



HAL
open science

Un regard sociologique sur la construction de l'identité professionnelle Ibode

Nicolas El Haïk-Wagner

► **To cite this version:**

Nicolas El Haïk-Wagner. Un regard sociologique sur la construction de l'identité professionnelle Ibode. Inter bloc, 2024, 43 (4), pp.158-165. <10.1016/j.bloc.2024.10.002>. <hal-05224269>

HAL Id: hal-05224269

<https://cnam.hal.science/hal-05224269v1>

Submitted on 26 Aug 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Un regard sociologique sur la construction de l'identité professionnelle Ibode

Nicolas El Haïk-Wagner

Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529)

Conservatoire National des Arts et Métiers, 292 Rue Saint-Martin, 75003 Paris.

Courriel : nicolas.ehw@gmail.com

06 81 80 28 59

Résumé

Si le segment des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (Ibode) est peu valorisé par rapport aux autres spécialisations infirmières, les professionnelles évoquent le plaisir tiré de leur engagement dans l'activité. A l'appui d'un terrain ethnographique dans deux CHU, cet article interroge la difficile construction de l'identité professionnelle Ibode, dans un contexte de domination historique persistante des chirurgiens et de rationalisation accrue de l'activité.

Mots-clés : infirmière de bloc opératoire ; identité professionnelle ; chirurgie ; sociologie ; profession ; division morale du travail ; technique ; relation de service ; articulation ; instrumentation.

Introduction

La question de l'identité professionnelle revient constamment dans le processus de professionnalisation infirmière, marqué par la volonté de s'autonomiser de la domination et de la prescription médicales (1). Ce processus oscille entre la valorisation de savoirs techniques, prestigieux mais dont l'exercice implique un étroit contrôle médical, et de savoirs relationnels, qui augurent d'une plus grande autonomie mais manquent de légitimité pour être pleinement reconnus. Au sein de la profession, les Ibode constituent un segment, c'est-à-dire un sous-groupe professionnel spécifique (2), dont l'identité est articulée autour de la technique et de la sacralité du geste chirurgical. Si la technique est gage de prestige dans l'univers médical, les Ibode ne semblent pas tirer tous les bénéfices symboliques que l'on pourrait *a priori* attendre de leur spécialisation. Ce segment apparaît moins valorisé et moins prestigieux que les autres spécialisations infirmières, comme l'anesthésie ou la pratique avancée. Les Ibode disent également avoir de moindres capacités de mobilisation collective que leurs collègues infirmières anesthésistes diplômées d'État (Iade), plus soutenues dans leurs revendications salariales par les organisations professionnelles médicales.

Les Ibode estiment être peu connues du grand public et faire les frais de représentations péjoratives de la part du reste des soignants. Leur activité est souvent associée à des tâches peu qualifiées ("ouvreuses de boîtes"), exercées sous le joug de chirurgiens jugés colériques et caractériels, face auxquels elles n'auraient d'autre choix que de "s'écraser" : aux yeux des autres infirmières, les Ibode ne seraient que les "larbins du chirurgien", pour reprendre une expression plusieurs fois mentionnée et déplorée ces infirmières. L'encadrement infirmier au bloc regrette parfois l'autodénigrement et le manque de confiance des « filles », les cadres allant parfois jusqu'à dresser avec elles la liste des compétences qu'elles peuvent faire valoir et opposer aux opérateurs. Ces stigmates tiennent à un contexte de domination historique des chirurgiens, bien décrit par l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle (3). Cette domination est autant professionnelle (niveau d'études), de classe (origine sociale) que de genre (culture grivoise et sexiste). Elle se double d'une emprise gestionnaire croissante sur l'activité. Les Ibode se plaignent régulièrement de n'être que des "pions interchangeables" au gré des desiderata de l'administration (4), de surcroît à l'heure d'une injonction accrue à la polyvalence.

Par ailleurs, si la profession a récemment conquis une série d'actes exclusifs (aide à l'exposition du patient, à l'hémostase et à l'aspiration, etc.) et obtenu l'universitarisation de sa formation (grade master depuis septembre 2022), son marché du travail reste ouvert (5) : le diplôme d'État n'est pas une condition d'exercice du métier, et l'on compterait près de 40% de « faisant fonction » Ibode dans les blocs.

Cette identité professionnelle, qui apparaît à première vue fragile, cohabite avec des vocations ancrées et un fort investissement dans l'activité, qui n'est pas sans rappeler le « *travail passionné* » décrit par les sociologues Marc Lorient et Nathalie Leroux (6). Les Ibode relèvent souvent l'évènement fondateur qui a contribué au choix du métier et leur attrait pour le caractère « *sacré* » du geste chirurgical, ainsi que le plaisir tiré de sa « *beauté* » et de « *l'ambiance particulière* » du bloc. La vocation est parfois racontée sous le sceau de la magie, au cours d'un stage révélateur. Élodie raconte ainsi avoir été appelée pour une greffe alors qu'elle était en stage de fin d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). « *Le chirurgien m'a demandé de mettre des gants, il m'a mis le foie dans les mains, et c'était fini... J'ai été imprégnée ! [rires]* ». « *Je ne sais pas si tu regardes Twilight, mais c'était comme dans Twilight, j'ai été ensorcelée !* » poursuit-elle. En outre, si l'exercice au bloc implique de nombreuses contraintes et pénibilités (astreintes, gardes, pauses déjeuner rarement respectées, habillage en stérile, accès à la lumière du jour souvent limité dans les blocs anciens, etc.), les fortes appartenances collectives à la communauté du bloc (7) et l'épanouissement tiré de l'activité semblent les compenser.

Comment peut-on expliquer cette difficile construction identitaire des Ibode ? Nous postulons ici qu'elle provient d'un décalage entre la forte valorisation interne qu'ont les Ibode de leur activité, le rapport de servitude et de domesticité qui continue de caractériser la relation au chirurgien au cours de l'intervention et le contexte organisationnel dans lequel elles exercent.

Méthode

Cet article s'appuie sur un terrain d'étude au sein de 5 blocs opératoires de CHU franciliens et du Grand Est, dans le cadre d'une recherche doctorale explorant les recompositions de l'activité opératoire dans les spécialités chirurgicales lourdes. Deux terrains sont ici mobilisés : le premier est un petit bloc (5 salles), mono-disciplinaire, de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, où des observations ethnographiques ont été conduites entre septembre 2021 et juillet 2022, à raison d'un jour par semaine en moyenne (200 heures). Le second est un grand bloc polyvalent de chirurgie pédiatrique (14 salles), où les observations se sont déroulées entre janvier et mars 2022 (120 heures, un jour par semaine), dans les salles de chirurgie viscérale, urologique et thoracique. Sur ces terrains, les pratiques et interactions des Ibode et des chirurgiens ont été observés ; des conversations et entretiens informels ont eu lieu avec des infirmières de bloc opératoire, disposant ou non du diplôme d'État.

Une activité technique source de prestige et de stimulation

Un tacite sentiment de distinction

L'activité au bloc opératoire est technique, et implique des connaissances multiples : anatomie, temps chirurgicaux, matériel et instruments, aléas possibles, etc. Ces connaissances des Ibode sont souvent sollicitées par les chirurgiens, qui s'enquêtent, sur le champ opératoire, de leur expertise, par exemple lorsqu'ils souhaitent connaître les singularités ou le *modus operandi* du fonctionnement de telle pince ou fil spécifique. Évoquant la singularité de la chirurgie du foie

dans laquelle elle s'est spécialisée depuis 5 ans, Marion, Ibode, 28 ans, pointe la densité des connaissances et des compétences requises pour exercer au bloc : « *On doit gérer le risque de saignements, sur les temps d'une anastomose vasculaire, on doit connaître nos fils, on va être très sollicitée, on doit être très concentrée, ce sont des temps qui durent longtemps, donc c'est plus physique aussi. Il y a beaucoup de temps vasculaires, c'est long à apprendre, l'anatomie du foie aussi est complexe* ». Ces connaissances doivent être réactualisées au vu des évolutions continues des techniques et du matériel. Dans les blocs pluridisciplinaires et polyvalents, les injonctions à la polyvalence impliquent que les Ibode aient une connaissance fine des us et coutumes de plusieurs spécialités, ce qui renforce ces exigences en termes d'apprentissages.

Les Ibode opposent cette technicité au travail relationnel infirmier qui, s'il est présent et valorisé par le collectif de travail (accueil du patient, stratégies de rassurance, etc.) (8), reste nettement plus en marge de l'activité que dans les services d'hospitalisation. Les Ibode expliquent ainsi souvent leur choix d'exercer au bloc par une moindre appétence pour le contact avec le patient, ou par une « *fatigue compassionnelle* » liée à des expériences antérieures éprouvantes (9), marquées par des décès fréquents et un attachement affectif parfois fort aux patients. Certaines Ibode jugent le travail dans les services répétitif et peu stimulant, et ont à cet égard des propos parfois impétueux. « *Les patients chroniques, ça m'emmerdait. 'Le pansement à telle heure, la piqure à telle heure' [il emprunte une voix niaise en le disant]. Ici, nous, les patients ils arrivent, on fait ce qu'on peut pour eux et puis après 'ciao bye'* » explique Cyril, cadre supérieur Ibode au bloc pédiatrique. Comme en témoigne cette remarque, la technicité de l'activité s'apparente à une stratégie de différenciation qui oppose les « *dominantes médicales* », dont font partie les Ibode, qui mobilisent au quotidien leurs connaissances en physiopathologie et en utilisation des machines, au travail relationnel et émotionnel des « *dominées médicales* » vis-à-vis des patients chroniques, jugé moins prestigieux (10).

Une position d'instrumentation qui suscite des lignes d'engagement actif

Qu'elles exercent comme circulante ou comme instrumentiste, une partie significative des missions des Ibode consistent à préparer, aller chercher, réparer, transmettre des instruments et à démarrer, faire fonctionner et négocier avec une série d'équipements. En salle d'intervention, les Ibode sont ainsi intégrées à une « *chaîne de solidarité* » reliant les acteurs, techniques et humains, et sont chargées d'assurer les compatibilités entre eux (11). Cette dimension technique de l'activité n'est pas seulement source de prestige : elle se retrouve dans l'esthétique associée à la préparation et à la manipulation des instruments, et dans l'attachement affectif qu'ils suscitent. Les précautions prises pour que les fils montés sur ciseaux ne se heurtent pas sur la table d'instrumentation et pour que son montage respecte les strictes règles du service témoignent de la méticulosité et de l'esthétique qui régissent le métier. Les objets sont aussi parfois investis d'une forte affectivité, quand ils ne sont pas pleinement anthropomorphisés : Pauline, AS devenue Ibode en chirurgie hépatique, « *aime beaucoup* » le dernier chauffe-sérum, « *hyper pratique et mignon* », qui conserve de l'eau chaude et permet de répondre *illico presto* à toute demande chirurgicale impromptue, et s'amuse du côté « *douillet* » de « Monsieur robot », qu'il importe de manipuler précautionneusement au regard de sa fragilité et de son coût. Le rapport au matériel est non seulement esthétique et affectif, mais parfois ludique : cela se retrouve dans les petites transgressions des normes d'hygiène et de traçabilité, comme les champs stériles récupérés pour laver sa voiture, ou les boîtes de prothèses qui deviennent dès le retour chez soi d'inattendues pochettes à stylos.

La technicité de l'activité suscite également un épanouissement et une sensation d'engagement direct dans l'activité qui semblent particulièrement vifs dans la position d'instrumentiste. Par la notion de « *vrai boulot* », la sociologue Alexandra Bidet désigne « *la part de son activité qu'il [le travailleur] souhaite vivement conserver* », source de stimulation et d'une forme d'emprise sur la technique, et ce dans un contexte d'incertitude prédominante (12). « *Quand tu es instrumentiste, c'est toi qui agis. C'est toi qui donnes les bons champs, tu dois être au taquet tout le temps. Tu vois, là, on a discuté un peu, en greffe, tu dois être hyper attentif, et sur tes gardes tout le temps. C'est un moment de concentration constante, c'est pour ça que c'est fatiguant, mais aussi hyper stimulant* » explique Justine, 30 ans, Ibode au bloc pédiatrique depuis 8 ans. « *Il n'y a pas le même ressenti à la fin de la journée [quand elle instrumente], on est plus sur le qui-vive, on a une satisfaction plus grande, mais aussi une fatigue plus grande* » relève sa collègue Anna. Dans ces deux témoignages, on retrouve l'exaltation des valeurs motrices et de la vigilance caractéristique du « *vrai boulot* ». Sur le champ opératoire, les Ibode doivent mobiliser toute une palette d'habiletés perceptuelles de façon très synesthésique : contourner les calots ou la présence intrusive de l'interne pour avoir un bon aperçu du site opératoire, engager une surveillance auditive tacite pour être réactive en cas d'incident d'une des machines, mais aussi investir son flair olfactif pour réprouver des odeurs peu amènes ou *a contrario* « *sentir* » l'arrivée du prochain temps. Cette sensation d'immersion et de communion avec le milieu se retrouve aussi dans l'esthétique associée cette fois moins aux machines qu'au travail sur la chair. « *Tu vois bien, c'est magnifique, on est vraiment sur les vaisseaux, c'est de la belle chirurgie à regarder* » explique Océane, 33 ans, au bloc pédiatrique.

La stimulation trouvée sur le champ opératoire est d'autant plus forte qu'il est laissé une autonomie décisionnelle à l'Ibode. Les consignes des praticiens sont souvent vagues (« *baissier la table* », « *augmenter le Covidien* », etc., sans plus de précision) et le collationnement des informations est rare : contrairement aux pratiques de mise dans l'aviation ou l'armée, où l'on accuse réception des informations (« *reçu 5 sur 5* »), le non-verbal prédomine dans les interactions, notamment lors de périodes tendues comme le clamping. Il importe alors à l'Ibode de deviner les besoins des chirurgiens, mais aussi de tenir compte de leurs préférences et de faire face à leurs possibles réprimandes à propos d'un matériel jugé inadéquat ou dérogeant aux standards habituels. « *On n'est jamais assez rapide. Des fois, il faudrait être télépathe pour savoir exactement ce qu'ils veulent au moment où ils veulent, parce qu'ils disent 'la pince' et quand on a la pince, on a l'impression que c'est celle-là qu'il faudrait, et puis, ce n'est pas la bonne pince. Ils sont tellement pris par leur truc que, des fois, ils n'expriment pas exactement ce qu'ils veulent, et du coup on est un petit peu en porte-à-faux* » relève Christine.

Anticipation et vigilance en position de circulation

La position de circulante est généralement moins valorisée par les Ibode que celle d'instrumentaliste. Si elles sont conscientes du caractère stratégique que revêt leur rôle de « *chef d'orchestre* », comme le leur rappellent régulièrement les cadres de bloc, la circulation est associée à un travail plus abstrait et discontinu, qui éloigne du vif de l'action sur le champ opératoire. Certaines Ibode reconnaissent des avantages à la position : devenir, le temps d'une intervention ou d'une journée, « *le couteau suisse de la salle* », avec des temps assis et un remplacement plus aisé pour la pause déjeuner, permet de se reposer après les journées éreintantes d'instrumentation. S'il réserve son lot de surprises et d'incertitudes, le matériel est aussi jugé moins « *pénible* » à « *gérer* » que les chirurgiens, comme s'en amuse Philippe. Surtout, les circulantes s'attachent à retrouver des lignes d'engagement actif dans leur travail,

en dépit des disjonctions rythmiques de l'activité, en conservant une posture de surveillance active et en parant à toutes les éventualités. L'anticipation est souvent présentée comme le maître mot du métier. Elle implique des aller-retours réguliers vers l'arsenal pour chercher de nouveaux équipements et s'apparente à une forme de solidarité vis-à-vis de la collègue Ibode de la salle : l'investissement mis par la circulante dans la prévention et la préparation de tout événement inattendu permet à l'instrumentiste de faire face avec plus d'aisance et de réactivité aux épreuves et d'éviter toute investive chirurgicale. Revenant sur son expérience d'une splénectomie robot-assistée, Marion, 30 ans, Ibode en chirurgie viscérale pédiatrique depuis 5 ans, souligne l'appui précieux que représente, pour l'instrumentiste, une circulante « réactive » : « Une fois, avec le robot, ça s'est mis à saigner beaucoup, on a du dédocké [enlever le robot en urgence], on était bien contente d'avoir la table de conversion prête, et d'avoir des circulantes réactives. C'est ça le mot, et c'est super, là, j'étais avec une collègue, elle a vu le truc venir, ça te permet d'aborder le problème le plus sereinement possible ».

Une proximité gratifiante aux chirurgiens source de prestige

Une proximité spatiale et symbolique au chirurgien

La figure du chirurgien est au cœur de conversations continues entre Ibode, qui se poursuivent en dehors du travail (en salle de détente, dans les boucles WhatsApp ou dans les sorties extérieures entre collègues). Elle suscite aussi des dictons qui soudent le collectif : « *il n'y a pas plus mauvaise foi que les chirurgiens* », « *un bon chirurgien sait se débrouiller avec peu de matos* ». L'exercice au bloc opératoire permet une proximité étroite avec les praticiens. Les Ibode font partie sont celles qui « *voient le plus les chirurgiens à l'hôpital* » affirme Soline, stagiaire Ibode au bloc pédiatrique. Comme évoqué, cette proximité est tout d'abord spatiale, sur le champ opératoire. Elle implique des moments partagés d'intensité – limiter à tout prix l'ischémie lors de l'arrivée d'un foie à greffer, réagir au quart de tour face à un saignement imprévu -, mais aussi d'intimité brisée, lorsqu'il incombe à la circulante de changer le masque du praticien, d'éponger son front transpirant pendant l'intervention, ou de répondre à ses appels personnels quand les gants l'en empêchent. Ce face-à-face est jugée gratifiant, comme le relevait Marie-Christine Pouchelle : « *Les Ibode, en situation classique, sont souvent valorisées par leur proximité avec l'opérateur : en étroite interaction avec lui, « habillées » comme lui, participant au même niveau d'asepsie, étant donc même susceptibles d'« aller dedans », mains mêlées, entrecroisées* », créant « *tout un univers d'intenses perceptions, d'émotions fortes, de sensations où l'intime et le professionnel s'entrecroisent et quelquefois se confondent (mélange officiellement considéré comme non professionnel et donc souvent dénié)* » (13).

Cette relation aux chirurgiens apparaît d'autant plus valorisante qu'elle implique des échanges réguliers sur les interventions réalisées, la pose d'indications chirurgicales, les avancées technologiques. Certains chirurgiens impliquent les Ibode dans leurs activités scientifiques, en les associant au recueil de données, en les faisant participer à des congrès chirurgicaux ou en les encourageant à s'inscrire dans des diplômes universitaires. « *On travaille beaucoup ensemble, on fait des fiches techniques [détaillant le matériel nécessaire pour chaque intervention, rangées dans un classeur pour aider les arrivantes et les intérimaires] et on leur fait relire, ils nous expliquent des choses, on fait des congrès, des interventions avec eux, et tout ça, ça créé un lien* » relève Sylvie, faisant fonction cadre Ibode en chirurgie hépatique. Les chirurgiens s'enquière parfois, au cours de l'intervention, de l'expertise des Ibode à propos du fonctionnement du matériel ou pour choisir l'instrument le plus approprié, renforçant ce

sentiment de proximité intellectuelle. « *Moi, je faisais du colorectal, qu'on ne fait quasiment pas ici. Et là j'apporte mes connaissances. Et ça, ils [les chirurgiens] en sont reconnaissants, parce que non seulement je suis Ibode, mais j'arrive aussi à maîtriser ce qui est sceptique/pas sceptique, puisque le colorectal est une spécialité un peu délicate dans la gestion de ce qui est propre et pas propre. J'apporte mes connaissances dans le déroulement de l'intervention, ça apporte du savoir, du savoir-faire, et ils sont contents en fait de voir que j'anticipe, que j'anticipe beaucoup de choses en fait, sans qu'eux ne le maîtrisent* » explique ainsi Luan.

Des liens affectifs entretenus sur la durée

Cette proximité au chirurgien est aussi affective. Le début et la fin de l'intervention, caractérisés par une moindre situation de multi-activité, permettent des conversations informelles, moins fonctionnelles que celles animant les couloirs du bloc. Les discussions y ont autant trait à la vie privée et familiale qu'au travail, évoqué de manière peu technique, à travers un partage d'anecdotes et le récit de situations professionnelles passées. On est ici dans un « *espace interstitiel* », où se mêlent travail et non-travail, dans le cadre d'échanges propices à créer des « *étayages réciproques* » et à resserrer les liens interpersonnels (14). Ces interactions, dont nos journaux de terrain regorgent, participent à atténuer le « *fossé empathique* » susceptible d'exister entre des professionnels passant certes des heures en situation de coactivité, mais ayant pour le reste des situations de travail, des niveaux de revenus ou des origines sociales très différentes (15).

Les Ibode ayant le plus d'ancienneté mettent souvent en avant leur position « *maternante* » vis-à-vis des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), qu'elles ont parfois connu internes et dont elles ont suivi les étapes de vie personnelles et professionnelles. L'antériorité de la relation participe alors de connivences accrues, mais aussi du sentiment de pouvoir plus facilement faire preuve de remontrances quand les Ibode estiment que le chirurgien a eu des attitudes peu amènes à leur égard en raison de son stress. Les entrantes dans le métier valorisent quant à elles leurs liens avec les plus jeunes chirurgiens, avec qui elles estiment entretenir une relation plus horizontale et subir une domination moins franche. « *Les anciens chirurgiens, ce sont des mandarins. On n'est qu'Ibode, et eux sont des seigneurs. On est là pour les servir en fait. Les plus jeunes, ils sont plus cools, on arrive à parler plus facilement., on parle de tout, c'est plus détendu* » soutient Luan. « *Avec les cheffes [cheffes de clinique], on va discuter un peu plus et on va parler de plein de choses, que ce soit boulot, hors boulot, que si j'ai une question sur le champ, elles ne vont pas me juger, je vais leur demander 'qu'est-ce que tu fais ?' 'Ah, tu fais des clampes ?' 'Pourquoi tu fais des points comme ça ?' »* » soutient Pauline.

Des rapports de domination persistants, dans un contexte de gestionnarisation de l'activité

Des formes d'asservissement qui rejaillissent sur le champ opératoire

Travailler avec les chirurgiens demande un apprentissage progressif qui vise prioritairement à gagner leur confiance. « *Il faut apprendre à les connaître* » explique Mélanie, Ibode au bloc pédiatrique, parlant d'un aguerrissement permettant d'accéder à une confiance mutuelle, puis à un stade où « *ça roule tout seul* » et où « *on ne se pose plus de questions* ». Si cet apprentissage implique des connaissances techniques, il s'agit tout autant d'ajustements relationnels pour « *se faire prendre au sérieux* », c'est-à-dire témoigner de ses compétences et de leur possible mise à l'épreuve, mais aussi « *ne pas trop se laisser faire* », c'est-à-dire marquer les limites de

l'acceptable en termes de politesse et de respect dans l'interaction, y compris dans des moments d'intensité et stress.

Le rapport de subordination entre chirurgiens et Ibode se reflète particulièrement dans le travail émotionnel que réalisent ces dernières pour « ramasser » et « éponger » les émotions des premiers, et ainsi contenir leur stress prédominant, rarement verbalisé, au cours des interventions (16). « *Les chirurgiens, quand ils sont sur le champ opératoire, ils sont toujours stressés, et leur stress, ils le déchargent sur l'entourage, ça peut être l'interne en face, et ça peut être nous* » raconte Anne. Évoquant un PU-PH du service, elle poursuit : « *Pr. X, il s'énerve beaucoup, il jette des instruments, il parle méchamment, c'est contre lui qu'il est énervé, mais ça nous retombe dessus, et il va toujours décharger ce stress par des mots qui n'ont pas lieu d'être* ». Face à une telle véhémence, le travail émotionnel implique une posture de maîtrise de soi : les Ibode sont amenées à rationaliser ce stress et à faire preuve de « calme » et de « conciliation » face aux praticiens, comme le relève Anne. Il s'agit ainsi d'un travail autant « *dissimulateur* » (cacher ses propres émotions pour afficher une forme de neutralité face à l'agressivité extérieur) qu'« *intégrateur* » (privilégier des émotions possibles en toutes circonstances, comme l'amabilité) (17).

Le rapport de subordination existant entre chirurgiens-Ibode s'inscrit également dans un contexte de rapports sociaux de sexe au bloc opératoire historiquement agonistiques, auxquels la sociologue Emmanuelle Zolesio a consacré sa thèse (18). Les remarques acerbes des chirurgiens sur le travail des Ibode sont parfois ponctuées d'injures sexistes ou classistes. Anne raconte, encore affectée, une intervention où un professeur avait fulminé contre le temps qui serait perdu pour la vérification du compte des textiles, expliquant avec mépris que les Ibode ne seraient « *bonnes qu'à ça* ». La remarque a pris une signification toute particulière puisqu'elle touche à un rituel essentiel en matière de sécurité des soins et inscrit dans l'identité de métier. La remarque suggère que cette mission s'apparente pour les chirurgiens à du « *sale boulot* » (19), c'est-à-dire que son exécution tient à une division du travail qui implique la délégation de tâches peu nobles et ragoûtantes au personnel subalterne.

Une position de circulante associée à un rapport de domesticité

La moindre valorisation du rôle de circulation peut aussi s'expliquer par le rapport de domesticité auquel il est associé. La circulation requiert l'ensemble des qualités souvent citées pour le métier (rigueur et efficacité, calme et sang-froid, organisation et anticipation). Elle implique une situation fréquente de triple-tâche (appeler les régulatrices du bloc, tout en ouvrant un paquet de compresses et surveillant le site opératoire) et une vigilance mobilisant tous les sens. Pourtant, ces habiletés singulières ne sont que peu relevées par les Ibode. Cela tient tout d'abord à la dimension plus administrative, abstraite et ingrate de ces missions. « *Parfois, j'ai l'impression d'être robotisée* » relève Mireille, évoquant la répétition jugée peu stimulante des mêmes étapes : procédures de traçabilité médico-légale et médico-économique et rituel associé du collage d'étiquettes et autres codes-barres, ouverture fréquente de boîtes et réassort du matériel, etc. « *C'est toujours la même chose* » regrette-t-elle, pointant aussi le glissement de tâches inhérent à ce rôle. En circulation, les Ibode regrettent fréquemment « *faire du secrétariat* », c'est-à-dire assurer des tâches qu'elles considèrent peu nobles (consigner des informations sur le logiciel de soins, réaliser des appels en lieu et place du chirurgien, etc.) et qui leur incombent en raison des règles d'aspésie. Ces missions les renvoient à une forme de condition domestique, c'est-à-dire qu'elles constituent des tâches domestiques, jugées souvent

insignifiantes, dont la réalisation implique une forme de mise à disposition physique et une relation de dépendance personnelle à la personne pour qui elles sont réalisées (20).

Étudiant les interactions entre clients et guichetiers de la Poste, la sociologue Aurélie Jeantet montre que dans toute relation de service, « *la servitude n'est jamais totalement écartée, agissant telle une épée de Damoclès : un échange apparemment anodin peut en effet à tout moment basculer dans la servitude* » (21). Si la relation chirurgien-Ibode n'est pas une relation de service mais une relation hiérarchique de travail, un même risque d'asservissement semble ainsi continuellement effleurer pour les circulantes. Lorsqu'un chirurgien demande à l'Ibode de lui amener un calot alors qu'ils sont en accès libre, ou quand il lui tend ses lunettes à l'issue de l'intervention pour qu'elle les range, s'agit-il d'un petit service de plus à lui rendre, peu coûteux et justifié par les impératifs hygiénistes, ou de « *stratégies d'asservissement* » inopportunes ? Loin d'être anecdotiques, ces situations font l'objet de débats réguliers et s'inscrivent dans des controverses générationnelles. Au bloc de chirurgie hépatique, les entrantes dans le métier regrettent la « *docilité* » des plus anciennes Ibode, qui « *déroulent sans raison le tapis rouge au chirurgien* » (Danielle) quand ces dernières jugent le moindre engagement de ces dernières dans la vie du service.

Une relation de service à l'organisation délégitimée par les praticiens

La circulation implique aussi un travail d'articulation, c'est-à-dire de coordination des activités collectives, tant avec les acteurs en salle (lien avec l'équipe de chirurgie et d'anesthésie, mais aussi avec les stagiaires, représentants commerciaux et autres intervenants présents) qu'avec les services extérieurs (bureau de régulation pour la gestion des prochaines arrivées de patients, services de radio-manipulation ou d'anatomopathologie, etc.). Ce travail d'articulation implique une responsabilité médico-économique accrue de l'Ibode, soit une vigilance sur l'usage raisonné et économe du matériel, qui occupe un pan important de la formation à l'école (près de 25% des enseignements). Une unité d'enseignement dédiée (Coordination des activités de soins liées aux processus péri-opératoire, pré, per et post-opératoire) a pour objectif d'« *actualiser les connaissances dans le domaine de l'économie de la santé et du financement des soins* », « *d'identifier le rôle de l'IBODE dans la gestion économique de l'activité chirurgicale* » et d'« *argumenter le choix des équipements et des dispositifs médicaux au regard des critères de qualité et d'économie* »¹. « *Aller à l'école, c'était une façon de mieux se positionner par rapport au chirurgien, de pouvoir lui faire entendre mes remarques sur la sécurité du patient et le coût du matériel qu'il peut utiliser en quantité exagérée* » explique Domitille, Ibode au bloc pédiatrique, que j'interrogeais sur sa volonté de reprendre une formation après 7 ans comme « *faisant fonction* ». Ces nouvelles injonctions sont vécues avec ambivalence par les chirurgiens. Certains tentent de s'en accommoder (« *Je suis désolé, je coûte chère aujourd'hui !* » formulait une praticienne demandant à la circulante une autre référence de pansement après lui avoir déjà fait ouvrir deux boîtes), d'autres insistent plus abruptement sur l'illégitimité de telles demandes organisationnelles, invitant les Ibode à « *ne pas jouer à la petite semaine* ».

Cette conscience gestionnaire à laquelle sont enjointes les Ibode s'inscrit plus largement dans un contexte de rationalisation de l'activité et de pénurie infirmière qui accroît la pénibilité des conditions de travail. « *On sait parfois dès le matin qu'on va rester [c'est-à-dire faire des heures supplémentaires en raison de débordements ou d'urgences]* » explique Océane, décrivant les

¹ Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

« cadres qui viennent la queue entre les jambes demander est-ce que tu peux rester un peu ». Les Ibode pointent leur sens des responsabilités et jugent, comme Océane, qu'« il n'y a pas vraiment le choix », surtout pour celles n'ayant pas d'enfants et donc *a priori* de moindres contraintes horaires à la sortie du travail. Cette situation suscite une frustration d'autant plus importante que cette sur-sollicitation empiète sur l'accomplissement de leurs autres missions. « *Quand elles sont en salle du matin jusqu'au soir, la qualité s'en ressent, elles le disent, sont insatisfaites, mal préparées* » relève Omblin, cadre Ibode au bloc pédiatrique, qui relève le manque du temps pour la préparation des plateaux du lendemain, la mise à jour des fiches techniques ou l'inspection des instruments transmis à la stérilisation.

Conclusion

L'activité technique des Ibode et la proximité qu'elles entretiennent aux chirurgiens pendant l'intervention suscitent des lignes d'engagement actif caractéristiques du « vrai boulot » et sont sources de gratification pour la profession. Néanmoins, la relation au chirurgien en salle d'intervention reste marquée par des rapports d'asservissement qui, dans un contexte de gestionnarisation de l'activité et de pénurie infirmière, perpétuent une domination historique et participent à la pénibilité de l'activité. Dans ce contexte, il nous semble que, plutôt que de se focaliser sur la seule contribution des Ibode à la réalisation du geste chirurgical, (ré)investir le travail relationnel, développer la recherche paramédicale et accroître l'expertise Ibode en matière environnementale (décarbonation des infrastructures) et numérique (développement de la *data science* chirurgicale) constituent autant de jalons précieux pour l'avenir.

Bibliographie

1. Dubet F. Le Déclin de l'institution. Editions du Seuil; 2014. 444 p.
2. Bucher R, Strauss A. Professions in Process. *American Journal of Sociology*. 1 janv 1961;66(4):325-34.
3. Pouchelle MC. Essais d'anthropologie hospitalière: Voyage en pays de chirurgie. Seli Arslan; 2019. 177 p.
4. Pouchelle MC. Le malaise infirmier au bloc opératoire. In: Voyage en pays de chirurgie Essais d'anthropologie hospitalière. Seli Arslan. Paris; 2020. p. 119-77.
5. Paradeise C. La marine marchande française : un marché du travail fermé ? *Revue française de sociologie*. 1984;25(3):352-75.
6. Lorient M, Leroux N. Le travail passionné: L'engagement artistique, sportif ou politique. Eres; 2017. 384 p.
7. Sainsaulieu I. Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*. 1 janv 2006;48(1):72-87.
8. El Haïk-Wagner N. "On est plus dans le cocooning". Au bloc opératoire pédiatrique, une "détotalisation" par petites touches. *ethnographiques.org* [Internet]. 17 nov 2023 [cité 17 nov 2023];(46). Disponible sur: <https://www.ethnographiques.org/2023/El-Haik-Wagner>
9. Lorient M. La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir*. 27 févr 2001;(40):183.

10. Longchamp P, Toffel K, Bühlmann F, Tawfik A. L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie*. 2018;59(2):219-58.
11. Dodier N. Les hommes et les machines: La conscience collective dans les sociétés technicisées. *FeniXX*; 1995. 465 p.
12. Bidet A. Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens. *Societes contemporaines*. 7 juill 2010;n° 78(2):115-35.
13. Pouchelle MC. La robotique en chirurgie cardiaque. *Communications*. 2007;81(1):183-200.
14. Fustier P. L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 22 nov 2012;14(2):85-96.
15. Messing K. Les souffrances invisibles : pour une science du travail à l'écoute des gens. Montréal: Ecosociété; 2016. 231 p.
16. Hochschild AR. Le prix des sentiments: Au coeur du travail émotionnel. *La Découverte*; 2017. 235 p.
17. Soares A. Le prix d'un sourire. Travail, émotion et santé dans les services. In: Santé, sécurité et transformation du travail : réflexions et recherches sur le risque professionnel. Harrisson D., Legendre, C. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2002. p. 229-50.
18. Zolesio E. Chirurgiens au féminin ? : Des femmes dans un métier d'hommes. *Presses universitaires de Rennes*; 2019. 298 p.
19. Hughes EC. Le regard sociologique. Essais choisis. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 1996. 344 p.
20. Avril C. Secrétaires, des domestiques comme les autres ? *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*. 30 juin 2019;(131-1):153-68.
21. Jeantet A. « À votre service ! » La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*. 1 avr 2003;45(2):191-209.