements culturels où la subjectivité joue un rôle éminent, fondant des relations interpersonnelles spécifiques. Ces types de relations se retrouvent dans d'autres métiers, ils sont permis ici par l'existence d'une position dominante argumentée autour du service au malade.

[5] L'aide ici est une aide d'ordre matérielle et affective. Les infirmières entourent le chirurgien selon des modalités de soin qui s'apparentent au Care.

Servir l'ensemble des chirurgies et non le chirurgien

Le service au chirurgien revêt un autre sens si l'on se réfère à celui qui prévaut dans les processus de rationalisation des blocs, puisqu'il s'agit de servir le groupe des chirurgiens des différentes disciplines. Le tout n'étant pas la somme des parties, il s'agit pour les gestionnaires du bloc de construire un équilibre en permettant un fonctionnement reposant sur une prévision stable. Ce fonctionnement est loin de s'apparenter à un fonctionnement quasi militaire et l'on constate l'existence de nombreux arrangements (Grosjean, Lacoste, 1999).

Lorsqu'un chirurgien cherche à maximiser l'organisation de son emploi du temps, cela peut le conduire à vouloir modifier l'organisation prévue précédemment avec le bloc (par exemple en changeant l'ordre d'intervention ou en rajoutant de nouveaux malades). Or, cette logique individuelle perturbe l'organisation générale *;* elle est de plus contraire aux principes de stabilité édictés par les chartes de bloc.

La prise en charge d'une gestion plus rationalisée des blocs opératoire suppose donc de se défaire des rapports interpersonnels pour juger des situations non pas à l'aune du problème d'un chirurgien mais à celui du fonctionnement collectif du bloc. L'ensemble de l'organisation doit évoluer d'une relation de service interindividuelle vis-à-vis de certains chirurgiens, à une relation plus générale pour l'ensemble des services de chirurgie et l'ensemble des patients. Respecter de nouvelles procédures suppose de modifier les habitudes prises et les routines ou encore de reconsidérer les pratiques des régulations conjointes antérieures (Reynaud 1989). Dans ce contexte local une autre question se superpose, celle de l'autorité officielle conférée par la structure de l'organisation. Si ce type d'autorité, seul, est insuffisant pour construire les modalités de la régulation, il confère néanmoins une légitimité et une autorisation pour effectuer les arbitrages. De ce point de vue, la gestion du bloc de chirurgie, repose sur deux ambigüités fortes articulées l'une à l'autre (Bercot, 2006). La première ambiguïté concerne la place du chirurgien, la seconde le rôle du cadre infirmier gestionnaire du bloc.

3. La question du territoire, une ambigüité à lever pour appuyer le changement d'organisation

Nous venons de voir que pour faciliter le travail des salariés du bloc, la question fondamentale apparait être celle de la régulation des temporalités ; elle détermine les modalités d'occupation des locaux et la constitution des équipes d'intervention. Cette prévision dépend de la manière dont les chirurgiens respecteront leurs engagements de programme opératoire. Freidson (1984) a montré comment les médecins et leurs confrères respectent leurs territoires spécifiques d'intervention marqués par les frontières de leur service de spécialité. Le bloc n'est pas un service dépendant d'une spécialité ou d'un chirurgien, il constitue une plateforme mutualisée. La question de la direction du bloc se pose donc en des termes quelque peu différents. Néanmoins la place du chirurgien par rapport au bloc est ambivalente et encore mal éclaircie pour les acteurs. Ils sont au centre de l'activité des blocs puisque le fonctionnement

des blocs tire son sens de l'activité des chirurgiens. Les chirurgiens s'y sentent d'ailleurs *chez eux* dans la mesure où ils y assurent le cœur de leur métier –l'intervention-. La plupart d'entre eux interviennent toujours dans les mêmes salles, ont le sentiment que celles-ci leur appartiennent et souhaitent pouvoir en disposer à loisir. Cette posture est liée à l'instabilité et au risque partie intégrante de l'acte du chirurgien. Ce risque et la tension qui l'accompagne peuvent être minimisés si l'environnement physique est bien connu et fiable. Les chirurgiens insistent à la fois sur la compétence du personnel avec lequel ils souhaitent intervenir et sur la familiarité construite au fil des interventions. Elle permet par exemple de favoriser une meilleure compréhension avec les infirmières, d'être entouré de personnes qui connaissent les exigences et les problèmes liés à certaines interventions…ou à certains chirurgiens. Il apparait que pour une infirmière servir signifie à la fois servir une intervention et un chirurgien avec ses habitudes, ses exigences. Le service porte tout à la fois sur le factuel et sur le relationnel. Les deux dimensions apparaissent intriquées. Une cadre infirmière ainsi nous parlera des infirmiers anesthésistes en soulignant qu'ils ne sont que rarement affectés à un seul chirurgien, qu'ils « sont moins à la main du chirurgien que les IBODES. » Cette image forte, montre qu'en épousant l'empreinte de la main du chirurgien, elle est un appui essentiel du geste de celui-ci. On ne peut non plus ignorer les relations fortes et de dépendance réciproque qui peuvent se créer dans les contextes d'intervention créant ainsi un lien spécifique entre infirmières et chirurgiens. Ainsi, pendant longtemps les infirmières de bloc n'étaient autres que les épouses ou les secrétaires particulières des chirurgiens et les « servaient » régulièrement dans chacune de leurs interventions. Des rapports de genre se mêlent à l'évidence à ces dimensions factuelles « de service » (Cassell, 2000)[6].

Des exigences spécifiques s'appliquent également à d'autres personnels. Ainsi, dans un hôpital du nord, le responsable du service de radiographie évoquait la difficulté de changer le personnel travaillant en bloc opératoire. Le service radiologie voulait faire évoluer son organisation afin de rendre plus souple l'affectation au bloc opératoire ; l'idée était de renforcer le nombre de personnes pouvant aller au bloc afin de gérer les absences. Cependant l'intégration des nouveaux ne s'est pas bien faite.

> *« Les chirurgiens n'aiment pas les nouvelles têtes. Il faut avoir une dextérité avec l'ampli, être rapide dans ce que l'on réalise. En cours d'opération, il s'agit d'installer rapidement et bien l'appareil au-dessus du patient pour faire la radio en direct. Il faut réagir rapidement pour tenir compte du temps et de la difficulté du geste opératoire.*
>
> *Il faut intérioriser la rapidité, de plus l'opération est impressionnante pour le radiologue. Dans la formation du radiologue on effleure la radio au bloc : 4 heures d'enseignement, on ne connaît pas, il faut se former* (responsable service radiologie).

Ici une même équipe de radiologie était traditionnellement dédiée au bloc, il y avait donc un confort pour le chirurgien car il travaillait avec quelqu'un qui connaissait les gestes, savait anticiper et être rapide. Le manipulateur qui intervient au bloc doit pouvoir connaitre

[6] Cassell Joan 2000, Différence par corps : les chirurgiennes. *Cahiers du genre*, 29, p. 53-81

l'enchainement des autres actes qui entourent le sien. L'élargissement du nombre de radiologues pouvant aller au bloc s'est accompagné de fiches permettant de former les nouveaux et les évaluer. Ces fiches décrivent comment s'installer, positionner le matériel, travailler en asepsie ; la formalisation des règles de fonctionnement permettra aux seniors de former les jeunes.

On le voit, il existe un rapport du chirurgien à cet espace qu'est le bloc qui tend à en faire un territoire familier, voire un territoire propre. Cependant les chirurgiens sont aussi *extérieurs au bloc* dans la mesure où leur service d'appartenance est celui du service d'hospitalisation. Ils représentent et défendent donc en outre des intérêts et des points de vue liés à leur spécialité.

Chacun d'entre eux n'a ni la vision d'ensemble du bloc, ni la responsabilité de son fonctionnement. Si des salles et des moyens sont mis à leur disposition, elles le sont, dans une optique de rationalisation, et s'inscrivent dans un programme permettant à la direction du bloc d'organiser l'environnement (mise à disposition du personnel compétent et du matériel aseptique) et d'utiliser au mieux le temps d'occupation des salles. C'est la raison pour laquelle les salles sont mutualisées par les directions du bloc, pour des spécialités requérant le même type d'infrastructure de base (outils et disposition de salle).

De nombreux exemples nous ont été donnés, montrant que l'objectif des cadres infirmiers du bloc est de maximiser le temps d'opération en tenant compte des différentes contraintes.

> *« Il arrive ainsi que le régulateur fasse un changement de salle pour une opération afin de permettre au chirurgien d'enchaîner ses opérations sans être bloqué par un nettoyage de salle.*
>
> *Autre exemple : les programmes de traumatologie durent longtemps. S'il n'y a pas suffisamment de personnel pour le nettoyage, le chirurgien peut occuper successivement 3 blocs. On change le chirurgien de salle pour qu'il puisse enchaîner ses opérations et qu'il y ait la possibilité de nettoyer après chaque intervention. « Entre deux opérations si on change de salle on gagne les 20 minutes de nettoyage plus l'installation de l'anesthésie ; le chirurgien gagne ainsi ¾ heure facile… » (cadre infirmier).*

De ce fait, la gestion des blocs se situe toujours en tension entre deux points de vue : d'un côté, la volonté de chaque chirurgien d'opérer à certains moments, d'étendre éventuellement ses plages d'opérations, d'imposer des conditions d'opération, d'un autre côté, les modalités et les critères de programmation qui génèrent des exigences propres, deux logiques professionnelles différentes entre chirurgiens et cadres infirmiers responsables du bon fonctionnement du bloc. Quelles sont les conditions dans lesquelles se construit leur prise de fonction ?

4. Les facteurs de réussite du cadre infirmier

Rappelons que dans le cadre des organisations bureaucratiques professionnelles (Mintzberg, 1983), les professionnels -ici les chirurgiens et les anesthésistes- sont responsables du fonctionnement. Cependant dans la mise en œuvre, c'est le cadre infirmier qui effectue la programmation et a délégation de responsabilité. S'il souhaite élaborer un programme fiable d'interventions, nous l'avons dit précédemment, il doit faire respecter les consignes qui figurent dans la charte. En conséquence, il demande aux chirurgiens de respecter des jours et plages horaires concernant leurs interventions, de respecter des délais dans l'information donnée au bloc, de stabiliser leurs engagements quelques jours avant l'intervention. Si certains chirurgiens se conforment régulièrement à ces demandes, d'autres modifient leurs engagements, cherchent à obtenir d'autres moments d'intervention, à modifier l'ordre des patients. Deux facteurs pèsent sur l'exercice de l'activité de cadre infirmier : la légitimité qu'il parvient à construire, les compétences qu'il met en œuvre ou qu'on lui attribue

- Premier facteur, la construction d'une légitimité

On constate des décalages entre le prévisible et le réel ; quelles en est la source ? Un programme opératoire peut être perturbé par l'urgence mais de l'avis de l'ensemble des acteurs, ce n'est pas l'urgence qui pose problème car –sauf urgence vitale exceptionnelle-, l'urgence occupe une place dédiée en fin de programme journalier. Les décalages s'expliquent plutôt par un non respect des horaires de la part des chirurgiens ou des anesthésistes ou par le fait que les chirurgiens qui proposent une programmation d'intervention ne tiennent pas toujours compte des différents temps. Ce sont alors les cadres infirmiers du bloc qui interviennent pour rappeler la manière dont doit être calculé le temps d'intervention en y intégrant les temps d'activité des autres salariés, avant et après l'intervention chirurgicale. Il existe donc assez simplement un non respect des règles et des consignes.

Confronté à ce que l'on peut nommer un acte d'indiscipline, le cadre infirmier entreprendra d'argumenter rationnellement (Weber, 1971) d'affirmer la règle, de montrer que le changement demandé ne peut être satisfait. Cependant l'affirmation de son autorité n'est pas si facile étant donnés les différentiels de statut. Les cadres infirmiers ne se situent pas dans la même ligne hiérarchique que les chirurgiens ; ils ne sont pas non plus dans une position d'autorité vis-à-vis d'eux étant donné le prestige de la chirurgie (Bercot, Mathieu-Fritz, 2008). D'autres dimensions interfèrent sur leur place. Nous avons déjà évoqué la dimension de risque et de prestige qui entoure le travail du chirurgien. Ajoutons que le chirurgien est formé dans une perspective de prise de décision solitaire et de ce fait construit une individualité forte, socialisée à l'autorité, au respect de la hiérarchie. Il attend de la hiérarchie cadre infirmier qu'elle s'arrange et va jusqu'à présenter une requête inhabituelle et déstabilisante pour le bloc comme un signe de confiance de sa part en la compétence du cadre infirmier. Les cadres infirmiers que nous avons rencontrés ont toutes fait état de ces compromis obligés. Les désaccords peuvent facilement se retourner contre les cadres et constituer une remise en cause de leur compétence ou de leur bonne volonté.

On peut distinguer deux moments dans la construction de la légitimité du cadre infirmier : celui de la mise en place des règles et celui du quotidien. A partir d'un noyau de chirurgiens et

d'anesthésistes convaincus de la nécessité de mieux réguler le bloc, une charte est rédigée et présentée aux acteurs puis avalisée par eux. Cependant, il est important de la rendre effective et l'avenir de la régulation se joue dans les premiers conflits liés à la mise en œuvre et dans la manière dont ils vont être résolus. Le cadre infirmier ne parviendra pas seul à imposer la régulation ; il ne pourra y parvenir que si un noyau de chirurgiens devient actif pour faire respecter les nouvelles règles et assister ainsi les cadres infirmiers de leur autorité.

Les théories du changement dans les organisations montrent que des changements fondamentaux doivent être appuyés au plus haut niveau pour être mis en œuvre par les autres niveaux. De plus la sociologie des professions met en évidence l'importance du jugement du groupe des pairs pour les professionnels. Si donc on allie ces deux types de constats, on comprend que les cadres infirmiers ne peuvent réussir sans l'appui fort de certains chirurgiens qui les soutiendront lors de conflits importants. La nouvelle organisation ne parvient à s'installer que sous cette condition. Une partition se dessine au sein du groupe professionnel des chirurgiens en fonction de la place occupée dans l'organisation : ceux qui apparaissent régulateurs pour leur propre service de chirurgie, et ceux qui contribuent à la régulation de l'ensemble du bloc. Ce clivage conduit à des jeux d'alliances et des tensions avec d'autres catégories notamment les cadres infirmiers qui sont au centre du processus de régulation.

Cependant, si les premiers moments de mise en place des règles sont décisifs, le fonctionnement ne peut être lisse et de nombreux conflits surgissent à diverses occasions. Progressivement le cadre infirmier devra donc les régler lui-même car le noyau de chirurgien le plus concerné se désinvestit progressivement de la fonction d'organisation. Le cadre infirmier devra donc assez vite s'imposer car il aura à régler seul les différents.

- Deuxième facteur, les compétences

On le voit, la mise en œuvre de compétences dans le management du bloc suppose une forte personnalité. Cet extrait de notes de terrain montre les précautions mais aussi les réticences du cadre à affronter le chirurgien qui a perturbé l'activité du bloc :

> *Notes de terrain : Aujourd'hui un chirurgien a changé l'ordre des patients le jour même. En début de matinée le cadre infirmier occupant le rôle de régulateur me confie : « Le changement d'ordre du patient fout tout en l'air, le patient est descendu, le matériel installé, il faut faire remonter le patient ». Puis «C'est un abus vis à vis du patient, cela perturbe le fonctionnement de toute l'équipe. Je dois aller le voir, c'est inadmissible, je dois le lui dire ». [Il semble qu'il récapitule ses arguments et cherche ainsi à justifier son intervention]. Plus tard …, « Je n'ai rien à me reprocher, J'attends qu'il ait fini son programme sinon il va être de mauvaise humeur et çà retombe sur toute l'équipe » [on sent une peur de l'affrontement, il justifie le fait qu'il repousse l'explication, l'équipe comme lui-même encourt le risque de la mauvaise humeur du chirurgien].*
>
> *Au moment du déjeuner, le cadre infirmier n'avait pas encore abordé le chirurgien. Cela paraît difficile de faire la remarque au chirurgien et ainsi de prendre le risque*

d'entrer en conflit. Le jugement porté sur le fonctionnement est d'ores et déjà défensif « Les règles sont bêtes mais elles permettent d'avoir une rapidité, de maîtriser le temps et les rendez-vous pris entre tous » (cadre infirmier).

Si les cadres ont comme mission de faire respecter les règles collectives, ils montrent néanmoins une grande capacité d'adaptation, gage de leur bonne volonté. En effet, les récits de situation ou d'évènements mettent en évidence la volonté de rechercher des solutions pour satisfaire les demandes des chirurgiens. Le changement de programme effectué en début de journée dont nous venons faire le récit, l'illustre bien. La référence stricte aux règles ne s'applique qu'en cas d'impossibilité ou lorsque des chirurgiens détournent systématiquement et nient l'existence des modalités routinières du fonctionnement. Ainsi, même dans le cas d'une légitimité acquise, le cadre supérieur de bloc doit assumer une réorganisation permanente sur fond de tensions et de relations conflictuelles. Ses propres compétences relationnelles et de gestionnaire, sa capacité à s'imposer sont des atouts aussi importants que la légitimité acquise.

En conclusion, on perçoit la complexité de la coordination au sein des blocs opératoires. Si la formalisation de procédures et de règles est un élément indispensable pour réguler et instaurer une adéquation des moyens, cela s'avère insuffisant. La gestion des blocs interpelle bien d'autres dimensions que techniques et notamment des dimensions d'ordre symboliques et sociales. La sociologie des groupes professionnels et l'analyse des rapports de pouvoir au sein de l'organisation nous permettent de mettre à jour les modalités de construction des pouvoirs et les formes de la négociation. La légitimité des personnels qui assurent la prise en charge de la gestion est problématique et fait l'objet de multiples négociations avec différents acteurs mais plus particulièrement avec les chirurgiens qui sont au cœur du dispositif d'intervention. L'existence officielle d'une double hiérarchie se double d'une hiérarchie croisée qui ne dit pas son nom entre médecins et cadres infirmiers mais qui pèse sur la légitimité de ceux-ci.

Références bibliographiques

Bercot (R.), Mathieu-Fritz (A), 2008, *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues,* éd. Hermann, collection société et pensées.

Bercot (R.),2006,« Le bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services », *rapport de recherche, financement ONDPS,* septembre, http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/observatoire-national-demographie.

Cassell (J.), 2000, Différence par corps : les chirurgiennes. *Cahiers du genre*, 29, 53-81

Freidson (E.), 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris.

Grosjean (M.), Lacoste (M), 1999, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, Paris, PUF.

Lucas (A), Tonneau (D), 2005, Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques (rapport phase 1), mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, (www.meah.sante.gouv.fr)

Milon (A.), 2008, Sénateur, *Rapport d'information fait au nom de commission des Affaires sociales sur l'avenir de la chirurgie en France.*

Mintzberg (H.), 1983, *Structure et dynamique des organisations,* Les éditions d'organisation,

Picot (G.), 2008, cadres de santé : un encadrement individualisé à l'origine d'un rapport personnalisé avec les infirmières, in *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques,* sous la direction de I. Sainsaulieu.

Reynaud (J.D). 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin.

Sainsaulieu (I.), 2008, *Les cadres hospitaliers. Représentations et pratiques*, Lamarre.

Strauss (A), 1996, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales ».

Weber (M.), 1971, *Economie et société,* Paris, Plon.