



HAL
open science

Disparition du tableau blanc au bloc opératoire : “ Pas le mur de Berlin, mais presque ”

Nicolas El Haïk-Wagner

► To cite this version:

Nicolas El Haïk-Wagner. Disparition du tableau blanc au bloc opératoire : “ Pas le mur de Berlin, mais presque ”. *Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier*, 2022, 614, pp.135-141. hal-04053674

HAL Id: hal-04053674

<https://cnam.hal.science/hal-04053674v1>

Submitted on 14 Jun 2023

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.

MOTS CLÉS

Bloc opératoire
 Changement
 organisationnel
 Résistance
 Identité professionnelle
 Programme opératoire
 Sécurité ontologique
 Sociologie
 Chirurgie
 Paul-Brousse
 Ibode

réflexion

ORGANISATION

Disparition du tableau blanc au bloc opératoire « Pas le mur de Berlin, mais presque »

Au printemps 2021, à l'hôpital Paul-Brousse (AP-HP), le tableau blanc qui affichait le programme opératoire du bloc du centre hépato-biliaire est remplacé par un écran. Un changement qui a suscité des réactions vives des équipes, paramédicales notamment, rapidement qualifiées par l'encadrement de « résistances au changement ». L'auteur propose ici une lecture socio-anthropologique de « l'affaire du tableau blanc »⁽¹⁾.

Le discours sur le changement fait florès dans l'hôpital-entreprise contemporain. Derrière les difficultés et maux de l'hôpital public se nicherait un vaste problème organisationnel et d'efficience, une lecture techno-gestionnaire où le numérique et l'innovation constituent autant de « valeurs cardinales » mais qui occulte le manque de moyens humains ou financiers⁽²⁾. Dans ce paradigme, tout comportement dubitatif ou peu favorable à une évolution est rapidement qualifié de « résistance au changement », une expression qui tend à dévaluer *ipso facto* de telles conduites, considérées comme le symptôme d'un archaïsme, de l'irrationalité ou du corporatisme contre-productif d'une minorité. Le concept de résistance au changement est d'autant plus problématique qu'il n'a jamais été opérationnalisé et que les manifestations auxquelles il renvoie apparaissent bien plus vastes et signifiantes⁽³⁾.

Nous revenons ici sur un événement qui a marqué au printemps 2021 le début d'un terrain ethnographique pour notre thèse de sociologie sur les transformations contemporaines de l'activité opératoire : le remplacement du tableau blanc figurant le programme opératoire hebdomadaire du bloc par un écran d'ordinateur relié à un logiciel de gestion patient. Ce

changement, organisationnel autant que de pratique professionnelle, a suscité de vifs débats et un émoi certain au sein du personnel paramédical, conduisant à des mobilisations collectives et des réactions affectives particulièrement fortes le jour de l'enlèvement du tableau blanc. L'évènement nous a souvent été présenté comme l'exemple paradigmatique des « résistances au changement » ayant cours au bloc opératoire. Aussi nous est-il paru intéressant d'en interroger plus profondément les significations, de surcroît alors que les recherches en sciences sociales sur l'hôpital tendent à privilégier les changements structurels majeurs, au détriment de la pluralité de « petits changements » qui affectent le travail quotidien des équipes.

Résistance au changement, vacuité d'un concept

Les théories du changement ont longtemps déconsidéré les circonstances, facteurs et processus d'adhésion au changement. Ainsi du modèle du psychologue Kurt Lewin (1951), qui décrit le changement comme la résultante de trois phases – abandon des gestes professionnels (décristallisation),

**Nicolas
 EL HAÏK-WAGNER**
 Doctorant en sociologie
 Laboratoire Formation
 et apprentissages
 professionnels
 (EA 7529)
 Conservatoire national
 des arts et métiers
 Contrat doctoral
 avec Sham

expérimentation des nouveaux réflexes (transition) et transformation des nouvelles pratiques en automatisme (recristallisation)⁽⁴⁾. Longtemps hégémonique, ce modèle sous-tend que le changement de pratiques conduit à un changement d'attitudes, une perspective aujourd'hui déconsidérée par la psychologie.

Depuis les années 1950, les tenants de l'école de Chicago invitent plutôt à une approche systémique et interactionniste du rapport au changement. Plaçant la communication interpersonnelle au centre, ces théoriciens soulignent combien tout comportement humain a une valeur communicative et insistent sur l'importance des relations de l'individu avec son environnement, plutôt que sur l'interprétation de sa personnalité ou de ses dires. Plutôt que d'investiguer les causes profondes d'une situation, il importe pour ces derniers de partir du présent, des comportements des acteurs, et d'en comprendre la résonance interne, soit le sens donné aux relations en fonction du type d'activités de l'organisation. Ces conceptions ont infusé les approches désormais dominantes dans

les sciences sociales quant à l'étude du changement dans l'univers professionnel, parmi lesquelles nous retiendrons la psychodynamique du travail et la sociologie des organisations. Depuis les années 1970, la psychodynamique du travail propose, pour reprendre les termes du psychiatre Christophe Desjours, une « analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail⁽⁵⁾ ». Soulignant combien le pouvoir n'est pas un attribut mais une relation, la sociologie des organisations est venue quant à elle insister sur les jeux de pouvoir, montrant combien les acteurs ne partagent pas toujours les objectifs de leur structure et cherchent bien souvent, en dépit des contraintes et d'une rationalité limitée, à maintenir voire développer la marge de manœuvre dont ils disposent. Alors que tout changement vient déstabiliser ces lignes de pouvoir informelles, la position des acteurs dépend ainsi largement de l'évaluation qu'ils font du changement par rapport à leurs acquis. Plus récemment, dans la lignée du psychosociologue Karl E. Weick, un courant insiste plus particulièrement sur la construction de sens individuelle et collective inhérente au processus de changement.

C'est à un renversement de postulat que nous sommes ainsi appelés. Plutôt que de disqualifier celles et ceux qui sont réfractaires au changement, c'est l'initiateur du changement qui est considéré comme producteur de résistance, du fait d'un manque de légitimité, de pédagogie ou de concertation sur ledit projet. La résistance au changement apparaît dans ce cadre comme une ressource, le témoin rationnel d'un problème ou d'un risque perçu au changement, le signe d'un

NOTES

- (1) L'auteur remercie Fred Baitinger et Gérard Dubey, ainsi que les infirmières du CHB pour leurs précieux retours sur cet article.
- (2) F. Pierru, P.-A. Juven, *La Casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Éditions Raison d'agir, 2019.
- (3) A.-M. Duclos, « La résistance au changement : un concept désuet et invalide en éducation », *Psychologie et éducation*, 2015, n°1, p. 33-45.
- (4) K. Lewin, *Field theory in social science*, Harper & Row, 1951.
- (5) C. Desjours, E. Abdoucheli, « Itinéraire théorique en psychopathologie du travail », *Prévenir*, 1990, n°20, p. 27-149.



© Maryse Faury

engagement des acteurs dans celui-ci autant que la source de potentielles pistes pour l'améliorer⁽⁶⁾.

Le tout doit être pris en considération dans le contexte spécifique de l'hôpital et du bloc opératoire. Bureaucratie professionnelle, l'hôpital présente notamment une forte autonomie du centre opérationnel (médecins et soignants), une identification des professionnels de santé à leur profession plus qu'à leur hôpital, et des hiérarchies parallèles (corps médical et paramédical, cadres de santé, administratifs, etc.), autant d'éléments susceptibles de rendre les professionnels de santé peu enclins à accéder aux changements promus par la direction ou la technostructure⁽⁷⁾. En son sein, le bloc opératoire constitue une enclave qui a été longtemps dotée d'une autonomie organisationnelle importante et d'une culture forte, véritable communauté endogène où les solidarités comme les identités professionnelles se tissent moins dans les interactions avec le patient, inconscient la plupart du temps, que dans un rapport intra et interprofessionnel⁽⁸⁾. Si, au sein de l'hôpital, le bloc a concentré ces dernières décennies un grand nombre de changements organisationnels, notamment liés au tournant gestionnaire de l'hôpital (démarche de qualité et sécurité des soins, optimisation du fonctionnement, etc.), il constitue de fait un monde communautaire aux usages très codifiés, et l'on rappellera que la chirurgie est souvent décrite, pour reprendre les termes de l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, comme un milieu « aussi avide d'innovations techniques que résistant au changement socioprofessionnel⁽⁹⁾ ».

Précisons enfin combien le programme opératoire constitue, au sein du bloc, la convergence d'enjeux multiples : point d'interface entre la demande de soins et l'offre médico-soignante, point de rencontre entre les urgences chirurgicales et la faisabilité anesthésique, mais aussi enjeu de divergences entre ceux qui veulent « finir leur journée » et ceux qui veulent « finir leur programme » et point d'accrochage entre les légitimités et rhétoriques professionnelles du monde médical et celles du monde administratif (cadres de bloc). Symbole pour certains de la rationalisation des soins et de la perte de sens induite par les récentes réformes de l'hôpital, le programme opératoire est de fait l'objet de discussions passionnées et d'implicites transactions en coulisses, et constitue un des principaux outils de travail des cadres ou infirmiers régulateurs, qui s'astreignent à en maintenir la « maîtrise, stabilité et régularité⁽¹⁰⁾ » malgré les multiples aléas de l'activité quotidienne.

Cas d'étude : la disparition du tableau blanc au bloc opératoire du CHB

Le contexte du bloc où se déroule notre terrain – le centre hépato-biliaire de l'hôpital Paul-Brousse (Villejuif, AP-HP) – se doit d'être précisé. Il s'agit d'un petit bloc de CHU (cinq salles), mono-disciplinaire (chirurgie hépato-biliaire), où le turn-over des équipes s'avère faible et les relations interpersonnelles particulièrement fortes. Les équipes y sont portées par une culture de l'excellence et du dépassement de soi, liée au rayonnement historique de l'établissement, pionnier dans l'avènement de la transplantation hépatique.

« Le bloc opératoire, une communauté endogène où les solidarités comme les identités professionnelles se tissent moins dans les interactions avec le patient, inconscient la plupart du temps, que dans un rapport intra et interprofessionnel. »

Jusqu'au printemps 2021, le programme opératoire hebdomadaire (nature de l'intervention et durée prévisionnelle, identité du patient et des personnels affectés en salle, etc.) était indiqué sur un grand tableau blanc, mesurant plusieurs mètres de long et présent depuis la construction du bâtiment, au début des années 1990. Un protocole tacite voulait que le remplissage du tableau incombe aux infirmiers/ères de bloc opératoire diplômés/es d'État (Ibode) de garde le week-end. Ces derniers/ères se trouvaient ainsi en mesure de se positionner et de positionner leurs collègues sur les interventions programmées, les infirmiers/ères anesthésistes diplômés/es d'État (Iade) se chargeant ensuite de faire de même concernant leurs collègues. Le tableau blanc servait plus largement pour les cadres et les infirmiers/ères d'outil de transmission de l'information, en sus du cahier de bloc ; y étaient notamment consignés les prélèvements de greffons en cours, la présence de représentants commerciaux ou stagiaires, les problématiques liées au matériel (indisponibilité, rupture de stock, etc.).

Dans la continuité du programme de transformation numérique initié par l'AP-HP, qui s'articule notamment autour du déploiement d'un dossier patient unique par le biais de la solution Orbis, il a été décidé que ce tableau blanc serait remplacé au profit d'une solution standardisée et respectueuse du nouveau cadre réglementaire en matière de traitement et protection des données (RGPD). Ce changement, émanant

NOTES

(6) J.D. Ford, L.W. Ford, A. d'Amelio, "Resistance to change: The rest of the story", *Academy of Management Review*, 2008, 33, 362-377.

(7) H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

(8) I. Sainsaulieu, « Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital », *Revue suisse de sociologie*, 2009, vol. 35, n°3, p. 551-570.

(9) M.-C. Pouchelle, « La robotique en chirurgie cardiaque », *Communications*, 2007, vol. 81, n°1, p. 183-200.

(10) I. Sainsaulieu, *Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital*, op.cit., p. 562.

d'impératifs issus de l'organisation centrale, a été impulsé au bloc opératoire par une nouvelle cadre de santé, dans la continuité d'une réorganisation plus large – redéfinition du circuit du propre et du sale, changement de certaines normes d'instrumentation – décrite comme déstabilisante par les équipes.

Notre propos repose sur des séquences d'observations ethnographiques menées au printemps et à l'automne 2021 au bloc opératoire, et sur 28 entretiens semi-directifs réalisés au printemps avec l'ensemble des parties prenantes du bloc (chirurgiens/nes, infirmiers/ères, anesthésistes, aides-soignants/es, cadre de santé, secrétaires, etc.). Les entretiens avec huit Ibode et une cadre de santé sont tout particulièrement mobilisés ici⁽¹¹⁾.

Des difficultés d'usage avérées

Au CHB, la disparition du tableau a été diversement appréciée par les équipes paramédicales. Pour certaines Ibode, notamment les plus novices dans le service et celles passées par d'autres blocs, moins accoutumées à ce tableau, aux rituels associés et qui avaient connu des blocs où la solution Orbis était déjà déployée, le changement n'a pas été particulièrement impactant. Ainsi que l'explique l'une d'elles, « je n'étais pas là depuis très, très longtemps, donc je n'avais pas une grande habitude des tableaux blancs et je n'y étais pas attachée autant que certaines personnes. Ça m'était plutôt égal en fait, ça m'était égal. Je n'avais pas de grandes attaches avec ces tableaux blancs. Effectivement, je trouvais ça pratique de pouvoir rajouter des informations à la main, mais j'avais connu des blocs où il n'y avait pas de tableaux comme ça, donc ça ne me choquait pas ».

Certaines infirmières évoquent les avantages offerts par la nouvelle solution, en matière d'efficacité (remplissage moins chronophage), de lisibilité et de validité des informations.

Pour d'autres membres du bloc – notamment des Ibode et Iade disposant d'une certaine ancienneté dans le service –, ce changement a été vécu plus difficilement. Les griefs rapportés étaient multiples :

une perspective uniquement journalière (et non plus hebdomadaire), offrant une moindre possibilité de projection dans le temps, un accès plus complexe aux changements affectant le programme opératoire (déplacement d'intervention, changement d'opérateur ou du personnel affecté en salle, etc.), le caractère lacunaire de certains éléments (par exemple l'absence de mention des personnes attribuées en salle), des difficultés liées à l'utilisation du nouvel écran (bugs fréquents, actualisation régulière nécessaire avec une souris d'ordinateur pour éviter l'extinction de l'écran, etc.). Comme l'explique une Ibode, « c'est dommage qu'on n'ait plus la vue sur la semaine, à part ça... Et puis, sur le tableau blanc, on voyait les changements. Parce que là, on voit, sur le début de semaine, un tas d'opérations, et puis tout d'un coup, y'en a moins, ça a disparu ; "tiens, qu'est-ce qui est arrivé ?" Parce qu'avant, c'était rayé, reporté, on savait les causes, alors que là, tout d'un coup, ça a disparu. On ne sait pas pourquoi. C'est un peu dommage. On s'habitue hein, et... Et puis cet écran, il faut toujours, toujours essayer de l'actualiser. Au moins, le tableau, il était écrit, il était écrit quoi, là, si tu ne vas pas remuer la souris, ça disparaît. Mettre deux lignes de code pour ravoiler l'écran, c'est chiant. L'informatique, c'est bien, mais des fois, c'est chiant hein, c'est chiant ».

En reprenant le modèle d'acceptation de la technologie, qui vise à prédire l'utilisation d'une application informatique par un utilisateur, certains critères semblent avoir été déconsidérés lors du déploiement de la solution, parmi lesquels la pertinence de la solution pour le travail à effectuer, la facilité d'utilisation perçue, le degré de qualité perçue du travail réalisé en ayant recours à la solution, ou encore la perception du contrôle externe, soit le niveau de soutien organisationnel et technique dont un utilisateur pense pouvoir bénéficier en utilisant la solution⁽¹²⁾. Néanmoins, les difficultés d'usage rapportées ici, et le défaut d'information et de pédagogie sur les motivations de ce changement, largement souligné par les personnes interrogées, ne sauraient expliquer selon nous la vivacité des réactions. Ainsi que le relate la cadre qui a piloté ce changement : « Vraiment, ils l'ont vécu comme... Ah oui ça a été dramatique aussi pour l'équipe chirurgicale, pour l'équipe de panseuses. Ça a été un drame de passer à tout, à 100 % digital. Pour elles, elles avaient la relique, le tableau blanc sur lequel on écrit des gribouillis, et moi je supportais pas ça. [...] Mais le jour de son départ, c'était quelque chose [rires]. Le jour où ils l'ont démonté, ça a été quelque chose [rires]. [...] Elles étaient là, à prendre en photo, à s'agripper au tableau. Mais pourquoi Madame [nom de la cadre] ? Mais vous êtes sûre, on ne peut pas mettre le tableau et les écrans ? La négociation jusqu'au bout, les chirurgiens aussi ! »

La perte d'un aiguillon, synonyme de prise et maîtrise temporelle

La profession infirmière oscille historiquement, observe le sociologue François Dubet, entre une « volonté d'arrachement au modèle charitable et religieux » qui l'a vue naître et une attirance contrariée pour le modèle technicien de la médecine scientifique, dont elle ne fait pas pleinement partie et qui peut s'avérer antithétique aux valeurs du *care* qu'elle incarne⁽¹³⁾. Au

NOTES

(11) Merci à Clément Cormi, doctorant en sciences pour l'ingénieur, qui a réalisé certains de ces entretiens et avec qui l'auteur a conduit une première analyse de ces données.

(12) V. Venkatesh, H. Bala, "Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions", *Decision Sciences*, 2008, 39(2), 273-315.

(13) F. Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Le Seuil, 2002, p. 200.

sein d'un champ infirmier désormais fragmenté, notamment par des dynamiques de professionnalisation croissante, les Ibode incarnent le pôle technicien. Cette dimension technique et les compétences acquises par le surcroît de formation sont au cœur de la rhétorique de la profession, et souvent opposées au relationnel avec les patients et les familles des services classiques, vécu comme peu valorisant, source d'un travail émotionnel conséquent et usant, une forme de *dirty work*⁽¹⁴⁾ (sale travail) contre lequel un certain nombre d'Ibode semblent construire leur identité professionnelle.

Si cette dimension technique du métier d'Ibode (asepsie, instrumentation, manipulation des machines, etc.) est évidente dans le quotidien de l'activité du bloc, le travail réel des Ibode nous semble tout autant se construire sur l'idée de conjurer la désorganisation et de créer un peu de stabilité, de facilité, de sécurité dans un environnement sur-sollicitant, où l'incertitude s'avère au cœur de l'opération chirurgicale. « Le job de la circulante, c'est d'avoir deux temps d'avance sur la chirurgie, l'instrumentiste, un temps d'avance » constitue ainsi un *motto* qui nous a souvent été répété au bloc.

Dans ce contexte, le rôle du programme opératoire est loin d'être anodin. Sa situation spatiale au CHB témoigne du point nodal qu'il revêt : au milieu du couloir conduisant aux cinq salles du bloc, à deux pas des escaliers amenant vers les vestiaires et d'où arrivent les équipes, en face du bureau des cadres et de la secrétaire de bloc, proche des couloirs d'où convergent les brancardiers et aides-soignants. Il est de fait immanquable et aisément consultable au cours des multiples déplacements entre salles qui caractérisent l'activité du bloc.

Consulter le tableau blanc pour connaître les interventions en cours et à venir, savoir où sont affectés les collègues, les raisons pour lesquelles tel congélateur est en panne ou telle pince monopolaire est en rupture de stock constitue un geste professionnel des plus rudimentaires et récurrents au bloc, souvent même le premier réalisé par les équipes à leur arrivée. La lecture du tableau blanc et la consignation d'informations sur celui-ci, à destination du reste des équipes, s'avèrent ainsi aussi bien une forme d'automatisme et un rite matinal d'arrivée qu'un geste professionnel favorisant le partage et la transversalité des informations, une manière de lutter contre les rumeurs et autres formes de « contagion émotionnelle⁽¹⁵⁾ » qui ont souvent cours au bloc, ainsi qu'une forme d'entraide informelle pour aider les collègues à ne pas se faire « engueuler » sur le vif du champ opératoire par le chirurgien.

C'est au vu de ces multiples usages routiniers que l'on peut comprendre l'insistance des infirmières, au cours des entretiens, sur la dimension pratique, fluide, efficace d'un tableau de surcroît moins prompt aux bugs et dysfonctionnements techniques que les nouveaux écrans. Mais aussi la sortie de sa zone de confort, la désorientation, au sens premier, spatial, comme au sens métaphorique, induite par sa disparition. Ainsi d'une Ibode nous décrivant ses collègues Iade comme perdus et déboussolés : « Les Iade, qui ont l'habitude de voir le tableau, et là il n'y est plus, ils ne savent pas où aller, ils demandent à qui ? Ils demandent à nous... », déplorant par la même occasion qu'on leur assigne ainsi un rôle de « secrétaire » et « standardiste » jugé dévalorisant.

« L'affaire du tableau blanc : quand la prise de décision horizontale et sans consultation des parties prenantes se double d'un manque d'explicitation des motivations du changement.

... mais aussi d'un espace interstitiel de sociabilités

On ne saurait toutefois réduire la consultation et la modification du tableau blanc à un banal geste d'efficacité professionnelle. Tout geste constitue une manière d'engager son corps dans les activités, et ce recours aux techniques du corps, cette médiation par la technique est l'une des voies d'objectivation de notre identité, celle-ci ayant continuellement besoin d'une « authentification échappant à la subjectivité⁽¹⁶⁾ ». De fait, loin d'une banale remise en cause d'une action individuelle, « en prônant un changement de gestes dans le travail, on bouleverse une modalité d'inscription du sujet dans la société et, au-delà, on atteint jusqu'à la personne et à son identité⁽¹⁷⁾ », remarquent Christophe Desjours, Pascale Molinier et Dominique Dessors, soulignant combien ces techniques du corps sont pour beaucoup inconscientes.

De fait, le tableau blanc s'avérait un repère spatio-temporel et un important espace de socialisation (notamment à l'arrivée des équipes tôt le matin, au moment de la préparation des salles avant arrivée des chirurgiens et induction anesthésique des premiers patients), le témoin de solidarités et d'interventions collectives et démocratiques, qui apparaissent d'autant plus flagrantes face au sentiment de passivité et d'impuissance provoqué par l'écran. Le tableau blanc était en un sens la machine à café du bloc, une zone de « travail/non-travail », un espace interstitiel où la banalité des échanges du quotidien se mêle à l'intime des confessions et aux débats sur les pratiques professionnelles, le tout s'avérant un puissant vecteur de la « fabrique de l'équipe⁽¹⁸⁾ ».

NOTES

(14) E.-C. Hugues, *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Éditions de l'EHESS, 1997.

(15) E. Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Éditions de Minuit, 1968.

(16) C. Desjours, P. Molinier, D. Dessors, « Comprendre la résistance au changement », *Documents du médecin du travail*, INRS, 1994, n°58, p. 113.

(17) *Ibid.*

(18) P. Fustier, « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012, n°14, p. 85-96.

ancestrales – remises en cause pour certaines aujourd’hui pour des raisons d’efficacité ou d’inadéquations avec les nouveaux impératifs sanitaires – qui ont fait l’excellence du service, qui ont été bâties et développées par une équipe toujours en place et qui ne sauraient être remises en cause sans susciter des protestations certaines.

Remaniements du pouvoir infirmier

Par ailleurs, les ritualités dominicales évoquées initialement concernant l’attribution des personnes en salle par l’intermédiaire du tableau blanc constituaient de fait un espace, maigre mais non moins précieux, de pouvoir pour les Ibode. Pouvoir d’aiguilleur, ainsi que le qualifient les sociologues des organisations Michel Crozier et Erhard Friedberg, soit la maîtrise des flux d’information, le pouvoir de diffuser, mais aussi de dévier ou changer la nature de l’information (qu’ils distinguent notamment du pouvoir lié au savoir, détenu par l’expert, et de la maîtrise des relations avec l’environnement, détenu par le marginal sécant)⁽¹⁹⁾. C’est ainsi que l’on peut comprendre certaines des frustrations engendrées par les nouveaux écrans : avec la nouvelle solution, les Ibode n’ont pas les accès leur permettant par exemple de changer la salle d’une intervention, ce qui induit non seulement la perte d’un micro-pouvoir décisionnaire, mais aussi une désorientation des acteurs du bloc lorsqu’un changement de salle du jour pour le lendemain (par exemple intervenu en dehors des horaires de travail) ne peut être explicitement indiqué aux yeux de tous.

C’est peut-être à l’aune de cette triple crise – perte d’un espace de sociabilisation, identité collective remise en cause, règles du pouvoir infirmier altérées – que l’on peut comprendre les vives réactions de certains des acteurs – chirurgiens/nes comme infirmiers/ères – telles que la cadre nous les relate : « C’est vraiment un bout du CHB qui part, un morceau du CHB qui part » ; « Avec vous, une page se tourne », « C’est pas le mur de Berlin, quoi, mais presque ». Et de fait, suite à des négociations, le tableau blanc n’a pas été jeté, comme initialement prévu, mais conservé dans les archives du CHB, certains considérant qu’il pourrait un jour rejoindre un musée.

Une identité paul-broussienne en danger ?

Il est également important d’insister à ce stade sur le fait que ce tableau blanc constituait pour beaucoup l’un des multiples tenants d’une identité « paul-broussienne » particulièrement forte. Si, ainsi que le remarque Ivan Sainsaulieu, « il n’est pas de lieu hospitalier où les soignants disent plus “nous” que dans un bloc opératoire », l’identité collective du CHB apparaît particulièrement prégnante, inséparable des différentes prouesses chirurgicales qui ont ponctué son histoire : première greffe mondiale d’un enfant avec un foie d’adulte réduit en 1984 et premier programme de transplantation à donneur vivant d’adulte à adulte en 2002, pour ne citer que deux exemples. De fait, le tableau blanc, présent dans le service avant même la création du bâtiment dédié (en 1993), semblait incarner aux yeux de certains une forme de continuité historique, le sentiment de poursuivre la même aventure, sans rupture, marquée par des routines

NOTE

(19) M. Crozier, E. Friedberg, *L’Acteur et le système : les contraintes de l’action collective*, Éditions du Seuil, 1981.



» ZOOM La Chaire de Philosophie à l’hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d’expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l’alliance efficace des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s’articulent autour de cinq pôles : philosophie clinique et

savoirs expérimentiels - Santé connectée et intelligence artificielle - Design capacitaire - Résilience et clinique du développement - Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

Les prochains articles publiés par *Gestions hospitalières* porteront, entre autres sujets, sur les dynamiques d’innovation au bloc opératoire, les impacts architecturaux de la densification des soins, l’intelligence artificielle, les preuves de concept (ou POC), le rôle de la médecine narrative dans la prévention du *burn-out* des soignants, toujours sous un angle philosophique, anthropologique et sociologique, avec une approche théorique couplée à un retour d’expérience. www.chaire-philo.fr



Les petits actants, vecteurs de sécurité ontologique au bloc

Cette tentative d'analyse nous semblerait toutefois incomplète sans nous interroger sur le rôle plus profond que joue le tableau, au même titre qu'un certain nombre d'objets matériels, non humains, au bloc opératoire. Les objets ont une vie sociale nous dit l'anthropologue américain Arjun Appadurai, invitant à ne pas considérer les marchandises comme les seuls supports de transactions économiques, mais à en retracer la richesse de leur existence sociale et culturelle⁽²⁰⁾. Appadurai est l'une des incarnations d'un tournant des sciences sociales amorcé depuis les années 1980 et visant à rompre avec le prisme constructiviste et symbolique hégémonique pour se (re)tourner vers l'aspect matériel des choses, mais aussi les composantes affectives et émotionnelles de nos expériences quotidiennes. Tout n'est pas seulement enjeu de construit social ou de rapport de pouvoir, en somme, mais aussi – entre autres – d'interactions, tantôt souhaitées, tantôt fortuites, avec les petits actants⁽²¹⁾ qui peuplent nos quotidiens.

Or, dans ce système sociotechnique complexe et peu intégré qu'est le bloc, nombreux sont ces petits objets, petites machines, qui accomplissent un rôle certain dans l'organisation ou la provision des soins et auxquels les équipes vouent un attachement affectif certain. Ce sont les « ciseaux merveilleux » ou la « pince miracle » parfois demandés par les opérateurs aux instrumentistes, dans un fétichisme de l'instrument dont Pouchelle remarquait qu'il « renvoie non seulement à leur identité professionnelle [des chirurgiens], 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⁽²²⁾ ».

Mais ce sont également les couvre-chefs de bloc – calots *vs* cagoules, en tissu ou jetable, etc. –, objets de débats fréquents témoignant des rares interstices de pudeur et d'intimité au bloc, ou bien encore les portes coulissantes des salles de bloc, pour lesquelles certaines infirmières développent d'intrigantes typologies – la « fonctionnaire », la « paresseuse » – selon leur degré de coulissement. Cette sensibilité, cet attachement affectif parfois fort au matériel, au non-humain, est souvent exposé avec humour ; ainsi d'infirmiers/ères ou chirurgiens/nés évoquant en termes anthropomorphiques le robot avec lequel ils/elles travailleraient le lendemain : « Oublie pas de lui faire la bise, hein ! » Or, loin d'être complètement anecdotique, il nous semble dire quelque chose du besoin de ritualités et routines sécurisantes vectrices d'appropriation, de stabilité et d'une forme de sécurité ontologique dans un environnement de stress chronique.

Le sociologue britannique Anthony Giddens évoque ce concept de sécurité ontologique pour qualifier, face aux ambivalences et anxiétés que représente l'avènement de la modernité, la confiance que tout un chacun possède dans la permanence de son identité et dans la continuité environnementale (sociale, matérielle) dans lesquels nous évoluons⁽²³⁾. Face à l'incertitude du quotidien, retrouver les ciseaux magiques, la porte paresseuse ou le tableau blanc nous semble ainsi constituer le creuset d'une forme de sécurité psychique, d'autant plus nécessaire dans un lieu clos où le combat

quotidien pour braver la mort semble devoir être synonyme pour beaucoup d'un surcroît de blindage émotionnel.

Conclusion

L'affaire du tableau blanc apparaît comme un cas d'école sur les limites des approches organisationnelles *top-down*, où la prise de décision horizontale et sans consultation des parties prenantes se double d'un manque d'explicitation des motivations du changement, conduisant à des frustrations et résistances, mais aussi à de multiples rumeurs et à une contagion émotionnelle vive. Elle est aussi un démonstrateur des perpétuelles stratégies de contournement de la base – en l'occurrence, précisons par exemple qu'un petit tableau blanc a fini par être annexé aux écrans, afin qu'y soient consignées toutes les informations annexes que la solution Orbis ne peut indiquer ou pour lesquelles les Ibode n'ont pas les accès informatiques.

Mais on le voit aussi, le tableau blanc était bien plus qu'un simple canal de diffusion du programme opératoire. Tour à tour outil démocratique et espace interstitiel de partage entre professions, précieux aiguillon de prise sur le réel et de maîtrise temporelle dans un espace d'incertitude perpétuelle, élément d'affirmation d'un pouvoir infirmier autant que symbole d'une identité collective historique de service, les particules de bois agglomérées et le mélaminé composant le tableau, certes moins lourds que les gravats du mur de Berlin, condensaient pour les équipes des affects pluriels et puissants. Une énième illustration du pouvoir de ces multiples « choses », certes inanimées mais non moins éveillées, dans nos vies ? ●

NOTES

(20) A. Appadurai, *La Vie sociale des choses. Les marchandises dans une perspective culturelle*, Les Presses du réel, 2020.

(21) B. Latour, « Une sociologie sans objet : remarque sur l'interobjectivité », *Sociologie du travail*, 1994, vol. 4, n° 94, p.587-607.

(22) M-C. Pouchelle, *L'Hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière*, Seli Arslan, 2008, p. 142.

(23) A. Giddens, *Les Conséquences de la modernité*, L'Harmattan, 2004.