

Le « garçon de bloc » qui a bien voulu s'engager avec nous dans ce travail, après d'autres collègues et d'autres équipes, a trente ans d'ancienneté. Parvenus au point de formuler l'hypothèse que son activité est l'une des clés de voûte de l'organisation complexe et mouvante de ce service dont nous voulions mieux comprendre l'efficacité anonyme, nous avons procédé à l'observation d'une phase de son travail soutenue par un enregistrement vidéo. Les observations qu'on va lire sont le résultat d'une coanalyse de la situation. Notre interlocuteur a travaillé avec nous pour sélectionner la séquence étudiée. L'enregistrement de cette séquence a été le point de départ de l'interprétation qui a suivi et l'objet d'une validation avec lui. Je choisis cependant ici de présenter seulement quelques « détails » de cette séquence, « prélevés » dans l'objectif de focaliser l'attention sur la fonction inattendue et décisive que notre interlocuteur assure : celle d'interface singulière de l'organisation.

Cependant, au préalable, quelques indications sur les procédures professionnelles de cette activité peuvent être sommairement rassemblées. L'originalité de ces procédures, selon nous, était de condenser une technique patiemment élaborée de manutention et une virtuosité tangible — sans doute surtout pour le malade — dans l'usage de « protocoles psychologiques » spécifiques.

3. Des « protocoles psychologiques »

Chargé d'assurer le transfert du patient de sa chambre d'hospitalisation au bloc opératoire et de ce dernier à la réanimation après l'intervention, c'est le brancardier qui assure à ce titre le rôle du « passeur » entre les deux étages, entre le haut et le bas. Le confort du malade à ce moment-là du parcours opératoire se révèle important aussi bien au plan de la manutention physique qu'au plan du « moral », à l'instant, jusque-là seulement « imaginé », du départ vers la salle d'opération. Ce départ prend la figure du « garçon de bloc ». Durant les dix minutes que peut durer le transfert, en fonction de la disponibilité de l'ascenseur, l'objectif du travail sera de calmer l'angoisse. Ici, nous avons pu constater le poids de ce qu'on pourrait appeler des « protocoles de plaisanterie ». « C'est toujours le même refrain, indique notre interlocuteur, je plaisante pour les faire sourire. C'est rare qu'une personne arrivée au bloc ne sourie pas. Si c'était quelqu'un de notre famille, ça ne nous ferait pas plaisir qu'on le conduise comme à l'abattoir. Quand on va chercher quelqu'un, c'est ça qu'il faut avoir en tête. »

Stimuler, donner du tonus, alléger la situation autant que faire se peut, transmettre une certaine confiance : tout ce qui peut être fait en ce sens est méticuleusement entrepris. Mais comme le souligne encore du poids de son expérience l'agent que nous accompagnons, « ça ne s'étudie pas ; il ne faut rien préparer. Tout le monde n'aime pas la plaisanterie. Pour certains, il faut la détourner, faire comprendre qu'on plaisante ». Dans les séquences que nous avons observées, les dialogues entre le garçon de bloc et les patients couchés sur le lit roulant dans le couloir obéissent à des scénarios précises. Ils se sont d'abord focalisés sur l'identification des activités des malades à l'aide d'un test parcourant le champ des possibles : jardinage, chasse, pêche. Jusqu'à l'ascenseur. La période de descente à l'intérieur de l'ascenseur sera définie par notre interlocuteur comme celle de « la petite préparation ». C'est durant cette minute-là que sont abordées directement les questions du « moral » puis, à la sortie, commentés les changements de température à l'entrée des couloirs conduisant à l'unité des salles d'opération. Arrivés sur place, le patient et son accompagnateur stationnent devant ce que celui-ci désigne comme « le petit studio » et qui n'est autre que la salle d'anesthésie. Entre notre départ du haut et notre arrivée en ce point, nous aurons « changé de taxi », c'est-à-dire assumé le passage du lit roulant à la table d'opération, roulante elle aussi ; nous aurons également pu remarquer avec quel doigté la pose de la toque destinée à contenir la chevelure se trouve ritualisée sur un mode esthétique retenu. La grande réserve avec laquelle ces opérations sollicitent la personnalité du malade n'a d'égal que la sûreté et la précision des gestes de manutention. Ici, la fermeté et la rapidité sont de mise.

4. « Une belle installation »

Au-delà des transbordements préalables à l'entrée dans le bloc, nous concentrerons notre attention sur la phase d'*installation* finale, particulièrement décisive dans l'établissement de la posture la plus favorable pour le travail de l'équipe médicale. Ici, il y a une technique, voire une « tactique » que seule l'expérience permet d'acquérir. « Installer » c'est « mettre le cadre, mettre le billot », c'est-à-dire disposer autour et sous le corps les éléments de son immobilisation après qu'il a été, par exemple, « tourné sur le côté » dans le cas d'opérations particulières (cardiomycoplastie, par exemple) ou maintenu à plat dans le cas d'interventions de « routine », à l'aide de coussins de mousse permettant de « casser le thorax » pour former l'angle nécessaire (cales de positions, support pour les bras...). Le malade ne doit se trouver ni trop descendu ni trop incliné à droite ou à gauche pour éviter d'avoir « à jouer sur les manettes de la table d'opération » en cours d'intervention. Une « belle installation », c'est un malade droit et « bien dégagé » et, surtout, c'est une aide importante pour le chirurgien : « C'est bien d'avoir quelqu'un de bien installé. Une paralysie d'un bras ou d'une jambe, c'est vite arrivé. Et ça peut venir de l'installation ; un bras qui devrait être le long du corps et qui repose sur la ferraille de la table ou une jambe qui dépasse et reste plusieurs heures en porte à faux sur l'angle. » Le garçon de bloc que nous accompagnons a d'ailleurs opté pour des « cales » de redressement faites de draps pliés plutôt que d'utiliser les « mousses » trop standard. « Une fois que j'ai installé un malade, précise-t-il, il ne faut plus le toucher. Je jette toujours un œil pour éviter qu'on le déplace », ce que parfois l'anesthésiste peut faire lors d'une manipulation nécessaire. Le garçon de bloc « reprend » alors son malade pour corriger sa position.

Les actes techniques de cet agent de service ne sont jamais seulement techniques. Aux exemples que nous avons déjà donnés il faudrait ajouter l'exercice de ce que nous appellerons une fonction de vérification permanente : vérification du dossier au moment de la prise en charge du malade, vérification de l'adéquation entre l'identité du malade « à descendre » formulée « en bas » et la situation effective de la programmation effectuée « en haut », vérification des paramètres des pochettes plastiques contenant le sang qu'il remonte chercher dans une armoire réfrigérante après la descente du malade, vérification et diagnostic de situation dans le bloc en réponse à une demande téléphonique venue du « haut » et proposant une aide pour rattraper un retard, vérification discrète mais systématique des détails qui peuvent échapper à ceux qui sont directement engagés dans l'intervention ; lors de notre observation, par exemple, le garçon de bloc pénètre tout à coup dans le bloc pour signaler la non-fermeture d'une poche à urine répandant son contenu sur le sol. Nous le verrons aussi intervenir pour souligner un retard qui s'accumule dans le transfert entre deux malades. C'est un peu comme si, dans un exercice de supervision implicite et validé par l'équipe, il se



sentait comptable du fonctionnement général du service. Le patron du service nous indiquera plus tard que le garçon de bloc et lui « forment les deux bouts de la chaîne ».

De la mise en œuvre de cette fonction de vérification, nous retiendrons particulièrement les moments de *récupération d'incidents*. Le jour de notre observation, il nous a été donné d'assister à l'un d'eux. Habituellement, les trois premiers malades sont descendus entre 6 h 15 et 7 h dans les salles d'interventions chirurgicales. Ce jour-là, la salle 8 est occupée, ainsi que l'équipe médicale, panseuse et perfusionniste, par une greffe en cours. Le programme opératoire est décalé de plus d'une heure. Juste après 7 h, il est demandé au garçon de bloc d'aller chercher un patient pour le conduire au bloc. Parvenu au bureau de la surveillante du haut, une discussion s'engage avec la secrétaire hospitalière sur le nom de la personne à descendre au regard du registre de programmation. L'interlocutrice du garçon de bloc lui indique l'identité d'un malade dont, par ailleurs, la famille se fait pressante auprès d'elle. De son point de vue, établi en fonction de la programmation prévue, ce patient attend dans sa chambre. Or c'est précisément celui-ci que notre interlocuteur vient d'*« installer* dans l'un des blocs opératoires. Il indique : « C'est impossible, il est déjà en salle 1. Je viens chercher le premier de la salle 8. » Réponse : « Eh bien ! c'est bien celui-là. Pour moi, personne d'autre n'est prémediqué ! »

Le garçon de bloc maintient sa position selon laquelle il vient chercher le premier de la salle 8. Simplement, la greffe a modifié l'affectation des malades dans les salles. Le premier de la salle 8 « sur le papier » est en fait en salle 1. Et notre interlocuteur vient chercher le « vrai » premier de la salle 1 qui lui attend depuis 6 h. Au bout du compte, devant le doute, le garçon de bloc interpelle l'anesthésiste de passage, qui confirme immédiatement son analyse d'une situation particulièrement intriquée mais caractéristique d'une organisation qui doit sans cesse « jongler » avec des modifications de « dernière minute ». Ce type d'ajustement est donc inévitable. Simplement se révèle, de ce fait, tout à fait indispensable un débordement permanent du travail prescrit du garçon de bloc. Si l'exécution du programme « prévu » est prise à la lettre par ce professionnel, on peut se trouver conduit à « descendre » un malade non attendu, avec ce que cela comporte de désagréments et même d'angoisse pour celui qu'on devra ainsi remonter et, de nouveau, faire patienter.

Gestion des passages, tactique des installations, supervision implicite, récupération d'incidents : cet agent de service se trouve être l'interface non éliminable d'une responsabilité collective distribuée et redistribuée. Il trouve à exercer les qualités qui lui sont propres dans une organisation à géométrie variable, mais finement et patiemment « rodée » dans le but de corriger les dysfonctionnements qu'elle ne peut s'épargner. Incontestablement, ici, le collectif de travail devient très dépendant du *style* que chacun donne à son activité. Je voudrais montrer à quel point, en m'appuyant sur l'établissement de *chroniques d'activités* pour comparer l'organisation des techniques de « relève » entre équipe de jour et de nuit chez deux infirmières différentes.



Yves CLOT

Le travail sans l'homme ? p 107 à 112