



HAL
open science

Mes mains dans son ventre

Aude Laguens

► **To cite this version:**

| Aude Laguens. Mes mains dans son ventre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04488263

HAL Id: dumas-04488263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04488263v1>

Submitted on 4 Mar 2024

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 Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



IFPS de Brest

Hôpital de la Cavale Blanche

Boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest

Mes mains dans son ventre

LAGUENS Aude

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier de Bloc Opératoire

Promotion 2020-2022

Session mars 2022

Travail d'Intérêt Professionnel Individuel

Réalisé en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier de Bloc Opératoire

Promotion 2020-2022

Session février 2022

Titre : Mes mains dans son ventre

Auteur : Aude Laguens

Directeur de mémoire : Elisabeth Chapalain

Nombre de pages : 42

Date de rédaction : 10 février 2022

Date de soutenance : 17 mars 2022

Résumé :

Cette étude s'intéresse au rapport au corps des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), et spécifiquement des assistants de chirurgie. Il s'agit de comprendre de quelle manière le travail à proximité immédiate avec l'effraction chirurgicale, faite sur le corps des opérés, impacte émotionnellement jusque dans leur corps ces professionnels de santé. Pour cela, la méthode qualitative a été utilisée, et huit entretiens auprès d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat ont été réalisés, avec une grille d'entretien construite autour des trois thèmes majeurs de ce travail : le rapport au corps, les émotions qui y sont liées, et la gestion de ces émotions. L'analyse des données recueillies, encodées et quantifiées, a mis en lumière un rapport au corps parfois violent auquel il s'agit de faire face. L'étude dévoile des mécanismes adaptatifs ou stratégies de « coping » mis en place par les IBODE pour gérer leur travail au contact du corps ouvert de l'opéré. Elle met en évidence que les IBODE : entretiennent un rapport particulier au corps, entremêlant déshumanisation et réhumanisation ; ressentent des difficultés à gérer certaines émotions, notamment face à la mort et au morcellement du corps. Dans un contexte d'évolution constante du métier et des contenus de formation, notamment avec la mise place des sutures sur macchabés, cette recherche souligne l'intérêt que représente le fait d'accorder du temps et ouvrir un espace de parole au vécu des IBODE. Cela serait porteur, très certainement, d'une amélioration de la qualité des soins et de la vie au travail.

Mots clés :

Corps / Effraction chirurgicale / Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat / Assistant de chirurgie / Emotions / Coping

REMERCIEMENTS

A celui que je porte avec joie dans mon cœur, mon fils, Liam. C'est pour nous que j'ai travaillé avec courage.

A mes formatrices, Christine Manredjo et Cathy Morvan, et à ma guidante Elisabeth Chapalain.

A toutes celles et ceux qui m'ont ouvert leur porte, posé une main sur mon épaule, considérée avec bienveillance.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	- 1 -
1.1. Sujet et questions de recherche	- 2 -
1.1.1. Situation de départ	- 3 -
1.1.2. Questionnements	- 6 -
1.2. Cadre conceptuel	- 9 -
1.2.1. Les infirmiers de bloc opératoire et leur environnement	- 9 -
1.2.2. Le patient et l'effraction faite au corps	- 10 -
1.2.3. Le rapport au corps ouvert chirurgicalement	- 10 -
1.2.4. La maîtrise du corps et des émotions	- 11 -
1.3. Question de recherche et hypothèse	- 13 -
2. METHODOLOGIE	- 15 -
2.1. Grille d'entretien	- 15 -
2.1.1. Le corps ouvert de l'opéré	- 16 -
2.1.2. Les émotions	- 16 -
2.1.3. Gestion des émotions	- 16 -
2.2. Population interrogée	- 17 -
2.3. Grille d'analyse	- 19 -
3. RESULTATS	- 20 -
3.1. Rapport avec le métier et parcours professionnel des IBODE	- 20 -
3.2. Rapport au corps ouvert du patient	- 24 -
3.2.1. Corps humanisé- déshumanisé	- 24 -
3.2.2. Violence chirurgicale	- 26 -
3.3. Emotions	- 29 -
3.4. Gestion des émotions	- 31 -
4. DISCUSSION & CONCLUSION	- 33 -
4.1. Discussion des résultats	- 33 -
4.2. Conclusion, limites et ouverture	- 39 -
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 41 -
ANNEXES	I
Annexe I : Préambule, consigne inaugurale et grille d'entretien	I
Annexe II : Tableaux grille d'analyse	II
Annexe IV : Entretien avec S.	XXV
Annexe V : Entretien avec F.	XXXIV
Annexe VI : Entretien avec R.	XLIII

<i>Annexe VII : Entretien avec A</i>	XLVIII
<i>Annexe VIII : Entretien avec J</i>	LIV
<i>Annexe IX : Entretien partiel avec MC</i>	LXI
<i>Annexe X : Entretien partiel avec N</i>	LXV

1. INTRODUCTION

Ce Travail d'Intérêt Professionnel Individuel (TIPI) participe au développement des compétences 8 et 9¹ légiférées par l'arrêté du 19 décembre 2016 du Code de la Santé Publique, modifiant l'arrêté du 24 février relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis d'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de Bloc opératoire. Il s'inscrit dans mon cursus de formation d'infirmier de bloc opératoire, sur promotion professionnelle, réalisé à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS) de Brest.

J'ai choisi de centrer mon intérêt sur le rapport au corps des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE), notamment en tant qu'assistants de chirurgie, et plus spécifiquement sur leur rapport au corps chirurgicalement ouvert, lors des interventions chirurgicales au bloc opératoire. Le but de cette démarche est de comprendre certains des mécanismes et des représentations qui sous-tendent la pratique du métier, afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie au travail.

J'ai construit mon TIPI en quatre parties. Premièrement, je présente la situation de départ d'où ont émergé mes premières interrogations, ainsi que le squelette de ma recherche, à savoir le cadre conceptuel. Ce dernier m'a permis de dégager ma question et mon hypothèse de recherche. Deuxièmement, je développe la méthode de recherche que j'ai choisie : la méthode qualitative. J'y présente : la grille d'entretien qui m'a permis d'élaborer mes interviews, la population choisie et la grille d'analyse qui en découle. Troisièmement, j'expose les résultats obtenus par encodage, quantitativement. Quatrièmement, j'analyse les données de ma recherche au regard de la littérature. Il s'agit d'en faire l'interprétation de manière qualitative. J'y révèle ensuite ma conclusion avec les limites que présente de ma recherche. En ouverture, je propose une perspective d'application des résultats, en tant que future professionnelle IBODE.

¹ Compétence 8 « *Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques* », et compétence 9 « *Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles* »

1.1. Sujet et questions de recherche

Avant tout, il est essentiel, pour la compréhension des lecteurs non aguerris au domaine du bloc opératoire, de définir synthétiquement ce qu'est un IBODE, ainsi que les différents rôles qu'il est amené à enrôler. Cette distinction est nécessaire : ils impliquent, en effet, une proximité et un contact différent avec la zone opératoire, où se trouve l'effraction chirurgicale du patient. L'IBODE est un infirmier diplômé d'Etat ayant suivi un parcours formatif, actuellement de 18 mois supplémentaires, dans une école spécialisée. L'obtention de son diplôme peut également se faire par validation des acquis d'expérience. Cette démarche est encadrée par l'arrêté du 19 décembre 2016 du Code de la Santé Publique (JORF n°0298 23 décembre 2016). L'IBODE exerce différents rôles dans son travail quotidien. Il peut être circulant, instrumentiste, aide-opératoire et assistant de chirurgie. Le poste de circulant peut être exercé par un infirmier non IBODE, celui d'instrumentiste également, sous certaines conditions relatives, notamment, à la gestion des dispositifs médicaux implantables.

Lorsqu'il est circulant l'IBODE est amené à gérer l'environnement de la salle de bloc opératoire. Il reste généralement dans la zone dite non-stérile de la salle d'opération. Il passe le matériel stérilement à l'équipe qui opère le patient. Il est donc amené à *circuler*, selon les besoins au décours de l'intervention, entre la salle de bloc et les zone de stockage des différents dispositifs médicaux nécessaires aux interventions. L'instrumentiste comme l'aide-opératoire et l'assistant de chirurgie, sont habillés stérilement avec une casaque des gants et une visière de protection au niveau des yeux. L'instrumentiste gère la ou les tables d'instrumentation et donne les instruments au chirurgien, ou à ses apprenants (externe ou interne en médecine) ou à l'IBODE, en fonction des besoins. Il se positionne entre eux et les tables d'instrumentation.

Les rôles d'aide-opératoire et d'assistant de chirurgie relèvent de la fonction des IBODE. Les infirmiers travaillant au bloc opératoire et ayant effectué leurs mesures transitoires peuvent, en référence au décret du 29 janvier 2021 (JORF n°0027 du 31 janvier 2021), effectuer certains actes relevant du rôle de l'aide-opératoire. L'aide-opératoire peut ainsi aider à la mise en place et au maintien de l'exposition, réaliser l'hémostase et l'aspiration des liquides corporels ou des fumées qui se dégagent lors de l'utilisation du bistouri électrique. L'évolution de la profession offre à l'IBODE la responsabilité de certains actes qui appartiennent aux compétences exclusives IBODE, en référence au décret du 27 janvier 2015 du Code de la Santé Publique (JORF n°0024 du 29 janvier 2015). Ces actes sous-tendent la fonction d'assistance chirurgicale. Ils concernent, sur protocole : l'installation

des patients ; les sutures des plans cutané et sous-cutané ; la pose et la fixation de drains sus-aponévrotiques. Cela concerne également, en présence et sur demande expresse du chirurgien : l'aide aux sutures des organes et des vaisseaux, sous la direction de l'opérateur ; l'aide à la mise en place d'un dispositif médical implantable ; l'injection de produit à visée diagnostique ou thérapeutique dans un viscère, une cavité, une artère ; l'aide à la réduction et au maintien de la réduction d'une fracture au bloc. Le positionnement physique de l'aide-opérateur et de l'assistant de chirurgie se situe donc au contact de la zone opératoire.

Pour les besoins de cette étude, je me suis essentiellement centrée sur les IBODE, spécifiquement dans leur rôle d'aide-opérateur et d'assistant de chirurgie. J'ai choisi de ne parler que d'assistant de chirurgie à partir de la seconde partie de mon TIPI, englobant également les compétences de l'aide-opérateur, et pour défendre également l'évolution de la profession spécifique d'IBODE. Dans la première partie, je parlerais également d'aide-opérateur et de circulant selon les rôles décrits.

1.1.1. Situation de départ

J'ai débuté mon expérience professionnelle au bloc comme aide-opérateur de façon inattendue. Je me suis longtemps persuadée que je ne deviendrais jamais infirmière et, par la suite, que je ne travaillerais jamais au bloc opératoire. Pourquoi ? Tout d'abord, parce que mes parents étaient tous deux infirmiers spécialisés en psychiatrie, travaillant l'un de nuit et l'autre de jour. Lorsque nous étions petites ma sœur et moi, nos parents se croisaient souvent pour nous passer des bras fatigués de l'un à ceux de l'autre. Je n'ai, à cette époque, pas souhaité faire comme eux, qui n'étaient, pour moi, pas modèles à suivre. Cependant, exercer un même métier ne signifie pas le faire de la même manière. Je l'ai compris par la suite.

D'autre part, je n'avais pas envie de travailler au bloc. En formation infirmière, je pensais que je m'y ennuierais. Je ne connaissais pas le métier d'infirmier au bloc opératoire. J'imaginai et me questionnai : Les patients endormis, qu'allais-je bien pouvoir faire de mes outils et de mes compétences d'aide relationnelle infirmiers, essentiels dans la prise en soins ? Je n'avais pas d'attrait pour le bloc, par méconnaissance sans doute. De plus, le bloc représentait pour moi une spécialité *pointue, précise*, qui requérait donc de grandes capacités de rigueur et de concentration. A cette époque, je manquais beaucoup de confiance en moi et je craignais de ne pas être à la hauteur et de commettre des erreurs graves. La vie et les expériences ont été, pour moi, facteurs de changement d'orientation.

C'est notamment au cours d'un stage infirmier au Népal que j'ai réellement découvert ce domaine, de l'intérieur. Les enfants que j'ai rencontrés au Hospital and Rehabilitation Center for Disabled Children à Banepa, avaient été opérés de maladies congénitales très invalidantes. Parfois justifiées par la croyance dans le karma, leurs malformations de naissances étaient alors considérées comme leur punition pour des fautes qu'ils auraient commises au cours de leurs vies antérieures. Aussi, la pauvreté et l'absence de moyens les maintenaient en dehors de la vie sociale, dans l'incapacité de travailler, et donc inaptes au mariage (Skyrock Nepalesi, 2015). Cette première expérience a commencé à faire émerger en moi mon envie de participer et d'aider par la chirurgie, des personnes atteintes de handicaps.

Jeune diplômée, j'ai débuté mon parcours d'infirmière en dehors des blocs, aux urgences et en maison d'accueil spécialisée pour adultes traumatisés crâniens. Plus tard, mon attrait pour le bloc opératoire s'est remobilisé lors de discussions avec une amie, ancienne collègue de formation infirmière au parcours universitaire en sciences humaines, comme moi. Elle travaillait alors au bloc comme circulante en intérim. J'ai compris qu'il était possible d'apprécier le relationnel et de travailler au bloc opératoire avec un diplôme d'infirmier ! L'idée a cheminé.

En janvier 2019, j'ai candidaté pour deux postes d'infirmier au bloc opératoire en clinique. Pour l'un d'eux, j'ai été reçue en entretien. Il s'agissait d'être l'aide-opératoire et l'instrumentiste d'un chirurgien orthopédique spécialiste du genou. Le recruteur m'a alors affirmé que mon attrait pour la psychologie, référencé sur mon curriculum vitae, allait être une ressource. Sur le moment, je n'ai pas compris le sens de cette remarque. J'ai su par la suite, que le chirurgien en question rencontrait des difficultés de recrutement en raison de son savoir-être. J'ai été prise à l'essai pour un contrat à durée indéterminée.

J'ai été surprise qu'on m'attribue ce poste d'aide-opératoire directement. Mon amie m'avait expliqué qu'on était d'abord affecté sur un poste de circulante, avant d'être plus tard, éventuellement formée à l'instrumentation et à l'assistance chirurgicale. Un autre recruteur m'a d'ailleurs contacté quelques jours après mon embauche pour un poste de circulant dans une autre clinique. Il m'a expliqué qu'il ne recrutait pas d'infirmiers non expérimentés au poste d'aide-opératoire.

La première fois que je suis entrée dans un bloc, c'était au Népal en 2015, en tant qu'étudiante infirmière. La seconde fois, c'était en France en 2019, comme infirmière. Dès le premier jour, les soignants m'ont appris quelques règles de circulation au sein de cet

environnement nouveau si particulier. Dès le deuxième jour, j'ai été positionnée comme aide-opératoire sur une intervention prothétique, secondée par une infirmière expérimentée. J'ai alors éprouvé une certaine fierté. J'étais là où je n'étais jamais allée et où je ne m'étais jusqu'alors pas sentie capable d'aller. Voilà que je me tenais proche de la zone d'incision, vêtue stérilement, et tenant les écarteurs, comme un prolongement de mes mains, plongeant au cœur d'un genou ouvert. Béant, il laissait apparaître, si proche de moi, les condyles fémoraux brillants et blancs, sujets impressionnants à mes yeux.

Lors de cette première expérience, ma vision est peu à peu devenue partiellement floue. Ma mâchoire a été prise de bâillements répétés et mon dos est devenu moite. Restée silencieuse, il a fallu un peu de temps à l'équipe opératoire pour s'apercevoir que je ne me sentais pas bien. L'infirmière instrumentiste a été la première à le remarquer. On m'a alors éloigné du champ opératoire et découverte de ma casaque stérile. Je suis ensuite sortie de la salle. Après une courte pause, j'y suis retournée. Avec sang-froid, et accompagnée de paroles rassurantes de quelques infirmiers présents, j'ai repris ma place. La plupart des internes et infirmiers travaillant au bloc, m'a-t-on expliqué, ont déjà fait un malaise de ce type.

Depuis ce jour, je n'ai jamais cessé de travailler comme infirmière au bloc opératoire. Sur projet personnel de changement de région, j'ai quitté ce premier poste en clinique pour un autre en contrat à durée déterminée, en Centre Hospitalier. Lors de mon embauche en septembre 2019, j'avais moins d'un an d'expérience professionnelle avec pratique d'actes spécifiques tels que l'hémostase, l'aide à l'exposition et à l'aspiration. Je ne pouvais donc pas prétendre à une validation des acquis d'expérience ni aux mesures transitoires, se référant respectivement au décret du 28 juin 2019 (JORF n°0150 du 30 juin 2019) et à l'arrêté du 19 décembre 2016 (JORF n°0298 du 23 décembre 2016). J'ai donc principalement occupé un poste de circulante, instrumenté et assisté chirurgicalement de manière exceptionnelle. Pour continuer à évoluer professionnellement, j'ai donc passé rapidement le concours d'infirmier de bloc opératoire. Voilà maintenant dix mois que je suis à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé de Brest, alternant cours théoriques et stages.

Au cours de mon parcours professionnel (formation incluse), il m'est arrivé deux fois de faire un malaise, lors de la pose d'une prothèse de genou, en clinique privée. Il m'est également arrivé de me sentir très mal à l'aise (sueur, bâillements, vision troublée) en tenant les écarteurs, lors de sutures dentaires sous anesthésie locale, mais sans pour autant discontinuer les tâches qui m'étaient imparties. Ces événements sont tous survenus de façon inattendue, et chaque fois alors que je tenais les écarteurs et que régnait une ambiance

détendue, les membres de l'équipe chirurgicale discutant et plaisantant calmement d'éléments ne concernant pas nécessairement la chirurgie.

1.1.2. Questionnements

Ces situations spécifiques, dans lesquelles mon corps m'a fait défaut, m'ont interpellée. Comment est-ce que ce métier d'IBODE peut-il provoquer en moi des réactions physiologiques telles qu'une sensation qui pouvait aller d'un léger malaise jusqu'à un malaise vagal ?

L'ouverture du corps et le contexte de détente dans lequel elle s'inscrit, a provoqué en moi une forme d'incapacité à faire face. J'ai essayé d'en comprendre les raisons, pour maîtriser le phénomène et assurer mon travail. Je suis parvenue progressivement, me semble-t-il, à émettre des hypothèses et à maîtriser mes émotions et mon corps. Pourtant, une forme d'effort adaptatif persiste encore. En quoi est-ce difficile ? Qu'est-ce qui est en jeu ? Selon moi, j'ai élaboré une forme d'adaptation qui m'a permis de continuer à pratiquer ce métier, sans que cela ne soit devenu facile pour autant. Quelles ressources ai-je mobilisées pour aller au-delà de ce qui était pour moi de l'ordre de l'insoutenable ? Insoutenable physiquement puisque mes yeux ont temporairement perdu la vision claire.

Qu'est-ce qui était pour moi psychologiquement insupportable ? Qu'est-ce que je ressentais à ce moment-là ? Il m'est difficile de le dire. Je me rappelle simplement m'être sentie responsable d'un acte important, comportant des risques que je savais potentiellement graves. Pourtant, j'ai été incapable de les formaliser. Etant infirmière, j'avais les compétences pour saisir certains risques liés à la chirurgie, mais elles étaient selon moi insuffisantes. Cette situation illustre parfaitement le rôle essentiel de la formation IBODE avec la réglementation des actes exclusifs. Le métier d'IBODE sous-tend d'importantes responsabilités. Moi, à ce moment-là, infirmière sans formation spécialisée, j'ai tenu les écarteurs, avec toute la force de mon courage, car je me devais d'être à la hauteur. Je savais qu'il ne fallait pas que je bouge pour ne pas léser un vaisseau, par exemple. Certes, je ne savais pas vraiment où celui-ci passait, mais je percevais qu'il ne fallait pas que je perturbe le geste du chirurgien par inadvertance. Certes, je n'étais pas sûre de bien tenir les écarteurs pour qu'ils ne glissent pas, pour ne pas commettre une faute d'asepsie, mais je savais qu'il fallait que mes gestes soient contrôlés.

Qu'est-ce que je ressentais encore ? Des émotions ? Lesquelles ? La fierté, le stress, l'envie de bien faire, la peur, quoi encore ? Peut-être aussi un sentiment paradoxal de

puissance en tenant un instrument aussi contendant, et d'impuissance, puisque j'étais incapable d'en savoir assez pour répondre au vide de sens relatif à mon état de novice. Je me rappelle aussi ma surprise à la vue de l'os fémoral, dont je voyais les condyles pour la première fois. Je me souviens m'être dit qu'il ressemblait à un os qu'on donne à ronger aux chiens ! Mais là, l'os c'est un bout de personne, endormie, sous anesthésie générale. La notion de mort était donc également présente sans être consciemment nommée. Aujourd'hui, j'émet l'hypothèse que ma peur était en partie liée à celle de participer à un acte qui pouvait présenter un risque vital, sans être suffisamment formée ni préparée.

Enfin, ces situations de trouble sont survenues dans les moments où l'ambiance était détendue, lorsque je n'étais pas sous tension. Quelle en était la raison ? J'émet l'hypothèse que, portée par le stress et la concentration, mon corps était soutenu par l'action. Je ne pensais pas, dans ces moments, au corps ouvert. Je ne voyais sans doute plus le sang et les os, mais seulement les gestes à effectuer, et le chirurgien. Il me semble qu'il s'agit là d'une protection face au stress, par l'action. Afin de tenir bon, ma concentration, exclusivement portée sur les instruments, me permettait momentanément de m'éloigner de ce à quoi je n'arrivais pas à faire face. Mon corps tendu, enraidit, tenait droit. Cela ressemble à une forme de marche en avant, comme pour le cheval qui tire la calèche, avec le port d'une bride à œillères pour ne pas être effrayé par certains éléments extérieurs. Cette bride support des rênes guide, m'aurait-elle permis de ne pas voir le corps, la personne anesthésiée, mes propres émotions ? En ne voyant pas la personne, l'émotion aurait-elle été moins forte ? A contrario, l'ambiance détendue ou l'absence de mise sous tension, laissait la place vacante pour mes émotions. C'est alors que je ne savais peut-être « plus faire ».

Pour aller plus loin, cette sensation de malaise a ramené à ma mémoire un événement de ma petite enfance. A l'âge de deux ans, j'ai frôlé la mort. A la maison, une après-midi d'été, mon père et des amis s'étaient réunis dans le jardin. Ma mère était au travail. L'ambiance générale devait être agréable. C'est alors qu'une amie de ma mère, enceinte, m'a retrouvée effondrée sur la marche de la maison, le souffle coupé et présentant des signes d'hypoxie (lèvres et paupières bleutées, doigts froids). Je ne respirais plus. Mon père a pratiqué sur moi la respiration artificielle et un massage cardiaque. Ma mère n'a pas été prévenue, et n'a appris que le soir ce qui c'était passé. On ne m'a pas conduit à l'hôpital. J'ai probablement gardé de cet accident un souvenir qui se ravive en moi dans certaines circonstances. Il est possible que ces malaises ressentis au bloc opératoire aient été déclenchés par l'association de plusieurs éléments : la perte de la capacité respiratoire induite par

l'anesthésie, l'utilisation de la respiration assistée, une ambiance détendue, et les risques vitaux liés à l'intervention chirurgicale.

Sous anesthésie générale, le patient n'a d'autre choix que de s'en remettre à l'équipe chirurgicale, le temps de l'intervention. L'équipe est responsable de ce qu'elle fera de cette confiance nécessaire. L'opéré confie son corps. Sans doute que pour moi, dans les expériences qui me sont arrivées, il m'a été « insupportable » que l'on puisse se détendre alors même que le patient devait avoir toute notre attention (en tension). Pour moi, toute ma concentration et mon énergie devaient être pleinement focalisées sur le patient. Il m'était alors inenvisageable de pouvoir plaisanter et penser à autre chose qu'au patient, qu'au travail. Pourtant les équipes ont effectué leur travail tout en bavardant ! Moi, je n'en étais pas à ce stade (être suffisamment à l'aide pour faire des gestes machinalement, par habitude, sans faire d'erreur). Peut-être aussi que, lors de mes malaises, je me suis projetée dans les patients opérés. Le patient endormi, serait-il propice à la projection de soi dans l'autre ? Comment, en présence d'un patient qui est vulnérable et dépendant totalement de l'équipe chirurgicale, de la respiration artificielle..., pouvait-on se détendre ?! Comment pouvais-je me détendre alors que je me sentais novice dépendante par mon manque de connaissance ? Etais-je dans une forme d'identification au patient ? Ou simplement, est-ce qu'il m'a été difficile d'accepter que les autres membres de l'équipe, eux, étaient en mesure de se détendre alors que, moi, j'en étais incapable ?

Cette situation illustre un défaut de maîtrise qui, chez moi, a fait émerger de l'anxiété et un stress profond dans lequel je me suis sentie mal. C'était difficile pour moi d'accepter que, temporairement je ne sache pas faire. Ce défaut de sens, m'a fait peut-être plonger dans un mécanisme de lutte contre un fort niveau de stress, dans lequel j'étais, semble-t-il la seule à me trouver. Je constate maintenant que je suis parvenue à m'adapter notamment en améliorant mes connaissances.

C'est donc ma propre histoire que la chirurgie est venue réveiller spontanément, sans que je puisse au départ en saisir les liens. Le sont également mes ressources personnelles et professionnelles du moment qui ont été mobilisées. Quant est-il des autres infirmiers ? Qu'induit la chirurgie pour produire de tels malaises chez les novices ? L'objectif de ce travail de recherche est une analyse du vécu des IBODE en lien avec une spécificité du métier, à savoir le travail à proximité de l'effraction chirurgicale. Pour construire cette étude, je puiserai dans les sciences humaines les références nécessaires à la construction de mon cadre conceptuel.

1.2. Cadre conceptuel

1.2.1. Les infirmiers de bloc opératoire et leur environnement

Devenir IBODE ne semble pas être une activité banale : l'environnement, les infrastructures, et surtout les effractions faites sur des corps mis à nu, et à l'intérieur desquels se déroulent le geste chirurgical (explorations physiologiques, excrèses, clampages, coupes osseuses et tissulaires, implantation d'organes ou de prothèses ...) exposent les assistants de chirurgie à des sensations très spécifiques. Leurs sens captent les corps en train d'être opérés. Ils respirent les odeurs des chairs brûlées par l'électrocoagulation, entendent les bruits des viscères humides que l'on attrape, perçoivent la couleur rouge du sang aspiré, et le blanc vif des os exposés, éprouvent la tiédeur des tumeurs et des os dans leurs mains, ressentent le glissement des instruments couverts de sang sur le latex de leurs gants. Les sens des assistants de chirurgie perçoivent les manifestations physiques de la chirurgie faite sur les corps des patients ainsi incisés, exposés, coupés, anastomosés, lavés, suturés... Ils s'en servent comme des informations cliniques, qui peuvent aussi faire émerger en eux divers sentiments ou émotions, tels que le dégoût, l'envie, la crainte... conscientisés, verbalisés, ou non. « *Dans toutes les cultures, les corps est un objet de curiosité, de désir et de normes. Il est un outil, une interface, un média que l'on s'approprié par les cinq sens et par la parole.* » (Juliens, 2016, p. 23).

Pour ma part, de façon presque inavouable, la vue d'un muscle ouvert rouge vif m'a quelques fois mis l'eau à la bouche, donné envie de manger un steak saignant. J'ai été surprise et presque honteuse de ressentir cela... Quoi faire et que faire de tout cela ? En tout cas, il faut faire avec, s'y habituer, s'y adapter surtout, pour trouver des techniques pratiques (par exemple pour que les instruments recouverts de sang ne glissent des mains) et psychologiques (par exemple, comprendre ce qui est en jeu pour mieux se connaître).

Au niveau de l'environnement, l'IBODE est souvent debout. Il peut ressentir la chaleur de l'éclairage opératoire sur ses épaules, entendre les bruits environnant du système d'aspiration, du respirateur, des moniteurs par exemple. L'effraction chirurgicale est prise en charge dans un environnement clos, maîtrisé bactériologiquement et radiologiquement. Les équipes soignantes portent des équipements de protection individuelle : casaque, masque chirurgical, double paire de gants stériles, visière. La zone opératoire est isolée du reste du corps par des champs stériles. Ce sont des matériaux de protection qui participent à la maîtrise bactériologique de l'environnement, au travers desquels passent les perceptions des soignants,

ceux du corps de l'opéré et de l'environnement. Tout cela est matériel, protocolisé et concret. Qu'en est-il des réactions émotionnelles ?

1.2.2. Le patient et l'effraction faite au corps

Notre société actuelle a rendu l'acte chirurgical indissociable de l'anesthésie. Au bloc opératoire, l'intervention chirurgicale devient *acceptable* uniquement avec anesthésie, puisqu'elle a vocation à supprimer la douleur et à améliorer les suites opératoires (droit des patients...). Aucune chirurgie n'est anodine. Certes, elle comporte des risques hémorragiques, cardio-vasculaires, respiratoires et infectieux, mais elle impacte aussi avec plus ou moins de force l'histoire de vie des patients. Qu'en est-il de la souffrance des soignés endormis ? Elle peut être perceptible en amont et en aval de la chirurgie, moins, me semble-t-il, en cas d'anesthésie générale. La personne est endormie. Le silence de l'opéré présent, motif légitime de l'intervention chirurgicale, est perceptible, et pourtant il est presque effacé derrière les champs. Au cœur de ce silence, le patient ne parle pas, il est écouté dans ses bruits les plus intimes comme les battements de son cœur.

L'acte chirurgical constitue une effraction du corps à visée thérapeutique. Il modifie le corps dans le but de réparer ou d'améliorer la qualité de vie, la santé des individus pris en soin. Les IBODE participent à l'ouverture du corps de l'opéré en assistant le chirurgien dans ses gestes ou en gérant les instruments et le matériel nécessaire à l'opération. L'environnement interventionnel du bloc opératoire dévoile le corps et agit sur comme nulle-part ailleurs. L'environnement bactériologiquement maîtrisé a été construit autour du geste en raison des risques qu'il induit. Le cadre de notre étude est donc très spécifique. Le travail d'assistant de chirurgie, semble impliquer émotionnellement et individuellement les soignants. Prendre en considération cette implication n'est pas toujours aisé chez les « soignant ».

1.2.3. Le rapport au corps ouvert chirurgicalement

Dans ce travail, j'étudie le lien avec le corps. Je m'intéresse au rapport qu'ont les IBODE, et plus spécifiquement les assistants de chirurgie, avec le corps chirurgicalement ouvert du patient. Il s'agit de recueillir et comprendre leurs ressentis, leurs perceptions, et comment ils donnent sens à ce qu'ils perçoivent, ressentent, vivent au travers de leurs prises en soin au cours des opérations chirurgicales.

Le travail d'analyse de Laurent Branchard, psychomotricien et docteur en psychologie, démontre que le corps est une zone spécifique de la personne, en ce qu'il est une zone de

passage entre les perceptions extérieures et les émotions propres internes. Le corps est le seuil entre soi et l'autre, couche perméable aux échanges entre dedans et dehors « *qui impose à la fois des réactions du corps, des émotions et un travail de pensées.* » (Blanchard, 2020, p. 17)

Les assistants de chirurgie perçoivent le corps de l'autre au travers de leurs sens. La dimension manuelle et technique du métier est évidente. Tel un artisan, ils ont appris à manipuler les instruments, à les positionner au niveau de l'incision chirurgicale, en fonction des besoins. La construction de soi passe, selon l'auteur par le sensoriel. L'enfant n'a pas en naissant la capacité de distinction entre ce qu'il ressent de l'extérieur et ce qui émane de lui. Les parents ont ce rôle essentiel d'aider l'enfant à donner du sens à cette « variabilité primaire », comme pour lui permettre une réponse à cette question : « Suis-je ce que je ressens ? » (Id., p. 21). C'est ainsi que les sensations peuvent être utilisées pour se représenter le monde, ainsi que soi et soi-même dans le monde. « *Ignorant toute vérité sur l'extérieur, nous savons qu'il existe parce qu'il nous affecte via les sensations, mais nous nous construisons une idée du monde par le contact que nous en avons et les représentations internes que nous en faisons* » (Id., p. 33). La mise en place des neurones miroirs permet également à l'enfant d'élaborer ses capacités sensori-motrices adaptatives. Ainsi, « *notre corps propre subjectif se construit contre (au sens appuyé sur, en relation avec) le corps d'un autre, des autres* » (Id., p. 40).

Cet apprentissage adaptatif au monde environnant se poursuit à l'âge adulte. C'est un travail quotidien à l'œuvre dans la construction d'une identité professionnelle. Le corps professionnel des IBODE s'élabore dans le rapport au corps de l'autre. Comment les IBODE se construisent-ils professionnellement dans ce rapport si particulier au corps de l'opéré ?

1.2.4. La maîtrise du corps et des émotions

David Lebreton (2013) a travaillé sur la manière dont le corps est envisagé dans notre société. Selon lui, la médecine moderne traite la maladie et le symptôme, en prenant peu en considération le sens que les personnes attribuent à leurs maux. Elle laisse davantage de côté la signification subjective des troubles physiques et les valeurs associées. Autrement dit, la culture médicale moderne envisage le corps dans sa fonctionnalité mécanique pure, détaché de ses pendants symboliques. Au travers de ce processus, l'homme semble indubitablement chercher à maîtriser le corps et par là même le sens de la vie (Le Breton, 2013). Ainsi, la médecine seule n'éluide pas la question du sens. La sociologie hospitalière peut nous apporter quant à elle des réponses intéressantes.

Les émotions sont des réactions psychoaffectives dont l'expression est en partie culturellement déterminée. L'anthropologie a démontré que l'apprentissage de la vie sociale passe par l'intériorisation de façons de faire avec les émotions, de leur expression ou de leur inhibition (Clastres, 1972 & Elias, 2003). A la manière dont en parle le sociologue Pierre Bourdieu, cela peut devenir un « *habitus* » (Bourdieu, 1986). Le rapport à nos propres émotions donc est en partie déterminé par notre environnement socioculturel. Il est nuancé également par des déterminismes individuels en relation avec notre histoire personnelle. Elisabeth Chapalain cite Pierre Bourdieu ainsi :

Une émotion se définit comme une réaction psychologique et physique plus ou moins vive à une situation sociale ou un évènement donné par un individu dans un contexte particulier. Les émotions permettent d'évaluer une situation ou un évènement à condition d'ajuster sa perception. Les émotions sont toujours basées à la fois sur une sensibilité propre et un système de valeurs culturelles et sociales. (Décembre 2021)

Elles sont utiles à la vie sociale et permettent de s'adapter aux situations rencontrées.

Le milieu hospitalier peut être envisagé comme un système social spécifique. Les émotions des soignants sont, elles aussi, modelées par ce que Catherine Mercadier (2017) relate comme une forme de « *culture hospitalière* ». Dans son ouvrage sur le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, la sociologue fait l'analyse des émotions liées aux perceptions sensorielles des soignants au contact des personnes soignées. Selon elle, leurs émotions sont murées dans le silence : « *comme si elles n'existaient pas – il n'y a pas lieu de parler de ce qui n'existe pas* » (Mercadier, 2017, p. 9). Ce silence jeté sur les émotions, entendu comme une « *manière de masquer, voire de nier l'existence d'une autre réalité* » (Id., p. 170), est lié à une exigence sociale de maîtrise émotionnelle. Ainsi, les émotions sont mises à distance par ritualisation, dénégation ou euphémisation. Pour la sociologue, leur maîtrise « *concerne avant tout le sexe et la mort, les deux tabous fondamentaux de la société* » (Id., p. 167).

De plus, il est possible d'envisager qu'autour du corps ouvert du patient s'articule une forme de hiérarchisation sociale. Notre rapport au corps, et plus spécifiquement à la souillure (sang, urines, cheveux, poils...), a été également analysé par Mary Douglas (2005). Elle a démontré qu'autour de la gestion des éléments détachés du corps humain, des souillures, s'organise une hiérarchie sociale spécifique. La grande proximité avec les souillures détermine le bas statut social. Cette gestion des souillures n'est pas exsangue, si j'ose dire, des

affects et s'articule à ce qu'elles représentent. D'autre part, en réalisant l'effraction cutanée les chirurgiens font un acte interdit en dehors de la salle d'opération, générateur de ce que je rapporte à un désordre symbolique, sources d'angoisses (Pouchelle, 2019). Une angoisse parfois majorée par l'absence de mot mis sur les affects. Comment ces émotions sont-elles gérées ?

Ainsi, les chirurgiens, « *parce qu'ils interviennent de façon radicale et intrusive sur le corps humain, les ambitions magiques viennent compenser l'anxiété engendrée par un geste qui, dans d'autres circonstances, pourrait être assassin.* » (Pouchelle, 2019, p. 52). Au contact des excréta, du sang, ... les chirurgiens deviennent « *des transgresseurs de tabous, et, à ce titre, des personnages ambivalents, symboliquement sacrés et souillés, donc par définition fascinants et redoutables.* » (Id., p. 52). Travaillant en grande proximité avec les chirurgiens, en étant leurs troisièmes ou quatrièmes mains, les IBODE seraient-ils également soumis à cette charge émotionnelle et symbolique liée à la chirurgie ? Ils sont en tous les cas, contraint par l'injonction de maîtrise des affects (Mercadier, 2017). Je m'interroge sur les mécanismes ou les rituels visant à canaliser ces affects que les IBODE peuvent mettre en place.

1.3. Question de recherche et hypothèse

Mes premières questions sont les suivantes : quels mécanismes sont en jeu dans l'apprentissage de ce métier si particulier ? Comment expliquer le fait que les internes et les infirmiers au bloc opératoire soient la plupart, passés par ce type de phénomène de malaise vagal au décours d'une chirurgie ? Quelles sont les spécificités du métier qui modèlent notre rapport au corps et à la personne soignée ? Comment s'adapter aux particularités du métier et quel rôle jouent les mécanismes de défense dans les processus adaptatifs ? Ces réflexions préalables m'amènent naturellement à me questionner sur le rapport au corps ouvert. Ma **question de recherche** est donc la suivante :

En quoi travailler en tant qu'assistant de chirurgie modifierait-il le rapport au corps ?

En résumé, je pense que la compréhension et le sens donnée à sa propre pratique et à l'intervention chirurgicale en elle-même construit une vision particulière du corps. Laquelle ? L'apprentissage du métier d'IBODE interpelle notre propre rapport au corps, mobilise nos sens, déclenche des émotions... Selon moi, les exigences et les responsabilités liées au rôle d'aide-opérateur requièrent un travail d'adaptation pour gérer les émotions. Pour cela, le soignant peut puiser dans ses propres ressources, mobiliser des savoirs théoriques et pratiques. Je déduis de ce qui précède, mon **hypothèse de recherche** :

Le rôle d'assistant de chirurgie, induit une proximité avec le corps ouvert du patient qui implique des mécanismes d'adaptation, relatifs à la gestion des émotions.

2. **METHODOLOGIE**

Mon travail de recherche est une **étude qualitative** visant à comprendre les spécificités du rapport au corps des IBODE, et spécifiquement en tant qu'assistant de chirurgie. La thématique est donc en lien avec leurs représentations, leur vécu et leurs émotions propres. J'ai décidé de baser ma recherche sur le recueil de leurs discours, au travers d'**entretiens semi-directifs**. Cette méthode utilise des questions ouvertes et laisse ainsi la place aux interrogés de mettre en avant, dans leurs discours, leurs vécus propres, le plus librement possible, sans être guidés dans leurs paroles.

Parler des émotions n'est pas chose aisée pour tout le monde. L'un des biais de mon étude relève de cette difficulté que j'ai pu saisir chez les infirmiers de parler de leurs émotions. J'ai donc mis en avant, lors des entretiens, mon absence de jugement et le fait que je n'attendais pas de « *bonnes réponses* », mais simplement leur parole (annexe I). J'ai aussi pris le temps, parfois, de citer différents types d'émotions, afin qu'ils puissent oser s'en saisir pour en parler d'eux. De plus, sortir du discours-écran, qui consiste à dire ce qu'il est correct de dire et non ce que l'on pense véritablement, aurait peut-être nécessité, pour certains, davantage de temps et de confiance.

2.1. **Grille d'entretien**

C'est donc au travers d'entretien semi-directifs que j'ai tenté de mettre en lumière le vécu des IBODE, leurs représentations et leur rapport au corps ouvert de l'opéré, ainsi que les mécanismes qu'ils mobilisent pour gérer leurs émotions. J'ai construit ma grille sur le cadre conceptuel de mon étude. Je l'ai ensuite testé auprès d'une professionnelle de santé ayant une grande expérience en tant qu'infirmière au bloc opératoire. Cela m'a permis d'ajuster mes questions dans le but d'obtenir davantage de clarté et d'ouverture à la communication.

Pour cela, j'ai rédigé un préambule qui respecte les droits des personnes interrogées en matière d'utilisation des données et établit un climat de confiance propice à l'échange. Dans le but de remettre mes analyses dans le contexte, j'ai relevé, dans une consigne inaugurale, le parcours professionnel des personnes interrogées, l'objectif étant de recueillir des informations sur le profil de mes interlocuteurs. Cela a permis aux IBODE de se présenter et de rentrer dans l'entretien par le « je », en se positionnant comme sujet de l'entretien. Cela a

posé le cadre : il s'agit de parler de soi-même, de mettre en mot également leur rapport individuel et subjectif au métier. Enfin, en n'abordant pas d'emblée le thème du rapport au corps, je me suis intéressée à saisir si le rapport corps ouvert était évoqué spontanément. Enfin, ces questions m'ont amené à évoquer les spécificités du métier d'IBODE et celles du rôle d'assistant de chirurgie.

J'ai ensuite construit ma grille d'entretien autour de trois thématiques principales : le rapport au corps ouvert, les émotions et la gestion des émotions. Je n'ai pas suivi la trame question par question. Je les ai posées au fil de l'échange. J'ai également élaboré des questions de relance au cours des entretiens. Ceci était plus adapté au contexte de l'échange et m'a aidé à approfondir certains thèmes abordés spontanément par les interviewés.

2.1.1. Le corps ouvert de l'opéré

Les premières questions abordées visaient à saisir quels rapports au corps ouvert du patient les IBODE, ont dans leur rôle d'assistant de chirurgie. Il s'agissait de saisir en quoi travailler au plus près de l'effraction chirurgicale peut induire un rapport particulier avec le corps. Ces questions sont les suivantes : Que pensez-vous du geste d'ouvrir un corps ? Qu'évoque pour vous le corps ouvert de l'opéré ? Dites les mots qui vous viennent spontanément. Selon vous, lors de l'intervention où vous êtes assistant(e) de chirurgie, que reste-t-il du corps de la personne opérée à ce moment-là ?

2.1.2. Les émotions

L'objectif principal des questions était de recueillir le ressenti émotionnel des patients en lien avec l'effraction chirurgicale. D'autre part, il me fallait évaluer l'impact émotionnel que peut avoir cette effraction au corps sur l'assistant de chirurgie. Pour cela, je leur ai posé les questions suivantes : Pourriez-vous me décrire des émotions que vous avez pu éprouver au contact du corps ouvert du patient ? Certaines chirurgies ouvertes sont-elles sources de davantage d'émotions chez vous ? Selon vous, pour quelle raison ?

2.1.3. Gestion des émotions

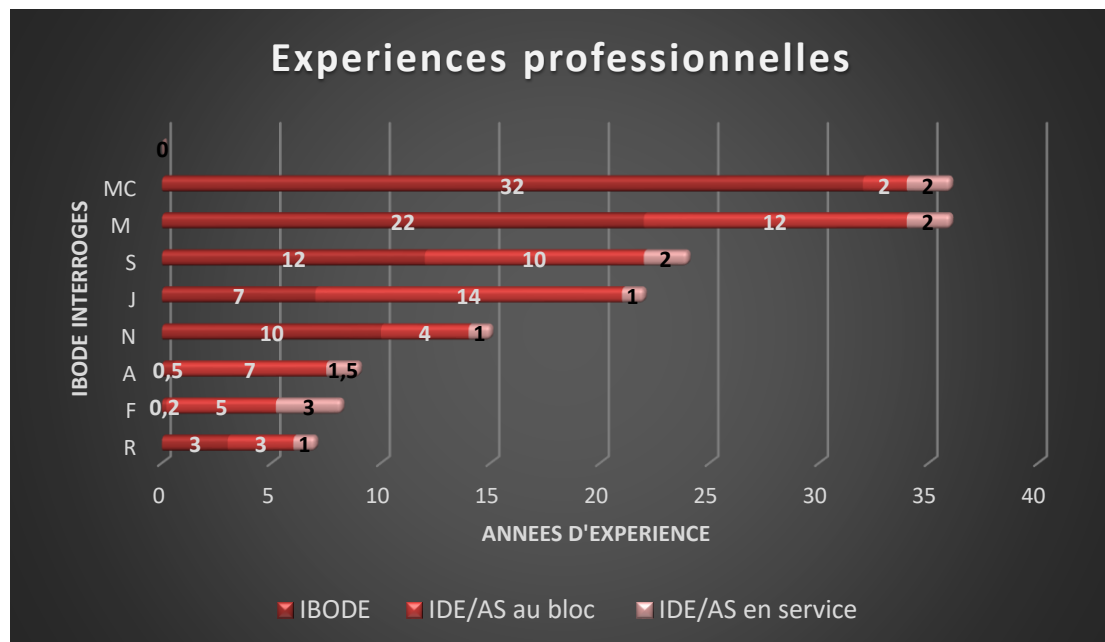
Les questions suivantes visaient, quant à elles, à saisir ce que font les soignants de leurs ressentis, comment ils s'adaptent à leur vécu face au corps ouvert. Je souhaitais mettre en lumière les mécanismes de gestion émotionnelle des soignants au cours du temps, en lien avec leur rapport au corps, et les outils qu'ils utilisent lors des interventions chirurgicales. Ces questions sont les suivantes : Votre vision du corps ouvert a-t-elle évolué dans le temps ? En

quoi et pourquoi ? Que faites-vous des émotions qui s’y rattachent ? Comment les gérez-vous, ou les avez-vous gérées, par le passé ?

2.2. Population interrogée

J’ai réalisé huit entretiens auprès de six infirmières et deux infirmiers, tous diplômés infirmiers de bloc opératoire, travaillant sur deux sites différents d’un centre hospitalier public de Bretagne. J’ai sélectionné ces huit informateurs en raison de leurs expériences en tant qu’assistants de chirurgie. Cette donnée était essentielle pour ma recherche, afin d’analyser leur expérience de contact à l’effraction chirurgicale et leur rapport au corps ouvert du patient. Les entretiens ont été réalisés après obtention de l’autorisation de réalisation d’entretiens par la direction des soins, en décembre 2021 et janvier 2022. J’aurais aimé baser mon étude sur davantage de personnes. Les limites de temps et organisationnelles ne m’ont pas permis de faire davantage. J’ai essayé d’interroger des personnes ayant des expériences de bloc opératoire différentes en termes de durée, tant comme infirmiers que comme IBODE. Le tableau n°1 illustre cette hétérogénéité au sein des parcours professionnels.

Tableau n°1



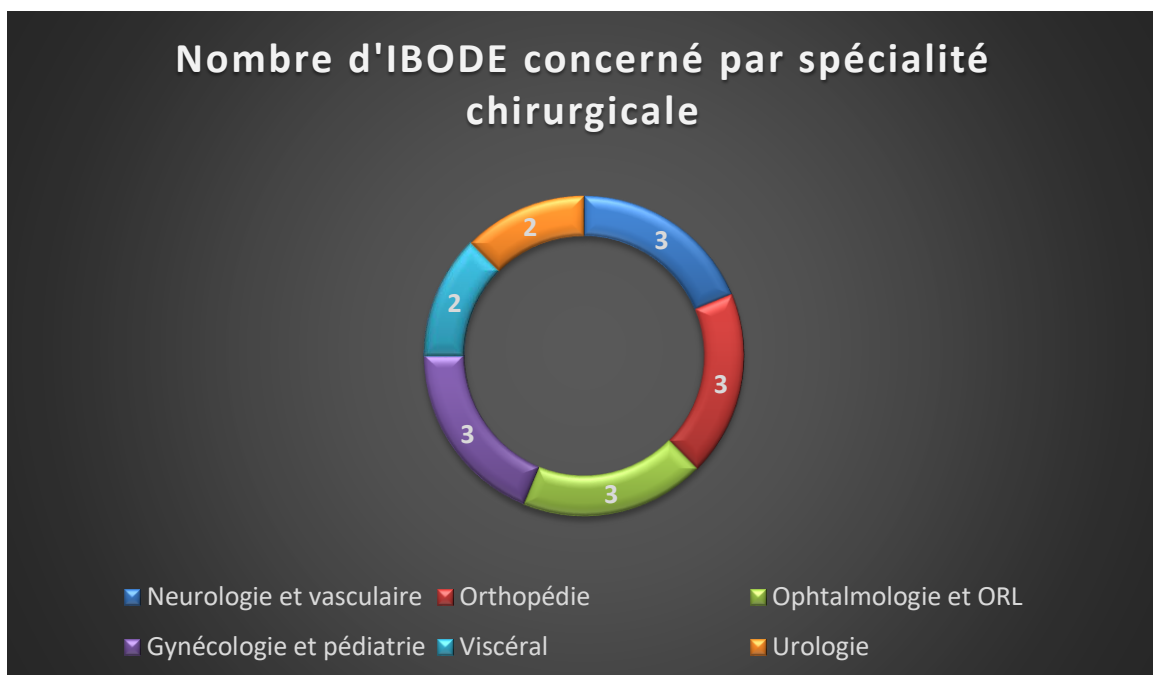
L’une des interrogées a fait fonction de circulant avec un diplôme d’aide-soignante (AS) pendant plusieurs années. C’est pour cela qu’apparaît dans la légende l’intitulé AS. J’ai interrogé des personnes ayant toutes eu des expériences d’assistance de chirurgie au cours de

leur parcours professionnel, puisque mon sujet concerne la proximité avec l'effraction chirurgicale.

Le temps a tendance à estomper les souvenirs de l'apprentissage. Il donne une teinte naturelle à des attitudes acquises, intériorisées à force de répétition. Il peut effacer ce qui nous a surpris pour laisser la place à la banalité du quotidien. Ce qui était artificiel devient alors naturel, une normalité qui ne se questionne plus. C'est pour cela que j'ai souhaité interroger des professionnels avec différents niveaux d'expérience. Cela n'a pas été aisé de trouver des infirmiers diplômés avec seulement quelques mois d'expérience. Aussi, pour atténuer le biais de mémoire des personnes interviewées, j'ai effectué des entretiens de trente minutes à une heure trente, pour que les souvenirs prennent le temps de refaire surface.

Ensuite, j'ai interrogé des IBODE issus de différentes spécialités, et ayant eu des expériences plus importantes dans certaines de leurs pratiques. Le tableau n°2 représente cette palette de spécialités. Elle m'a permis d'aborder le rapport au corps ouvert à travers une certaine hétérogénéité des expériences chirurgicales.

Tableau n°2



Enfin, j'ai effectué les interviews selon différentes modalités, en fonction des préférences de mes informateurs. Ainsi, trois entretiens ont eu lieu chez les interrogés eux-mêmes, quatre sur leur lieu de travail, et un chez moi. Ils ont tous été réalisés en dehors de mes temps de stage, sur mon temps de travail personnel.

2.3. Grille d'analyse

Mon analyse des entretiens m'a permis d'objecter les données issues des discours de mes informateurs. J'ai sélectionné dans leurs propos les éléments narratifs relatifs aux trois thèmes principaux de mon sujet de recherche, que j'ai nommé « catégories 2, 3 et 4 ». Elles correspondent respectivement au rapport au corps, aux émotions en lien, et à leur gestion. J'ai également extrait les données du préambule en lien avec leurs parcours professionnels, c'est la « catégorie 1 ». Cela m'a permis de comprendre le rapport qu'entretiennent les IBODE avec leur profession.

J'ai ensuite encodé les sujets abordés, en les regroupant par thèmes. Chaque catégorie est ainsi divisée en deux thèmes, qui eux-mêmes sont sous-divisés en sous-thèmes que j'ai nommé items. Ces items sont classés et quantifiés selon la fréquence de leur évocation chez les interviewés, dans quatre tableaux d'analyse (annexe II). Ils sont étayés de phrases clés extraites des discours. Ces dernières n'illustrent pas la richesse du vécu des IBODE, mais définissent synthétiquement les thèmes abordés.

Cette méthode analytique m'a permis d'exploiter les éléments subjectifs issus des échanges, dans une démarche scientifique et objectivable. Ce travail a mis en évidence des similitudes et des divergences entre les interviewés dont j'ai tenu compte. J'invite le lecteur à parcourir les entretiens en annexe. Celui de M. a été retranscrit dans son intégralité pour les besoins de ce travail. Pour les autres, j'ai extrait certains éléments non essentiels, par souci organisationnel.

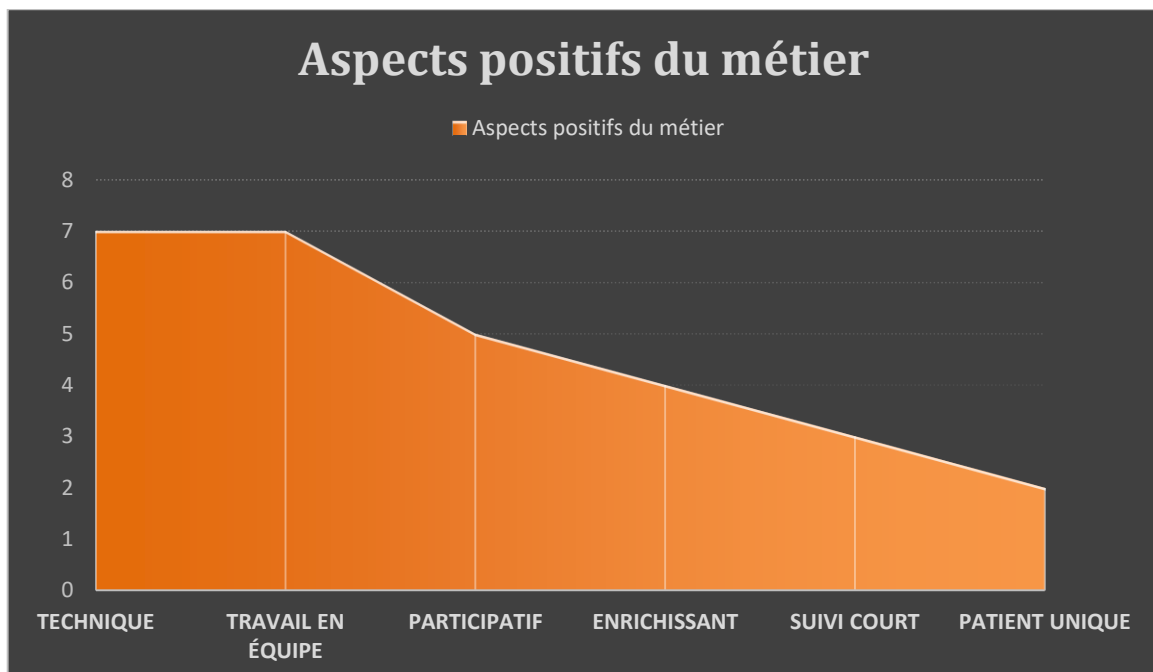
3. RESULTATS

3.1. Rapport avec le métier et parcours professionnel des IBODE

Il a été mis en évidence que le choix du métier d'IBODE ne s'est pas fait de façon immédiate pour la moitié des interrogés. Pour certains, c'est une première expérience négative du bloc opératoire lors d'un stage infirmier qui les conduit à ne jamais vouloir y travailler. M. et S. ont respectivement fait référence à une vision violente du corps opéré et à la froideur d'un chirurgien. J. et F. ont évoqué une méconnaissance et une réticence vis-à-vis du bloc, et une peur de l'inconnu. J., F. et S., s'y sont retrouvées par « hasard » lors de demande de changement de service, en fonction des besoins de l'hôpital ou de la clinique. Ils découvrent puis apprécié travailler au bloc. Pour l'autre moitié, c'est l'attrait pour la technicité et une expérience de stage infirmier positive qui les a amenés à vouloir exercer en tant qu'IBODE.

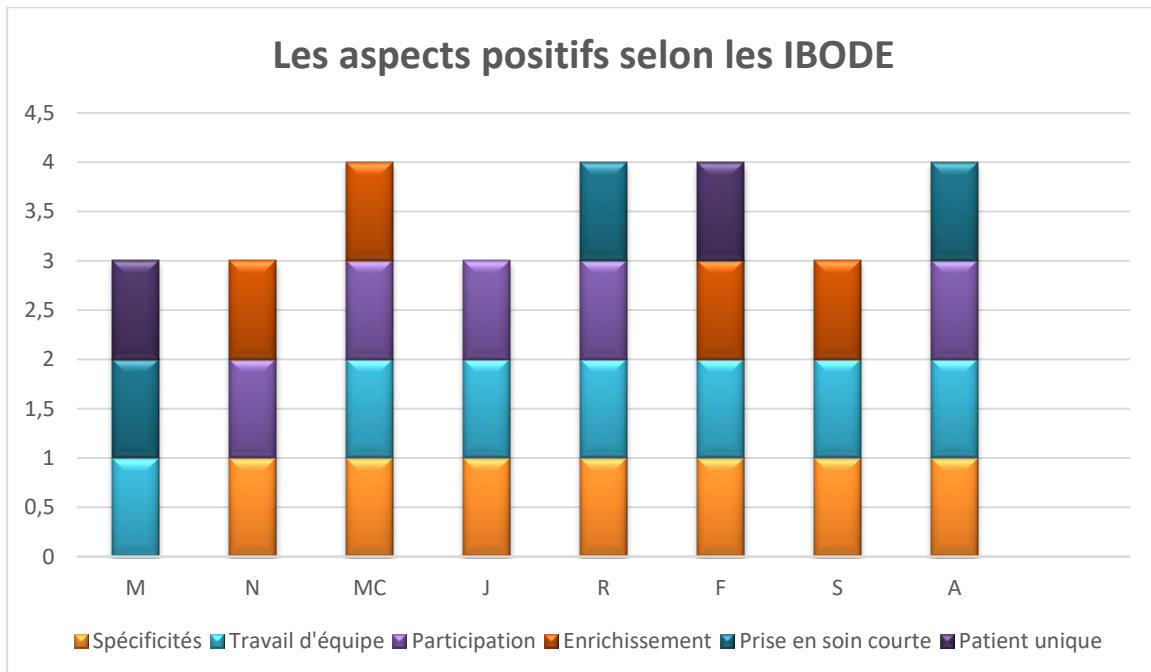
J'ai extrait des discours des interrogés, six items relatifs aux aspects positifs du métier. Le tableau ci-dessous les retranscrit en fonction de leurs fréquences d'apparition chez mes interlocuteurs.

Tableau n°3



Selon les IBODE, ces six items ont été mobilisés différemment. Le tableau n°4 expose cette répartition.

Tableau n°4



Dans l'ensemble, les entretiens ont mis en évidence un attrait prévalent pour la **technicité** du bloc opératoire. Pour 7/8 de mes interlocuteurs, le fait de faire un métier qui requiert des **connaissances spécifiques** sur les temps opératoires et le matériel utilisé, est reconnu comme étant un attrait positif du métier. Pour R. cette technicité n'existe qu'en bloc opératoire : *« C'est des choses qu'on retrouve qu'ici, qu'on ne peut pas retrouver dans d'autres services (...) des ancillaires qu'on ne trouve pas ailleurs, du matériel qu'on trouve pas ailleurs »*. Il y a donc le bloc et les autres, et cette particularité semble être gratifiante. Pour M. *« tu franchis un univers que peut-être plein de gens aimeraient connaître, mais que toi t'es... Voilà, c'est ton boulot »*. D'autre part, le bloc opératoire est un lieu fermé, souvent mis en opposition avec les services de soin. Il l'est par sa fermeture structurale au reste de l'hôpital. N. explique l'explique en ces termes : *« On travaille dans un endroit spécifique, tout le monde ne rentre pas. Voilà, c'est des sens-interdits sur les portes, il y a une tenue réglementaire à avoir pour entrer, c'est hyper protocolé. Heu tout ça fait que ça rend la chose spécifique. »*

Un autre aspect positif du métier a été très majoritairement mis en avant, par sept IBODE sur huit : le fait d'être **acteur de l'intervention et de voir le résultat quasi immédiat** du travail effectué. Une certaine « *fierté* » (R.) et un sentiment d'utilité (MC.) a pu ressortir des entretiens du fait de participer véritablement à l'acte chirurgical.

Ensuite, est ressorti positivement des entretiens le **travail en équipe pluridisciplinaire et spécifiquement avec le chirurgien**. Mes interlocuteurs ont mis en avant leur goût pour le travail en équipe au bloc, par opposition avec les services de soins. Pour J. : « *Le travail d'équipe en fait, c'est vraiment plus présent que dans le service. Dans les services, tu travailles en collaboration avec l'aide-soignante, sûr, mais en bloc c'est quand-même plus.* ». MC. met l'accent sur le fait de travailler à proximité immédiate du chirurgien : « *T'es vraiment proche du chirurgien, tu accompagnes dans le geste, tu es vraiment proche de lui et tu participes vraiment à la gestion de ça* ». Cet aspect du métier est vécu comme « *grisant* » par S, car pour lui, cela revient à bénéficier de la représentation positive du chirurgien. Il explique :

C'est vrai que j'avais un côté un peu cowboy et heu apprenti chirurgien presque (...)
Je pense que c'est plus dans le, dans l'idéalisation qu'on peut avoir du médecin, du docteur, du chirurgien, heu voilà dans la vie de tous les jours. Quand tu croises quelqu'un voilà, quand heu voilà : Bonjour Docteur ! C'est très heu, très respectueux d'un métier institutionnel (...). C'est au départ, le côté un peu représentatif de ce que ça peut représenter le chirurgien à la télé, le chirurgien, enfin voilà le chirurgien très...

- *Respecté ?*

- *Ouai et puis très glamour.*

Cet aspect du métier est également valorisant pour R.: « *J'ai trouvé ça extrêmement intéressant, extrêmement valorisant. C'est vrai que le soir quand je suis rentré chez moi, j'étais un peu fier de ce que j'avais aidé à réaliser quoi. Ouai, c'était de la fierté.* ». D'autre part, en étant « *un petit peu son bras droit [au chirurgien]* » (N.), l'IBODE est « *vraiment acteur de l'intervention au niveau justement de cette technicité* » (R.). Il participe à l'intervention et apprécie le résultat du travail accompli. J. apprécie « *le fait d'être un élément de la chaîne qui va apporter un résultat au final de l'intervention (...). Le résultat c'est plus à long terme dans les services, alors que là, on l'a tout de suite. On a fait ce qu'on avait à faire quoi.* »

D'autre part, la **richesse du métier** réside dans la diversité des actes réalisés et la multiplicité des connaissances qu'il permet d'acquérir. La moitié des interrogés ont mis en avant que le métier leurs avait permis de « *faire un bon en avant en anatomie* » (S.) et de mieux comprendre le fonctionnement du corps humain. Ils se sentent intéressés par la diversité d'un apprentissage sans cesse renouvelé : « *C'est enrichissant. On en apprend tous les jours, ça change tout le temps (...) c'est enrichissant tout le temps.* » (F.)

Deux IBODE ont évoqué apprécier s'occuper d'**un patient à la fois**. F. relate : « *On est centré que sur un patient, et ça, c'est vraiment quelque chose que j'avais beaucoup apprécié. Contrairement aux services où on a quinze patients à gérer, les coups de téléphone...* ». M. dit également qu'elle appréciait ne gérer par jour « *qu'un polytro. Je n'avais pas trente patients dans ma journée !* » Comme pour l'aspect technique du métier mes interlocutrices distinguent cet aspect du métier de celui d'infirmier dans les services de soins.

En résumé, l'identité professionnelle des IBODE rencontrées est marquée par un sentiment d'appartenance à un corps de métier à part-entière, distinct des services de soins. Cette dichotomie s'appuie sur les connaissances spécifiques liées au métier d'IBODE, et le fait d'œuvrer en équipe pour un seul patient à la fois. Ils se sentent intéressés par le métier et acteurs participatifs lors des interventions. Deux bénéfices secondaires liés au métier ont ainsi été mis en avant : l'appréciation immédiate du travail accompli avec sentiment d'utilité et le goût pour le travail d'équipe à proximité du chirurgien.

3.2. *Rapport au corps ouvert du patient*

J'ai cherché ensuite à saisir le rapport que peuvent avoir les IBODE au corps ouvert de la personne opérée. J'ai extrait des entretiens deux thèmes : le corps humanisé déshumanisé, et la violence chirurgicale.

3.2.1. *Corps humanisé- déshumanisé*

Lorsque j'ai demandé aux interrogés de me parler de ce que représentait pour eux le fait d'ouvrir un corps, certains des IBODE m'ont expliqué ne pas avoir de problème avec l'effraction chirurgicale. C'est le cas de J., MC., N. et R. Selon eux, ils n'auraient pas fait ce métier s'ils avaient eu un problème avec cela. Pourtant, sept IBODE sur huit m'ont parlé d'un rapport au corps spécifique, **déshumanisé**. Cette notion a souvent été mise en exergue lorsque je posais ma question relative à ce qu'il reste du corps de l'opéré après l'avoir champé ou bien sur ce que représentait pour eu le fait d'ouvrir un corps. Le corps devient un « *instrument* » (S.) détaché de la personne. Il devient un outil, un objet fait de matière, « *morceau de viande* » (S.).

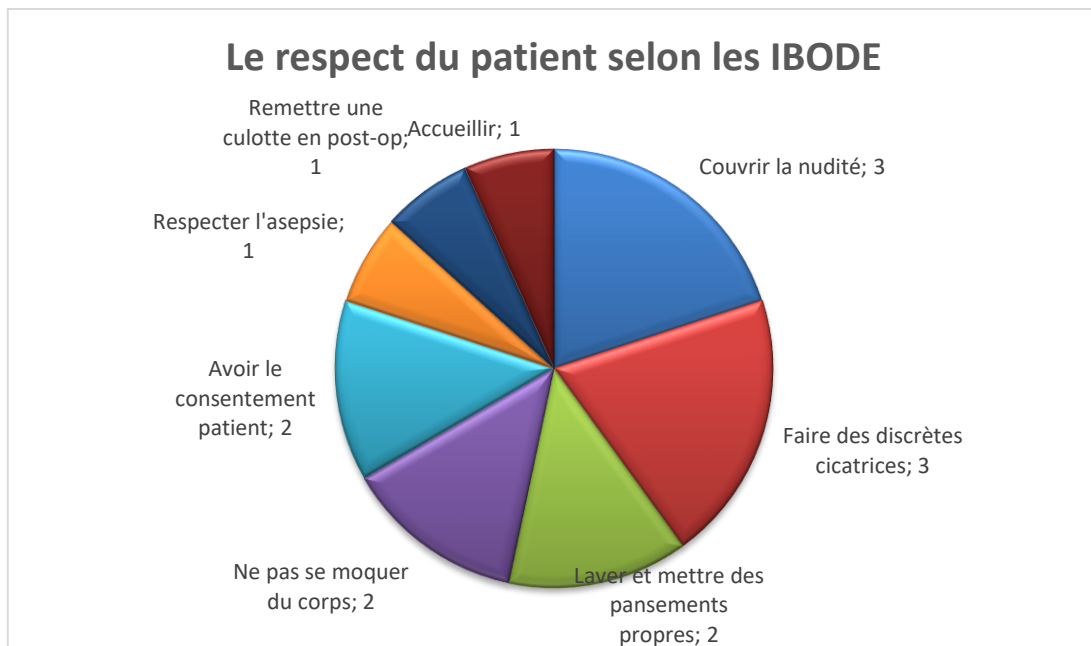
Le corps est déshumanisé, et divisé en parcelle à traiter via l'application des **champs opératoires** qui masquent la quasi-totalité du corps de la personne, le temps de l'intervention. N. explique « *que ce sont des humains qu'on ouvre, mais je pense que pour réussir à le faire, il faut... déjà on installe des champs opératoires* ». Il ne reste plus que la zone opératoire. « *C'est juste la zone, la petite zone que tu as entre les champs* » (M.). A. dit alors faire « *abstraction du fait qu'il y ait un humain en dessous.* » Le patient n'est plus envisagé dans sa globalité. R. explique qu' « *on se rend moins compte qu'il y a une personne derrière, parce qu'on a vraiment juste une partie de l'anatomie qui est découverte. On n'a pas accès à toute la personne.* » Pour S., « *on s'arrête plus qu'à un organe en fait, pour que ce soit plus facile.* » (S.)

Cette déshumanisation est avancée comme nécessaire. Cela permet de se « *concentrer véritablement sur l'activité qu'on a à faire, et non plus sur l'être humain* » (S.). Cela rend l'acte plus facile, et constitue une « *protection* » (N.) pour les soignants. Car cela semble difficile d'être « *intrusif* » (S.) et d'inciser une personne nue : « *Si on devait voir la personne entièrement heu à nu, et voir le bistouri rentrer et inciser, ça serait plus compliqué.* » (N.) Le corps peut également disparaître sous les tâches à accomplir. Une IBODE l'évoque. Pour elle, « *le patient c'est la brique d'en-dessous, enfin la première brique sur laquelle tu vas empiler*

tes trucs. Si tout se passe bien tu n'as qu'une brique, mais t'as ta brique rouge de saignement, ta brique bleue de, la brique mauve ou noire du chir qui vient t'engueuler... » (M.)

Parallèlement à cela, la notion de **respect** a émergé dans les discours. Cette notion a été spontanément évoquée par la majorité des IBODE et jugée d'une importance capitale. Celle-ci est la marque attribuée à l'humanité de la personne. Au-delà du corps, c'est la personne qui est reconnue. Elle **réhumanise** le corps. Les professionnels ont des façons différentes de respecter l'autre. Le tableau suivant les détaille.

Tableau n°5



Cette réhumanisation des opérés va au-delà de l'anesthésie. Pour ces IBODE, le respect s'applique même si le patient dort.

D'autre part, quatre IBODE ont fait référence au **maintien d'une vision globale** de la personne lorsque la prise en charge se fait sous anesthésie locale ou sous hypnose, rarement mise en place selon J. Les interventions sont alors moins « lourdes », mais la communication avec la personne est maintenue. Pour F. « *On le voit surtout sur des... des locales² ou des choses comme ça, mais on peut parler aussi avec le patient pour le distraire tout en l'opérant. Du coup, là, on le prend aussi dans sa globalité* ».

² En référence aux chirurgies qui se font sous anesthésies locales où le patient n'y est pas endormi.

3.2.2. Violence chirurgicale

J'ai cherché dans les souvenirs des interlocuteurs leurs premiers contact avec la chirurgie au bloc opératoire pour tenter de comprendre comment le rapport au corps ouvert de l'opéré se construit, et évolue avec le temps. Mes interlocuteurs m'ont raconté leurs expériences. De leurs propos a émané quatre items inégalement abordés par les IBODE, et référés dans le tableau n°6.

Tableau n°6



Cinq IBODE ont éprouvé un **choc** lors d'interventions où le morcellement du corps était pour la première fois perçu. Leurs discours évoquent la force du choc perçu les ayant parfois amenés à perdre connaissance : « *Hyper violent à voir* », « *choc* », « *Je suis tombée dans les pommes* », « *Le choc a été vraiment heu important !* » (M.) ; « *Extinction des feux* », « *Tu t'écroules* », « *Je parle de confrontation, c'est « Boum ! » C'est, tu te le prends en pleine figure. Tu arrives dans une salle et tout d'un coup, il y a un coup de bistouri et « Paf ! »* » (S.). Le choc a été lié à **l'impréparation face à l'inimaginable** : ce que la chirurgie fait au corps : un morcellement, que M. nomme par deux fois une « *mutilation* ». J'ai relevé les références sur le thème de la confrontation avec l'impensable dans le discours de trois IBODE : « *Je ne m'attendais pas du tout à* » et « *Je n'imaginai même pas que...* » (M.) ; « *J'étais pas du tout prêt. Je ne m'attendais pas du tout à ça* », « *T'es pas prêt à, t'es pas prêt* »

à affronter ça. Tu prends une baffe » (S.) ; « On ne s'imagine pas tout ce qu'on peut faire au niveau de l'anatomie, de pouvoir ouvrir, disséquer des parties d'une personne » (R.)

Ensuite, mes interlocuteurs ont expliqué avoir un défaut d'affinité pour certaines chirurgies en raison **des organes à opérer et de la signification** qu'il revêt pour eux. Les organes évoqués et le sens qui leur a été attribué est exposé dans le tableau n°7.

Des rapports différents en fonction des organes, tableau n°7 :

Organes	Par IBODE	Significations
Dents et ORL	6/8	<p>« Le visage pour moi, j'ai beaucoup de mal » ; « La langue, j'ai beaucoup de mal parce que mon père est mort de ça » (M.)</p> <p>« Les dents tout ça, je suis pas à l'aise avec ça (...). Je trouve limite que c'est pas propre » (R.)</p> <p>« Je n'aime pas les dents, et les ongles incarnés je n'aime pas non plus. J'ai failli tourner de l'œil » ; « ça me met mal à l'aise, j'aime pas trop les petits bruits » (F.)</p> <p>MC et N références aux intubations difficiles.</p>
Œil	2/8	<p>« C'est un organe qui... qui me, qui avait tendance à me rebuter » ; « ce côté reflet de l'âme qui-qui fait peur aux gens » (S.)</p> <p>A avec les énucléations.</p>
Viscère	3/8	<p>« Ça a plus de signification d'ouvrir un ventre » ; « les tripes à l'air » ; « sortir ses tripes » ; « les tripes, c'est vraiment l'intérieur de quelque chose, c'est vraiment la personne » (M.)</p> <p>« Viscéral, uro, c'est pas mes spécialités d'affection particulière » (N.) en raison des odeurs.</p> <p>« Rebutant par l'odeur, et choquant un peu parce ben on est en train de tenir les viscères ! » (S.)</p>
Cœur et cerveau	1/8	<p>« Le cerveau c'est quand même passionnant » ; « le cerveau il bat comme le cœur » ; « C'est joli » (MC.)</p>

Majoritairement, les IBODE ont évoqué la sphère ORL et les dents comme étant rebutantes. Lors des entretiens, les informateurs n'ont pas toujours posé des mots sur leur ressenti en lien, mais adopté des « mimiques » évoquant le rejet. R. et F. m'ont dit se sentir « mal à l'aise » en odontologie. Ce sont les petits bruits de la chirurgie qui mettent F. mal à l'aise. F. s'est sentie à limite du malaise, et a dû se faire remplacer lors d'extractions dentaires. L'ophtalmologie a été évoquée comme une spécialité non attractive en raison de la symbolique de l'organe qui

représenterait l'âme de la personne. MC. a évoqué avoir été très mal lors d'une extubation où une dent avait été arrachée à la patiente. M. évite les chirurgies qui concernent le visage en raison de son histoire personnelle, puisque son père est décédé d'un cancer ORL. Le contact avec les viscères de l'autre, son intériorité, peut être perçu différemment selon les IBODE.

J'ai retrouvé dans le discours de quatre de mes interlocuteurs une signification agressive relative à l'incision du corps, dans le fait de **rentrer dans l'intimité de l'autre** : « *On pénètre la personne* » et « *On abîme le corps* » (F.) ; c'est « *être vraiment dedans quelqu'un* » et « *une mutilation* » (M.) ; « *C'est délabrant On porte atteinte directement à l'intégrité* » (N.) ; « *Très intrusif* » (S.). Également, le fait d'ouvrir un corps a été avancé comme quelque chose qui n'est pas dans les mœurs et d'étrange. Il est reconnu par certains IBODE que cela puisse être choquant pour ceux qui n'ont pas l'habitude de travailler au bloc. Cependant, la moitié des IBODE interrogés ont spontanément mis en avant **la nécessité de l'effraction** faite au corps. Par exemple, pour S. : « *Elle est nécessaire. Les gestes en effet ne sont pas fait pour le plaisir de les faire* » ; « *Malgré tout faut le faire, y a que comme ça que ça peut soigner* ».

Enfin, la nudité du corps a été spontanément évoquée par les IBODE interrogés. La moitié d'entre eux ont mis en avant une forme de « *banalisation* » (MC.) de l'exposition du corps pour les nécessités de la chirurgie. La nudité au bloc devient quelque chose de « *normal* » (R.) et cela se construit avec le temps. Pour R. : « *On en voit tellement au final que ça devient quelque chose d'habituel quoi.* » Elle semble acceptable en raison de l'anesthésie. A. explique qu' « *heureusement qu'ils sont endormis, parce que ce serait hyper gênant.* ».

En résumé, le travail à proximité du corps ouvert pour la nécessaire chirurgie n'apparaît donc pas, pour tous les IBODE interrogés, comme un phénomène naturel, dans un premier temps. Il a été mis en avant une notion de choc des premières expériences. L'incision faite au corps constitue une pénétration dans l'intimité de l'autre, et la nudité une exposition banalisée avec le temps et l'habitude. Le corps même instrumentalisé n'est pas neutre puisqu'il évoque chez les IBODE un sens et des représentations différentes selon les organes concernés par la chirurgie.

3.3. *Emotions*

Lors des entretiens, les informateurs n'ont pas toujours spontanément évoqué leurs émotions en lien avec la chirurgie. Les IBODE parlaient plutôt de situations difficiles, non pas techniquement, mais affectivement, pour définir les émotions en lien. Simplement, c'était difficile à vivre. J'ai donc pris soin d'interroger les IBODE sur les actions mises en place lors de ces situations et de leur demander en quoi cela était difficile pour elles. J'ai sélectionné six items.

Le premier concerne tous les IBODE interrogés et se réfère aux situations professionnelles impliquant la **mort et le morcellement**, lors des amputations, des Prélèvements Multi-Organes (PMO) et du travail sur cadavres. C'est spontanément que ces chirurgies ont été évoquées. Les éléments narratifs extraits de leurs discours sont évocateurs d'une forme de violence vécue : « *C'était traumatisant* » (J.) ; « *C'était assez glauque* », « *C'est dur* », « *peine* », « *injustice* », « *colère* » (M.) ; « *C'est prenant* » ; « *C'était tellement horrible* » (F.) ; « *On enlève une partie du corps, je trouve ça vraiment dur* » ; « *hauts le cœur* » ; « *C'était difficile pour moi de voir, enfin de savoir que des patients n'allaient pas pouvoir être soignés et ... et aller mourir quoi* » ; « *Amputation très choquante* » (A.). En ce qui concerne les PMO, la présence des familles apparaît comme une difficulté supplémentaire : M. et R. explique ne pas pouvoir se charger des émotions des autres et en avoir assez à gérer. Par exemple : « *Tu as déjà des émotions dans ton petit cercle, alors si en plus on te bombarde d'autres émotions* ».

Ensuite, trois informateurs ont mis en avant des sensations de mal être lorsqu'ils ont été confrontés à des **odeurs** en lien avec l'effraction corporelle. « *C'est vrai que certaines fois en viscéral, il y a des odeurs des fois qui peuvent te mettre un petit peu mal à l'aise* » ; « *Les odeurs, c'est un peu négatif* » J : « *C'est vrai que certaines fois en viscéral, il y a des odeurs des fois qui peuvent te mettre un petit peu mal à l'aise* » ; « *Les odeurs, c'est un peu négatif* » (J.). Sentir certaines odeurs représente plus de difficultés que le contact avec le sang. N. se dit « *beaucoup plus sensible aux mauvaises odeurs qu'à la vision du sang* », et pour S. « *c'est plus des notions d'odeur, que de vision ou d'avoir les mains dedans.* »

De plus, des situations de **projection de soi** ont été émises dans trois entretiens comme source de difficulté dans leur vécu professionnel. En voici des extraits : « *C'est impressionnant, tu te mets à la place du patient* » (A.) ; « *J'ai eu du mal à un peu me sortir de la tête que ça pouvait être mon gamin qu'était là* » (M.) ; « *C'est prenant quoi, tu n'as pas*

d'enfant, mais bon ça te renvoie quand même cette image » (F.). Ce mécanisme a été retrouvé chez de jeunes IBODE ou chez une ancienne mais concernait son tout débuts de carrière en pédiatrie.

D'autre part, une notion de plaisir, dans le travail, a été mise en avant par trois IBODE. Dans le préambule, les informateurs ont décrit une forme d'intérêt dans la découverte de l'intériorité du corps avec l'anatomie et la pathologie. Plus en aval dans les discussions, deux d'entre eux ont mis en avant une forme d'attrait et de plaisir à toucher ou à découvrir l'intérieur de l'autre. M. explique apprécier sentir l'autre de l'intérieur : *« J'aimais bien la chaleur interne du corps, mettre mes mains dedans (...), ça me plaisait vraiment le fait d'avoir mes mains à l'intérieur »*. MC. elle voit de la beauté dans certaines chirurgies, elle le décrit avec une forme de poésie : *« C'était délicat, méticuleux. C'est joli comme intervention (...). C'est comme dans la mer en fait [ventriculoscopie]. Ça fait un peu la même chose, c'est ça qui est étonnant en fait. En fait c'est surtout quand tu vois le vaisseau qu'il avait c'est quelque chose de tellement profond. Il a atteint des endroits où avant jamais tu serais allée »*. Un IBODE raconte son plaisir dans l'échange des émotions positives lors des césariennes. : *« Une césarienne ça reste un moment heu... toujours émouvant, avec beaucoup d'émotions »* (J.). Enfin, deux IBODE ont évoqué leurs difficultés dans les situations où les besoins de la chirurgie dépassaient les connaissances acquises. Par exemple, N. m'a expliqué s'être sentie *« désemparée »* et ne *« pas me sentir à l'aise, de ne pas savoir faire »*.

Le rapport au corps de l'opéré soulève des émotions vives en lien avec deux situations chirurgicales que sont les PMO et les amputations principalement. Le rapport à la mort et la proximité des familles s'associent à la difficile prise en charge de ces patients. D'autre part, certains IBODE ont mis en avant des mécanismes de projection par ressemblance et association entre les opérés et leur vie personnelle. Aussi, tout comme certaines parties du corps peuvent déranger, les odeurs ont été présentées comme désagréables, renvoyant à la maladie et au mal. Aussi, quelques soignants ont évoqué le plaisir en lien avec le contact physique. Enfin, ont été évoquées comme problématique les situations où les besoins de la chirurgie dépassent les ressources en connaissance détenues par les professionnels, surtout en début de carrière.

3.4. *Gestion des émotions*

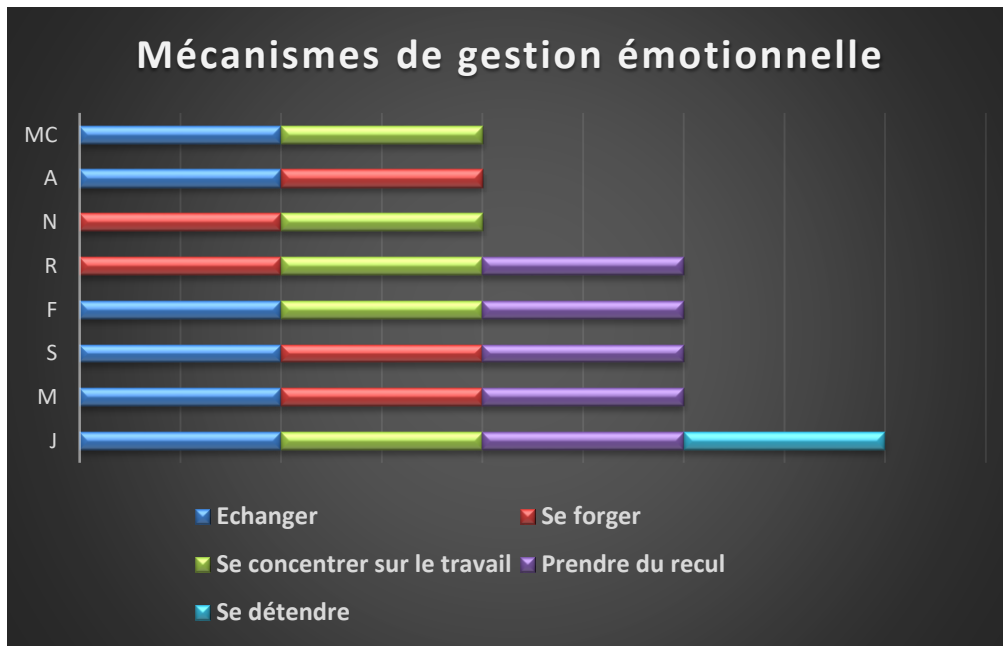
Majoritairement (tableau n°8), **l'échange** avec les collègues de travail ou bien les proches familiaux est une ressource employée pour gérer les émotions, qu'il ne faut pas garder pour soi. L'important est d'en parler, soit avec les membres de l'équipe, essentiellement celle présente en salle lors de l'intervention, ou bien chez soi avec les proches. A noter que pour un informateur, il était essentiel de ne pas ramener d'émotion chez lui et qu'il préférerait partager ses émotions avec les collègues. A été également souligné une facilitation avec les membres présents en salle en raison d'une meilleure compréhension de la situation.

D'autre part, par le repli sur soi et la **concentration** sur les tâches à effectuer, certains IBODE parviennent à gérer leurs émotions. Il s'agit alors au contraire de ne pas forcément parler, et d'être uniquement pris par le travail. Les émotions sont alors mises de côté le temps de l'action. Voici quelques extraits narratifs qui s'y réfèrent : « *Tu te retiens de pleurer* » « *Je pense que je mets de côté mon émotion et je vois après* » (MC.) ; « *Quand il y a des émotions fortes et tout ça, j'essaie de pas y faire gaffe* » et « *je suis plus refermé sur moi-même, plus dans un mutisme* » (R.) ; « *M'enfermer un peu dans une bulle* » par « *besoin de concentration* » (N.) ; « *Prendre les choses les unes après les autres, et tu te donnes une ligne de conduite et des tâches à faire* » (J.)

Ensuite, le fait de **prendre du recul** a été évoqué par cinq IBODE. Il s'agit de prendre de la distance avec le vécu du soigné et de ne pas s'impliquer. Il s'agit encore de discerner ce qui appartient au patient de ce que le soignant vit lui. F. s'est dit par exemple : « *C'est pas moi qui ai perdu mon enfant, c'est les parents.* » Selon trois IBODE, qui m'avaient parlé de leurs difficultés à faire face à la violence de la chirurgie, **le temps effectue son travail**. C'est un processus naturel qui se met en place sans qu'il puisse réellement être expliqué (S.).

Enfin, une interviewée, après avoir vécu un malaise au détour d'une chirurgie, s'est efforcée de **se détendre** physiquement. Elle a essayé de prendre en compte sa posture physique pour, cette fois-ci, ne pas se sentir mal. Elle le décrit ainsi : « *je m'étais dit, peut-être je me suis trop crispée aussi, le fait d'être crispée tout le temps dans la même position c'est pas ergonomique, tes muscles, ils sont en tension et du coup quand tu relâches, tout se relâche aussi. Donc j'ai essayé de... de me détendre, d'avoir les bras un petit peu plus souples.* » (F.)

Tableau n°8



Pour synthétiser, les interviewés ont décrit chacun des méthodes de gestion des émotions, des stratégies multiples : échanger avec les collègues et les proches, se concentrer sur les tâches à effectuer et mettre ses émotions de côté, se forger avec le temps, prendre du recul et se décentrer pour limiter les mécanismes de projection, travailler l’ergonomie en étant à l’écoute de son corps. Ces techniques mettent en lumière le fait que le rôle d’assistant de chirurgie nécessite un travail d’adaptation qui se construit avec le temps et l’expérience, et implique individuellement les soignants en mobilisant leurs ressources personnelles.

4. DISCUSSION & CONCLUSION

4.1. Discussion des résultats

Les entretiens que j'ai effectués auprès des IBODE ont été assez hétérogènes dans l'expression du vécu au bloc opératoire, et plus précisément dans leur rapport au corps ouvert de l'opéré. J'ai constaté que certains professionnels exposaient davantage leurs émotions que d'autres. J'ai retrouvé dans la plupart des échanges le **silence posé sur les émotions** des soignants correspondant à une certaine « euphémisation des émotions » (Mercadier, 2017). Notre profession ne nous encourage pas à parler de soi. Le soi niant s'oublie parfois pour s'occuper de l'autre, au-delà de ses propres limites. D'autre part, la négation du ressenti sensoriel vécu au contact de l'opéré met en exergue la technicisation du corps. Comme l'explique Cédric Juliens, « *quand il n'y a plus de place pour l'expression, pourtant nécessaire à l'intelligence de la situation, il ne reste que la procédure* » (2016, p. 111).

Pourtant, les IBODE ont complètement mis en avant la nécessité de **parler** aux collègues ou aux proches en cas de situation difficile, entre deux interventions, ou le soir en rentrant chez eux. La possibilité d'un espace de parole a été mise en avant par deux IBODE en raison d'une proposition faite par la cadre du service de rencontrer une psychologue, suite à une PMO difficile. Ces professionnels ne s'en sont pas saisi, parce que pas nécessaire selon eux. Ils ont cependant trouvé la démarche de l'encadrement positive. Une porte et un lieu leur ont été ouverts en cas de besoin. Ces échanges interprofessionnels ou avec les proches ont été avancés comme très importants. Il se peut que ces actes communicationnels interrelationnels se dressent, comme **un rempart contre le vide de sens**, face au sentiment d'injustice et de colère, contre la mort. Cet extrait de l'entretien réalisé avec M. illustre assez justement la nécessité de combler l'absence de vie laissée par la mort lors des PMO.

- Et puis, il n'y a plus aussi le bruit du respi. Je pense que le bruit du respi est très, c'est réconfortant pour tout le monde. Et quand t'as plus ce bruit-là, c'était aussi ce que j'ai ressenti quand je faisais les PMO à Rennes où en fin de course nous on faisait les os, il y avait pas du tout de respi. Il n'y avait que nous. Donc, on mettait la musique à fond. Parce qu'en fait, ce corps-là, sans cette barrière-là, tu sais le petit bruit que t'entends malgré toi, tu l'entends, c'est rassurant ce petit truc-là, ces

alarmes tout ça, quand tu l'as plus, c'est plus du tout la même chose. Donc, on mettait la musique à fond. On était chacun sur notre table à gratter nos os là, et on parlait entre nous, mais c'était assez glauque tu vois. C'est pas du tout le même rapport. En fait, les bruits de l'environnement, ça te rassure. Moi ça me rassure. Je pense qu'en fait, c'est une petite musique que t'entends dans la tête, et quand tu l'as plus... à la fin d'un PMO, t'as plus du tout de bruit. Donc aussi tu vois, tu te dis « Ah ! il y a quelque chose qui manque ! » Et c'est là que t'intègre le truc, qu'il est vraiment...

- Qu'il est mort

- Oui, il est mort...

J'ai donc été surprise par deux sujets évoqués spontanément par mes interlocuteurs : le rapport à la mort avec l'évocation des PMO et de la morgue lors des amputations. Cela indique sans doute un réel besoin d'en parler.

Le contact avec le corps ouvert mort et le morcellement a fortement marqué ces IBODE. Pour J. c'est la situation qui l'a le plus marqué dans sa carrière, « *c'est vrai que c'était traumatisant* ». Le rapport au corps mort n'est pas évident, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la mort de la personne doit être réalisée ou conscientisée. En effet, sa présence s'impose à l'arrêt des bruits des respirateurs, lorsque la vie dans les organes n'est plus maintenue artificiellement. Le corps également perd sa chaleur. Le patient ne se réveillera pas. Sans être évoquée directement, **la mort dérange**. Lors des PMO, « *tu accompagnes le corps jusqu'à la morgue. Ça te donne des drôles de sensations. Tout ça, ça fait partie de ton travail quoi. C'est un peu choquant.* » (MC.). La mort laisse un vide à combler, lorsque le vide des organes s'installe, que le souffle de vie artificiellement recréer par les respirateurs s'arrête. Ce vide est comblé, comme évoqué en amont, par la musique et la communication verbale avec les collègues.

D'autre part, la réalisation des PMO se fait sur un corps qui vient de mourir et s'invite avec elle les **familles endeuillées**. Elles font émerger les émotions qui habituellement n'ont pas de place au bloc opératoire (Mercadier, 2017). Ce contact de proximité avec les proches de la personne juste décédée est inhabituel au bloc opératoire. F. raconte son expérience

douloureuse : « *Tu vois les parents dans le SAS dire « Au revoir³ » (...). On est parti le⁴ chercher dans le SAS, et déjà rien que ça tu as le cœur qui bat, tu ne sais pas quoi dire... Les aurevoirs et tout, c'était tellement horrible !* » La violence de la mort est innommable. Le corps de la personne sera dépouillé de certains organes pour sauver d'autres vies, et cette idée ne suffit pas toujours à rendre le travail facile. Le corps sera restitué à la famille, suturé par les IBODE. L'intégrité physique sera restaurée superficiellement, pour les familles.

Prendre de la distance avec les émotions des autres permet d'éviter d'avoir à les entendre, les sentir, et les prendre en charge. Le bloc opératoire préserve de cela en raison de l'anesthésie générale, de l'absence des familles et du fait que les patients ne seront pas accompagnés sur du long terme par les IBODE. Les émotions dérangerait-elles ? M. exprime une difficulté à les prendre en charge, en utilisant un vocabulaire agressif : « *Tu as déjà des émotions dans ton petit cercle, alors si en plus **on te bombarde** d'autres émotions (...), je pense que là je pourrais plus. Peut-être, s'il fallait dans l'immédiateté du truc, j'y arriverais, mais ça au jour le jour je pense que j'en aurais plein ma coupe à un moment.* ». R. explique également que le métier est déjà assez complexe et que les émotions des autres seraient de trop. F., m'a expliqué avoir apprécié accompagner les patients lors des rendez-vous pré et post-opératoire uniquement dans le cadre des poses de prothèses. Elle aurait rencontré des difficultés à assumer ces rencontres dans le cadre de la cancérologie par exemple, en raison de la charge émotionnelle négative. De la même façon, J. a expliqué apprécier le partage des émotions positives, dans le cadre des accouchements par césariennes. Ainsi, la difficulté à soutenir certaines émotions du patient concerne davantage la perte d'un proche et la maladie. Les IBODE, comme les soignants, ont été formés à mettre de côté leurs émotions et à maintenir une certaine distance avec celles-ci : « *La capacité à afficher une neutralité émotionnelle témoigne du fait qu'on est passé de « l'autre côté », contrairement aux « bleus » qui s'émeuvent encore trop facilement et « ne tiendront jamais le coup »* (Juliens, 2016, p. 108). Cela a pu conduire de nombreux soignants à se « blinder », au risque de tomber en « burn-out » professionnel.

Le rapport au corps ouvert est également marqué par une forme d'**instrumentalisation du corps**. La personne disparaît pour laisser place à l'objet de soin. C'est une forme de réification qui a lieu avec le champage et l'anesthésie générale. Il ne s'agit plus d'opérer une personne, mais une hanche ou une thyroïde, comme un informateur

³ A leur enfant décédé

⁴ Le corps de l'enfant

(S.) l'a exprimé. Entre ce corps-là, déshumanisé et détaché de sa dimension humaine, et la référence à la mort, il n'y a qu'un pas. Certains informateurs ont fait le lien avec les macchabées et avec l'anesthésie générale. Les anesthésies locales sembleraient inversement source du maintien d'une vision globale du patient. Cette instrumentalisation du corps est une forme de protection pour les soignants (Pouchelle, 2003 et 2019). Ce serait trop difficile d'opérer autrement, selon quelques interrogés. Un de mes interlocuteurs m'en a parlé ainsi : « *Si on devait voir la personne entièrement nue à nu, et de voir le bistouri rentrer et inciser ça serait plus compliqué* » (N.).

D'autre part, a été mis en lumière la spécialisation du métier, un métier à part qui jouit du privilège de voir ce que les autres ne peuvent pas (Mercadier, 2003 et 2019). Les capacités du chirurgien de faire, et des IBODE de le seconder voir de le remplacer, ont été évoquées comme valorisant et encourage sans doute à l'action, à la volonté de faire face aux difficultés du métier. D'autre part, dans notre société actuelle, **le corps est instrumentalisé** par la médecine (Le Breton, 2013). Le corps y est envisagé comme « *surnuméraire* », incarnant cette part de finitude en l'homme, sa mortalité. Considérer le corps telle une machine permet de mettre à distance en le traitant en objet, cela permet ainsi une mise à distance la mort elle-même (Le Breton, 1999), mais également finalement de son humanité. L'aspect technique propre au métier fait donc corps avec la médecine moderne anatomique. Cette spécialité du travail au bloc opératoire est une marque forte de l'identité professionnelle des IBODE. C'est être là où les autres ne peuvent aller. La notion de transgression du corps frontière, avec une **intrusion dans l'intimité** de l'autre a pu être évoquée comme violente, mais aussi comme quelque chose de positif et d'agréable : par exemple, par le contact avec la chaleur du corps de l'autre (M.), l'enrichissement en connaissance sur l'anatomie et la pathologie (N., S., R....), la beauté de l'intérieur du corps (venticuloscopie évoquée par MC.).

Parallèlement à cela, la valeur de respect est venue s'imposer dans les discours. Là encore, je ne m'attendais pas à ce qu'elle soit évoquée. Individuellement, les IBODE mettent un point d'honneur à prendre soin de l'autre par des attentions spécifiques : il s'agit de prendre en compte la personne à son réveil, en éliminant les traces de sang et de Bétadine de la chirurgie, par le lavage et les pansements ; pendant l'intervention, en bannissant les jugements sur le corps de l'autre ; en couvrant le corps mis à nu ; en prenant du temps pour accueillir les opérés. Cela fait partie des valeurs soignantes. Comme me l'ont dit MC., S. et J., les IBODE sont avant tout des soignants. Ce processus relève d'une forme de **réhumanisation** du corps de la personne.

Toucher et inciser un corps fait aussi partie des **tabous sociaux** (Le Breton, 2013). Ils sont transgressés au bloc opératoire. Comme l'a justement expliqué un de mes informateurs, en dehors du bloc, **la chirurgie est inconcevable socialement**. Ouvrir un corps « *c'est pas dans les mœurs* » (R.). Aussi, masquer le corps de l'autre, ou le mettre entre parenthèse, est sans doute un moyen d'oublier son propre corps, son ressenti, ses sensations. C'est éviter la charge émotionnelle en lien avec la transgression d'un tabou : ne pas porter atteinte à l'intégrité de l'autre. J'ai expliqué que les assistants de chirurgie sont au contact direct avec le corps ouvert. Ils perçoivent des odeurs, de la chaleur corporelle ou au contraire la froideur du corps mort lors des PMO. Ces perceptions physiques ont pu, dans certains cas, induire des « *hauts le cœur* » (A.) ou des malaises. Les soignants sont impliqués dans la prise en charge des opérés, perméables à la sensorialité de leur métier, malgré les barrières, malgré les filtres (tenues de bloc, casaques, masques, visières...). Cette rencontre avec le corps de l'autre induit souvent des mécanismes projectifs, comme je l'ai démontré. Cela rejoint l'un des fondements du soin qui « *sont fondés sur l'évidence d'un corps à corps, sur la rencontre de deux subjectivités. Et qu'au commencement était le peau-à-peau* » (Juliens, 2016, p. 119). Omettre cette dimension du métier c'est mettre un voile sur ce qui pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie au travail des IBODE.

Comme évoqué précédemment, être confronté au corps ouvert peut induire, dans un premier temps, une confrontation avec **l'inimaginable ou l'impensable**. La majorité des IBODE ont explicité le choc qu'ils ont eu lors de leurs premières expériences au bloc opératoire, parce que « *c'est pas très logique de se retrouver avec les mains dans le ventre de quelqu'un* » a exprimé un interrogé (S.). Cette intrusion sera par la suite banalisée, vécue comme normale, habituelle. Au départ, M. a expliqué qu'elle n'aurait jamais imaginé qu'on puisse enlever autant de chair sur une personne. R. m'a décrit sa surprise face au morcellement : il n'avait auparavant pas conçu que l'on puisse disséquer autant un corps et le refermer sans que plus rien ne se voit. Le patient est pourtant en vie. Des termes comme « *bizarre* » et « *peu concevable* » retenus dans les discours, évoquent cet aspect particulier du métier. J'ai été surprise, pour ma part, par les multiples références à l'impréparation face à la violence de la chirurgie. Ils ont dû **apprendre à faire avec ce réel jusqu'alors inconcevable et s'y s'adapter, to cope** (Bruchon-Schweitzer, 2001). Ils ont su faire face à ces situations stressantes, pour lesquelles les ressources ont pu manquer, dans un premier temps

J'ai été interpellée par la symbolique des corps. J'ai retrouvé chez plusieurs IBODE, ainsi que moi-même, ce malaise vis-à-vis de la chirurgie touchant au visage, ce visage si

souvent laissé à la charge de l'équipe d'anesthésie. Les dents ont été avancées comme dérangeantes en chirurgie. L'évocation de leur saleté y a été parfois associée. L'ouvrage sous la direction de Franck Collard et Evelyne Samama (2012) apporte une interprétation intéressante sur le thème. Dans les analyses sur la chirurgie dentaire au cours de l'histoire, ils démontrent que les dents sont chargées d'une symbolique agressive qui a évolué au cours du temps. Par exemple : « *montrer ses dents ne se produit, dans les textes archaïques, que dans des moments de grand péril et des situations de violence* » (2012, p. 14). Le rapport au corps de l'autre n'est donc pas dépourvu d'évocations subjectives, même si cela n'est pas conscient, et même si la médecine tenterait de laisser penser qu'elle en est dépourvue⁵.

Le corps, ce qu'il renvoie de son histoire, de sa maladie, tout comme les odeurs qui dérangent, peuvent être source d'émotions que l'on préférerait ne pas ressentir. Certains organes et certaines spécialités sont plus attractives que d'autres, pour raisons symboliques collectives ou individuelles en lien avec l'histoire du sujet. Mes entretiens ont montré que parfois les soignants ont pu se mettre à la place des opérés. C'est avec le temps et un **travail sur soi** que plusieurs d'entre eux sont parvenus à poursuivre plus sereinement leur travail.

L'attrait pour la technique comme phénomène dépourvu de subjectivité et comme tendance au pratico-pratique, marque l'importance accordée à la **concentration sur les tâches à effectuer**. Se concentrer sur le travail permet également de gérer une situation de stress, ou de trouble émotionnel. Ce mécanisme a été évoqué par trois IBODE (R., J. et N.). Cela relève d'un mécanisme adaptatif qui vise efficacement à faire face au stress (Bruchon-Schweitzer, 2001). L'évitement de certaines chirurgies procède aussi d'un mécanisme de « *coping* » qui peut être efficace un temps donné (Id.). Les corps des soignants, au contact du corps de l'autre, se protègent donc comme ils peuvent. Nous ne sommes pas imperméables aux autres.

Enfin, j'en ai déjà parlé en amont, l'« *euphémisation* » des émotions, au sens où Catherine Mercadier (2017) l'emploie, retrouvée chez les IBODE a été saisissante. Les IBODE ont, pour beaucoup, évoqué au départ ne pas avoir de problème avec l'effraction chirurgicale, puis ont peu à peu laissé entendre leurs difficultés face à certaines chirurgies. Comme l'explique Elisabeth Chapalain, « *pour se protéger, la mise à distance de l'autre passe parfois par une mise à distance de soi-même* » (2015, p. 126). Ensuite, le corps de l'opéré est mis « *entre parenthèse* » (F.), disparaît sous les champs. Ne s'agit-il pas, là encore,

⁵ En faire une analyse plus approfondie nécessiterait une étude intéressante, mais plus longue, qui n'est pas celle dont il est question aujourd'hui.

de **se mettre soi entre parenthèse** le temps de l'intervention, pour faire le dos rond et taire ses propres émotions, voir son ressenti physique. Une stratégie positive a été employée par F., à la suite d'un précédent malaise lors d'extractions dentaires. Elle a été attentive à son corps et a essayé de se détendre plutôt que de rester en tension permanente. Cette stratégie a fonctionné parce qu'elle n'a pas refait de malaise une seconde fois, sur le même type de chirurgie. Être à l'écoute de soi serait donc, à l'inverse de l'oubli, une méthode adaptative efficace.

Tout ceci nous démontre que les IBODE mettent en place des stratégies d'évitement, d'euphémisation des émotions, de mise à distance du corps et de sa sensualité (dans le sens de contact par les sens), pour se protéger de deux tabous fondamentaux que sont la mort et le désir/la vie, Thanatos et Eros.

4.2. Conclusion, limites et ouverture

Être IBODE nécessite un apprentissage technique et physique, avec l'apprentissage de la gestion des ancillaires, la manipulation des instruments..., mais pas uniquement. Il s'agit également d'assoir et de d'enrichir ses connaissances suffisamment en anatomie, en physiologie, en hygiène...afin de permettre la pratique de la chirurgie de manière sécuritaire et qualitative. Être assistant de chirurgie, c'est encore bien plus que cela. La pratique du métier soulève également la mobilisation de ressources individuelles et relationnelles, dans la prise en charge de l'opéré. L'ouverture chirurgicale nécessaire à la chirurgie, peut apparaître comme violente et intrusive, et bouleverser les valeurs soignantes, comme la préservation de l'intégrité physique et de l'intimité de la personne. Cela demande un apprentissage et la recherche de nouvelles ressources.

Je m'interroge sur la manière dont il serait le plus efficace de former et d'accompagner les professionnels qui travaillent au bloc opératoire, et notamment les nouveaux venus. La formation IBODE a mis en pratique deux cours sur la communication en fin de cursus. Ils ont révélé une certaine souffrance chez les étudiants IBO exprimant de réelles difficultés à nommer concrètement leurs émotions. Le contexte du bloc opératoire est décrit comme stressant, agressif (de l'ordre du Thanatos). Ces tensions sont souvent concentrées sur les rapports avec le chirurgien. Ce rapport au chirurgien n'incarnerait-il pas en fait, les tensions ressenties dans le rapport avec le corps ouvert de l'opéré et dans son propre corps ?

Il me semble qu'il serait enrichissant de s'intéresser davantage, sans tabou, aux dimensions corporelle et émotionnelle du métier, dans le parcours formatif. Je rejoins sur ce point la proposition faite par Cédric Juliens (2016). Le métier d'IBODE, connaît des difficultés d'attractivité et certains services sont désertés par ces professionnels. Les chirurgies, comme je l'ai montré, sont liées à la symbolique. C'est par la volonté et la compréhension qu'est permis le changement. Faire une place plus importante à l'écoute du vécu permettrait selon moi d'améliorer la qualité de vie au travail et la durée de vie des IBODE. Pour cela, il faut de l'espace pour parler des émotions : une porte ouverte, un lieu sûr pour parler sans honte des ressentis les plus étranges. Parce que oui, le travail au bloc opératoire ajoute une forme de proximité avec la mort, une proximité dérangeante et taboue.

D'autre part, avec l'évolution de la formation professionnelle, la confrontation avec le corps ouvert mort sera développée. Dès 2022, les sutures sur macchabées font partie du programme d'enseignement, et ces cours pratiques sont obligatoires. Comment préparer au mieux les étudiants ? Il me semble que la libération de la parole sur l'*étrangeté* du métier pourrait être utile, cela dans un but d'attractivité et de bien-être au travail. Et nous le savons bien : pour être bien avec les autres, il faut être suffisamment bien avec soi-même. Selon les termes de Christine Manredjo, « *un bon soignant est un soignant heureux* » (mars 2021).

Les limites de mon travail résident dans mes difficultés à analyser toute la richesse des entretiens. J'ai tenté d'objectiver au mieux les données issues de la subjectivité des IBODE interrogés. Ma recherche n'élude pas la complexité des rapports au corps. Une autre critique est sans doute un défaut de mobilisation de connaissances et ressources en sciences humaines. Le domaine est si vaste et le sujet peut être abordé sous tellement d'angles différents. J'ai cependant mis dans ce travail beaucoup de moi, de ma sensibilité et de mes capacités d'analyse. Cela le rend certes non exhaustif, mais unique.

Je projette de prolonger mon travail en m'investissant dans l'accueil des étudiants IBO, externes et infirmiers, qui viennent au bloc opératoire. Au regard de cette étude, il me semble important de prendre la mesure du bouleversement que peut engendrer l'immersion au bloc opératoire. Elle peut induire une forme de brutalité dans le contact avec le corps ouvert mis à nu. La connaissance de soi et la bienveillance quant au vécu de chacun peut permettre aux professionnels de mettre en place des mécanismes adaptatifs efficaces qui améliorent la qualité de leur prise en soin et de la vie au travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Ouvrages et article de revue**

Bourdieu, P. (1986). Habitus, code et codification. Actes de la Recherche en Sciences Sociales (64), p. 40-44.

Branchard, L. (2020). Le corps comme seuil entre soi et le monde. In Press.

Bruchon-Schweitzer (2001). Concepts, stress, coping. Recherche en Soins Infirmiers (67), p. 68-83.

Clastres, P. (1972). Chronique des Indiens Guayaki. Plon.

Collard, E. et Samama, E. (2012). Dents, dentistes et art dentaire. Histoire, pratiques et représentations. Antiquité, Moyen Age, Ancien Régime. L'Harmattan.

Elias, N. (2003). La civilisation des mœurs. Pocket.

Juliens, C. (2016). Le corps intime. La formation corporelle des soignants. Approche anthropologique, éthique et pédagogique. Seli Arslan.

Le Breton, D. (1999) L'adieu au corps. Métailié.

Le Breton, D. (2013). Anthropologie du corps et de la modernité. Puf.

Mercadier, C. (2017). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Seli Arslan.

Pouchelle, M-C. (2003). L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière. Seli Arslan.

Pouchelle, M-C. (2019). Essais d'anthropologie hospitalière. Voyage en pays de chirurgie. Seli Arslan.

- **Mémoire**

Chapalain, E. (2015). *L'hypnose comme innovation en anesthésie : la reconnaissance d'une spécialité invisible ? Approche sociologique d'une intervention sanitaire* (Mémoire de Master 2 en Recherche, Expertise, Conseil et Intervention en Sociologie, Université Rennes 2).

- **Textes de loi**

Décret n°2021-97 du 29 janvier 2021 modifiant le décret n°2019-678 du 28 juin 2019 et *portant diverses mesures relatives au retrait d'enregistrement d'organismes ou structures de développement professionnel continu des professions de santé et aux actes infirmiers diplômés d'Etat.* (JORF n°0027 du 31 janvier 2021) Repéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2021/1/29/SSAH2028672D/jo/texte>

Décret n°2019-678 du 28 juin 2019 *relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire.* (JORF n°0150 du 30 juin 2019) Repéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2019/6/28/SSAH1913930D/jo/texte>

Décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 *relatifs aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par des infirmiers.* (JORF n°0024 du 29 janvier 2015) Repéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1418637D/jo/texte>

Arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 *relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis d'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.* (JORF n°0298 du 23 décembre 2016) Repéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/19/AFSH1637816A/jo/texte>

- **Cours théoriques**

Manredjo, C. (mars 2021). *Les troubles musculo squelettiques et la cœlioscopie.* IFPS de Brest.

Chapalain, E. (décembre 2021). *Les émotions.* IFPS de Best.

- **Blog**

Skyrock Nepalesi (2015). Suite des aventures au Népal : Marianne Mathios & Aude Laguens. Repéré sur <https://nepalesi.skyrock.com/3242719726-posted-on-2015-01-27.html>.

ANNEXES

Annexe I : Préambule, consigne inaugurale et grille d'entretien

PREAMBULE

Notre échange s'inscrit dans le cadre de mon travail de fin de formation d'infirmier de bloc opératoire à l'IFPS de Brest. Il sera étayé par des questions ouvertes sur les spécificités du rôle d'assistant de chirurgie. L'objectif est que vous soyez à l'aise et que vous puissiez me dire sans filtre tout ce qui vous vient à l'esprit. Il n'y a que des bonnes réponses. Notre entretien durera entre trente minutes et une heure trente, sera enregistré et restera anonyme. Pourriez-vous me confirmer oralement si vous acceptez les modalités de cet entretien ?

CONSIGNE INAUGURALE

Pourriez-vous me raconter votre parcours professionnel ? Comment en êtes-vous venus à travailler au bloc opératoire ? Qu'est-ce qui vous a donné envie de faire ce métier ? Quels sont les aspects du métier, que vous appréciez ? Que vous dépréciez ? Quels sont les aspects du rôle d'assistant de chirurgie que vous appréciez ? Que vous dépréciez ? Pourriez-vous me dire si certains aspects du métier vous ont surpris/interpellé ou vous interpellent/surprennent encore aujourd'hui ? En quoi est-ce un métier spécifique selon vous ?

GRILLE D'ENTRETIEN

1) Le corps ouvert

Que pensez-vous du geste d'ouvrir un corps ? Qu'évoque pour vous le corps ouvert de l'opéré ? Dites les mots qui vous viennent spontanément. Selon vous, lors de l'intervention où vous êtes assistant(e) de chirurgie, que reste-t-il du corps de la personne opérée à ce moment-là ?

En quoi travailler au sein de l'équipe chirurgicale impacte votre rapport au corps du patient ? Qu'est-ce qui change exactement dans le rapport au corps du patient ?

2) Les émotions

Vous souvenez-vous de vos toutes premières expériences en tant qu'assistant de chirurgie ?

Pourriez-vous me décrire des émotions que vous avez pu éprouver au contact du corps ouvert du patient ? Certaines chirurgies ouvertes sont-elles sources de davantage d'émotions chez vous ? Selon vous, pour quelle raison ?

3) Gestion des émotions

Votre vision du corps ouvert a-t-elle évolué dans le temps. En quoi et pourquoi ?

Que faites-vous de ces émotions ? Comment les gérer vous, ou les avez-vous gérées, par le passé ?

Annexe II : Tableaux grille d'analyse

a) Parcours professionnel

CHOIX DU METIER		
PREMIERE EXPERIENCE DU BLOC NEGATIVE	4/8	<p><i>S : « Je ne ferais jamais IBODE. »</i></p> <p><i>F : « Ça ne m'attirait pas du tout. » ; « Pas forcément un choix au départ de ma part »</i></p> <p><i>M : « Je me suis dit « jamais je ferais ça ! » »</i></p> <p><i>J : « Au début un peu réticente »</i></p>
UN VRAI CHOIX AU DEPART	4/8	<p><i>A : « Stage qui a révélé en fait ma passion pour le bloc »</i></p> <p><i>R : « Des rêves de gosse qu'on réalise »</i></p> <p><i>MC : « Ça m'a plu en fait quand j'ai fait mes études d'infirmière »</i></p>
ASPECTS POSITIFS DU METIER		
TECHNICITE & SPECIALITE	7/8	<p><i>N : « Je suis un féru de technicité »</i></p> <p><i>A : « J'aime le côté technique »</i></p> <p><i>MC : « C'est technique et intéressant »</i></p> <p><i>J : « C'est cadré » ; « rigueur » ; « hyper protocolé » ; « C'est un peu fermé quand même »</i></p> <p><i>N : « Endroit spécifique »</i></p> <p><i>R : « Du matériel qu'on ne retrouve pas ailleurs »</i></p> <p><i>F : « Un métier complètement différent »</i></p>
PARTICIPER AU RESULTAT	7/8	<p><i>S : « C'est extrêmement grisant »</i></p> <p><i>F : « Être un élément de la chaîne qui va apporter un résultat au final de l'intervention »</i></p> <p><i>R : « Voir un résultat » ; « fierté »</i></p> <p><i>A : « Participer à l'intervention »</i></p> <p><i>J : « Le résultat, c'est plus à long terme dans les services alors que là on l'a tout de suite ».</i></p> <p><i>MC : « Participer à quelque chose de plus utile »</i></p> <p><i>M : « Je me faisais mousser »</i></p>
TRAVAIL D'EQUIPE	5/8	<p><i>MC : « T'es vraiment proche du chirurgien »</i></p> <p><i>J : « C'est vraiment un travail d'équipe »</i></p> <p><i>A : « On n'est jamais seul pour travailler »</i></p> <p><i>R : « Travail étroit avec le chirurgien »</i></p> <p><i>N : « Être un petit peu son bras droit »</i></p>
RICHESSSE INTELECTUELLE	4/8	<p><i>N : « C'est très enrichissant »</i></p> <p><i>MC : « C'est technique et intéressant »</i></p> <p><i>S : « Tu revoies ton anatomie, ta pathologie »</i></p>

		<i>F : « C'est enrichissant. On en apprend tous les jours, ça change tout le temps (...) c'est enrichissant tout le temps »</i>
A DISTANCE DE L'HISTOIRE DES PATIENTS	3/8	<i>M : « Ça te convient bien de plus avoir le contact avec la famille » R : « On a des patients carrément moins présents » ; « Ça fait du bien aussi de pouvoir se détacher de ces patients parce qu'on ne voit plus après » A : « Appeler les familles »</i>
PATIENT UNIQUE	2/8	<i>F : « On n'est que centré sur un patient » M : « Moi, il y avait qu'un polytro, je n'avais pas trente patients dans ma journée »</i>

b) Rapport au corps

CORPS HUMANISE-DESHUMANISE		
DESHUMANISATION PAR TECHNICISATION et CHAMPAGE	7/8	<p><i>S : « Déshumaniser complètement le corps que j'ai en face de moi » ; « Ça devient un morceau de viande » ; « C'est comme un instrument » ; « Ça nous permet de nous concentrer sur véritablement l'activité qu'on a à faire, et non plus sur l'être humain »</i></p> <p><i>« C'est un bout de bidoche »</i></p> <p><i>F : « On instrumentalise en fait le corps par l'intervention qu'il va avoir » ; « Le corps du patient tu le mets un peu entre parenthèse »</i></p> <p><i>M : « C'est juste entre guillemet un corps » ; « Pas grand-chose, c'est juste la zone »</i></p> <p><i>R : « On se rend moins compte qu'il y a une personne derrière »</i></p> <p><i>A : « Je me rends moins compte qu'il y a un être humain en dessous » ; « Je fais abstraction du fait qu'il y ait un humain en dessous »</i></p> <p><i>J : « On fait abstraction du corps »</i></p> <p><i>N : « On déshumanisait »</i></p>
REHUMANISATION AVEC RESPECT	5/8	<p><i>M : « On voit déjà les gens qui sont plus respectueux que d'autres. Au premier geste, le premier coup de bistouri »</i></p> <p><i>R : « Mini invasif et tout ça, pour justement respecter mon corps »</i></p> <p><i>S : « Avoir ce respect du corps, c'est important » ; « Dans le confort, l'accueil et le corps de l'autre, dans le respect en fait »</i></p> <p><i>J : « Faut respecter le corps humain »</i></p> <p><i>MC : « Y a des choses qui me choquent parce que j'ai vu des collègues anesthésistes traiter les gens de grosses vaches »</i></p>
MAINTIEN DU LIEN AU PATIENT SOUS ANESTHESIES LOCALES	2/8	<p><i>F : « On le voit surtout sur des... des locales ou des choses comme ça, mais on peut parler aussi avec le patient pour le distraire tout en l'opérant. Du coup, là, on le prend aussi dans sa globalité. »</i></p> <p><i>J. « Césariennes »</i></p>
VIOLENCE CHIRURGICALE		
LE CHOC DES PREMIERES FOIS	5/8	<p><i>M : « C'était hyper violent à voir. C'était mon premier choc, c'était ça. Je suis tombée dans les pommes » ; « Au tout début, t'es pas prêt à, t'es pas prêt à affronter ça. Tu prends une baffa »</i></p> <p><i>R : « Il y a quelques années j'aurais trouvé ça</i></p>

		<p><i>étrange (...) peu concevable (...) ça m'aurait dérangé »</i></p> <p><i>S : « J'étais pas du tout prêt. Je ne m'attendais pas du tout à ça. Entre l'odeur, la vision... extinction des feux ! » « Confrontation » ; « Tu te le prends en pleine figure » ; « Pas très logique »</i></p> <p><i>F : « J'avais peur, parce que tout le monde n'est pas capable de supporter cette vue-là. C'est quand même particulier »</i></p> <p><i>N : « J'ai souvenir d'avoir été ultrasensible »</i></p>
RAPPORT DIFFERENT SELON LES ORGANES	5/8	<p><i>M : « Ça a plus de signification d'ouvrir un ventre qu'une jambe » ; « Le visage pour moi, j'ai beaucoup de mal » ; « La langue, j'ai beaucoup de mal parce que mon père est mort de ça »</i></p> <p><i>R : « Sur chaque spécialité on a une sensation différente » ; « Les dents tout ça. Je suis pas à l'aise avec ça (...). Je trouve limite que c'est pas propre »</i></p> <p><i>S : « Moi, [l'œil] c'est un organe qui... qui me, qui avait tendance à me rebuter » ; « ce côté reflet de l'âme qui fait peur aux gens »</i></p> <p><i>F : « Ouai, je n'aime pas les dents, et les ongles incarnés je n'aime pas non plus. J'ai failli tourner de l'œil » ; « ça me met mal à l'aise, j'aime pas trop les petits bruits »</i></p> <p><i>MC : « Le cerveau c'est quand même passionnant (...) le cerveau il bat comme le cœur »</i></p>
PENETRER L'INTIMITE	4/8	<p><i>F : « On pénètre la personne » ; « On abime le corps »</i></p> <p><i>M : « Tu franchis un univers que peut-être plein de gens aimeraient connaître » ; « Être vraiment dedans quelqu'un » ; « Une mutilation »</i></p> <p><i>N : « C'est délabrant On porte atteinte directement à l'intégrité »</i></p> <p><i>S : « Très intrusif »</i></p>
NUDITE BANALISEE	4/8	<p><i>A : « Heureusement qu'ils sont endormis, parce que ce serait hyper gênant en fait »</i></p> <p><i>R : « Ça paraît normal quoi. Et pour autant on n'aimerait pas qu'on nous le fasse quoi » ;</i></p> <p><i>MC : « Le métier fait qu'il y a une certaine banalisation »</i></p> <p><i>F : « La nudité on la voit quotidiennement en fait, sauf que c'est intimiste pour le patient, c'est, c'est son... son jardin secret »</i></p>

EFFRACTION NECESSAIRE	4/8	<i>N : « Malgré tout faut le faire, y a que comme ça que ça peut soigner » ; « C'est pas le monde des bisounours malgré tout et puis on est là pour heu...pour ouvrir des patients » R : « En fait, faut être là pour heu... pour pouvoir aider le patient » S : « Elle est nécessaire. Les gestes en effet ne sont pas fait pour le plaisir de les faire » J : « Ouvrir un corps c'est, c'est guérir, soigner, et... voilà guérir, soigner, réparer. »</i>
------------------------------	------------	---

c) *Emotions*

DIFFICULTE FACE AU MORCELLEMENT ET A LA MORT (PMO)	<p>8/8 <i>J : « C'était traumatisant »</i> <i>M : « C'était assez glauque » ; « C'est dur » ; « peine » ; « injustice » ; « colère »</i> <i>F : « C'est prenant » ; « C'était tellement horrible »</i> <i>A : « Ça m'avait vraiment impressionné de devoir mettre sa jambe dans une boîte » ; « Quand on enlève une partie du corps, je trouve ça vraiment dur » ; « hauts le cœur » ; « C'était difficile pour moi de voir, enfin de savoir que des patients n'allaient pas pouvoir être soignés et ... et aller mourir quoi »</i> <i>MC : « Amputation très choquante »</i> <i>M : « Tu as déjà des émotions dans ton petit cercle, alors si en plus on te bombarde d'autres émotions »</i> R.</p>
LES ODEURS QUI DERANGENT	<p>3/8 <i>S : « C'est plus des notions d'odeur, que de vision ou d'avoir les mains dedans »</i> <i>N : « Je suis beaucoup plus sensible aux mauvaises odeurs qu'à la vision du sang »</i> <i>J : « C'est vrai que certaines fois en viscéral, il y a des odeurs des fois qui peuvent te mettre un petit peu mal à l'aise » ; « Les odeurs, c'est un peu négatif »</i></p>
PLAISIR & VECU POSITIF	<p>3/8 <i>J : « Une césarienne ça reste un moment heu... toujours émouvant, avec beaucoup d'émotions »</i> <i>MC : « C'était délicat, méticuleux. C'est joli comme intervention » ; « Il a atteint des endroits où avant jamais tu serais allée voir ça »</i> <i>M : « J'aimais bien la chaleur interne du corps, mettre mes mains dedans (...), ça me plaisait vraiment le fait d'avoir mes mains à l'intérieur »</i></p>
PROJECTION DE SOI	<p>3/8 <i>A : « C'est impressionnant, tu te mets à la place du patient »</i> <i>M : « J'ai eu du mal à un peu me sortir de la tête que ça pouvait être mon gamin qu'était là »</i> <i>F : « C'est prenant quoi, tu n'as pas d'enfant, mais bon ça te renvoie quand même cette image »</i></p>
MALAISE QUAND TU NE SAIS PAS FAIRE	<p>2/8 <i>N : « Pas me sentir à l'aise, de ne pas savoir faire » ; « Désemparée » et F.</i></p>

d) Gestion des émotions

PARLER	6/8	<p><i>M : « On mettait la musique à fond, on était chacun sur notre table à gratter nos os là, et on parlait entre nous »</i></p> <p><i>S : « Toutes les émotions elles sortent »</i></p> <p><i>A : « J'en reparle à mon conjoint »</i></p> <p><i>F : « C'est juste pouvoir lâcher à un moment donné, évacuer, pas garder ça pour soi surtout »</i></p> <p><i>J : « Ça te libère de tes émotions » ; « On en parle, voilà je gère comme ça »</i></p> <p><i>MC : « Le fait de parler c'est important je pense pour évacuer »</i></p>
SE CONCENTRER SUR LE TRAVAIL	5/8	<p><i>F : « Tu te retiens de pleurer »</i></p> <p><i>MC : « Tu essaies d'aller au mieux pour essayer de sauver la personne. C'est ça qui te fait tenir en fait. C'est ça qui est le plus important. Je pense que je mets de côté mon émotion et je vois après quoi. »</i></p> <p><i>R : « Quand il y a des émotions fortes et tout ça, j'essaie de pas y faire gaffe » ; « Je suis plus refermé sur moi-même, plus dans un mutisme » ; « garder mes émotions pour moi, à me concentrer en fait sur mon travail »</i></p> <p><i>N : « M'enfermer un peu dans une bulle (...) besoin de concentration »</i></p> <p><i>J : « Prendre les choses les unes après les autres, et tu te donnes une ligne de conduite et des tâches à faire »</i></p>
APPRENDRE & SE FORGER AVEC LE TEMPS	5/8	<p><i>R : « C'est devenu normal » ; « On se forge (...) ça devient quelque chose d'habituel »</i></p> <p><i>S : « Va falloir passer au-delà de tout ça »</i></p> <p><i>A : « Ça passe au bout d'un moment »</i></p> <p><i>M : « Connaitre les choses, ça fait que t'es pas dans le stress de connaître l'intervention, et tu peux relativiser »</i></p> <p><i>N</i></p>
PRENDRE DU REcul & SE DECENTRER	5/8	<p><i>F : « Se poser, prendre du recul, relativiser » ; « C'est pas moi qui ai perdu mon enfant, c'est les parents »</i></p> <p><i>M : « Ça s'apprend parce qu'on arrive à aimer notre métier et qu'on prend de la distance par rapport au reste » ; « Tu ne peux pas avoir la même douleur que la famille »</i></p> <p><i>S : « Prendre un peu de recul »</i></p> <p><i>J : « J'essaie de garder une distance »</i></p> <p><i>R : « Toujours ben c'est le patient avant tout »</i></p>
SE DETENDRE	1/8	<p><i>F : « Me détendre, d'avoir les bras un petit peu plus souples »</i></p>

Annexe III : Entretien avec M.

M : Je vais essayer de pas trop dire de conneries, mais vas-y dis-moi c'est quoi le sujet déjà ?

Aude : Alors heu je travaille sur les spécificités du métier d'assistant de chirurgie. Donc heu au début je vais te poser des questions sur ton parcours un petit peu, ensuite heu sur le rapport au corps, puis les émotions et les adaptations.

M : Ok

Aude : Alors en préambule évidemment je te donne la consigne inaugurale à valider.

M : Ok

Aude : Notre échange s'inscrit dans le cadre de mon travail de fin de formation d'infirmier de bloc opératoire à l'IFPS de Brest. Il sera étayé par des questions ouvertes sur les spécificités du rôle d'assistant de chirurgie. L'objectif est que tu sois à l'aise heu et que tu puisses dire sans filtre tout ce qui te vient à l'esprit. Il n'y a pas de bonne réponse et notre entretien dure entre trente minutes, quinze minutes, une heure, ça dépend vraiment des personnes. Il sera enregistré et restera anonyme. Est-ce que tu peux me confirmer oralement que tu acceptes les modalités de cet entretien ?

M : J'accepte sans problème.

Aude : Merci. Alors c'est parti. Dans un premier temps est-ce que tu peux me raconter un peu ton parcours professionnel et ce qui t'a amené à faire infirmière de bloc ?

M : C'est par le plus grand des hasards, en fait j'étais... j'ai commencé infirmière en remplacement à l'hôpital. Après j'ai fait beaucoup d'intérim et dans une des cliniques où je, où je travaillais, ils avaient besoin de quelqu'un en salle de réveil. Puis après aide avec, en fait c'était dans une clinique privée alors y avait, tu faisais à la fois fonction de circulante et puis d'instrumentiste, tout le monde. Donc en fait j'ai commencé à instrumenter comme ça avec un chirurgien qu'en digestif pendant douze ans. Voilà donc en fait j'étais son aide opératoire et après les circonstances ont fait que j'étais référente en digestif dans cette clinique-là. En fait c'était à Keraudren quand il y a eu le regroupement. Voilà après j'ai changé, je suis partie dans une clinique sur Rennes où j'ai travaillé pendant quelques mois, onze mois très exactement où ça ne me convenait pas parce que c'était vraiment une énorme clinique avec beaucoup de spécialités et une amplitude horaire énorme, à savoir, même si j'étais super bien payée, de six heures du matin jusqu'à dix-sept dix-huit heures, du lundi au vendredi, plus des astreintes, heu voilà. Donc en fait j'ai postulé pour l'hôpital et je suis arrivée à Pontchaillou au bloc des urgences heu début janvier. Quand je suis arrivée la surveillante m'a dit : « si vous venez ici c'est pour heu, je ne veux que des gens diplômés, donc passez le concours ». J'ai passé le concours et en septembre de cette même année j'étais à l'école.

Aude : C'était quelle année ça ?

M : C'était en 2000, heu voilà enfin en 1999, et voilà donc j'ai... et après je suis diplômée donc de 2000 et après j'ai fait le bloc des urgences et après je suis revenue ici. En fait j'ai postulé pour l'hôpital et à l'hôpital on m'a dit heu... je voulais le bloc des urgences et comme tu sais tu n'as jamais ce que tu as demandé, j'ai commencé en gynéco et puis après je suis en pédiatrie. Donc ma fille à dix-huit ans, donc ça fait quinze ans l'année prochaine que je suis là, dans ce bloc-ci.

Aude : D'accord. Et ça te plait ?

M : Ouai ça me plaît parce qu'en fait la pédiatrie ça touche tous les domaines, y a beaucoup de spécialités. Ça peut être du digestif, de l'ORL, de l'ophtalmo, l'uro. Donc c'est bien parce que c'est jamais ...

Aude : Tu ne t'ennuies pas, c'est varié.

M : Ouai, même si quand je suis arrivée ici, j'ai eu un peu de mal parce qu'en fait mes enfants avaient l'âge beaucoup des patients, donc au début j'ai eu du mal à un peu me sortir de la tête que ça pouvait être mon gamin qu'était là. Donc au bout d'un an, ça l'a fait, j'ai réussi à un peu plus prendre de la distance entre eux et la personne que... parce qu'auparavant, j'avais opéré que des adultes, enfin pas moi, mais j'avais assisté à des interventions qu'avec des adultes. Voilà.

Aude : Comment t'as fait pour heu pdt un an, tu disais, tu as eu du mal à te les sortir de la tête ?

M : Oui, parce qu'en fait c'était la première heu le premier ... je suis arrivée en juillet, et déjà au mois d'aout, on a déjà eu un décès sur table. Donc ça a été super violent pour moi. J'avais déjà fait beaucoup de PMO, parce que dans le bloc où j'étais à Rennes c'était le bloc des urgences, on faisait les PMO en fin de cycle. C'est-à-dire qu'on faisait tous les prélèvements osseux parce que les PMO se faisaient dans le grand bloc à Pontchaillou, et dans les urgences où j'étais à l'époque on enlevait encore les fémurs, les tendons rotuliens et les hémi-bassins parce qu'ils faisaient des recherches sur les ostéosarcomes. Donc en fait nous au bloc des urgences on faisait beaucoup ça. Des fois, y avait des gamins, mais pas petit tu vois. Alors que quand je suis ici, mes enfants ils étaient vraiment petits, ils avaient vraiment l'âge de ceux qu'on opérât.

Aude : Deux trois ans c'est ça ?

M : Ouai, et premier, ouai au mois d'aout y a eu un décès. Je me rappelle encore de la petite fille. Au début ça a été un peu violent.

Aude : Comment t'as fait ?

M : Après je pense qu'il faut faire un cheminement. Faut apprendre à, je sais pas comment dire, à se distancier un peu. Et puis aussi voir les PMO chez les enfants c'est dur. J'avais l'habitude des PMO chez les adultes, mais au début c'est assez violent je trouve un PMO chez un enfant. T'as beau te dire : « oui en bout de course on va sauver pour un enfant on en sauve sept ou huit en fonction des prélèvements ». Au début, même là y en a eu il n'y a pas longtemps, ceux qui étaient en salle, ils ont vraiment eu du mal alors qu'ils ont de la bouteille aussi.

Aude : Quand tu dis que les personnes elles ont eu du mal...quand tu dis que c'est violent, c'est quelles émotions que tu ressens à ce moment-là ?

M : En fait comme les parents accompagnent l'enfant jusqu'au bout

Aude : Ils sont en salle ?

M : Non, ils sont à l'entrée du bloc et après on fait une sorte de, on les laisse, parce que tu sais il faut garder le corps deux heures, ils sont dans un espace donc soit en salle de réveil avec l'enfant avant de le prélever. Tu vois juste le corps nettoyé, c'est assez dur de passer, d'avoir les émotions que nous on n'a pas entre guillemet au bloc, que les gens peuvent avoir dans les services. Tu sais le contact avec la famille. Nous en fait on est un peu, pas privilégié, mais on n'a plus ce contact-là que les gens dans les services peuvent avoir de la famille, comment ça va... En plus là c'est encore plus violent puisque c'est pour un décès. Cette sorte de filtre-là, on l'a plus à ce moment-là. Et en fait je pense que les gens au bloc, ils ont aussi

ça. Ils viennent aussi au bloc pour certaines raisons. Même si c'est par le plus grand des hasards que t'y arrives, ça te convient bien de plus avoir le contact avec la famille. C'est juste entre guillemet un corps. C'est totalement différent le rapport que t'as par rapport aux gens dans les services. T'as moins le contact physique. Ce n'est pas que t'as pas le moindre contact physique, c'est juste que t'as la pince intermédiaire avec ton badigeon. C'est pas le contact peau à peau. C'est totalement différent je pense.

Aude : Et là, dans le contexte de la PMO du coup le contact avec la famille fait que les émotions sont présentes et que ... ?

M : En fait, c'est toujours difficile qu'un gamin de quelques heu... enfin c'est surtout au niveau de l'âge. C'est pas tellement le fait que... T'arrives à relativiser en te disant « oui ils vont en sauver », mais souvent c'est tellement violent, c'est tellement idiot les accidents, c'est faute à pas de chance souvent. C'est pas une longue maladie tu vois. Donc c'est plus difficile. Et puis, je pense que même les gens, même l'équipe médicale autour, il y a plein de gens, les anesthésistes, les jeunes aussi, en fait on a tous la même émotion. A différents niveaux, on est... voilà, c'est assez difficile.

Aude : Ça serait de la colère, de la tristesse, de la peine ?

M : Je pense que moi, je suis plus dans la peine. Après heu, la colère aussi des fois, parce que t'as la colère puisque c'est un accident de quelqu'un alcoolisé, t'as la colère pour. Mais en aucun cas tu ne peux te mettre... tu relativises toujours en te disant que même si t'es triste dans l'absolu, tu ne peux pas être autant triste que les..., tu ne peux pas avoir la même douleur que la famille. C'est totalement différent. C'est une autre... ouai peut-être une injustice quelque part. Tu te dis pourquoi cet enfant-là on lui a pris la vie ? Mais au même titre que tout un chacun. Des fois ici, quand t'opères de la cancéro, tu te dis « pourquoi cette fille qui a mon âge... ? » Enfin tu vois, tu peux aussi te ... te visualiser dans la personne en disant « ah ! c'est atroce ! » Je veux dire c'est totalement différent.

Aude : Là, quand tu parles de la PMO qu'y a eu il n'y a pas longtemps, donc ça a été difficile, comment tu gères l'intervention et l'après ?

M : Heu j'arrive, je suis... j'ai assez de bouteille pour me distancier, parce que quand je suis dedans, je suis dedans. C'est surtout l'accueil quand je vois l'enfant et puis après quand. En fait, souvent tout le monde part, tu sais s'éparpille partout avec son petit organe sous le bras là, et puis toi tu restes tout seul à fermer, même des fois ils nous laissent fermer. Et puis, il n'y a plus aussi le bruit du respi. Je pense que le bruit du respi est très, c'est réconfortant pour tout le monde. Et quand t'as plus ce bruit-là, c'était aussi ce que j'ai ressenti quand je faisais les PMO à Rennes où en fin de course nous on faisait les os, il y avait pas du tout de respi. Il n'y avait que nous. Donc on mettait la musique à fond. Parce qu'en fait, ce corps-là, sans cette barrière-là, tu sais le petit bruit que t'entends malgré toi, tu l'entends, c'est rassurant ce petit truc-là, ces alarmes tout ça, quand tu l'as plus, c'est plus du tout la même chose. Donc on mettait la musique à fond, on était chacun sur notre table à gratter nos os là, et on parlait entre nous, mais c'était assez glauque tu vois. C'est pas du tout le même rapport. En fait, les bruits de l'environnement ça te rassure. Moi ça me rassure. Je pense qu'en fait c'est une petite musique que t'entends dans la tête, et quand tu l'as plus... A la fin d'un PMO t'as plus du tout de bruit donc. Aussi tu vois, tu te dis « ah ! il y a quelque chose qui manque ! » Et c'est là que t'intègre le truc qu'il est vraiment...

Aude : Qu'il est mort

M : Oui, il est mort. Et aussi, on a passé du produit vraiment froid. La personne est vraiment froide. Parce que t'as pas le corps froid que t'as habituellement. Habituellement la personne elle est chaude tu vois. Donc il y a plein d'éléments : plus de musique, plus le rapport au

corps de quelque chose de chaud, mais froid. C'est totalement... là t'es vraiment dedans quoi. Tu te dis « ah ouai ».

Aude : Vous en parlez dans l'équipe après, toi tu en reparles après, quand tu as des émotions, quand tu vis ce genre de PMO ou finalement après c'est fini ?

M : Heu j'en parle avec les gens ici. Après, tu ne peux pas trop communiquer avec les gens qui sont hors salle. Parce qu'en fait, ils ne sont pas dans l'émotion du truc. Même si toi, quand t'es dans une salle et qu'il y a eu un gros truc parce qu'il y a eu deux ou trois incidents là, même si tu compatissais avec les gens qui étaient dans la salle, tu ne peux pas vivre l'émotion qu'ils ont vécu. Tu ne peux que compatir. Tandis que vraiment quand t'es dedans avec l'équipe avec laquelle t'étais, c'est beaucoup plus facile à échanger. Et heu... après moi, moi, j'ai quelqu'un. Mon mari, il est toubib. Donc, j'arrive à échanger aussi. Parce qu'en fait, c'est bien d'avoir cette soupape-là. Même si des fois c'est un peu, je comprends que c'est un peu dur de ramener un peu de son boulot sous le bras, mais moi, ça m'aide. Je pense que les gens qui n'ont personne à qui parler de ce qu'ils ont, ça doit être difficile. Tandis que moi, j'ai vraiment de la chance. Tu vois là, j'échange, donc en fait ça me renvoie des mêmes émotions, donc c'est bien aussi d'en parler à un IBO. Il ne faut pas garder, parce qu'en fait, si tu gardes après ça ... ça peut être que négatif. Et puis d'échanger aussi ça te permet de voir le regard de l'autre et puis d'évoluer aussi. Moi je trouve ça bien.

Aude : Quand tu étais toute jeune infirmière de bloc, est-ce que ça t'est déjà arrivée de t'arrêter parce qu'il y a une intervention qui était trop difficile pour toi ? ou est-ce que ça t'est arrivée de ressentir de vives émotions quand tu ouvrais le corps ou au tout début avec les premiers contacts avec la chirurgie ?

M : La première fois que j'ai vu un bloc opératoire, c'était quand j'étais élève infirmière à Quimper. C'était ce qu'on appelait à l'époque un grand sein, donc c'était une mastectomie totale avec on enlevait le pectoral et on... on faisait une désarticulation de l'épaule. C'était hyper violent à voir. C'était mon premier choc, c'était ça. Je suis tombée dans les pommes.

Aude : Tu étais en salle, tu étais circulante ?

M : Heu oui, j'étais heu, oui j'étais circulante, enfin j'étais... Tu sais quand tu... pour avoir un petit contact avec le bloc, tu viens avec la circulante, t'es à côté, on t'explique un peu comment ça se passe. On m'a dit « ho c'est un grand bloc », enfin c'est l'expression que la fille a employée, « c'est un grand bloc, c'est un sein ». Moi, pour moi je n'avais jamais vu d'intervention. Donc heu quand j'ai vu ça, c'était vraiment heu... l'histoire de l'épaule là, et qui... c'était une technique, ils allaient jusqu'à gratter, essayer d'enlever les métas sur les côtes. C'était hyper violent ! Non seulement on avait fait la mastectomie, on grattait les os... Ho ! Je trouvais ça... Je me suis dit « jamais je ferais ça ! » Et puis voilà, tu vois j'y suis, plus de trente ans après j'y suis. Mais c'était totalement différent. Ce ne sont plus les interventions qu'il y a maintenant. Mais le choc a été vraiment heu important !

Aude : Qu'est-ce qui t'as choqué ?

M : Je pense que c'est le fait, c'était déjà les bruits. Je ne m'attendais pas du tout à ces bruits-là. Et puis heu... et puis c'était ouai une mutilation. Enfin le premier regard que j'ai eu sur cette femme-là c'était une mutilation. Je n'imaginai même pas qu'on pouvait enlever autant de chair sur quelqu'un.

Aude : Tu l'avais vu avant ou pas du tout ?

Marie : Pas du tout.

Aude : Du coup, t'es retournée en salle après ?

M : Heu après j'y suis retournée pour une prothèse de hanche, mais c'était pas du tout pareil. C'était plus heu ... ouai non c'était pas du tout pareil. Ce n'était pas la mutilation, ni le fait que ce soit une femme. Tu vois là c'était même un homme, ça ne m'aurait pas choqué même si c'était une femme, mais heu non c'était pas du tout pareil. Ce n'était pas... C'était une jambe. C'était moins heu ...

Aude : Connoté affectivement ?

M : Ouai, c'était moins connoté côté féminin de l'époque, mais heu. Le premier je m'en rappellerais c'était vraiment très violent.

Aude : Et quand tu as commencé à travailler dans la clinique, y a eu ce fameux premier jour où tu as eu les écarteurs dans les mains ou sur le champ...

M : Le chir, il était super gentil. Il venait d'arriver, il lui fallait une aide opératoire. En fait, quand on a commencé, en fait, lui il venait du public. Et il commençait dans cette clinique, et il avait besoin d'une personne. Donc en fait, il m'a formée. Il m'expliquait tout ce qu'il faisait. Il était hyper gentil, très apprenant, même il me donnait le nom des instruments, en m'expliquant ce qu'il fallait faire. C'est pas du tout le même rôle d'être instrumentiste ou aide-opératoire. Il y a que toi et lui. Au début, il était assez heu... c'est vrai que souvent, j'avais des rêves où j'avais un peu peur tout ça, mais après c'était plus dans l'apprentissage, tu vois un peu compagnonnage, que t'as pas ici. Tu n'as même pas ça à l'école IBODE non plus. Et donc du coup, lui c'était plutôt dans cette optique-là, et c'était aussi pour que j'aie vite après, qu'on avance vite tous les deux. On a commencé en même temps les coelio. En fait, on prenait la voiture, on allait à Rennes, on allait à Lorient, puisqu'il connaissait d'autres gens qui faisaient avec les trocars métalliques. On faisait plein de trucs. A chaque fois qu'il y avait un congrès, j'y allais avec lui pour apprendre tu vois. C'était plus dans cet esprit-là formateur. C'est pour ça, en fait, que j'ai beaucoup aimé cette spécialité de digestif. Donc voilà, j'ai eu cette chance-là.

Aude : Tu as eu un vrai mentor.

M : Oui c'est vrai ! en plus il était super gentil, très gentil.

Aude : Du coup, tu as appris avec lui et tu n'as pas eu cette impression de délabrement ou d'intervention difficile.

M : Pas du tout, non, non.

Aude : En plus, tu étais plus centrée sur ce que tu avais à faire.

M : En plus, on faisait énormément de coelio, vésicule, de Nissen, on en faisait plein, beaucoup d'hernies, beaucoup de grosses chirurgies de cancro aussi, mais du coup c'était pas du tout pareil. Et puis, c'était une petite unité, une toute petite clinique avant qu'on fasse le regroupement sur Keraudren. Ouai, c'était vraiment bien. Vraiment, j'ai beaucoup aimé cette période-là.

A : Du coup, si je te pose la question de qu'est-ce qui te plaît dans le métier d'IBODE et qu'est-ce qui te plaît dans le métier d'assistant de chirurgie, qu'est-ce que tu me dis ?

M : Heu... en fait, il y a deux mondes pour moi. Il y a le monde du privé où tu peux être aide-opératoire, que tu peux avoir à l'hôpital parce que y a souvent les internes, les externes qui sont toujours aide-opératoire. A l'hôpital tu peux être qu'instrumentiste, à moins que bon ils soient malades ou des fois ils sont occupés aux urgences. Des fois, ça m'arrive de faire aide-opératoire la nuit, parce que l'interne est aux urgences, bon à ce moment-là j'ai ce rôle-là, mais ce n'est pas autant que tu peux l'avoir en clinique. En clinique, y a jamais d'externe, il y

a jamais d'interne. Il y a que deux filles : il y a la circulante et l'instrumentiste qui fait à la fois office d'aide opératoire.

Aude : Donc, tu as préféré le fait être en solo avec le chirurgien ?

M : Non, c'est totalement différent.

Aude : Qu'est-ce que tu préfères ?

M : Qu'est-ce que je préfère ?

Aude : Enfin, je veux dire qu'est-ce que tu aimes, tu préfères faire dans ce métier-là ?

M : Ben en fait, ce que je reprochais en clinique, alors que j'adorais être avec ce chir et faire des, c'était le côté répétitif, c'est-à-dire faire la journée vésicule, la journée hernie. Le fait de faire toujours la même chose, tous les jours, je trouvais ça un peu rébarbatif à la longue. Au bout de douze ans, je trouve que j'en avais fait le tour.

Aude : C'est pour ça que tu es partie ?

M : Oui. Et alors que j'ai adoré les urgences parce que c'était jamais quelque chose de, enfin. J'ai découvert l'univers de l'orthopédie que je ne connaissais pas. J'avais jamais touché un truc. Premier jour au bloc des urgences à Pontchaillou, on m'a dit « tu vas dans cette salle-là » et c'était une prothèse de hanche. Donc en fait, le surveillant il m'a dit « ah ben », je ne savais pas monter un moteur, je ne savais rien du tout. Je n'avais jamais vu une heu enfin des trucs des instruments d'ortho, il m'a dit « ho il y a beaucoup de travail ! ». En fait aussi je me suis retrouvée avec un vieil IBODE qui avait mon âge à l'époque, donc c'était il y a plus de vingt ans, et il m'a, et en fait lui c'était pas du tout le même fonctionnement. Le matin on instrumentait et l'après-midi on reconstituait les boîtes. Donc en fait j'avais avec lui l'après-midi et il m'a montré tous les instruments d'ortho, les mèches, les trucs. Il m'a tout expliqué. Il m'a dit « tu as une perceuse chez toi, tu as des vis, des clous, hop t'apprends à monter un moteur, tu te débrouilles. Demain, je veux que tu saches ». Donc, j'ai été chercher une perceuse, j'ai monté tu vois... J'ai à peu près vu comment ça marchait et puis après j'ai appris avec d'autres gens. Et en fait, ce que j'ai aimé, ouai j'ai beaucoup aimé les urgences parce que c'était vraiment un nouveau truc tous les jours.

Aude : Qu'est-ce que tu déprécie le plus à part le côté répétitif ?

M : ... Ben

Aude : Peut-être rien d'autre ?

M : Non, c'est juste ce côté-là répétitif qui m'ennuie un peu. Ça m'ennuie.

Aude : En quoi, pour toi, le métier d'infirmière de bloc et d'assistante de chirurgie c'est un métier spécifique ?

M : Et ben en fait, avant de ... il vaut quand même un sacré apprentissage avant de... parce qu'en fait une pince n'équivaut pas à une autre pince. Chaque pince a quand même un intérêt, sinon il n'y aurait pas toutes ces pinces différentes. Même si, des fois, ils te disent « t'as pas un zigouigoui ». Toi tu sais pertinemment que c'est un Castroviejo ou je ne sais quoi. Tu dis, tu fais exprès de lui demander « le Castroviejo ? » En fait, t'apprends que le gars il ne sait pas le nom, mais que le zigouigoui pour lui c'est l'autre. C'est ça qui est intéressant, d'avoir les temps opératoires dans la tête, de pouvoir anticiper. Ça, ça me plait ouai. L'intérêt ? Je ne sais pas, je trouve qu'on a, même si on ne voit pas l'intérêt de notre fonction, on a quand même une sacrée heu... on a quand même appris les temps opératoires, le types de chirurgie, on sait anticiper, enfin si on connaît bien. Tu vois qu'est-ce qu'il a besoin, comment gagner du temps pour le confort du patient. Ça n'a rien à voir, entre une

appendoc qui peut durer vingt minutes si tu la fais bien, et trois heures si t'y connais rien. Heu c'est pas du tout pareil pour l'intérêt du patient. Il faut aussi connaître des choses. T'es pas là que pour faire de la figuration, du papillonnage avec tes yeux au chirurgien.

Aude : La formation IBODE elle t'as permis d'avancer encore ?

M : Oui, parce qu'en fait je connaissais énormément. Enfin, il m'avait filé, le chir avec qui je bossais, il m'avait filé des catalogues Landanger tout ça des instruments « d'apprendre ça, t'apprendra ça ». Tu finis par voir l'intérêt des choses. Parce que quand il me demandait des instruments, je ne les connaissais pas. Et puis il me posait toujours pleins de question sur l'anatomie, en me disant « C'est quoi ? Qu'est-ce qu'on fait quoi ? Pourquoi je fais ça ? » Ça lui plaisait de faire ça je pense, et puis moi, à l'époque j'étais un peu éponge, donc j'apprenais aussi bien. Mais heu... qu'est ce qui m'a plus dans la formation ? En fait, c'était une pose parce que je revenais de cette clinique où c'était vraiment difficile, où le matin tu arrivais à six heures, tu faisais le rôle des IADE, tu remplissais toute la salle, le respi tu faisais les contrôles, tu préparais toutes les drogues, donc t'en avais pour une heure à peu près. Après tu montais à la sté pour chercher toutes tes boîtes. Après tu piquais ton premier patient à sept heures et quart, c'est moi qui le piquais. J'installais avec une aide-soignante, je faisais le badigeon, je faisais tout, je champais, et j'attendais, et à huit heures le chirurgien entrain et on commençait. J'avais commencé à six heures, donc ça faisait déjà deux heures que j'étais dans la clinique. Donc en fait c'était vraiment vraiment des longues journées. C'était une grosse clinique. Il y avait entre cent vingt et cent cinquante patients jours. Au bloc, il y avait seize salles, donc en fait il y avait énormément de travail. Tu vois, t'étais pas là pour faire de la figuration. En plus, c'était des plages opératoires de huit heures midi, midi et demi dix-sept heures, eux ils payaient leurs plages tu sais donc en fait il ne fallait pas perdre une minute puisque, pour eux, l'argent c'était... J'en ai soupé. Moi après, le bloc des urgences c'était super, un polytro qui durait deux jours. Moi, il y avait qu'un polytro, je n'avais pas trente patients dans ma journée quoi. Moi ça a été une période. Et après l'école d'IBODE ça m'a permis aussi de me poser, de rencontrer des gens qui venaient un peu des univers différents. Et puis y en avait qui avaient de la bouteille, y en avait qui n'en avaient pas. C'était bien. Je trouvais que c'était bien d'échanger avec des gens, parce que tu confrontes les expériences. Tu apprends aussi à relativiser quand tu travailles avec des gros cons, en disant « ben eux aussi ils ont ça ! Y a pas que moi qui travaille avec un débile ». Tu apprends à relativiser.

Aude : Qu'est-ce qui est difficile dans le relationnel au bloc avec les ... débiles ?

M : C'est que j'en ai soupé des... Enfin, je ne sais pas, ça fait plus de trente ans que je fais ça, et des fois, même si franchement je suis assez heu détendue... Parce qu'en fait aussi, le fait de connaître les choses, ça fait que t'es pas dans le stress de connaître l'intervention, et tu peux relativiser ce qui se passe. Mais des fois, y a des moments où la coupe est pleine. Tu ne peux même plus relativiser ce qui se passe. Tu ne peux plus être au-delà du truc. Tu ... voilà. Y a certains je ne suis plus au-delà du truc. Je ne les supporte plus, parce que la bêtise humaine j'en ai... voilà.

Aude : Comment tu réagis dans ces cas-là ?

M : J'ai beaucoup de mal. Certains, il y en a un maintenant, je lui ai dit « Cherchez quelqu'un de plus compétent que moi ! » Parce que si le revers comme ça ne lui plait pas, parce que lui, il fait dans ce sens-là, que moi j'ai voulu gagner du temps pour x raison. Je ne peux même pas m'expliquer pourquoi, lui expliquer pourquoi j'ai voulu gagner du temps. Parce que machin, ça fait quand-même deux heures qu'on l'attend, et que voilà tout le monde en a marre, et que voilà. Et ben tu ne peux même pas lui expliquer. Il te gueule dessus d'emblée. Voilà ce n'est pas mon problème, enfin ça l'est plus.

Aude : Ça l'est plus ?

M : Ça l'est plus, enfin je veux dire qu'à un moment, peut-être que j'aurais négocié, que j'aurais bataillé, mais à un moment c'est bon, j'ai passé l'âge même si ce n'est pas sympa à dire, mais voilà.

Aude : Je comprends.

M : Parce qu'en fait, avec ce chir, il y avait beaucoup de passif. Ça fait quand-même quinze ans que je suis là, ça fait quinze ans que je le connais, que j'ai tout essayé et tu vois c'est... y en a marre quoi !

Aude : Je te pose une question à brut pour blanc, enfin à blanc pour, bref heu : que penses-tu du geste d'ouvrir un corps ? Qu'est-ce que ça t'évoque en quelques mots ?

M : Plein de chose, la leçon d'anatomie de Rembrandt, j'aime beaucoup ce tableau, heu toutes les séries que je peux voir. Heu, ouvrir un corps c'est aussi ... enfin ça dépend, pour moi ça dépend de quelle partie du corps. Ouvrir un ventre c'est vraiment, tu sais au sens propre, avec « Qu'est-ce qu'il a dans le ventre ». Un membre ça ne me fait rien du tout... Un œil aussi c'est différent aussi. Le visage pour moi, j'ai beaucoup de mal. La langue, j'ai beaucoup de mal parce que mon père est mort de ça, donc l'ORL j'aime pas trop, mais j'ai travaillé là-dessus donc ça va.

Aude : Tu arrives quand même à gérer l'intervention ?

M : Ouai heu... et ouvrir un corps heu ... On ne l'ouvre pas de façon heu... de façon heu... anodine. A part certains, on voit déjà les gens qui sont plus respectueux que d'autres. Au premier geste, le premier coup de bistouri, tu vois si les gens sont ... Y a des gens qui sont vraiment très fin, c'est pas bourrin, c'est vraiment très méticuleux. Tu vois le type de chirurgien, dès le départ. Il y en a, ils ont pas du tout de respect. Enfin c'est pas irrespectueux, mais c'est une autre approche. Il y a plusieurs types. Tu peux catégoriser les chirurgiens en fonction de la manière dont ils dissèquent un corps. C'est vrai, et ça c'est avec l'expérience que tu le vois. Après ça se ressent dans leurs gestes aussi et même aussi dans la façon dont ils referment le corps. C'est pas du tout c'est ... ouai. Et puis, tu franchis un univers que peut-être plein de gens aimeraient connaître, mais que toi t'es voilà, c'est ton boulot. Voilà, tu es dans ce truc-là. Je sais pas quoi dire d'autre.

Aude : Est-ce que le fait de travailler en tant qu'IBODE, selon toi, ça a pu modifier ton rapport au corps ?

M : Ouai, énormément parce qu'en fait, tu as tout ... parce qu'en fait, ici aussi on mutile parce qu'on enlève des choses, on enlève des choses, de la carcinose, des choses comme ça, on enlève des organes, on remet droit un bras, une jambe. C'est heu... Tu relativises aussi beaucoup la ... la maladie je pense. Ouai, je pense que je relativise beaucoup plus qu'auparavant. J'ai jamais été hypochondriaque, et je le serais jamais, mais ... mais aussi ...tu ... tu ... tu deviens un peu plus heu ... optimiste je pense heu de ta vie. Parce que tu te dis, tu vois quand tu vois des trucs un peu tristounes, tu te dis « Moi j'ai la chance de ... de pas être dans ce... » En fait, je pense que je suis beaucoup plus positive que j'ai pu l'être en faisant ce métier.

Aude : Et quel regard tu portes sur le corps des patients ?

M : Je sais pas, je pense que c'est un regard comme un autre professionnel qui s'occupe d'un corps, qui fait un massage, qui... Moi le fait que la barrière heu la barrière physique, elle est... enfin tu es au-delà de la barrière physique, puisque tu incises pour rentrer dans le corps, pour voilà faire quelque chose à l'intérieur, enlever des choses, mais pour moi... Je

pense être assez... enfin mon rapport il est pas du tout différents de, que ce soit heu ... un ... quelqu'un à qui il manque un sein, ou je sais pas... J'ai pas du tout d'aprioris par rapport à l'état ou la... la corporalité externe de la personne. Cela ne me choque pas du tout, même, même l'intérieur tu vois c'est, voilà je sais pas comment dire, j'ai pas du tout d'aprioris ni de ... de barrières par rapport à ça.

Aude : Tu m'as dit que la sphère ORL était un peu plus compliquée à cause de ton histoire personnelle, mais est-ce qu'il y a eu des fois des ouvertures de corps, alors en viscéral ou ailleurs, qui ont pu te faire ressentir du rejet ou du dégoût ou au contraire beaucoup de plaisir ?

M : Pas du tout. Au début les gens trouvaient un peu bizarre, parce qu'en fait j'aimais bien, et même parfois ça a choqué des gens, quand je disais que j'aimais bien la chaleur interne du corps, mettre mes mains dedans. Tu vois quand t'es aide-opérateur, souvent c'est plus à l'intérieur, donc tu as la chaleur. T'es vraiment à l'intérieur de quelqu'un. C'est totalement différent. Cette chaleur-là ça me, au début je trouvais ça dérangeant. Après je trouvais ça plaisant, mais maintenant j'ai plus du tout ce rapport-là. J'ai plus. Pour moi, ça fait partie de mon boulot. Alors que j'ai pu avoir cette phase, pas de plaisir, mais de découverte d'un univers que je ne connais pas, au début, quand j'étais en chirurgie viscérale ouai.

Aude : Et au début ça t'a déplu puis c'est passé au plaisir ou cela t'a plu toute suite ?

M : Je pense que j'ai eu une certaine période avant que ça me plaise vraiment. Et après, ça me plaisait vraiment le fait d'avoir mes mains à l'intérieur. Et après, je suis passée au-delà. C'est autre chose qui arrive. Ça fait partie de mon boulot, mais à un moment c'est vrai que j'ai eu pu avoir cette notion de, tu vois de, je sais pas comment dire. J'ai pu avoir cette notion ouai de... c'était un peu de communication de chaleur. C'était ça qui me plaisait ouai je pense, ou même peut-être autre chose au-delà que je n'ai pas cherché. Tu vois, le fait d'être vraiment dedans quelqu'un.

Aude : Qu'est-ce qui a changé et évolué alors selon toi ?

M : Je pense que c'est ma maturité, le fait d'avoir...ouai de... ouai d'avoir fait peut-être un travail sur moi, sur mon boulot, pourquoi j'ai fait infirmière, pourquoi j'ai fait ça. Même si IBODE c'était totalement pas du tout prévu, c'est dans mon parcours voilà de rencontres que j'ai faites. Mais infirmière, j'avais pas du tout fait le rapport que c'était... que j'avais perdu mon père jeune tout ça. Après on relativise, en parlant avec d'autres gens tu dis « Et pourquoi t'as fait ça ? », tu vois quand tu parles à d'autres gens, que tu échanges. Mais au début, j'avais pas du tout fait ce travail-là.

Aude : Et ce travail-là, que tu as fait, c'était un travail personnel avec un psychologue, un psychiatre, un psychanalyste ?

M : Parce qu'en fait mon mari, il a fait une formation. Il est MG, mais il a fait aussi psychanalyse. Des fois, il parlait de ça, la notion des rêves et tout ça. Et en fait des fois, on échangeait là-dessus. Et après lui aussi, pourquoi il avait fait son métier de soignant. Et après du coup, ça m'a amené à réfléchir sur le fait que j'ai aussi choisi ça.

Aude : Avec ton mari tu as pu échanger.

M : Ouai, échanger. Mais sinon j'avais pas du tout fait... moi j'aurais fait ça du genre bourrin « Voilà j'ai fait ça voilà ! » si je n'avais pas... Mais maintenant voilà, je sais pourquoi je l'ai fait, et IBODE y a sûrement autre chose, mais des fois tu ne veux pas voir ce qui est évident devant toi. Peut-être qu'avec la vieillesse venant je dirais « Ha mais si, j'ai fait ça parce que... »

Aude : Après, tu me parlais du fait que ceux qui étaient au bloc, ils étaient moins confrontés aux émotions des familles et des proches justement ...

M : C'est ça. Au début, j'avais pas du tout vu ça, mais en fait quand tu parles avec gens qui sont confrontés... Des fois les anesthésistes, ils disent « Ho ! Faut que je vois les parents ! » Tout ça, ou même le fait d'annoncer. Des fois, quand mon mari il me dit qu'il faut qu'il annonce un truc triste, ho je me dis « Ben en fait je suis dans ma bulle à l'hôpital au bloc ». J'ai plus ce truc-là. En fait je me sens privilégiée par rapport... Parce que des fois déjà, tu as déjà des émotions dans ton petit cercle, alors si en plus on te bombarde d'autres émotions, je ne sais pas si j'aurais le... j'arriverais à...

Aude : A gérer ça fait beaucoup ?

M : Ouai, je pense que là je pourrais plus. Peut-être, s'il fallait dans l'immédiateté du truc, j'y arriverais, mais ça au jour le jour je pense que j'en aurais plein ma coupe à un moment.

Aude : Et tu n'as jamais fait les consultations pré-op ou post-op dans ton parcours ?

M : Si c'était super ! J'ai beaucoup aimé. J'ai fait ça à Saint-Malo. C'était dans ma formation, il y avait ça. C'était pour la chirurgie heu ... de l'obésité, que j'y étais allée, et puis pour les prothèses de hanche aussi et les reprises de prothèses de hanche. On avait fait ça. C'était vraiment bien. C'était vraiment bien, parce qu'en fait les gens ils étaient contents de te voir, enfin même avec mes petits mots j'avais expliqué ce qu'on allait faire au monsieur, car il n'avait pas trop compris. Après, le fait qu'il me revoie le matin au bloc, il était super content. Après, le fait que je revienne deux trois jours après le voir, je me rappelle qu'en fait, il était content d'avoir quelqu'un à qui parler qui ne soit pas chirurgical tu vois, pas un chirurgien qui lui dise que bon on a fait ça, on a fait une abdominoplastie. Tu vois lui, il parlait plus de comment il se sentait, tout ça. Parce qu'en fait, c'est vrai que toi tu n'as pas à franchir, enfin à aller au-delà du secret médical, mais parler un peu plus heu sans technique, sans aprioris tu vois, et c'est ça qu'ils avaient vraiment bien aimé. Moi, j'avais trouvé ça super. Je trouve que ça devrait être vraiment heu... mais là faut avoir le temps. Déjà qu'on est en manque d'IBODE, ça, c'est même plus la peine d'imaginer qu'on puisse faire ça. Mais à un moment on avait eu les vellétés de faire ça. C'est vrai que j'avais participé et que c'était vraiment bien. Ça m'avait vraiment plus.

Aude : Ça c'était pendant ta formation ?

M : Ouai-ouai. C'était vraiment bien parce qu'à Saint-Malo, ils étaient vraiment portés dessus, ils faisaient vraiment ça.

Aude : Ouai, c'est chouette.

M : Oui, c'était vraiment bien. J'avais vraiment bien aimé.

Aude : Du coup, pour faire contraste avec quand tu vois le patient avant et après ...

M : Ouai mais là, c'était totalement différent, parce qu'aussi c'était au bénéfice du patient. Parce que moi tu vois là, moi c'était une abdominoplastie. C'était, c'était pas un truc ben « Vous avez une grosse tumeur et on va vous l'enlever et après on sait pas qu'est-ce qu'il va advenir ». Là, le fait que ce soit juste pour une prothèse, c'était aussi plus positif pour le patient. Je veux dire, moi, si ça avait été tu vois genre un gros néo du colon ... heu le rapport aurait été plus difficile pour moi je pense. Là c'était plus heu...

Aude : Des bonnes nouvelles quoi.

M : Ouai, pas bonne nouvelle, mais même à la limite de la valorisation tu vois. Du genre « Haha ! Monsieur, j'ai participé à votre intervention ! Vous allez voir tout va bien aller ! » parce que « Haha ! J'ai participé à votre intervention, mais vous allez avoir deux

doubles stomies, parce que là ça hum..., et puis après vous aurez votre petite poche jusqu'à vitam eternam ! » C'est pas du tout le même rapport, tu vois.

Aude : C'est plus gratifiant !

M : Ouai. Ouai. Peut-être qu'à l'époque j'avais besoin de ça hein, mais alors maintenant, j'ai plus besoin. Enfin, non. Ouai, je pense qu'au début quand t'es infirmière, tu as besoin de ça.

Aude : D'avoir des retours positifs.

M : Ouai, mais là non. J'ai passé heu j'ai autre chose. Peut-être qu'à un moment, j'avais besoin de ça je pense, sûrement, et là j'en ai plus besoin.

Aude : Pourquoi tu avais besoin de ça ?

M : Je sais pas, je sais pas, je pense que j'avais pas trop réussi... enfin quand t'es heu ... ouai j'avais pas trouvé ma place je pense. Et le fait d'avoir un métier aussi après heu de soignant... En plus tous mes amis sont profs. Je faisais totalement un autre métier qu'eux. J'avais besoin aussi d'avoir, de trouver ma place dans ce truc-là.

[Pause//IDE a besoin de documents dans le bureau]

Aude : Et du coup, quand heu quand tu te retrouves en salle d'intervention, que le patient il est champé, que tu te prépares à faire assistante de chirurgie, si je te pose cette question à brut comme ça, si je te dis : qu'est-ce qu'il reste du corps de l'opéré ?

M : Pas grand-chose, c'est juste la zone, la petite zone que tu as entre les champs, qui peuvent être un peu larges ou vraiment très minimalistes. Tu n'as que ça, je ne vois plus du tout heu, je ne vois que ça.

Aude : Pendant l'intervention tu ne vois que ça.

M : Ouai. Je ne le vois pas... après c'est quand on découvre les champs. Même si tu vois quand on fait une césar en urgence, tu ouvres, tu fais ta césar et après tu découvres vraiment la dame, et tu dis « Félicitation madame ! Je vais vous nettoyer ». Là, tu vois la dame. C'est pas du tout heu ...

Aude : C'est pas pareil.

M : Ouai c'est pas du tout pareil... Je pense que le rapport va être totalement aussi différent. Il y a plein de facteurs. Il y a le fait que ce soit en urgence ou pas, il y a le fait que ce soit sous local ou sous AG, parce qu'on n'a pas le même comportement, même au niveau de la façon dont tu parles en salle si c'est sous péri, ou locale tout ça. C'est pas du tout le même genre de ... tu peux pas ... enfin généralement la personne va pas t'engueuler, alors que des fois quand c'est sous AG tu en prends plein les mirettes. Et puis aussi, ça peut aussi débrider aussi les rapports entre les gens, tu vois, qui s'engueulent. Les gens vont faire plus attention. Je pense qu'il y a le facteur, ouai du type d'anesthésie, du type de chirurgie, si ça commence à foirer, alors là ça peut partir en live vite. Il y a plein de facteurs qui peuvent rentrer en jeu. A ce moment-là, tu as ta petite zone, plus d'autres facteurs qui viennent se rajouter par-dessus tu vois, comme des légos qui s'empilent. Tu vois ce que je veux dire ?

Aude : Même si le patient, on ne le voit plus tel qu'il était avant, il est un peu présent, mais par rapport à tous les autres facteurs quoi c'est ça ?

M : Ouai. En fait je pense que le patient c'est la brique d'en-dessous, enfin la première brique sur laquelle tu vas empiler tes trucs. Si tout se passe bien tu n'as qu'une brique, mais t'as ta brique rouge de saignement, ta brique bleue de, la brique mauve ou noire du chir qui vient t'engueuler pour x raison, la brique verte de la sté parce qu'il y a une boîte qui est trouée, la brique boîte de, je sais pas, qui parce que ça va pas bien, heu enfin tu vois.

Aude : J'ai l'impression que ça t'évoque plus une charge mentale ou une charge émotionnelle qui monte qui monte qui monte.

M : Oui tout à fait.

Aude : Et ça, tu le gère comment toi, parce que chacun est différent ?

M : ... Je pense que j'ai appris à gérer tout ça, je pense, même si des fois dans mon petit élément, mon petit montage mental ça peut, ça peut tomber assez vite

Aude : On n'est pas parfait.

M : Mais heu je pense que j'arrive à accumuler mes briques dans ma tête.

Aude : Oui ce qui fait que tu gères ton travail.

M : Ouai.

Aude : Tu penses à ce que tu dois faire, à pourquoi... ça a du sens, tu as de l'expérience, donc tu sais où ça va quand même.

M : Ouai tout à fait.

Aude : Tu as déjà vu des collègues en difficultés dans ce genre de situation ?

M : Ouai. Ouai.

[Changement de bureau]

Aude : Je sais plus ce qu'on disait du coup...

M : Oui, nos briques. Ben en fait ça dépend vraiment des collègues. J'essaie d'aider les petites jeunes parce que je relativise, mais après ... tu veux dire quand il y a une grosse difficulté, comment je vais les aider ?

Aude : Par exemple, comment tu t'y prends pour aider ?

M : Ouai, mais par rapport à quoi comme problème ?

Aude : A une situation tendue au bloc ou un patient avec un gros délabrement, ou par exemple une mastectomie qui semble affecter un petit peu une heu une infirmière...

M : En fait ici, on fait vraiment gaffe aux gens qui ont eu des problèmes de cancer. On ne les met pas dans des situations comme ça. On essaie de préserver, enfin pour plein de raisons, on essaie quand même de préserver les gens. Mais c'est vrai, ils peuvent se retrouver... par exemple, pour pas le nommer y a un des chir, tu sais bien qui c'est, heu voilà on essaie ... Des fois, t'as pas envie d'y aller non plus. Donc t'es bien aussi contente pour x raison de pas y aller ce jour-là. Donc heu ... mais si jamais t'es dans le truc essayer de relativiser. Et puis voilà, tu essaies d'aider en disant, enfin tu apportes ton expertise en disant « Tu peux faire ci-ça-ça », mais dans d'autres situations tu peux pas les aider. C'est eux-mêmes qui s'enferment dans le truc. Même si tu fais heu, y en a une qui n'arrêtent pas de parler. Le chir arrête pas de lui dire « Taisez-vous, taisez-vous », toi tu fais ça [signe de faire silence]. Si tu as beau faire ça et qu'elle continue, tu lui dis, après tu lui dis « Mais enfin, tu sais très bien qu'il n'aime pas qu'on parle. Alors fermes ta gueule ». Si elle ne comprend pas... Donc des fois tu as envie d'écrire « Tais-toi, tais-toi ! ». Et puis à chaque fois que tu le mets sur ton papier, elle ne comprend toujours pas, là tu te dis « Elle fait exprès ou quoi ?! » Après l'aide que tu peux apporter c'est vraiment ... de façon heu ... vraiment heu à un temps donné tu vois. Si jamais ça saigne, tu peux, tu peux ... tu peux avoir tout... enfin tu peux dire « Merde elle a oublié de prendre ça ! Bon je vais chercher les clamps sans dire à l'autre, sinon il va être énervé. Donc je fonce, je vais chercher ma boîte. Donc je ramène les clamps et plein d'autres

choses qui peuvent servir ». Ou alors parce que ton expérience fait que tu dis « Merde, il manque ça ! Elle aura surement besoin de ça ou si ou ça ». Donc là, tu apportes cette aide-là à ce moment précis. Mais pour moi, les situations conflictuelles sur le champ, tu ne peux pas aider. Tu as beau mettre tes petits mots « Ferme ta gueule ou je sais pas quoi », si ça marche pas, tu auras beau lui faire ça [signes avec la pancarte] et que l'autre elle continue, non. Après les situations sont tellement pléthoriques que tu ne peux pas avoir réponse à toutes les situations. Il faut, même si tu as beaucoup d'expérience, le facteur humain est toujours le facteur humain quoi, quel que soit... Tu peux avoir tout prévu, tout prévu, tout-tout-tout heu, avec mes petites briques là, je peux avoir tout prévu, toutes les possibilités de couleurs de briques qui vont m'arriver dessus, il peut y avoir une brique inconnue qui arrive de je ne sais où. Là, il va falloir que je m'adapte avec cette nouvelle brique. Donc voilà. Parce qu'après l'adaptabilité, faut pas non plus être malléable au point de s'écraser. Parce que faut quand même faire reconnaître la profession. Je pense que c'est ça aussi qui nous déserte, le fait qu'on ait tellement fermé notre gueule longtemps. On était aide du chirurgien, les bonnes sœurs qui fermaient, tu vois les petites bonnes sœurs soumises et tout ça. Faut aussi qu'on montre qu'on connaît des choses et qu'on peut apporter quelque chose au chirurgien. Pourquoi on n'a pas ce ... cette reconnaissance que peuvent avoir les infirmières anesthésistes par rapport au ... au ... à leurs chefs au MAR ? Et ben nous, on l'a pas parce qu'en fait on n'a jamais fait valoir notre expertise je pense. C'est en ça que les gens ne reconnaissent pas ce qu'on fait, on a tellement heu... on n'a jamais fait valoir notre expertise je pense. Et donc, c'est en ça que les gens ne reconnaissent pas ce qu'on fait. Tu vois, parce que la boîte elle est stérile, mais avant qu'elle entre en salle, il fallait vérifier les petits rubans, fallait vérifier la date. Et puis, ils ont beau ricaner quand tu montes ta boîte en regardant s'il y a des trous ou pas... le facteur... Si tu donnais des boîtes avec des trous, personne s'en foutrait. Enfin, il ne le verrait pas, mais après il verra les conséquences, quand il y aura une infection de site opératoire. Il y a plein de choses que, à la limite, ils ne le voient pas ce qu'on fait. Nous, on le sait pour nous, mais eux, ils s'en foutent. Parce qu'ils n'ont pas, on a pas su montrer ce qu'on savait faire, et on le sait toujours pas.

Aude : Ça me fait un peu penser aux femmes, quand elles restaient travailler à la maison, quand elles faisaient le travail, heu le ménage, s'occuper des enfants, faire la cuisine, aller faire les courses etcétera, et que le mari ne comprenait pas pourquoi elles étaient fatiguées. Parce qu'en fait, ça n'était pas reconnu comme étant vraiment un travail, d'être femme à la maison qui s'occupe de tout. En plus après, on s'est rajouté un travail en plus et parfois en plus de tout le reste à la maison. Et en fait l'autre jour, il y a un chirurgien qui est venu à l'école, et il avait emmené pour la première fois ses enfants à l'école. Il a dit « Je le referais plus, c'est pas pour moi ! » Je lui ai dit « Alors, faut s'entraîner un peu, ça ne peut pas marcher bien du premier coup la première fois. Faut s'entraîner un peu ! Vous croyez qu'on fait quoi nous ? Vous croyez que ça marche du premier coup ? » Il était speed et il était en retard à cause de ça. Ben forcément tu sais comment c'est, quand tu emmènes les enfants à l'école le matin et tout ça. Il y a une méconnaissance. C'est comme un patron qui va sous-estimer ses employés jusqu'au jour où il va descendre, et il va faire le même boulot et se dire « Ah, je pensais pas que c'était si dure ! » Là, ça me fait penser à ça.

M : Ouai. La nuit, l'autre jour, il y a une jeune chir, elle a dit « On va enchaîner ». Je lui ai dit « Attends faut qu'on fasse le ménage ! » Elle m'a dit « Ah bon ! Parce que c'est vous qui fêtes le ménage la nuit ? ». Je lui ai dit « Ben oui ».

Aude : Ils savent pas en fait.

M : Il fallait aussi qu'on fasse le ménage. Ben oui ! « C'est vous qui fêtes le ménage la nuit ». Oui, tu vois elle découvrait le truc. Ça, c'est en plus de plein de choses que personne ne voit

qu'on fait. Donc voilà c'est, après on n'a pas su défendre notre truc, on n'a pas su défendre notre truc.

Aude : Ça, c'est le truc de l'infirmière qui ne s'écrase pas et qui dit « Je, j'existe, je suis pas juste l'ombre de... ». Heu bon, à la question est-ce que ta vision du corps a évolué dans le temps, je pense que...

M : Oui-oui.

Aude : Tu m'as expliqué comment tu étais passé du plaisir à un travail un petit peu plus habituel aussi.

M : Oui, et puis je maîtrise le... je sais ce qu'on va faire. Avant, j'étais dans la découverte à chaque fois de l'intervention, tandis que maintenant, on me parle d'un truc c'est rare que je ne sache pas ce qu'on va faire, que tu vois l'intitulé de l'intervention je ne la connaisse pas. Même si je ne la connais pas, je vais chercher. Je suis toujours avide d'apprendre des trucs. Donc du coup heu, c'est bien d'avoir gardé ça je pense. Je vais chercher, sur YouTube il y a tellement de choses que tu trouves toujours.

Aude : Oui, c'est une découverte à chaque fois et un apprentissage permanent. Dernières petites émotions heu questions... On a parlé des émotions que tu ressentais au contact du corps ouvert du patient, notamment avec tes mains surtout, est-ce qu'il y a, selon toi, des chirurgies ouvertes qui sont sources de davantage de sensations ou d'émotions, selon toi ? Alors tu m'as parlé des PMO, tu as parlé à un moment donné du viscéral, quand tu ouvres un ventre, par rapport à une jambe. Est-ce que ça t'évoque plus de chose d'ouvrir un ventre qu'une jambe par exemple ?

M : En fait, il y a aussi l'expression « les tripes à l'air », « sortir ses tripes ». Donc, c'est un peu heu... Enfin les tripes, c'est vraiment l'intérieur de quelque chose, c'est vraiment la personne je pense. Pour moi, c'est peut-être ouai « qu'est-ce que tu as dans les tripes », tu vois. C'est peut-être dû à ça que pour moi c'est plus important, pas plus important, mais ça a plus de signification d'ouvrir un ventre qu'une jambe, oui je pense.

Aude : Ça symbolise plus de choses. C'est plus la personne.

M : Ouai, mais après aussi les gens, il y aura d'autres gens qui diront, tu sais, qu'ils ne supportent pas la chirurgie des yeux.

Aude : Tu m'en as parlé.

M : L'âme des yeux. Alors que moi, je vois pas du tout... Alors qu'on en a parlé avec mon mari, lui, il déteste tu vois. Moi, j'ai pas du tout ce rapport aux yeux, ça ne me dérange absolument pas. Je pense après, chacun a son petit truc, son petit domaine où c'est un petit peu plus délicat. Moi, je déteste la chirurgie ORL parce que, à cause du décès de mon père, mais à d'autres gens, ça ne leur ferait strictement rien. D'autres gens, peut-être au niveau pelvien ou quelque chose, se serait plus... tu vois plus difficile ou... je sais pas. Après, c'est le vécu de chacun qui fait que. Et puis, pour moi peut-être montrer les tripes à l'air, c'est peut-être que, pour moi c'était aussi. C'est peut-être aussi en ça que j'ai aimé aussi commencer par ça, pour montrer ce que je valais par rapport à mes collègues qui étaient profs et moi je commençais dans la profession infirmière. Peut-être qu'après tu vois « Oh, c'est super ! Je vois des os. » Tu vois, c'était un domaine qu'eux, ils ne connaissaient pas et que moi... Peut-être que les discussions « Ah ouai c'était super ! » Surement, quand j'étais jeune, je me faisais mousser en disant « On a fait un truc super ! » Tu vois je pense. T'aimes bien ramener heu, montrer ce que tu fais, ramener des trucs par rapport à d'autres gens que tu connais, sans dévoiler bien évidemment que c'est madame bidule chouette à qui on a enlevé... Voilà

ouai, je pense. Maintenant avec heu voilà... c'est un ventre, c'est un ventre, j'ai plus du tout ce rapport-là.

Aude : C'était plus à l'époque, voir des choses et aller dans des endroits où tu n'étais jamais allée proche finalement des parties de la personne qu'habituellement on voit pas ou on n'est pas en contact.

M : Ouai non, je pense que c'est maintenant, je pense que c'est enfin, comme mon mari fait plus de psychanalyse, c'est plus, il y a quelque chose au-delà et je pense que le fait qu'il me parle des fois des gens, je sais qu'il y a quelque chose au-delà de l'apparence, même si un ventre ouvert ... tu vois des trucs, mais y a autre chose.

Aude : Et c'est quoi cette autre chose ?

M : C'est la personne. Tu vois, la façon dont elle s'exprime, la façon, les idées qu'elle a dans la tête, son éducation, qu'est-ce qu'elle est vraiment là, qu'est-ce qu'elle peut, ... Et puis c'est pas forcément mal. C'est des gens qui arrivent avec toute une histoire. Des fois, je trouve ça un peu malveillant ici. Je trouve un peu violent le rapport qu'on les gens avec les IVG. Moi, ça me choque énormément que les IVG soient à côté des césariennes le matin. Ça, c'est mon cheval de bataille du matin. Je trouve ça violent. A titre personnel, j'ai jamais fait d'IVG, mais j'aurais pu en faire. Je suis pas du tout choquée pour les gens qui en font, mais je trouve cela malveillant qu'on les mette à côté d'une femme qui vient d'accoucher avec une césarienne et qu'elle, pour x raison qu'on n'a pas à savoir, ...

Aude : Dans le bloc ou en salle de réveil ?

M : En salle de réveil. Qu'elles soient juste à côté, je trouve ça, mais pour moi c'est ... une violence sans nom ! Même tout à l'heure, il y a une dame qui venait d'accoucher, bon je comprends que la salle de réveil de pédiatrie soit fermée, et il y avait deux petits qu'on venait d'opérer qui hurlaient, mais qui hurlaient. Je pense que la dame, elle a eu ... tu vois c'était sa première heu, son premier accouchement qui a fini en césarienne, elle a dû faire son travail toute la nuit, elle devait être nazebroque, plus son bébé, plus deux enfants qui braillent à côté. Bon les circonstances font que. Et je trouve que c'est ... c'est violent pour ces gens-là. Tu vois, il y a plein de choses à travailler, mais je pense que maintenant... je pense qu'il y a plein de choses ... tu vois, je pense qu'il y a plein de choses travailler sur notre profession. Il y a énormément de travail à faire et je trouve qu'on n'est qu'au début de quelque chose et il faut qu'on montre qu'on sait faire des choses et ... Mais après ça fait tellement longtemps qu'on se bat contre des moulins, qu'on... Il y a plein de choses à faire et je suis encore positive dans ce que je fais. On me dit « Pourquoi tu fais ça ? Pourquoi tu changes ça ? » Je me dis que je crois que ça va évoluer, enfin j'espère que quand je serais à la retraite on sera au début de plein d'autres choses, pour d'autres gens.

Aude : Parce que c'est pareil dans le milieu de la santé, en dehors, y a des pénuries de soignants. Il y en a partout. Donc là, on a du mal à défendre notre profession parce qu'on manque tellement d'IBODE que c'est dure de dire « Non, on ne t'habille pas », parce que t'en a pas quinze à côté, t'en a qu'une. Forcément, pour défendre le métier dans ce contexte-là, c'est un peu plus compliqué aussi. C'est pareil si tu changeais de profession, enfin de secteur, que tu allais dans un service, ça serait pareil. Les infirmières elles se cassent

M : Je pense que oui, les gens ont pris la mesure, mais on n'a pas besoin que de l'argent. On a besoin d'autres choses, plus de gens, plus de temps pour s'occuper bien des gens. Si on pouvait faire les consult pré-op, accompagner les gens qu'on voit le matin, qu'on n'aille pas en fonction du chir. Encore y a des chir qui attendent vraiment de discuter avec la personne avant qu'elle soit endormie, mais d'autres pas du tout, mais au moins qu'elle ait un visage connu ! T'es au bloc, on vient de t'annoncer un gros truc, tu sais pas vraiment ce qu'on va te

faire, t'as pas tout à fait tous les items, t'as cherché milles trucs sur internet, t'es noyé de pleins d'info, tu sais pas qu'est-ce qui va t'arriver, y a l'extempo, y a pleins de trucs, la douleur... Il y a plein de choses à gérer et alors, en plus, si on vient t'emmerder... Y a plein-plein de choses à faire. Moi, je trouve qu'on est au début d'une nouvelle air.

Aude : Et bien je te remercie

Annexe IV : Entretien avec S.

Aude : Alors en premier abord est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel et ce qui t'a amené à faire infirmier de bloc opératoire ?

S : Alors moi je suis heu je suis arrivé au bloc par hasard heu... Quand j'ai fait mes études infirmier heu infirmier de base, j'ai fait un stage de trois semaines au bloc opératoire et j'ai dit « jamais j'irais travailler là » En fait c'est en rentrant dans une clinique privée après mes études d'infirmiers, heu où j'ai rencontré heu, je me suis fait embaucher en-en soins intensifs, et le directeur en soins intensifs de chirurgie et le-le patron de l'hôpital était le chirurgien qui opérait le plus. Donc un jour il m'a dit « ben tu viens avec moi au bloc ». Et donc c'est arrivé comme ça par hasard. Je suis arrivé par hasard. Je l'ai quitté pendant deux ans où j'ai fait des urgences, et après tout le reste de ma carrière je l'ai faite au bloc.

Aude : Pourquoi t'as quitté pour aller aux urgences, c'était un souhait de ta part ?

S : C'était à un moment où j'avais envie de faire un break, voir autre chose, voir si j'étais vraiment sûr de ... de, que le bloc me plaisait vraiment, et que je, pour ne pas avoir de regrets en fait. J'ai fait deux ans d'urgences et quand je suis revenu, heu quand j'ai quitté le Sud-Ouest et quand je suis arrivé ici, je suis revenu au bloc opératoire directement.

Aude : D'accord. Et quand tu dis que tu n'étais jamais allé au bloc, je me rappelle notre discussion, c'était par rapport aux relations avec le chirurgien, c'est ça ? Quand tu as dit que tu ne ferais jamais de bloc, la première fois où tu y es allé.

S : La première fois où j'étais rentré c'est heu ouai et puis des équipes très très dures et puis à l'époque j'étais tout jeune, j'avais une petite vingtaine d'années, des équipes très dures et un chirurgien pas facile. C'était de l'ortho je me rappelle, et heu et j'ai passé heu quatre semaines de stage en orthopédie et à rien pouvoir faire parce que t'arrives « le petit nouveau tu vas te mettre dans un coin de la salle ». Tu ne fais rien, tu ne profites de rien, tu ne sais pas ce qui se passe. J'en n'ai vraiment pas, vraiment pas un bon souvenir de ce stage là en tant qu'infirmier, ce qui est dommage d'ailleurs.

Aude : C'est la première fois que tu voyais j'imagine un corps opéré...

S : Ouai

Aude : Et quelle impression tu as eu à ce moment-là ?

S : En fait j'avais commencé déjà à me détacher parce qu'à mon arrivée en tant qu'infirmier, je suis aussi arrivé infirmier par hasard. En fait j'ai passé plusieurs concours et j'ai eu le concours infirmier entre autres et je suis rentré, comme la rentrée de l'école infirmier était en septembre et la rentrée de la gendarmerie et de la douane était en janvier, j'ai dit « ben je voir, je vais voir ce qu'y s'y passe, si ça me plait ou pas ». Et heu mon premier stage je suis arrivé en maison de retraite et je suis tombé sur un pansement d'escarre et je me suis effondré à l'ouverture du pansement. Donc j'avais réussi à prendre un peu de recul. Le-le corps ne me gênait pas. Le fait d'opérer le corps, j'avais plus cette appréhension-là.

Aude : Et quand tu as eu cette perte de connaissance quand il y a eu l'escarre, quand tu dis « ben après j'ai réussi à prendre du recul », comment, tu te rappelles ce que tu t'es dit ou comment tu t'es positionné pour y arriver ?

S : Heu ... c'est heu ...

Aude : C'est loin ?

S : Ouai non je pense que c'est surtout arriver à se dire que le métier te plait et que va falloir passer, va falloir passer au-delà de tout ça et que, et que ben c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Non j'ai pris de la distance de manière je dirais heu assez facile, mais comment je ne pourrais pas t'expliquer, je n'arriverais pas à t'expliquer.

Aude : Et tu sais pourquoi tu as eu ce malaise à ce moment-là ? Qu'est-ce qui t'a renvoyé ce pansement ?

S : L'odeur, la première fois où t'es confronté à un trou heu au-dessus d'un anus. Tu vois des chairs qui sont avec des couleurs vertes, machin, enfin le truc. J'étais pas du tout prêt. Je ne m'attendais pas du tout à ça. Entre l'odeur, la vision et heu extinction des feux ! Tac au suivant ! Ouai je pense que c'est la première fois quoi, c'est comme un nouveau qui arrive au bloc et qui pour la première fois sens le cochon grillé quand on se sert du BE et qui avec la chaleur, le fait de ne pas pouvoir bouger, le fait d'être avec un masque, ce qui fait qu'à un moment on n'a pas mal de malaise sur les externes par exemple. Parce que justement ils ne sont pas préparés. Il était tôt le matin, je n'avais pas déjeuner. Tous ces facteurs-là font qu'à ce moment-là t'écroules quoi.

Aude : Qu'est-ce que tu aimes quand ton métier ? et qu'est-ce que tu aimes le moins ?

S : Qu'est-ce que j'aime dans mon métier ? qu'est-ce que j'aime moins ? ... C'est un métier avec beaucoup de technicité, moi je suis un fêru de technicité... donc ce côté-là m'intéresse énormément, le fait d'être heu au contact au plus près de la chirurgie aussi est intéressant parce que tu... tu revoies ton anatomie, tu revois ta pathologie. Enfin ces choses-là te permettent de comprendre de manière plus facile je trouve. Ce que j'aime moins quand mon métier c'est heu ... le fait d'avoir assez peu de contact avec les gens en fait, parce beh on les reçoit, on les endorme et puis on les opère, et bien souvent on les quitte avant même de les, avant même qu'ils ne soient réveillés. Ce côté-là me manque encore un minimum, me manque un peu. Après j'en ai fait mon deuil mais le contact au patient est ... est quelque chose qui me manque un peu. Ce que je retrouve grâce la topic assistée un tout petit peu où je m'éclate un peu plus avec les gens, à pouvoir avoir une communication qui est un peu plus sympa. Et ouai ce côté-là me manque un peu.

Aude : C'est quoi pour toi la technicité ?

S : La technicité c'est heu savoir gérer un ancillaire, savoir-savoir anticiper heu parce que je connais la chirurgie, savoir anticiper ce que va avoir besoin le chirurgien. Le métier d'IBODE est un métier complètement différent d'un métier d'infirmier, c'est-à-dire qu'enfin t'apprends autre chose quoi, tu apprends un nouveau métier. C'est un métier pour moi qui est très technique parce qu'il faut connaître ce que va vouloir le chirurgien, connaître la boîte que tu as entre tes mains, connaître les instruments et puis savoir anticiper. C'est ça pour moi la technicité c'est ça.

Aude : D'accord. Quand tu disais que tu aimais être au plus près de la chirurgie, quand tu es assistant de chirurgie du coup, qu'est-ce que tu ressens à ce moment-là ? quand tu pratiques, qu'est-ce qui te plait dans ce rôle-là.

S : Ben c'est le-le fait que les choses se passent bien. T'es là pour que chirurgicalement ça avance, ça aille vite, ça se passe bien, que le chirurgien ne soit pas ... apporter la plus grande facilité pour que le geste soit le mieux réalisé en fait. Voilà, c'est ce côté-là qui est assez plaisant en fait, y a une certaine gratitude dans le fait que tu ouai tu vois que l'intervention se passe bien, que ça se passe dans des temps qui sont raisonnables. Tu as une relation qui se créait avec la personne avec laquelle tu travailles, avec le chirurgien, qui est assez privilégiée aussi tu vois.

Aude : Qu'est-ce que tu penses du geste d'ouvrir un corps ?

S : C'est, c'est pas un geste qui me dérange en fait... C'est pas du tout un geste qui me dérange. Notamment tu vois j'ai participé, j'ai été formateur pendant très longtemps aux journées enclouage, où on pratiquait, on pratiquait l'enclouage sur des gens qui donnaient leurs corps à la science. On utilisait ce corps-là pour apprendre aux autres comment mettre un clou, un clou Gamma. J'ai du respect vis-à-vis du corps des autres. Le fait de l'ouvrir ne me dérange pas en fait. C'est ça fait partie pour moi du-de l'acte chirurgical. J'ai aucune appréhension ou quoi que ce soit. Par contre il y a toujours cette notion de respect quand même.

Aude : Même s'il est endormi, ou même s'il est mort comme tu disais, y a quand même du respect pour ce corps là ?

S : Ouai parce que je pense que ça fait partie de notre éducation en tant qu'infirmier. Y a un respect heu... Ça fait partie des, c'est Henderson qu'elle s'appelait, les quatorze besoins fondamentaux. On nous a éduqué dès notre plus jeune âge d'infirmier à avoir ce respect du corps. C'est important. C'est le respect de l'autre en fait. Le respect il y est toujours même si on l'ouvre, même si on ferme. Non le respect il y est toujours. C'est important.

Aude : Ça passe par quoi ce respect pour toi ?

S : Le fait de fermer correctement, de pas faire le, de pas faire le cochon, d'avoir un pansement qui est, qui est quand même agréable à regarder même si c'est un pansement, les règles d'asepsie, le fait que la personne soit toujours couverte, qu'elle soit décédée ou pas. Voilà ce sont des petites attentions qui amènent un respect vis-à-vis du corps de l'autre, voilà.

Aude : En quoi selon toi le fait de travailler au sein d'une équipe chirurgicale ça pu modifier ton rapport au corps du patient ?

S : Hum... je pense que, du fait de voir le corps de l'intérieur au niveau anatomique, ça permet de se rendre compte de la manière dont ça fonctionne, d'en apprendre un peu plus vis-à-vis du corps. Le respect vis-à-vis du corps c'est plus hum je dirais que c'est plus par rapport à, ça vient plus par rapport à, par rapport à des services ou par rapport à mes études d'infirmier... d'infirmier de base, j'aime pas quand je dis ça infirmier de base, on va dire infirmier, où on va être plus confronté, plus souvent au décès par rapport au bloc. Au bloc on n'est pas souvent, on n'est pas souvent confronté au décès où tu as la toilette mortuaire ces choses-là. Enfin cette notion de respect elle est, elle vient plus de-de la profession infirmier je pense que de la profession d'IBODE. J'ai fait un bond en avant en anatomie en étant IBODE.

Aude : Selon toi, quand tu es assistant de chirurgie...

[Pause en raison d'une reprise de tâche au bloc]

Aude : Heu tu me parlais de ta formation d'infirmier qui elle t'avais plus permis de (...) moi c'était quand tu es assistant de chirurgie, tu sais que les champs sont posés, tu travailles vraiment au contact de la zone opératoire, que reste t-il du corps de l'opéré ?

S : En fait heu, il ne reste plus rien. Il reste juste la partie heu. C'est là où en fait on se renferme et on devient très technique. Il ne reste plus que le geste chirurgical en lui-même, c'est-à-dire que je n'opère plus une personne, j'opère une hanche ou j'opère un nez, ou j'opère une thyroïde ou j'opère. En fait c'est heu c'est pour ça que je pense que les champs ne sont pas transparents. Ça nous permet de nous concentrer sur véritablement l'activité qu'on a à faire et non plus sur l'être humain, et ce qui peut être nous permet de prendre d'autant plus de la distance vis-à-vis du geste qu'on va faire en fait. C'est vrai que quand tu as les champs

qui sont posés, tu ne vois plus qu'un, tu ne vois plus qu'un qu'un geste quoi, qu'une chirurgie. Ça-ça-ça coupe, ça met de la distance.

Aude : Sinon, ce serait plus difficile d'opérer dans ces circonstances-là ?

S : Maintenant avec l'ancienneté... avec heu, moi ça fait vingt ans que je fais ce métier. Je pense que cela ne me dérangerait pas plus que ça. Il est clair qu'au début ça permet de... de créer cette distance-là, et de se dire ben heu oui c'est heu... On se concentre sur le geste qu'on va faire et non pas sur le corps qu'on doit opérer.

Aude : En quoi c'est nécessaire ?

S : Parce que ça renvoie... ça renvoie à la maladie, au corps de l'autre, au fait qu'on soit intrusif. On est très intrusif en chirurgie, et je pense que ça permet ouai de... de... de créer une distance par rapport à tout ça et de se dire ben je vais aider à ce que la patiente va mieux et puis voilà je vais opérer une thyroïde, un sein, une hanche. On s'arrête, on s'arrête plus qu'à un organe en fait pour que ce soit plus facile.

Aude : Cette intrusion est nécessaire ?

S : De toute manière elle est nécessaire. Elle est nécessaire. Les gestes en effet ne sont pas fait pour le plaisir de les faire. Je pense que n'importe quel chirurgien fera l'incision la plus petite parce qu'il n'a pas envie d'ouvrir trop un patient. Voilà on est dans le, je pense que l'ensemble des personnes sont dans cette recherche-là. On est déjà assez intrusif comme ça, autant en faire le moins possible.

Aude : Est-ce que tu te souviens des toutes premières expériences que tu as eu en tant qu'assistant de chirurgie ? Est-ce que tu pourrais me décrire éventuellement les émotions que tu as pu ressentir, quelles qu'elles soient ?

S : Alors en tant qu'assistant de chirurgie, moi j'ai heu... Quand j'ai commencé au bloc opératoire, je me suis retrouvé très rapidement avec le fameux chirurgien qui était chef de la boîte, patron de l'entreprise. Et heu en fait du jour au lendemain je me suis retrouvé habillé avec lui, à finir ses interventions, notamment pour tout ce qui été prostatectomie totale où il me laissait fermer. C'était en clinique y a vingt ans en arrière, on était loin des actes, des actes exclusifs IBODE. Je n'étais même pas IBODE, j'étais juste infirmier, et il te laissait avec la peau et la sous-peau à fermer et il allait faire un geste, un geste, un geste à côté. Alors après t'as vingt ans, tu as vingt-cinq ans, heu tu te prends pour le roi du monde parce que tu n'as aucune notion, tu n'as aucune notion de, comment dire, par rapport à la législation, par rapport aux risques que tu prends, par rapport aux risques que tu fais prendre à l'autre. Non en fait t'es-t'es juste le petit apprenti qu'on lâche. On savait qu'il vérifiait derrière quand même le chir, mais enfin voilà, il y a ce côté un peu grisant de te dire « C'est moi qui ai fermé ! C'est moi qui ai fait la sous-peau ! C'est heu... » A vingt-cinq ans heu c'est extrêmement grisant. Aujourd'hui à cinquante ans presque heu, je le prends d'une manière très différente en fait. Il y a ce rapport à l'autre qui est complètement différent, avec des notions de respect. L'école est passée par là, les actes exclusifs, les notions d'hygiène que j'avais, enfin que j'avais appris sur le tas à l'époque, je n'avais même pas six mois de bloc, les risques. Aujourd'hui voilà, en ayant fait l'école IBODE, les choses se font différemment. J'ai été un cowboy voilà j'ai envie de dire, j'ai été un cowboy parce qu'on m'a laissé, on m'a fait rêver, mais à un moment les choses sont rentrées, rentrent un peu plus dans la, dans la, dans la normalité avec heu. C'est vrai que j'avais un côté un peu cowboy et heu apprentis chirurgien presque quoi.

Aude : Oui tu avais presque l'impression d'être comme un chirurgien.

S : Comme le petit apprenti, le mec à qui on a laissé tout faire, voilà ce côté un peu. L'idée c'était de te pousser pour que lui il aille plus vite en fait. C'était pas pour que moi je puisse m'exercer, c'était pour que lui il aille plus vite.

Aude : Et du coup être presque un-un chirurgien ou se sentir proche de l'être en tout cas ou de participer à ça, pourquoi selon toi ça fait ressentir autant de fierté ?

S : Heu je pense que c'est plus dans le, dans l'idéalisation qu'on peut avoir du médecin, du docteur, du chirurgien, heu voilà dans la vie de tous les jours. Quand tu croises quelqu'un voilà quand heu voilà « bonjour docteur » c'est très heu, très respectueux d'un métier institutionnel en fait j'ai envie de dire et d'une représentation que ça peut avoir. Après pour les avoirs côtoyer pendant vingt ans, tu te dis « Y a pas que des joyeux lurons là-dedans ». Voilà c'est. Ouai, c'est au départ le côté un peu représentatif de ce que ça peut représenter, le chirurgien à la télé, le chirurgien enfin voilà le chirurgien très...

Aude : Respecté ?

S : Ouai et puis très glamour, très, quand tu travailles avec tout cela disparaît, mais au début on te fait rêver quoi. Voilà.

Aude : Est-ce que certaines chirurgies ouvertes sont sources de davantage d'émotions chez toi ? pour quelles raisons ?

S : ... Non pas spécialement, pas spécialement. Au départ la laparo, parce que se retrouver avec des tripes un peu partout ça peut être un peu je dirais un peu rebutant par l'odeur et choquant un peu parce ben on est en train de tenir les viscères quoi, c'est pas très habituel, heu maintenant non je. La chir ouverte ne me dérange pas, j'aimais plutôt ça même d'ailleurs, c'est-c'est là où ça demande le plus de technicité en soit, tant en instrumentiste qu'en aide opératoire. C'est là où on est, je pense que notre rôle est d'autant plus exacerbé que par rapport à de la coelio par exemple. En coelioscopie si une table est bien préparée, il peut le faire pratiquement tout seul avec son interne. Alors que sur de la chir ouverte heu deux mains en plus c'est vachement, c'est vachement intéressant, autant pour le chir que pour nous. Non la chir ouverte me plaît encore.

Aude : Juste ça par rapport à la dernière fois, on avait eu une discussion sur l'énucléation et tu m'avais dit que c'était une chirurgie que tu avais un peu appréhendé pour le coup.

S : Alors c'est plus par rapport à, en fait c'est plus par rapport à l'organe... l'œil c'est... c'est... c'est un organe que j'ai, que j'ai pas du tout maîtrisé jusqu'à ces deux dernières années du fait de me retrouver en ophtalmologie. En fait heu, l'énucléation ça renvoie, ha je ne sais pas tu vois les pirates, les trucs, la cuillère avec, la cuillère, la cuillère dans l'œil tu vois. C'est une image assez, une représentation assez-assez glauque et ouai j'avais une appréhension par rapport à, par rapport à cet organe-là, à cette chirurgie-là, et c'était ça le problème. Maintenant que je l'ai pratiqué voilà, comme les autres j'ai mis de la distance et j'ai mis heu, mais heu ... Ouai l'énucléation au début ben c'est l'image que ça représentait.

[Interruption pour reprise de travail au bloc]

Aude : On était sur les émotions je pense, sur une chirurgie, tu parlais de la laparo et on était partis sur le côté un peu glauque des yeux et la cuillère, ça me fait pensait à la nourriture quand même un peu.

S : Tout à fait (rires).

Aude : Pendant que tu n'étais pas là, je réfléchissais. Tu me disais « Moi ce qui me mettait plus mal à l'aise c'est plutôt en fonction des organes », donc pour toi l'œil ça représente quoi ?

S : Heu... en fait c'est là... c'est la... la représentation de l'œil c'est voire en fait, c'est par rapport aux sens heu... et puis c'est je dirais que c'est un organe qui est, qui est très difficile à cerner au départ... Je ne sais pas si tu as vu pendant tes études d'infirmier de bloc opératoire, c'est un organe qu'on ne voit pas bien au niveau des cours. C'est un organe dont on a du mal à comprendre comment ça fonctionne... C'est très petit, c'est très particulier. Moi c'est un organe qui... qui me, qui avait tendance à me rebuter en fait. Alors pourquoi ? La représentation c'est peut-être la vue et heu y a ce côté aussi par rapport à la, par rapport à la mort. Quand tu parles de greffe de cornée aux gens, ils ont du mal à laisser partir les yeux des-dés défunts. C'est une représentativité je pense heu dans le monde occidental qui est le reflet de l'âme peut-être, un truc comme ça tu vois. Ce qui fait que ben ça a tendance à rebuter la plupart des gens. D'ailleurs, je pense que tu en parles à la plupart des IBODE, y a pas grand monde qui veut aller bosser en ophtalmo. C'est particulier en fait. Je pense que ouai, c'est ce côté, ce côté reflet de l'âme qui fait peur aux gens en fait. C'est inconscient ça.

Aude : Et puis d'habitude en chirurgie les patients ils dorment, ils ont dans la majorité des cas les yeux fermés. Là t'es carrément dans l'œil et le patient des fois dort

S : Il te regarde, ouai le patient te regarde.

Aude : Et des fois, il ne dort pas. Il peut y avoir un effet.

S : Avec le regard de l'autre.

Aude : Hum.

S : Tout à fait.

Aude : Il peut faire peur ce regard.

S : Ce regard !

Aude : Est-ce que... deux dernières questions.

S : Je t'en prie

Aude : Ta vision du corps a-t-elle évolué dans le temps ? Je crois qu'on en a un petit peu parler.

S : Ouai je pense que oui, elle a évolué dans le temps...y a ... Ben déjà par rapport à soi-même, par rapport à soi-même, son corps vieilli, donc on a peut-être plus de, plus de recul et de facilité par rapport au... au... au corps de l'autre et heu... et peut-être aussi un petit peu plus de respect j'ai envie de dire qu'au début de ma carrière. Oui ça évolue, le regard... le regard sur le corps des autres.

Aude : Ce moindre respect que tu avais peut-être au début, c'était plus dans tes pensées ou des petits gestes ou le fait que t'y fasses moins attention ?

S : L'attention je pense que c'est l'attention qui est moins... qui est moins importante en fait. Avec l'expérience, on s'accorde des... des petits temps au patient qu'on ne s'accordait pas avant, parce que on va plus vite, on est plus efficace et donc le temps qu'on a à gagner on le passe plus dans... dans le confort, l'accueil et le corps de l'autre, dans le respect en fait.

Aude : T'es plus disponible là-dedans.

S : Oui plus disponible là-dedans.

Aude : Et quand tu as des émotions au bloc, ça peut t'arriver j'imagine, pour x raisons, pas forcément que par rapport au corps ouvert, mais...

S : Non... non je suis un râleur invétéré, j'ai des émotions au bloc (rires).

Aude : Très bien ! Alors comment tu les gères ces émotions ? En râlant ? En les extériorisant ?

S : Oui, je suis quelqu'un qui... qui extériorise beaucoup, qui ne garde rien pour lui en fait... Quand quelque chose me plaît je le dis. Quand quelque chose me dérange je le dis. Quand... quand je suis content les gens le savent parce que je rigole. Je suis quelqu'un de très extraverti donc toutes les émotions elles sortent, même quand il y a du chagrin, quand il y a ... Toutes les émotions, elles sortent. Je suis quelqu'un d'entier en fait.

Aude : Tu les exprimes.

S : Sans problème.

Aude : Tu n'as pas besoin forcément de rentrer chez toi pour vider. Toi, c'est plus au fur et à mesure tu vas pouvoir l'exprimer à tes collègues quand même en disant « Là, ça va pas ».

S : Je suis plus à dire les choses toute suite. En fait je... je ne ramène rien chez moi. J'ai la chance d'habiter à quarante-cinq bornes du boulot, je ne ramène rien chez moi. C'est-à-dire que toutes les émotions qu'elles soient positives ou négatives, heu elles n'arrivent pas à la maison. Le travail, c'est le travail. La maison, c'est ma famille, c'est mon cocon, c'est mon chez moi. J'aime pas parasiter avec ton travail.

Aude : Du coup, ça sort ici.

S : Donc ça sort ici. Du coup, j'extériorise quoi qu'il en soit, que ça soit dans les bons ou dans les mauvais, dans les bons ou dans les mauvais moments, il faut que ça sorte.

Aude : Et en termes de sensation, quand tu es au contact du corps de l'opéré, alors les sensations là, c'est pas les émotions, ça peut être le rejet, le dégoût, la sensation de chaleur, de plaisir, de tout ça, est-ce que tu pourrais me décrire celles que toi il t'arrive le plus fréquemment de ressentir ? Dans toutes les chirurgies que tu as eu, pas forcément en ophtalmologie.

S : Ouai-ouai-ouai... En fait c'est là où c'est très bizarre en fait... on a une heu... Heu j'ai une notion de respect quand la personne est éveillée qui est très, qui est je pense assez poussée, mais par contre quand la personne est endormie et qu'on attaque l'acte, quand on attaque l'acte de chirurgie, ça va peut-être être choquant ce que je vais dire mais pour moi ça devient un morceau de viande. Il y a cette notion de distance qui se met en place et heu et en fait je ne fais plus que de la chirurgie. En fait, tu vois j'ai longtemps travaillé en orthopédie, prendre une hanche, décoapter une hanche, ça me pose aucun problème. Tenir un, tenir un membre dans une position vicieuse pour-pour de la chirurgie ne me dérange pas du tout. Il y a aucune notion de, il y a aucune notion de, il n'y a pas de sensation en fait. Pour moi ça devient heu... ça devient, c'est comme un instrument en fait. C'est un truc que je... j'arrive à déshumaniser complètement heu le corps que j'ai en face de moi, ce qui est assez aidant notamment quand on fait des, quand on fait les cours de, des cours sur des corps, sur des patients décédés, quand on fait des cours sur-sur macchabées où justement cette distance-là, où en fait j'utilisent un instrument, me permet d'avoir une certaine distance alors que quand on enlève les champs ou quand on remet le corps en face de soi en totalité, y a la notion de respect qui revient. En fait c'est ouai ... les sensations heu c'est plus des sensations de réconfort quand y a une personne qui ne va pas bien, tu lui prends la main ou voilà y a des, y a des échanges qui sont faits. Après, au niveau de l'acte chirurgical je suis d'une froideur.

Aude : C'est froid.

S : Je suis d'une froideur ! Pour moi c'est ouai c'est peut-être pas beau à entendre, mais c'est un bout de bidoche. Voilà ça s'arrête là.

Aude : Et ton rapport à la bidoche il est plutôt froid alors, neutre ? je veux dire que tu n'as pas de, tu pourrais éprouver du plaisir aussi ou des, ou du dégoût parfois, parce qu'il y a des morceaux de viande qui sont peut-être plus frais que d'autres (rires) ?

S : En fait non, c'est là où cette froideur fait que y a plus d'émotions en fait. Peut-être que je m'interdis, je sais pas, je n'y ai jamais réfléchi. Il n'y a plus aucune émotion. Bon à part quand tu ouvres un viscère et que là t'as une odeur, mais tu vas râler tu vas dire « ça pu, c'est déguelasse », et ça s'arrête là tout de suite. C'est-à-dire que ça ne me dérangera pas de continuer à travailler et de m'y remettre. Heu c'est plus des notions d'odeur, que de vision ou d'avoir les mains dedans, en fait ça me dérange plus quoi. C'est assez particulier. Ça peut faire froid, ça peut faire peur aux gens en fait.

Aude : Et qu'est-ce qui explique que les internes ou toi au tout début, quand, les premières fois où il y avait le corps ouvert tout ça, qu'est-ce qui explique, tu m'as dit que tu prenais de la distance, donc c'est que tu as dû t'adapter en fait pour heu.

S : C'est totalement de l'adaptation parce que c'est, c'est pas très, c'est pas très logique, c'est pas très logique de se retrouver avec les mains dans le ventre de quelqu'un, dans le ventre ou heu, enfin voilà, il y a quelque chose de pas très logique dans tout ça. Je pense qu'on n'est pas tous des Dexter en herbe ! Heu je sais pas si tu connais la série Dexter. On n'est pas tous des Dexter en herbe. On crée de la distance pour heu... parce qu'on fait quelque chose qui est pas, entre guillemets, qui n'est pas normal. On va ouvrir quelqu'un. Tu vois cette notion-là elle est dans le commun des mortels ce qu'on fait, c'est pas logique. C'est pour ça que les gens d'ailleurs voient le chirurgien, porte le chirurgien aux ciel parce qu'il a cette capacité à faire quelque chose que les gens se..., même moi pour en avoir discuté avec des collègues qui te disent, qui ne sont pas du tout du métier « je ne pourrais pas faire ce que tu fais » heu. C'est ce rapport au corps qui est particulier et je pense que ben au tout début, t'es pas prêt à, t'es pas prêt à affronter ça. Tu prends une baffé quoi parce que tu, parce que c'est pas logique de se retrouver comme je disais avec les mains dans le ventre de quelqu'un. Je pense que ça s'apprend... ça s'apprend parce qu'on arrive à aimer notre métier et qu'on prend de la distance par rapport au reste.

Aude : C'est un apprentissage et est-ce que l'école t'a permis de répondre à certaines de tes, je sais pas, de tes interrogations ou de tes difficultés à prendre de la distance ? Est-ce que tu as eu déjà des difficultés à en prendre de la distance ?

S : Au début oui parce que c'est très particulier. Après moi j'ai fait l'école très tard. La première fois que je suis entré dans un bloc c'était en 97 et j'ai fait l'école en 2010. Donc j'ai eu une expérience d'au moins dix ans, au moins dix de bloc avant d'arriver à l'école. L'école moi elle m'a amené beaucoup, elle m'a amené beaucoup de choses sur les réflexions sur mes manières de faire, sur mes pratiques que j'avais acquises sur le tas ou copiées par rapport à l'autre. Toutes ces réflexions là sur pourquoi je fais ça, ça a été très intéressant pour moi. Ça m'a beaucoup amené sur la pathologie heu parce que je faisais, je participais à des interventions chirurgicales sans vraiment comprendre pourquoi, voilà pourquoi on enlevait une vésicule, à quoi servait la vésicule. Tu vois des questions comme ça que je ne m'étais jamais posé et qui m'ont permis d'être un peu plus fin au niveau anatomique. Après sur le corps en lui-même, ça ne m'a pas amené grand-chose. Je pense que ben je m'étais déjà forgé, je m'étais déjà forgé une certaine distance par rapport à ça. Heu mais les internes font pareil. C'est-à-dire qu'à un moment soit ça te plaît, soit ça ne te plaît pas. Si ça ne te plaît pas, tu ne peux pas faire chirurgien. Soit l'activité te plaît et le fait d'être dans la technicité, l'accueil du patient et puis d'être dans l'anatomie pure, soit ça te plaît, soit tu arrêtes. Il y a des gens qui

ne supportent pas, qui ne supporte pas ça et qui très rapidement quittent le...et oui le rapport il est ... L'école, je ne suis pas sûre qu'elle t'arme par rapport à ça. Des cours que j'ai eu heu, seule la pratique, seule le... après ça peut t'amener du questionnement. Y a des gens qui sont très bons en psycho à l'école qui peuvent te, qui peuvent t'amener à une réflexion mais le la confrontation au corps ouvert...

Aude : Tu parles de confrontation, c'est que t'es devant.

S : Ouai ouai, quand je parle de confrontation c'est « Boum », c'est tu te le prends en pleine figure. Tu arrives dans une salle et tout d'un coup, il y a un coup de bistouri et « Paf », là tu y es. Généralement oui, ... les premières fois je pense que c'est agréable pour personne, parce que, parce que t'es pas, t'y es pas préparé. Après il y a des petites astuces que se donnent les uns les autres : faut bien déjeuner le matin, faut... c'est vrai que ça aide.

Aude : Quoi d'autres comme petites astuces ? Mis à part le petit dej le matin ?

S : Ouai ne jamais arriver dans un bloc le ventre vide. Parce que ne serait-ce que les odeurs te font tourner la tête... Arriver à prendre ouai c'est ouai c'est l'élément principal, généralement les petits jeunes qui arrivent et qui tombent ils n'ont pas déjeuné le matin. C'est primordial, c'est primordial, parce qu'en fait il faut, faut avoir le ventre plein, faut avoir le cœur accroché. C'est des vieux remèdes de grand-mère. Ça marche, ça marche.

Annexe V : Entretien avec F.

Aude : En tout premier, est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel et qu'est-ce qui t'a amené à faire infirmière de bloc ?

F : Ouai ben je suis diplômée infirmière depuis 2013, donc voilà j'avais un petit peu vadrouiller dans les services la première année, j'ai fait de la chirurgie ambulatoire, j'ai fait des bilans sanguins, heu de la cardio, ensuite je suis arrivée sur le plateau technique de gastroentérologie heu dans lequel j'ai fait de l'endoscopie en fait digestive heu à l'hôpital de Morlaix. Et puis heu donc voilà, c'était pas forcément un choix au départ de ma part et heu donc après je suis arrivée sur le bloc polyvalent de Morlaix heu voilà et du coup j'ai exercé pendant un an et demi là-bas où j'ai découvert le métier d'IBODE qui me faisait peur au départ mais au final ça m'a beaucoup plus. Du coup j'ai souhaité ouai continuer dans cette voie-là. Je suis arrivée en 2016 sur l'hôpital Morvan en gynéco et pédiatrie. J'ai exercé trois ans là-bas. Et après donc je suis entrée à l'école d'IBODE et je viens d'être diplômée en mai 2021. J'ai intégré la garde à la suite sur la Cavale Blanche. Voilà. J'ai exercé du coup deux mois avant d'être arrêtée pour grossesse quoi (rires).

Aude : Qui n'est pas une maladie (rires)

F : C'est ça, mais c'était compliqué quand même.

Aude : Ben il faut protéger ce petit !

F : Ben c'était surtout les alternances jour-nuit et le statique debout, c'était un peu compliqué en 12h.

Aude : Y a les amplis en plus !

F : Ouai ben après je m'écartais, j'essayais de me protéger au maximum, mais c'est vrai que ça ... ben ça influence sur la qualité du travail aussi des collègues parce qu'être toujours obligée d'échanger des salles où y a du vasculaire et que ben où ça tire à fond donc ben je changeais de salle. Donc, c'est un peu embêtant donc comme ça au moins.

Aude : Oui au niveau de l'organisation, en te préservant aussi c'est le plus important.

F : C'est ça.

Aude : Et tu disais aussi que ça te faisait peur le bloc quand tu as commencé.

F : Ouai.

Aude : Tu disais que tu étais passée aux endoscopies et puis après en bloc polyvalent, mais est-ce que quand tu as été aux endoscopies puis en bloc ça t'a fait peur les endoscopies oui ou non par rapport au bloc ou c'est vraiment le bloc ?

F : Heu c'était plutôt le bloc parce que déjà en sortant de l'école infirmière je m'étais toujours dit « je ne ferais jamais IBODE » c'était pas du tout, ça ne m'attirait pas du tout. On a toujours en peu cette image de l'infirmière qui sert le chirurgien. J'avais dans la tête que c'était un peu la bobonne du chirurgien. Mais parce que je ne connaissais pas et que mine de rien on ne présente pas trop le métier d'IBODE dans les écoles d'infirmières après là c'est là où j'ai été sur Chartres à côté de Paris et heu donc on n'avait pas eu beaucoup de... de... d'entretien, enfin de personnes qui étaient venues présenter le métier et c'est vrai que l'inconnu fait toujours peur quoi.

Aude : C'est toi qui as demandé à aller en bloc polyvalent ?

F : Non, du coup j'étais sur l'endoscopie et il y avait des gros besoins en fait sur me bloc et il restait plus que des places là-bas. Donc ils m'ont demandé de changer de spécialité. Donc j'étais toujours contractuelle donc on peut pas trop dire non et puis en fait j'ai découvert un métier complètement différent du métier d'infirmière, mais qui heu ... qui m'a beaucoup apporté en fait dans le sens où c'est vraiment un travail d'équipe. Chacun a son rôle et on œuvre tous pour le bien être du patient et heu pour sa sécurité. On est que centré sur un patient et ça c'est vraiment quelque chose que j'avais beaucoup apprécié, contrairement aux services où on a quinze patients à gérer, les coups de téléphone, enfin y a pas mal de coup de téléphone mais bon (rires), mais bon avec toutes les familles et tout... Je trouvais que c'était... c'était vraiment bien. Et ce côté aussi technique heu que j'appréciais dans mes stages dans mon école d'infirmière. C'était surtout les gros points qui-qui sont ressortis dans le fait que j'ai eu envie de continuer dans cette voie-là quoi.

Aude : et qu'est-ce que tu apprécies dans le métier aujourd'hui, le côté technique et le fait d'être recentrée sur un seul patient ?

F : ouai et puis ce côté travail en équipe aussi parce que ben je trouve que ça apporte à chacun, on tisse des liens aussi, pas forcément que d'IBODE à d'IBODE, d'IBODE à IADE, d'IBODE à interne, d'IBODE à chirurgien. Chacun a un peu sa petite pierre à l'édifice à apporter. Chacun a son expérience propre de son côté et de tout rassembler dans une même ... dans une même salle je trouve que c'est enrichissant. On en apprend tous les jours, ça change tout le temps, chaque patient est différent, donc forcément on aborde les choses différemment et je trouve que c'est ..ouai je trouve que c'est enrichissant tout le temps.

Aude : et qu'est-ce qui te faisait peur alors dans le bloc ?

F : ben l'inconnu, ce qui me faisait peur c'était le rapport avec les chirurgiens. On a toujours cette image du... du chirurgien où on n'ose pas lui parler parce qu'on va le déranger. C'était cette image que j'avais et puis bon t'en a certains quand même qui sont comme ça mais pas tous. Ça change un peu avec les nouvelles générations je trouve qu'ils sont beaucoup plus à l'écoute, qui se mettent un peu plus sur un pied d'estale, un peu moins sur un pied d'estale.

Aude : et ça, ça serait ce qui te déplairait dans le métier, ce rapport là où il y a des choses qui te déplaisent dans le métier ?

F : heu le téléphone clairement c'est la chose qui m'énerve parce qu'on a un peu l'impression de faire secrétaire. Je trouve que ça dérange, ce côté téléphone, ça perturbe le déroulement de l'intervention. On interrompt une tache et, pour répondre au téléphone perso ou téléphone de salle, et en fait c'est... c'est... c'est tellement source d'erreur qu'enfin je trouve que c'est dangereux le téléphone. Et puis des fois la façon de parler de certaines personnes aussi ?

Aude : les chirurgiens, les IBODE ... ?

F : ouai des fois certains internes qui sont stressés et qui du coup ne parlent pas forcément bien. Mais je pense qu'ils ne se rendent pas compte certains. C'est un peu moyen de protection aussi, de prendre de la distance, de parler un peu hautainement alors qu'en fait de les replacer, recadrer un peu ça permet de mieux se comprendre et d'avoir un meilleur déroulé aussi des relations quoi.

Aude : tu arrives à faire ça ? Tu leurs réponds ?

F : ça dépend, ça dépend avec qui. Ça dépend.

Aude : comment tu réagis quand on te parle mal et que tu n'aimes pas cela ?

F : soit je lui dit gentiment « c'est pas la peine de le dire de cette façon » en abordant avec l'humour c'est un peu ça permet d'annoncer des choses, de-de-de dire des choses sans-sans

qu'ils le prennent frontalement. En fait c'est ça c'est juste que notre métier on est obligé un peu de, enfin je trouve qu'on marche souvent sur des petits œufs, on tâtonne, on essaie, c'est pareil avec les patients quand ils sont stressés, on essaie un petit peu d'apporter une petite touche d'humour, de-de-de les mettre un peu plus à l'aide. Alors on voit tout de suite si ça prend, si ça prend pas bon on laisse la personne comme elle l'entend. Si elle veut rester dans son mutisme, elle reste dans son mutisme. Voilà je trouve que c'est-c'est de l'adaptation en fait, comme tout.

Aude : Et dans le rôle d'assistant de chirurgie du coup, tu t'habilles un petit peu quand même en ortho et à Morvan tu devais t'habiller aussi, est-ce que... qu'est-ce qui te plait et qu'est-ce qui te déplaît ? est-ce que c'est les mêmes choses que pour le métier en général ou y a des spécificités ?

F : Heu... alors je trouve que d'avoir cette reconnaissance d'assistant de chirurgie donc ça élève un petit peu notre métier. Ça nous monte, ça nous fait avoir une place un peu plus grande dans la salle si j'ai envie de dire, de pas être que soit circulante ou qu'instrumentiste ou qu'aide-opérateur. Ça apporte un rôle supplémentaire, une gratification aussi, et le souci c'est que je pense que c'est plus facile dans des plus petites structures d'exercer ce rôle-là en fait que dans des grosses structures comme des CHU. Parce qu'il y a toujours un interne et il y a au moins un ou deux externes. Donc c'est vrai que pour-pour exercer ce rôle-là c'est un petit peu moins évident. Ça va souvent être l'interne qui va refermer par exemple au niveau cutané, des petites choses comme ça, ou qui va apprendre à l'externe aussi. Après nous on a toujours notre regard sur, on a toujours un regard sur le travail accompli, on peut quand même émettre notre avis en disant « Là, il n'est pas très bien réalisé ton point, il faudrait que tu le refasses ». Voilà, je trouve que...voilà

Aude : Et le patient, quand tu as commencé ce métier-là, donc tu as été au bloc pour les premières fois, est-ce que tu te rappelles ces premières fois ? est-ce que tu as vécu ou ressenti des émotions particulières ?

F : Par rapport au patient ?

Aude : Oui, par rapport à l'ouverture notamment de la peau nécessaire pour la chirurgie.

F : Heu alors ce que je trouvais c'était que nous on avait un rôle dans la communication qui était très court mais qui était n'empêche très important. C'est ce qui m'avait un peu interpellé dans le sens où on va se présenter on va quand même dire notre métier, notre rôle, je trouve que sinon c'est ... c'est impressionnant. Le patient il est allongé, il voit plein de têtes qui arrivent, on ne sait pas qui c'est, ils ont tous des cagoules, c'est l'inconnu, c'est pas facile, et de se présenter, de-de-de cibler un peu les personnes ça permet au patient...

Aude : Toi dans ton rapport au patient, dans ton rapport au corps du patient notamment, quand on va au bloc opératoire on dénude la personne, on met des champs, on ouvre soit au niveau du ventre ou des jambes tout ça, est-ce que tu t'es déjà sentie en difficulté face à ça ?

F : Non franchement pas du tout.

Aude : Ça ne t'a jamais impressionné ?

F : C'était plutôt le dentaire qui m'a impressionné.

Aude : Ha le dentaire !

F : C'est plutôt où j'ai failli avoir des petits évanouissements, mais sinon non c'est ... j'étais intéressée à chaque fois et c'est vrai que non ça m'a jamais... J'avais peur parce que tout le monde n'est pas capable de supporter cette vue-là, c'est quand même particulier, mais non franchement j'ai pas trop eu de...

Aude : En quoi c'est particulier du coup ? Et pourquoi certaines personnes pourraient ne pas le supporter selon toi ?

F : Ça peut être choquant de voir un colon, de voir de l'intestin grêle, c'est quand même... On en voit dans les films, mais on se fait tout un, tout un monde. C'est pareil une prothèse de hanche, comment on réalise une prothèse de hanche, c'est particulier. Mais non ça ne m'a pas mise mal à l'aise, pas plus que ça quoi.

Aude : Et le dentaire par contre...

F : Ouai je n'aime pas les dents et les ongles incarnés je n'aime pas non plus (rires de malaise).

Aude : Tu as été en ORL du coup ou c'était au cours de tes stages ?

F : Du coup sur Morlaix, on faisait toutes les spécialités et du coup il y avait aussi du dentaire.

Aude : Là tu étais habillée ?

F : Oui

Aude : Et tu as failli tu disais...

F : Tourner de l'œil. Ouai ben c'est pareil on est en tension donc avec les écarteurs et puis les dents ça me... ça me (fait mine de dégoût)

Aude : Ça te dégoûte ?

F : C'est pas que ça me dégoûte, c'est que ça me... j'aime pas trop, déjà que je n'aime pas trop aller chez le dentiste (rire de malaise).

Aude : Ça te rappelle le dentiste ?

F : Ouai voilà.

Aude : Ça te met mal à l'aise, ça te fait peur, tu as peur d'avoir mal ?

F : Ça me met mal à l'aise, j'aime pas trop les petits bruits (rire de gêne) et c'est pareil les ongles incarnés, tout ce qui touche un peu l'ongle bon ben ça rappelle des petits souvenir quoi.

Aude : Tu avais déjà eu des ongles incarnés qui ont été... ?

F : Non mais j'aime pas trop les ongles qui se cassent, c'est des petits trucs

Aude : Et du coup quand ça s'est passé là fois où par exemple tu as failli tourner un peu de l'œil en dentaire, comment tu as réagi ? qu'est-ce que tu as fait ? qu'est-ce que tu as ressenti, parce que tu a dû avoir des bouffées de chaleur surement ?

F : J'arrive assez à repérer quand je m'évanouï, quand j'ai chaud, quand j'ai les oreilles qui bourdonnent. Du coup, j'ai appelé ma collègue en lui disant « Là je m'écarte » et j'ai prévenu aussi le chirurgien en lui disant « faut que je m'écarte sinon-sinon je vais finir la tête dans la ... sur le patient ! » C'est pas terrible quand même.

Aude : Vous avez fait un relais du coup ?

F : Du coup on était que deux sur le champ donc il est resté tout seul le chirurgien et quelqu'un a pris ma place.

Aude : Tu as continué ta journée quand même ?

F : Oui.

Aude : Et tu es retourné en dentaire après ?

F : Oui et ça c'était bien passé.

Aude : Là c'était la première fois que tu étais en dentaire ?

F : Ça devait être ouai la deuxième ou quelque chose comme ça.

Aude : Et la première fois ça ne t'avait pas fait pareil ?

F : Heu non c'était moins long c'était un petit peu plus long cette fois ci

Aude : T'as eu le temps de rester avec les dents à côté ?

F : (rires) Ouai, mais bon après on s'y habitue et tout mais c'est pas la spécialité qui me...

Aude : T'as pas eu peur de refaire un malaise quand tu es retourné après en dentaire ?

F : Heu si un petit peu ? Du coup je m'étais dit, peut être je me suis trop crispée aussi, le fait d'être crispée tout le temps dans la même position c'est pas ergonomique, t'es muscles ils sont en tension et du coup quand tu relâches, tout se relâche aussi. Donc j'ai essayé de-de-de me détendre, d'avoir les bras un petit peu plus souples. C'est vrai que la première fois après on se dit tout de suite « ben ça va repartir », au final non.

Aude : Ouai ça a été.

F : Oui ça a été.

Aude : T'avais peut-être mieux manger.

F : Pas plus que ça mais heu.

Aude : Après l'appréhension est partie justement. Tu t'es dit « C'est pas forcément mon truc ! »

F : Ouai voilà. Après j'y suis retournée plusieurs fois et ça c'était bien passé. C'est toujours pas la spécialité que j'apprécie le plus.

Aude : Pour les raisons dont tu m'as parlé, les bruits...

F : Ouai voilà.

Aude : Y a d'autres spécialités qui te ... quelle est la spécialité que tu préfères ?

F : Alors j'avais beaucoup aimé la pédiatrie. J'avais trouvé que c'était... ça combinait un peu tout en fait. Ça combinait l'ortho, le digestif, l'uro, et l'ORL. J'ai trouvé que c'était enrichissant. J'avais beaucoup aimé aussi la gynéco parce qu'il y avait ce côté urgence avec les césariennes, les GEU, et je trouvais que c'était vraiment sympa. Et ce côté aussi programmé avec la cancéro, avec la plastie, ça j'avais bien aimé. J'avais bien aimé aussi la plastie, en fait il n'y a pas beaucoup d'intervention, il n'y a pas beaucoup de spécialité que je n'ai pas apprécié. J'ai juste pas fait de neurochir, de cardiaque et j'ai fait très peu de vasculaire.

Aude : Tu ne te sentirais peut-être pas forcément à l'aise.

F : Ouai c'est ça. En fait c'est la spécialité ouai que je me sens le moins à l'aise actuellement avec la neurochir parce que du coup en étant enceinte j'allais très peu sur les salles de vasculaire, donc j'ai pas pu continuer à pouvoir me former en fait sur cette spécialité et il y a quand même plein de matériel spécifique en fait avec les fils guides, les ballons, les stents, la total quoi. C'est un peu ma petite appréhension de retour de formation, de-de congé.

Aude : Tu as prévu d'y retourner pour quand normalement ?

F : Mai normalement.

Aude : Et tu vas repartir en vasculaire du coup ou en ortho ?

F : Je pense que je repartirais sur la garde sûrement. Faut que je rappelle mais normalement ça serait ça. Mais du coup c'est bien parce que ça permet d'être toujours dans la continuité de la formation, de voir plein de choses différentes. C'est bien c'est riche.

Aude : Ça c'est sûr. Alors je vais te poser des questions un peu à brut, peut être que tu les trouveras un peu bizarres, c'est possible.

F : Pas de souci.

Aude : Je vais te les, te les poser. Qu'est-ce que tu penses du geste d'ouvrir un corps ? ... de faire une incision chirurgicale ?

F : Ben c'est pas rien parce que... on pénètre la personne mine de rien. Et puis ben on, c'est pas qu'on abime le corps, mais... un peu quand même.

Aude : On laisse une trace.

F : Ouai c'est ça. Pour le patient c'est quelque chose qui va rester à vie, cette petite trace d'effraction du corps cutanée ou pas mais... ouai, ouai.

Aude : Si tu devais dire en quelque mot ce qui te vient à l'esprit quand je te parle d'effraction cutanée ou d'effraction chirurgicale, quels seraient les premiers mots qui te viendraient ?

F : Incision (rires), incision, après c'est le côté IBODE qui parle mais incision, hémostase, et ouai heu après ça dépend de où est-ce qu'elle est située, aspiration ou pas, et puis ben du coup y a toujours aussi une histoire de suture et... en fait ça fait ouverture-fermeture quoi. Voilà en gros c'est surtout, c'est les premiers mots qui me viennent à l'esprit quoi quand on parle d'effraction cutanée. Risque, asepsie aussi

Aude : Après tout le coté professionnel (rires).

F : Oui c'est ça (rires complices).

Aude : (Rires) ça y est c'est partie gestion des risques, tout ce qu'il faut que je prévois.

F : Déterision, badigeon allez hop.

Aude : Heu... est-ce que heu le fait d'avoir travaillé, de travailler au bloc selon toi ça modifie le rapport au corps du patient ?

F : ... Hum je ...ben je pense peut-être un petit peu parce que la nudité on l'a voit ... ça dépend de là ou dans quel secteur tu travailles mais la nudité on la voit quotidiennement en fait, sauf que c'est intimiste pour le patient, c'est, c'est son... son jardin secret, c'est ouai alors que forcément en service on n'a pas forcément le même rapport en fait, on demande à la personne en fait, on explique à la personne qu'on va la toucher, alors qu'au bloc, soit la personne elle est endormie en fait, donc on lui demande pas en fait de-de-de la toucher, enfin avant de la toucher. Enfin je pense que c'est pas rien non plus.

Aude : Donc le rapport est un petit peu différent c'est sûr, la personne dort, elle ne donne pas son avis.

F : C'est ça, mais en fait elle le donne en amont son avis, dans le sens où elle va confirmer son intervention, on va lui faire toute la check-list en fait, on va reconfirmer avec elle.

Aude : Qu'elle est bien d'accord.

F : Oui voilà c'est ça.

Aude : C'est sûr qu'on va pas lui dire « nous allons faire l'incision à telle endroit, on va vous écarter les jambes pour pouvoir... » on ne rentre pas dans les détails comme ça !

F : Ben ça en fait ils-ils ont cette information quand ils ont le rendez-vous avec le chirurgien, en fait l'entretien, la plupart du temps en fait. Ils vont expliquer un petit peu comment va se dérouler l'intervention et du coup le patient il est soit dans un état où il peut entendre toutes ces choses-là ou pas et s'il le peut pas, je sais que ça arrive quand même, nous au bloc on demande au patient s'il a des questions, si ... parce qu'il y a des patients qui ouai voilà qui n'ont pas écouté, enfin c'est pas qu'ils n'ont pas écouté, mais ils ne pouvaient pas écouter pendant la consultation parce que trop préoccupés à savoir ben comment ça allait se passer mais en même temps de se dire « J'ai peur, c'est l'inconnu ». Donc c'est aussi un moyen de le rassurer.

Aude : Et toi, cette... cette nudité du fait qu'on que tu sois très proche de l'intimité en fait corporelle des patients, qu'il n'y a pas dans les services, comment tu, comment tu le perçois toi ?

F : Ben ça me ... étonnamment ça me, ça me dérange pas plus que ça. Non franchement ça ne me dérange pas plus que ça. Après c'est peut-être parce qu'on s'y est habitué je pense.

Aude : Tu verrais peut-être la différence par rapport au début quand tu as commencé, est-ce qu'il y a eu une évolution en fait entre les premières fois et puis... ?

F : Ouai ben on est un petit peu moins à l'aise je pense, ... c'est pas qu'on regarde moins, mais on-on n'ose peut être pas trop. Je sais pas trop, je me souviens moins bien des premières fois.

Aude : Tu devais être tellement centrée sur le côté technique peut-être.

F : Oui c'est ça. Déjà quand tu débutes tu te dis « y a tellement de choses à savoir, tellement de choses à checker » et qu'en fait, c'est pas que le corps du patient tu le mets un peu entre parenthèse, mais tu te dis « déjà gérer mon côté technique, mes instruments, mes temps opératoires » et puis ben en fait oui je sais pas si on peut dire que ça passe en second

Aude : On peut l'entendre comme ça qu'à un moment donné on l'oublie un petit peu parce qu'on se centre sur d'autres choses.

F : Ça fait un peu parti des éléments de ouai de la salle.

Aude : Est-ce que quand tu es assistantes de chirurgie, une fois que tu es sur ton champ tout ça, que le patient est champé, selon toi qu'est-ce qu'il reste du corps du patient opéré ?

F : ... Heu ... est-ce que tu peux répéter la question ?

Aude : Quand tu es assistante de chirurgie, tu sais, une fois que tu es prête sur ton post, que tu vas commencer l'intervention, qu'est-ce qu'il reste du corps du patient opéré à ce moment-là ?

F : Ben du coup il reste la zone, la zone opératoire en fait du coup c'est ... c'est, elle est isolée cette zone là du patient. On entend bien des fois certains « bon ben c'est la PTH après » quand on parle du prochain patient, on instrumentalise en fait le corps par l'intervention qu'il va avoir. Enfin je sais pas si je me fais comprendre.

Aude : C'est qu'on perd cette notion de patient.

F : De personne.

Aude : De personne (...)

F : Mais pourtant, à côté de ça, quand il y a des, on le voit surtout sur des... des locales ou des choses comme ça, mais on peut parler aussi avec le patient pour le distraire tout en l'opérant. Du coup, là, on le prend aussi dans sa globalité.

Aude : J'ai des petites questions... En fait comme j'ai posé des questions à l'envers pour que ce soit plus fluide et tout ça, je vérifie que je n'en ai pas oublié.... A la limite, il m'en reste deux dernières. Je sais pas trop si elles... Je vais te les poser telles qu'elles sont écrites. Est-ce que du coup ta... ta vision du corps ouvert du patient, est-ce qu'elle a évolué ? Est-ce que tu as changé ton regard.

F : Avant je, j'avais du mal à repérer les plans. C'est toujours le côté technique, mais oui avant j'avais du mal à repérer les plans. Maintenant c'est-c'est plus fluide, j'ai un œil un peu plus expert aussi pour communiquer avec le chirurgien, dans le sens où par exemple quand-quand on fait de la coelioscopie qu'il y a quelque chose qui m'interpelle ou quand on cherche un saignement, moi aussi je peux donner mon avis. Je vais dire « il est là le saignement » je sais pas si tu vois ce que je veux dire ?

Aude : Oui oui, moi j'arrive toujours pas encore à voir les départs d'hémorragies.

F : Ouai l'expérience permet de mieux cibler de mieux cibler, de mieux cibler les choses je trouve. Sinon dans mon rapport avec l'incision et tout moi je trouve que ça n'a pas plus que ça... ça changé. J'ai toujours pas, ça va quoi.

Aude : Et quand, ça t'es arrivé j'imagine comme tout le monde au travail d'avoir des émotions pour x raisons, charge de travail, chirurgien, patient, ça peut être plein de choses, heu est-ce que tu te rappelles d'une fois où tu as eu de vives émotions au travail, dans tes expériences soit au début soit... ?

F : Heu ouai de l'énervement parce que quand tu as un chirurgien qui n'est jamais content, qui te braille dans les oreilles et qui n'écoute pas ce que tu dis. Ça c'est un peu dur des fois de, enfin c'est une question de canalisation et de prendre du recul pour pouvoir y arriver mais au départ c'est pas toujours évident quoi. Des fois tu te fais insulter clairement et ben tu te dis qu'en dehors du travail tu n'accepterais jamais ça et en fait ben là tu te dis que tu as le patient qui est sur la table et c'est pas le moment de régler tes torts avec telle ou telle personne, donc tu prends sur toi, tu... tu te catalyses et tu te tais quoi mais tout en disant les choses des fois d'une manière calme ou en disant « on en reparlera plus tard » Au final la personne n'en discute jamais, mais bon. Ouai c'est surtout ce genre d'émotion et ... et aussi c'était sur des prélèvements multi-organes chez des enfants. C'était ma première garde sur Morvan et puis là du coup : prélèvement multi-organes chez un enfant de treize ans. Et là tu dis « bon ok » C'est prenant quoi, tu n'as pas d'enfant mais bon ça te renvoie quand même cette image, cette image. Tu vois les parents dans le SAS leur dire au revoir. Après c'est toi qui dois aller faire l'intervention sauf que tu n'as pas le droit de, enfin c'est pas que tu n'as pas le droit, mais tu peux pas te permettre de pleurer alors que c'est pas toi qui a perdu ton enfant, c'est les parents qui sont en train de vivre un événement tragique. Donc ce côté-là des fois c'est... faut prendre du recul. Je trouve que c'est un peu le maître mot aussi, se poser, prendre du recul, relativiser.

Aude : Comment tu as fait sur le coup pour prendre du recul, parce que quand ça arrive c'est pas toujours évident ?

F : Tu te dis, je me suis dit ça « Je peux pas me permettre de pleurer dans la salle ». Après chacun réagi comme il veut. C'est juste que moi je me suis dit ça. Je ne voulais pas me permettre de pleurer dans la salle parce que c'est pas moi qui ai perdu mon enfant, c'est les parents. Ils ont déjà assez de choses à vivre sans qu'ils voient quelqu'un en plus pleurer devant eux.

Aude : Dans la salle ils ne te voient plus après.

F : Oui, mais on est parti le chercher dans le SAS et déjà rien que ça tu as le cœur qui bat, tu ne sais pas quoi dire... les aurevoirs et tout c'était tellement horrible !

Aude : Les parents pleuraient.

F : Ben oui, tu dis au devoir à ton enfant, c'est pas ... donc tu te retiens de pleurer.

Aude : Ça a dû être dur d'enchaîner là-dessus parce que les interventions sont longues.

F : On a eu une simultanéité avec un hématome rétro placentaire avec une mort in utéro en même temps. Du coup c'était la nuit... bordel comme on peut dire. Ça c'était la grosse nuit qui m'a marqué dans ma carrière.

Aude : Tu en a reparlé avec les collègues après ?

F : Ouai on en avait reparlé. On en a parlé aussi avec la cadre de l'époque qui nous avait prises chacune dans le bureau.

Aude : Tu as pu parler à ce moment-là, éventuellement verser quelques larmes, tu t'es autorisé à pleurer ou pas ?

F : Heu non je l'ai fait quand je suis rentrée chez moi. Je suis rentrée, je me suis posée, j'ai lâché, j'en ai parlé avec mon mari et puis voilà. Ce qu'il faut c'est juste pouvoir lâcher à un moment donné, évacuer, pas garder ça pour soi surtout. Mais la cadre de l'époque m'avait proposé de voir une psychologue aussi. Elle l'avait proposé à toutes les personnes qui étaient présentes. J'avais trouvé ça très professionnel et très bien. Et sur le coup j'en ai pas eu besoin

Aude : T'as trouvé un autre moyen.

F : Ouai voilà c'est ça.

Aude : La situation pourrait se représenter (...)

F : Tout là est l'importance du travail en équipe aussi, c'est que chacun puisse s'exprimer à un moment donné aussi, si ... on a envie et si la personne écoute aussi. C'est aussi cette force-là de travailler en équipe.

Annexe VI : Entretien avec R.

R. travaille au bloc depuis 6 ans, fin 2014 en hôpital polyvalent où il tournait sur tous les secteurs mais principalement l'ortho-traumato. Puis 3 ans après, école IBODE, cela fait 2,5 ans qu'il est diplômé et travaille à la Cavale Blanche en chir. vasculaire.

La spécificité du métier et le fait que ce soit un métier vraiment technique et à part entière l'a amené à faire ce métier.

Formation IDE en 2010-13, puis travaille en centre de gériatrie à l'hôpital (8 mois) en ayant déjà le souhait de travailler au sein d'un bloc. Il voulait travailler au bloc depuis l'école IDE. A proposé plusieurs fois sa candidature à sa cadre. Dès qu'une place a été libre, il a intégré le bloc.

Il préfère le côté technique du métier, interventions où on voit un résultat immédiat, avec des instruments assez techniques, *« des spécificités qui font que ça soit propre au bloc opératoire, c'est des choses qu'on retrouve qu'ici, qu'on ne peut pas retrouver dans d'autres services. C'est vraiment ces techniques, cette façon de, ce relationnel aussi qu'on a avec ce travail pluridisciplinaire avec vraiment différents corps de métier, et le travail étroit qu'on a avec le chirurgien. Ça c'est vraiment ce qui me plaît ouai dans ce métier.*

Aude : Qu'est-ce que tu déprécies le plus ?

Rémi : Le fait qu'on n'ait pas assez de retour sur nos patients, enfin de recul que ce soit en pré ou post opératoire. On ne les voit jamais avant, parce que nous on ne fait pas de visite ni rien. Après les interventions, sauf si on demande au chirurgien, mais autrement on n'a aucun retour sur leur devenir et tout ça quoi.

Aude : Et dans le rôle d'assistant de chirurgie ?

Rémi : Ce que je préfère ? Ben là c'est vraiment heu le travail manuel et le fait d'être heu d'être vraiment acteur de l'intervention au niveau justement de cette technicité et tout ça.

Aude : Et est-ce que tu déprécie quelque chose aussi de ce côté-là ?

Rémi : En tant que ...non. En tant qu'assistant de chirurgie non.

Aude : Est-ce qu'il y a des choses qui t'ont interpellé ou qui t'interpellent encore aujourd'hui dans le métier ?

Rémi : Humm ouai...dans le métier. Ben l'avancé des compétences IBODE du coup qui avec les nouveaux décrets qui devraient avancer de plus en plus et en fait le problème c'est qu'on a toujours stagné et de pas voir notre métier vraiment évoluer. Même s'il y a des textes qui ont sont fait, les mettre en application devient de plus en plus difficile et du coup là on stagne vraiment quoi et c'est ça qui me déplaît le plus quoi.

Aude : C'est une question peut-être un peu bateau, mais en quoi ce un métier est spécifique selon toi ? tu y as répondu un peu tout à l'heure...

Rémi : Ouai c'est vraiment comme je disais tout à l'heure, les spécificités du bloc opératoire, le travail étroit avec le chirurgien, le travail en équipe, heu vraiment oui de travailler avec des ancillaires qu'on ne trouve pas ailleurs, du matériel qu'on trouve pas ailleurs et de voir un résultat quoi. C'est des interventions en plus... Enfin un des côtés, enfin des avantages et des inconvénients qu'on a aussi c'est qu'on a des patients carrément moins présents. On n'a pas non plus trop ce suivi qui peut durer pdt des semaines comme on peut avoir dans certains services.

Aude : Comme en gériatrie.

Rémi : Voilà comme en gériatrie et tout ça. Et c'est vrai que des fois, ben selon les situations, y a des situations un peu compliquées et c'est vrai que ça nous fait, enfin ça fait du bien aussi de pouvoir se détacher de ces patients parce qu'on ne voit plus après quoi. Il y a ce côté-là quoi.

Aude : Dans quel sens ça te fait du bien de t'en détacher ?

Rémi : Parce que des fois, avec des histoires compliquées, on n'a pas forcément envie d'avoir tous les jours ces mêmes personnes, à devoir... enfin à être présent auprès d'eux pour pouvoir les reconforter, pour pouvoir les aider en fait. C'est vrai que cela demande énormément d'énergie ! Déjà qu'on notre métier demande déjà énormément d'énergie, si en plus on doit gérer tout ça on s'en sort plus quoi.

Aude : Que penses-tu du geste d'ouvrir un corps ?

Rémi : Je ne me suis jamais posé la question ! (rires) Ouai non, je me suis jamais posé cette question, sérieux... heu... Il y a quelques années j'aurais trouvé ça étrange et ... et heu peu concevable dans... dans ... dans ce qu'on peut imaginer du corps humain quoi. Avant d'arriver au bloc opératoire on ne s'imagine pas tout ce qu'on peut faire au niveau de l'anatomie, de pouvoir ouvrir, disséquer des parties d'une personne en fait et après l'intervention une fois que tout est reconstruit, on ne voit plus rien quoi. C'est vrai qu'il y a quelques années ça m'aurait dérangé, maintenant non ça me... ça me pose même plus de question. Je pense que c'est devenu normal.

Aude : Pourquoi selon toi ça t'aurait paru un petit peu difficile ou interpellant, surprenant d'ouvrir un corps ?

Rémi : Parce que c'est pas dans les mœurs, c'est pas quelque chose qu'on... qui est socialement acceptable on va dire en fait. On fait pas ça tous les jours (rires). Donc non ouai voilà c'est pour ça. Après ben ouai avec l'expérience du bloc opératoire ben on se forge. On en voit tellement au final que ça devient quelque chose d'habituel quoi.

Aude : Si tu devais donner quelques mots pour dire ce qu'évoque pour toi le corps de l'opéré, tu dirais quoi ?

Rémi : ...Hum, hum... bonne question... heu... Qu'est-ce que ça évoque pour moi le corps de l'opéré ... Ben ffffou ... non ben en fait faut être là pour heu pour pouvoir aider le patient donc qu'il soit ouvert ou pas non je... ça me pose pas de question en particulier.

Aude : D'accord... hum. La question c'est pareil elle est peut-être un peu bateau : selon vous, lors de l'intervention où vous êtes assistant de chirurgie, que reste-t-il du corps de la personne opérée à ce moment-là ?

Rémi : Ah ça, c'est la grande question...heu que souvent ... enfin si qu'on peut me poser c'est : comment je fais pour faire ce métier-là ? C'est les personnes qui ne sont pas du milieu quoi. Comme je leurs dis, c'est vrai que une fois qu'on est au bloc opératoire et notamment en intervention, le fait qu'il y est des champs opératoires qui recouvrent intégralement pratiquement la patiente le patient, on se rend moins compte en fait de quelle partie du corps heu... enfin quelle partie du corps est présente en fait avec nous. On se rend moins compte qu'il y a une personne derrière parce qu'on a vraiment juste une partie de l'anatomie qui est découverte. On n'a pas accès à toute la personne quoi.

Aude : En quoi travailler au sein de l'équipe chirurgicale, selon toi, impacte heu ton rapport au corps du patient ?

Rémi : Ben ça c'est heu... le fait d'être confronté tous les jours à la nudité, à voir des corps tout le temps, enfin des patients quoi tout le temps, ... ben oui ça change forcément un peu le caractère, la façon dont on l'approche. Surtout aujourd'hui, on est rentré dans une dynamique de rentabilité à l'hôpital où on a de plus en plus de patients, on doit toujours aller plus vite, et toujours plus vite, mieux, être plus efficace, plus efficient et du coup ben c'est vrai que on fait plus gaffe, parce qu'y a tellement de patients que ça devient une routine. On essaie d'aller au plus vite et c'est dommage parce que ben pour certains justement, certains patients, ben on va peut-être un peu trop vite. Pour nous ça paraît normal et banal de retirer un drap pour pouvoir badigeonner et installer le patient, alors que ben des fois, c'est sous anesthésie locale. On expose complètement sa nudité son intimité et pour nous heu on se pose même pas de question. Ça paraît normal quoi. Et pour autant on n'aimerait pas qu'on nous le fasse quoi.

Aude : Est-ce que tu peux me dire si tu te souviens des toutes premières expériences que tu as eu en tant qu'assistant de chirurgie ?

Rémi : Ouai heu c'était en orthopédie, enfin en traumatologie sur une prothèse de hanche ... première expérience en tant qu'assistant de chirurgie. J'ai trouvé ça extrêmement intéressant, extrêmement valorisant. C'est vrai que le soir quand je suis rentré chez moi j'étais un peu fier de ce que j'avais aidé à réaliser quoi. Ouai c'était de la fierté quoi.

Aude : Est-ce qu'il y a d'autres émotions que tu as pu ressentir au cours du contact du corps de l'opéré à ce moment-là ?

Rémi : A ce moment-là ? Hum... je ne me souviens pas après. Je me souviens surtout d'avoir été fier oui mais après... Non ben les premières fois si, il y avait toujours un peu d'appréhension de pas savoir-faire, pas savoir où se mettre, pas savoir comment réagir, mais en fait ça passe très vite. Et puis quand on est bien accompagné, bien entouré en fait, ben il y a tout un soutien qui se met en place, et tout le monde est là et travaille ensemble et du coup c'est ça qui est intéressant et du coup les émotions sont un peu partagées avec tout le monde. Et il y a surtout un élément de ouai c'est la confiance quoi. C'est à partir du moment où on a confiance avec les gens avec qui on travaille, on a confiance en soi et tout en découle après tranquillement quoi.

Aude : Et quand tu parles d'émotions partagées, c'est lesquelles ces émotions partagées ?

Rémi : Ben justement ça va être, ça peut être de la peur, ça peut être de l'angoisse, ça peut être heu un sentiment de réussite, ça peut être heu je le dis encore ça peut être un sentiment de fierté, de la joie. Ça dépend vraiment des situations quoi. Chaque intervention est différente. Suivant les cas où il y a des réussites ou des échecs, les émotions vont être également différentes. A ce moment-là dans la salle en général toutes ces émotions, tout le monde les vit en même temps quoi. C'est une seule entité en fait et si quelqu'un dégage quelque chose de négatif, généralement on le ressent un peu dans toute l'équipe quoi.

Aude : Et pourquoi t'as ressenti de la fierté ?

Rémi : Je sais pas ! j'étais jeune aussi (rires). Et ben c'est ... ouai c'est la première fois quand que je... enfin c'était pas la première fois que j'allais dans un bloc opératoire mais c'était dans mes débuts de bloc opératoire, c'est des choses qu'on conçoit pas vraiment. Ben le fait de travailler au bloc opératoire et de pouvoir aider à opérer des gens ouai c'est... c'est quand même des... des rêves de gosse qu'on réalise quoi, on peut dire ça quoi.

Aude : Ta vision du corps ouvert a-t-elle évoluer dans le temps ? Tu m'as dit que tu t'y étais habitué ...

Rémi : *Ouai je m'y suis habitué. Après est-ce qu'elle a évolué dans le temps à part que maintenant je me repère plus au niveau anatomique tout ça ouai (rires). Autrement non.*

Aude : *Est-ce que ça t'arrive d'avoir des émotions au bloc et comment tu fais pour les gérer ?*

Rémi : *Ouai ça peut arriver. Après heu... je suis... j'arrive facilement à garder mes émotions pour moi, à me concentrer en fait sur mon travail. C'est vrai que c'est quelque chose, on me le dit souvent : mais comment t'arrives à ce que tout te glisse dessus ? En fait c'est ma nature quoi je suis comme ça. Donc quand il y a des émotions fortes et tout ça j'essaie de pas y faire gaffe et de... de travailler au maximum au mieux pour les patients. Après il y a des jours où selon ce qui nous arrive oui c'est... c'est compliqué. Dans ce cas là je suis plus refermé sur moi-même, plus dans un mutisme. Mais j'essaie de faire mon travail quand même et de le faire au maximum et le mieux possible quoi. Toujours ben c'est le patient avant tout. Après moi chez moi je règle mes soucis personnels ou, ou voilà quoi. J'essaie de pas les ramener au travail en tout cas quoi.*

Aude : *Et une des dernières questions peut être : est-ce que tu as des sensations ... quelles sont les sensations que tu as quand tu es assistant de chirurgie ? Selon les chirurgies est-ce que ces sensations elles varient ?*

Rémi : *Ouai heu sur chaque spécialité on a une sensation différente en fait, quand on est assistant de chirurgie, parce qu'on travaille sur des ... différentes parties du corps déjà avec différents matériels et des équipes qui travaillent plus ou moins ensemble. Il y a des équipes où le rôle de l'IBODE est pris en compte intégralement et où les chirurgiens aiment les avoir vraiment en deuxième main. Alors que sur d'autres spé ils préfèrent que ce soient les internes qui soient là avant tout. Ça dépend vraiment.*

Aude : *Les sensations.*

Rémi : *Après c'est plus... au niveau des sensations, ouai ben ça dépend également ouai des spé avec lesquelles dans lesquelles on travaille et tout ça. Après on a tous, chacun de nous, des affinités pour les spécialisations et c'est vrai quand on est dans une spécialité qui nous convient dans laquelle on se spécialise, dans laquelle on a vraiment une expertise, là ça devient vraiment un bonheur en fait de travailler parce que le chirurgien également nous fait confiance et peut demander un avis ou un point de ... enfin notre point de vue et on peut vraiment discuter et apporter quelque chose de nous quoi.*

Aude : *Et ça t'es déjà arriver de ressentir du dégoût dans certaines spécialités, du rejet ou plutôt de l'attrait ou du plaisir ?*

Rémi : *Beaucoup de plaisir oui. Du dégoût non je n'irais pas jusque-là. Après oui y a des spé dans lesquelles je m'épanouis moins ou dans lesquelles je n'ai pas envie de travailler.*

Aude : *Lesquelles par exemple ?*

Rémi : *Heu après j'ai fait un peu de tout. Il y avait surtout l'ORL que je n'ai pas vraiment apprécié. En vrai c'est plus par rapport à la spécificité de ce métier, au niveau de la sphère ORL, les dents tout ça. Je suis pas à l'aise avec ça.*

Aude : *Et pourquoi ?*

Rémi : *Non, non je sais pas.*

Aude : *Ça te mettait mal à l'aise c'est ça ?*

Rémi : *Ouai ça me met mal à l'aise. Je trouve limite que c'est pas propre et je suis pas à l'aise avec ça. Après autrement non toutes les autres spé j'ai jamais eu de souci. J'ai fait pas mal de pédiatrie à un moment, enfin dans ma propre expérience j'ai fait un peu de pédiatrie*

et j'appréhendais un peu au début parce que ben tout le monde me disait voilà c'est des enfants... mais au final je trouvais que l'approche qu'avait le personnel avec ces enfants était quand même très bien très douce, et très empathique. Du coup je me suis sentie très vite à l'aise et eu envie également de faire passer un bon moment on va dire à ces enfants. Après au niveau de la chirurgie de l'adulte non j'ai pas de... toutes les spé me conviennent même si bon j'ai quand même des spé m'attirent plus que d'autres.

Aude : Lesquelles ?

Rémi : Le vasculaire (rire).

Aude : C'est cool parce que t'y est.

Rémi : Le vasculaire ouai principalement. Après j'aime beaucoup l'orthopédie également, mais voilà principalement les deux.

Aude : Quand t'es en vasculaire tu tournes également en neurologie c'est ça ?

Rémi : En neurochirurgie ouai c'est ça.

Aude : Mais tu préfères le vasculaire à la neuro ?

Rémi : Ouai je préfère le vasculaire à la neuro. Au début je faisais vraiment les deux spécialités à peu près à cinquante pourcents. Là ça fait pratiquement un peu plus d'un an où je fais quatre-vingt-quinze pourcents ouai même plus. Je dois aller en neurochirurgie une à deux fois par mois quoi. Autrement je fais que du vasculaire tout le temps. Et c'est vrai que je préfère le vasculaire. Après ce qui s'explique aussi c'est qu'en fait la neurochirurgie j'aime beaucoup mais heu c'est très spécifique et le fait d'y aller très peu souvent et bien je me sens moins à l'aise. J'ai moins de facilité en fait à anticiper, à prévoir, à savoir ce qu'on fait exactement. Ça devient un peu plus compliqué quoi. Je sors de ma zone de confiance.

Aude : Et en vasculaire c'est quoi les sensations que t'as ? pourquoi tu préfères le vasculaire du coup ? Tu sais ? Tu trouves ça propre par rapport à l'ORL ?

Rémi : Ouai en en vasculaire ce que j'aime bien c'est la double spécialité. C'est-à-dire que on a la chirurgie vasculaire classique ouverte et l'endovasculaire. Donc l'endovasculaire, ce que je trouve très intéressant, on travaille par un point de ponction à distance de l'endroit où on doit intervenir à l'aide de guides, de sondes, de ballons, de stents. On arrive à avoir un résultat pour soulager les patients et les guérir. C'est vrai que c'est intéressant. Juste par un point de ponction en fait de pouvoir réussir à avoir ces résultats qui sont ... qui sont très intéressants quoi.

Aude : Du coup tu as une effraction qui est toute petite au final ?

Rémi : Voilà c'est ça et c'est vrai que c'est intéressant de voir en fait que sur de la chirurgies mini-invasive, non intrusive et non destructrice pour les patients c'est quand même plus agréable. Si un jour je devais me faire opérer, c'est vrai que j'aimerais bien qu'on me fasse quelque chose de mini invasif et tout ça, pour justement respecter mon corps et puis avoir la sensation de ne pas avoir une grosse cicatrice sur le corps qu'on va trainer tout le temps, qu'on n'aura pas forcément envie de montrer pour pas avoir de question à nous poser, tout ça quoi.

Annexe VII : Entretien avec A.

Aude : Dans un premier temps est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel d'infirmière et qu'est ce qui t'a amené à devenir infirmière de bloc ?

A : Alors je suis infirmière depuis décembre 2009. J'ai fait mes études à Quimper et je suis originaire de Brest et j'ai commencé à travailler... je ne trouvais pas de boulot, parce qu'à l'époque on ne trouvait pas de boulot

Aude : Comme infirmière ?

A : Comme infirmière, et j'ai commencé à travailler au centre de vaccination pour la grippe H1N1. Après j'ai travaillé en maison de retraite un petit peu et ensuite j'ai été acceptée au CHU de Brest en mars 2010 où j'ai été roulante pendant dix-huit mois. J'ai fait des nuits où j'étais remplaçante RTT en urologie et en hépato-gastro. J'avais déjà travaillé en maison de retraite et j'ai fait du SSR aussi. Donc j'avais déjà fait un stage au bloc opératoire à Carhaix et c'est un stage qui m'avait beaucoup plu et je savais que je voulais faire du bloc.

Aude : C'est le stage qui t'a ?

A : Ouai c'est le stage qui a révélé en fait ma passion pour le bloc et je voyais que je commençais à m'enfermer en maison de retraite et j'avais peur en fait de plus... enfin de rester dans cette routine là et de plus réussir à en sortir après. Donc j'ai fait ma demande de changement de service et j'ai tout de suite été acceptée en fait au bloc.

Aude : Tu avais demandé le bloc ?

A : Oui.

Aude : Et quand tu étais en stage c'était quelle spécialité ?

A : C'était un petit bloc, c'était à Carhaix, c'était toutes les spécialités. Donc il y avait de tout. Il y avait aussi de la stérilisation, donc c'était chouette pour un stage IDE de tout voir quoi. Et donc j'ai été affectée au bloc ophtalmo dans un premier temps et heu après j'ai été formée aussi sur l'ORL. Donc j'ai travaillé pendant... sept ans au bloc, avec mes congés mater, avant d'aller à l'école. Voilà.

Aude : D'accord. Et qu'est-ce qui t'a plu dans la chirurgie, dans le bloc ?

A : Alors il y a plusieurs choses. Déjà c'est cadré et on n'est jamais seul pour travailler. Ça, ça me plaît aussi, parce qu'on a toujours un chirurgien avec nous, on a un médecin anesthésiste, l'infirmière anesthésiste, on est toujours en binôme. Et puis j'aime le côté technique du bloc opératoire en fait.

Aude : et dans le rôle d'assistant de chirurgie, qu'est-ce qui te plaît le plus ?

A : ... Heu ben ouai ben de participer à l'intervention, d'anticiper les temps opératoires, d'aider le chirurgien, de participer à l'intervention.

Aude : Et qu'est-ce qui te plaît le moins dans ce métier-là ?

A : Dans le métier d'IBODE ou d'assistant ?

Aude : Les deux.

A : Ah ben ce qui me plaît le moins c'est autour en fait, autour de l'intervention, les surcharges de travail, les dépassements, les heures sup, le manque de matériel, le manque de personnel. C'est ça qui est le plus dur à gérer en fait, parce qu'on a des plages horaires qui sont déjà longues, savoir que on n'aura peut-être pas de relais, qu'on va pas pouvoir manger

à l'heure. Ça c'est dur en fait de, même pour aller aux toilettes, savoir que tu ne peux pas y aller quand tu veux, c'est peut-être ça qui me plaît le moins.

Aude : Et dans le rôle d'assistant de chirurgie ?

A : ... Je ne saurais pas dire s'il y a quelque chose que je n'aime pas dans le rôle d'assistant de chirurgie.

Aude : T'aimes plutôt ça quoi ! et heu qu'est-ce que tu penses du fait d'ouvrir un corps ?

A : Ben c'est, je vais te donner un exemple, c'est peut-être bizarre, mais à la télé voir des corps ouverts dans des films tout ça j'ai trouvé ça impressionnant, et au bloc opératoire une fois qu'il y a les champs, et ben je trouve que c'est beaucoup plus facile. Je pense que du coup je me rends moins compte qu'il y a un être humain en dessous quoi.

Aude : Donc selon toi qu'est-ce qui reste du corps de l'opéré quand tu es assistante de chirurgie et qu'il y a tous ces champs ?

A : Ben vraiment on s'occupe de l'intervention quoi. C'est vraiment technique et c'est vrai que je fais abstraction du fait qu'il y ait un humain en dessous quoi.

Aude : ... Et est-ce que tu te rappelles des toutes premières interventions où tu as été assistante de chirurgie ? les toutes premières fois où tu as ou aider le chirurgien, est-ce que tu peux me dire les émotions que tu as ressenti à ce moment-là ?

A : ... Je pense que j'ai eu plus de stress à savoir si je vais réussir à bien assister le chirurgien plutôt que de savoir si l'intervention va bien se passer, parce que je sais que je travaille avec des chirurgiens qui ont l'habitude. Du coup je ne suis pas vraiment stressée à ce niveau-là.

Aude : Oui c'est plus le stress de bien faire ou d'arriver à anticiper les temps. Et la première fois que tu as été au bloc et que tu as vu un corps être en train d'être opéré, au départ, est-ce que tu te rappelles les émotions que tu as pu ressentir face à ça ?

A : Je dirais plutôt que j'ai eu des émotions lors de mes stages où je n'avais pas vraiment l'habitude quoi et heu ...

Aude : Lesquelles par exemple, tu te rappelles ?

A : C'est vrai que c'est impressionnant. J'ai des interventions dont je me rappelle plus que d'autres et heu... ben oui c'est impressionnant, tu te mets à la place du patient, tu te dis que c'est difficile et heu peut être oui de l'empathie, je trouvais ça impressionnant aussi.

Aude : Quand tu dis que c'était impressionnant, c'est quoi qui t'impressionnait le plus ?

A : Ben là, l'exemple que j'ai c'est un monsieur qui devait se faire amputer et je me dis ben que ça doit être difficile d'arriver au bloc et de savoir qu'on va se faire amputer la jambe et qu'on va ressortir sans une partie de son corps. Ça m'avait vraiment impressionné de devoir mettre sa jambe dans une boîte. Et heu... ben oui pour le patient j'étais... je ne sais pas trop comment décrire mes émotions en fait.

Aude : C'est pas facile.

A : Non, c'est pas facile ouai. Mais c'est vrai que ce stage là j'ai dû le faire en 2008 et je n'ai pas oublié quoi.

Aude : Le stage ou cette intervention-là ?

A : Cette intervention-là.

Aude : C'était de l'orthopédie ?

A : Ben je pense ouai c'était ou du vasculaire.

Aude : Et comment tu as réagi à ce moment-là quand tu as été face à la jambe ? c'est toi qui la portais ?

A : Non même pas, j'ai juste assisté à l'intervention.

Aude : Tu t'es sentie un peu mal ?

A : Ouai très mal à l'aise pour le patient ouai c'est sûr.

Aude : Et est-ce qu'à ce moment-là tu l'as verbalisé auprès des collègues qui étaient là ou pas du tout ?

A : Pas du tout.

Aude : C'est peut-être quand tu es rentrée chez toi ?

A : Après oui j'en ai parlé à mon conjoint, mais c'est vrai que peut être plus maintenant que je suis IBODE j'en parle plus facilement à mes collègues quand, quand j'ai des appréhensions ou quand l'intervention m'a impressionné, mais non avant je gardais ça pour moi.

Aude : C'est difficile de garder autant de sensation pour soi quoi.

A : Après je pense que c'est une histoire de caractère aussi.

Aude : Quand t'es élève aussi, là tu étais élève et quelque part on n'ose pas trop dire « Ah lala ! ». Tu as peur qu'on te dise des fois « Ah, mais tu veux faire IBODE toi, alors que tu es impressionnée par une jambe ?! ».

A : Oui.

Aude : mais ça ne veut pas dire que peut être une fois que tu as été diplômée est-ce que peut être ça a changé quelque chose pour toi ?

A : C'est vrai que maintenant que je suis diplômée, enfin après aussi parce que j'ai changé de service. Je suis amenée à faire des astreintes ou même à travailler le samedi et c'est pas vraiment ma spécialité que je fais. Donc j'ai fait du vasculaire avec des interventions impressionnantes où il faut ben amputer des pieds et ça... ce genre d'intervention-là, moi je n'aime pas du tout quoi, et j'en parle plus facilement quoi avec mes collègues.

Aude : Est-ce que tu, en termes de sensations, est-ce que tu peux ressentir du dégoût, de la peur, du rejet ?

A : Ben clairement heu quand on fait une amputation heu de pied là par exemple, ouai j'ai ... j'ai un peu les hauts le cœur quoi ! après je ne me sens pas forcément très bien une fois que l'intervention est terminée.

Aude : Et comment tu gères ça ?

A : Ben je pense que ça passe au bout d'un moment.

Aude : Tu encaisses un peu quoi, tu te dis « ça va » et puis tu bois un coup j'imagine après ?

A : Ben ouai ... parce que ben en fait une fois que le patient est sorti de salle... j'essaie de ne plus y penser, et après c'est vrai que le soir souvent j'en reparle à mon conjoint, mais après j'en parle pas non plus avec d'autres personnes quoi, avec ma collègue qui est en salle, forcément on en parle.

Aude : Ta soupape c'est de rentrer et d'en parler aussi. C'est important. Chacun a sa manière de faire quoi. Après ce qui est intéressant c'est comment toi tu peux te représenter le

corps de l'opéré aussi. Qu'est-ce que ça symbolise pour toi quoi le fait d'amputer une jambe par rapport à d'autres chirurgies ? Est-ce qu'il y a des chirurgies où tu es plus à l'aise que d'autres ?

A : Ben je sais que quand j'étais en ophtalmo, j'avais pas spécialement, enfin j'étais à l'aise avec toutes les chirurgies sauf les énucléations en fait. En fait je pense que quand on enlève une partie du corps je trouve ça vraiment dur. C'est dur aussi pour le patient en fait. Je me mets à sa place quoi.

Aude : Et tu as pu avoir l'occasion de faire des visites pré ou post-op ?

A : Non, j'ai jamais fait ça. Vous faisiez ça vous ?

Aude : Là j'en ai fait quelques-unes pendant mes stages et heu quand j'étais aide-opérateur pour un chir ortho, je faisais les rendez-vous post op et les comptes rendu opératoires. Après j'ai adoré par ce que (...). Est-ce que, selon toi, le fait d'avoir travaillé au bloc opératoire a modifié ton rapport au corps des patients ?

A : Heu oui ben déjà par rapport à la nudité. Là du coup je travaille en urologie, et ben on voit des gens tout nus, tout le temps, et ça je me le suis dit plusieurs fois, je me suis dit mais ça me choque même plus de voir des gens tout nus et en position gynéco. C'est quand même la position, enfin heureusement qu'ils sont, enfin souvent je me dis « heureusement qu'ils sont endormis », parce que ce serait hyper gênant en fait, de se trouver là et on est tous là avec l'interne, l'externe, heu à discuter alors que le patient il est en position gynéco. Ils sont tout nus.

Aude : C'est tout le temps en AG ?

A : La plupart ouai.

Aude : Et au début quand tu as commencé en uro, est-ce que tu avais un peu plus de mal avec cette position gynéco.

A : Avant oui mais maintenant, ça fait huit mois que j'y étais peut-être maintenant et j'y fait plus gaffe quoi.

Aude : Qu'est-ce qui a changé entre le début et aujourd'hui ?

A ... Je ne sais pas si l'habitude fait, je sais pas ou... je sais pas, je ne sais pas ce qui pourrait faire, je pense que c'est l'habitude.

Aude : A force de faire.

A : A force de faire, de voir que les autres aussi ça ne les choque pas.

Aude : Ça te choque plus aujourd'hui, mais au début ça pouvait te choquer.

A : Ça me choquait, c'est pas que ça me choquait, mais oui j'y prêtai attention, que maintenant ben...

Aude : Tu as le droit c'est normal de voir un corps nu les jambes écartées, c'est pas quelque chose de forcément naturel pour tout le monde au début !

A : Ouai, surtout que moi avant je travaillais en ORL-ophtalmo donc c'était que le haut du corps quoi. Les gens ils étaient habillés, ils étaient en décubitus dorsal. En plus la position aussi, y a des sacrées positions des fois

Aude : En uro ?

A : *Oui même ailleurs, mais oui le fait d'être en position gynéco, mais y a aussi être en décubitus latéral avec le bras par-dessus. C'est des positions qui sont un peu impressionnantes ou quand on met le patient complètement en trend avec une sangle*

Aude : *Ça t'évoque quoi du coup ça ?*

A : *... Ben ... ben je me dis heureusement que le patient il dort et heureusement qu'il dort, et je pense que à la place du patient je ne voudrais pas le savoir en fait avant de m'endormir, et après on fait tout ça pour le bien du patient.*

Aude : *Est-ce que ça t'est déjà arrivé que pendant l'intervention il y ait des, que tu puisses parler avec tes collègues justement du corps de l'opéré...*

A : *De ? Comment ça de ?*

Aude : *Du corps, de son corps en fait en dehors de ben de l'effraction chirurgicale.*

A : *Ben ça arrive, c'est quand les patients ont des particularités je pense, quand ils sont obèses et que l'installation est difficile à faire ou petits ou grands.*

Aude : *Ça a un rapport avec l'installation surtout.*

A : *Ouai je pense. Après c'est vrai que j'ai déjà vu quand je faisais des coelio des chirurgiens se plaindre quand il y a trop de graisse au niveau de l'abdomen donc c'est plus difficile quoi.*

Aude : *C'est vrai. Est-ce qu'en urologie, tu passes beaucoup par les voies naturelles ?*

A : *Ça dépend, en fait y a plusieurs types, on fait de la coelio, on fait de la chir ouverte et on fait de l'endoscopie.*

Aude : *Est-ce que la chir ouverte pour toi est plus, est différente que la coelio en termes de ressentis ?*

A : *Ben déjà en chir ouverte on a plus d'instruments qu'en coelio ou en endoscopie. Après en endoscopie, en tout cas j'ai toujours l'impression qu'il y a moins de risques. Après pour moi c'est plus facile. Généralement les opérations qu'on fait en endoscopie sont plus simples. Les interventions qui se font en laparo sont plus...il y a plus de risques quoi.*

Aude : *C'est un peu plus stressant peut être, plus mobilisant en énergie ?*

A : *Oui un peu.*

Aude : *... Ok pour moi j'ai balayé les questions que j'avais à te poser (...)*

A : *Après c'est vrai que j'ai un caractère où je parle difficilement de mes émotions*

Aude : *(...)*

A : *Je pense aussi que j'aime le bloc parce que j'ai travaillé en hépato-gastro où j'avais énormément de décès de nuit et je me suis retrouvée toute seule avec, enfin toute seule avec des soignantes, à appeler les familles alors que j'avais vingt-quatre ans. J'ai trouvé ça super dur quoi. Et depuis que je suis au bloc je n'ai pas eu un seul décès. Et ça je trouve aussi c'est un sacré avantage du bloc.*

Aude : *Du coup t'es moins confrontée aussi aux familles.*

A : *On est beaucoup moins confronté aux familles.*

Aude : *Donc ça met à distance les émotions relatives avec la souffrance, la maladie.*

A : *Ouai.*

Aude : *On est protégé quelque part.*

A : C'est marrant que tu me parles de ça et j'ai fait mon mémoire d'infirmière sur les émotions des soignants ! (Rires)

Aude : Alors qu'est-ce que ... ?

A : Mais c'était il y a longtemps quoi ! (Rires) c'était ben sur le fait d'accepter de pas, d'accepter de pas forcément réussir à guérir tout le monde quoi.

Aude : Oui ça c'est un truc très soignant (...) c'était difficile pour toi ?

A : Je m'en rappelle plus c'était il y a longtemps, mais c'était difficile pour moi de voir, enfin de savoir que des patients n'allaient pas pouvoir être soignés et ... et aller mourir quoi.

Aude : En EHPAD ça a dû être dur pour toi effectivement.

A : Voilà. Du coup mon mémoire d'IBODE je l'ai fait sur le tri des déchets, chose sans émotions ! (Rires)

Aude : (...) Pourquoi c'est difficile pour toi ... de parler des émotions ?

A : Je sais pas, je sais pas pourquoi ! Tu sais toi ?

Aude (...)

A : Peut-être aussi parce que ça les fait revenir.

Annexe VIII : Entretien avec J.

Aude : Pour commencer est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel et de ce qui t'a amené à devenir infirmière de bloc.

J : Alors moi mon parcours professionnel, j'ai démarré au bloc opératoire un peu par hasard en tant que, en clinique dans le privé, en tant qu'aide-soignante à l'époque. Donc on pouvait en tant qu'aide-soignante, on était à l'époque circulante. On était circulantes et on faisait la sté en même temps.

Aude : C'était en quelle année ?

J : C'était en 1990. Donc j'ai connu le bloc comme ça et ça m'a bien plus. Parce qu'avant j'étais aide-soignante dans les services de chirurgie et j'ai fait de tout un petit peu. Y avait deux services : d'orthopédie et viscéral dans la clinique, et j'étais dans une équipe, j'étais roulante en fait. Donc du coup comme j'étais roulante, et je pense que j'ai une faculté d'adaptation je pense qui a peut-être incité le responsable du personnel à l'époque à me proposer le bloc. Du coup j'ai testé, j'ai dit « Pourquoi pas ». Au début un peu réticente, quand même, parce qu'on sait pas trop où on va, et c'est un peu fermé quand même. Voilà donc je suis arrivée là. Ça m'a bien plus. Et donc parcours du combattant quoi parce que comme ça me plaisait, on m'a dit, s'il faut rester il y a quand même un peu de texte. Donc j'ai repris mes études, je suis rentrée à l'école d'infirmière.

Aude : Pour faire le bloc

J : Pour faire du bloc. Donc du coup, pour mes études d'infirmière, j'ai été à Paris, puisqu'en Bretagne ici j'étais sur liste complémentaire, donc je suis allée à Paris. Je suis revenue. Et quand je suis revenue j'ai postulé dans la clinique où je travaillais, mais il n'y avait pas de poste. Et en fait après j'ai postulé dans l'hôpital, j'ai travaillé un peu dans la région, j'ai fait un remplacement en clinique et après je suis revenue sur Brest. Donc je suis arrivée à l'hôpital, on m'a proposé un post en gynéco et pédiatrie, où il y avait des besoins à cette époque-là, et donc en tant que DE à l'époque. J'étais infirmière DE, donc c'était en 2001. Donc je suis retournée dans les blocs en tant que DE. Là j'ai appris le métier d'instrumentiste aussi. Et puis on m'a proposé, à l'époque il y avait une sorte de deal au CHU, on te disait « si tu rentres au bloc, il faut savoir que tu as une spécialisation d'IBODE, donc il faut que tu reprennes les études assez rapidement ». Donc moi j'étais partante. Du coup j'ai fait la prépa, il y avait une prépa pour te présenter un petit peu les rôles de l'infirmière au bloc. Du coup je suis allée à l'école, voilà. On a fait une petite prépa de quelques jours. Après j'ai continué à travailler au bloc et j'ai attendu qu'il y ait de la place pour faire ma formation. C'était comme ça à l'époque. On y allait, ils prenaient trois-quatre infirmières tous les ans en formation.

Aude : Et qu'est-ce qui t'a plu alors pour avoir envie de rester au bloc ?

J : Je pense que c'est le, le fait d'être... la relation entre ... le travail d'équipe en fait, c'est vraiment plus présent que dans le service. Dans le service tu travailles en collaboration avec l'aide-soignante sûr, mais en bloc c'est quand même plus, on est en lien plus entre le chirurgien, la circulante, les aides-soignants aussi qui font le travail de bloc, c'est la technicité et puis le ... voilà le travail d'équipe je pense que c'est ça et la rigueur, parce que je suis assez rigoureuse. Donc en fait j'aime bien quand c'est carré. Comme il y a des protocoles, je suis voilà c'est ça qui m'a plu.

Aude : C'est ce qui t'a plus au départ, et aujourd'hui ?

J : Et aujourd'hui, ça évolue un peu en fait. Aujourd'hui je suis ... c'est un peu toujours la même chose mais ... ouai c'est un peu toujours la même chose.

Aude : Malgré tout.

J : Malgré tout ça reste la même chose, ça reste les mêmes...

Aude : Dans le rôle d'assistant de chirurgie aussi c'est le travail en équipe ou c'est autre chose ?

J : Heu c'est le fait d'être un élément de la chaîne qui va apporter un résultat au final de l'intervention. C'est, on est je sais pas comment te dire, comment expliquer

Aude : Tu es utile.

J : Oui voilà, on est une partie utile et puis heu on a un final ...

Aude : Qui est visible peut être ?

J : Oui c'est ça ouai.

Aude : Tu vois un résultat plus vite alors que dans les services c'est plus long.

J : Oui voilà c'est ça hum. Le résultat c'est plus à long terme dans les services alors que là on l'a tout de suite. On a fait ce qu'on avait à faire quoi.

Aude : Y a un avant et un après.

J : Oui, il y a un avant et un après.

Aude : Et qu'est-ce qui te plaît le moins ?

J : Le moins ... peut être les tâches annexes. On est un petit peu, nous on a un petit peu des commandes et tout ça. Je ne sais pas si dans plusieurs blocs c'est comme ça, ça doit être différent l'organisation. Peut être les tâches annexes, voilà. On a une personne dédiée aux logistiques, mais il nous reste quand même un peu de commandes à faire. Du coup, on peut pas, on peut pas bien peut-être, ... Ce temps-là on pourrait le consacrer à autre chose, par exemple à faire avancer sur notre travail, faire de nouveaux protocoles, de nouvelles fiches, voilà, faire...

Aude : Et pour toi ça représente quoi la chirurgie ? si tu devais le décrire à quelqu'un qui ne connaît pas...

J : ... La chirurgie ... c'est un ... un ensemble ... enfin la chirurgie c'est un ensemble d'éléments, d'actes techniques, qui va te permettre de soigner quelqu'un quoi. Voilà si je devais le présenter à quelqu'un qui ne sait pas du tout, qui n'est pas du tout de la partie, peut être que je parlerais voilà comme ça, avec des éléments simples.

Aude : Et si je te dis heu... cette phrase-là heu ... qu'est-ce que tu penses du geste d'ouvrir un corps ? ... En quelques mots qu'est-ce qui te vient, qu'est-ce que cela t'évoque ?

J : Alors ouvrir un corps ça peut être c'est traumatique, ça peut être traumatique mais heu... c'est heu...

Aude : Mais pour toi.

J : Moi pour moi ouvrir un corps c'est, c'est guérir, soigner, et voilà guérir, soigner, réparer entre guillemets si on peut aller par-là, quand tu as une fracture voilà, mais heu ...

Aude : Est-ce qu'il t'est déjà arrivé, toi dans certaines situations de chirurgie, d'éprouver des émotions particulières lors de justement l'effraction chirurgicale ?

J : Surement. J'ai assisté à un PMO dans ma vie et c'était en pédiatrie, donc c'est vrai que c'était traumatisant. Après faut voir au-delà quoi, il faut se préparer à se dire que ça sauve des vies à côté. Ça peut être la situation qui m'a le plus marqué.

Aude : C'était il y a longtemps ?

J : En 2010

Aude : Donc tu avais déjà passé ta formation d'IBODE.

J : C'était un enfant, c'était un suicide, donc c'était particulier en fait, c'était voilà.

Aude : Comment tu as géré ça du coup ?

J : Ben on était une équipe donc on en a parlé, et le lendemain il y a eu une psychologue qui est venue et à qui on a pu parlé. Par rapport à ça au CHU c'est bien, on a la possibilité de parler. Voilà. J'étais au clair avec ça. On est clair sur le fait que c'est pour sauver des vies à côté.

J : Quand tu as été sur l'intervention du coup qui était un peu traumatisante, qui t'a marqué en tout cas, tu as pu faire ton travail, tout ça ? tu as réussi ? tu as délégué ? comment ça s'est passé ?

J : Heu je pense que voilà j'étais dans le travail, dans le fait qu'il fallait prendre les choses les unes après les autres, et tu te donnes une ligne de conduite et des tâches à faire, comme ça ça ne parasite pas la situation après. C'est une fois que tu as fini en fait, que tu arrives à la dernière, la dernière tâche où il faut ... débrancher, c'est quand tu arrives à la fin, c'est là que ça...

Aude : On se rend compte

J : On se rend compte et oui c'est là, mais quand tu es dans la situation, dans le feu de l'action entre guillemet là tu voilà, tu fais ton job du mieux que tu peux, comme d'habitude avec rigueur et du coup-là tu avances et tu n'y penses pas. C'est à la fin de l'intervention là que tu réalises.

Aude : Tu as pu pleurer un peu ?

J : ... On en a ouai, on en a parlé. Pleurer je ne me souviens pas, je crois que j'ai pu un petit peu à la maison mais pas au travail...

Aude : C'est assez silencieux.

J : Ouai c'est vrai.

Aude : Est-ce qu'il y a d'autres expériences comme ça qui t'ont un peu marqué dans ton parcours ?

J : Pas qui me reviennent là sur l'instant.

Aude : Est-ce qu'il y a des fois où tu as tourné de l'œil, ou des trucs comme ça, où tu t'es sentie avec des sensations de ?

J : Tourner de l'œil non. C'est vrai que certaines fois en viscéral, il y a des odeurs des fois qui peuvent te mettre un petit peu mal à l'aise, mais on avance quoi, on essaie de faire son travail, mais sinon non.

Aude : Tu manges toujours avant d'aller au bloc ?

J : Oui (rires).

Aude : Parce qu'il paraît que ça aide de manger avant d'aller au bloc.

J : Ah tiens ! Oui c'est vrai.

Aude : Souvent ceux qui font des malaises, en général ils n'ont pas manger.

J : Oui c'est vrai.

Aude : Hum selon toi, quand tu es assistante de chirurgie, que tu es en train d'opérer, les champs sont mis, tu es au-dessus de ta zone opératoire, que reste il du corps de l'opéré ?

J : ... C'est vrai qu'il reste le site opératoire, il te reste le carré, l'élément heu, il reste la ... la zone d'intervention, il te reste, c'est le champ opératoire, donc du coup tu as la zone à opérer quoi et on fait abstraction du corps le temps de l'intervention en fait. On est dans notre chemin, notre ligne de conduite sur l'intervention. On fait notre intervention effectivement sans-sans penser trop au corps, sauf sur les césariennes. Moi quand je suis en gynéco, même si on a posé les champs, on est toujours avec la patiente, parce qu'elle est sous rachis ou sous péri et on parle à la dame. Donc là le corps, même si les champs sont posés, on reste, on a un lien quand même avec la dame.

Aude : Est-ce que c'est facile pour toi du coup d'avoir ce lien-là ? comment tu le gères ?

J : Ouai moi je trouve que c'est bien. Parce que c'est, comme ça la dame, enfin l'enfant naît et la dame elle va vivre le moment où il arrive aussi.

Aude : C'est important qu'elle soit là pendant l'intervention, à l'inverse de peut-être une prothèse.

J : Voilà c'est ça, mais c'est vrai que on fait moins, on ne fait pas trop d'intervention sous locale ou sous hypnose. On a eu une période où on faisait un petit peu d'hypnose heu sur des interventions au niveau du sein. Là effectivement on avait encore cette relation. Une fois que les champs étaient posés effectivement il y avait le site opératoire, on était sur le site opératoire, mais il y avait quand même le lien avec la dame parce qu'on demandait au fil de l'intervention comment elle se sentait quoi, de temps en temps. Elle était sous hypnose avec l'IADE, mais heu... C'est différent que quand...

Aude : Ça s'est bien passé ?

J : Oui ça se passait bien.

Aude : Pourquoi vous avez arrêté ?

J : Ça s'est terminé, c'était une politique d'établissement j'ai l'impression. Il y a moins de, ils ont formé moins de personnel et donc du coup les personnes qui étaient là, elles sont deux trois à être formées je crois sur Morvan, ben elles n'ont pas le temps nécessaire pour faire ça.

Aude : En quoi le fait de travailler au sein d'une équipe chirurgicale selon toi a pu modifier ton rapport au corps ?

J : ... Non ...

Aude : Le fait d'être dans les services et après...

J : ... Qu'est-ce qui aurait modifié ? non c'est pareil, j'ai l'impression de voir le ... le corps pareil.

Aude : Ca ne t'a pas modifié ton rapport au corps ?

J : Non.

Aude : ... Est-ce que ça t'arrive de rencontrer des types de chirurgie qui sont plus à même de provoquer en toi des émotions que d'autres ? on a parlé de la PMO, est-ce qu'il y en a d'autres ?

J : Ben les césariennes toujours. Une césarienne ça reste un moment heu... toujours émouvant, avec beaucoup d'émotions. Les mamans on les accueillent avant après et on voit l'émotion sur la maman, le papa qui est présent aussi, les papas souvent ils sont présents dans la salle. Heu ... sinon heu ... les émotions heu ... il peut y en avoir quand on connaît des personnes aussi, quand on connaît les personnes qui se font opérer. Les anciennes collègues de travail viennent se faire opérer dans le service, par exemple pour un cancer du sein. Du coup, il y a une prise en charge qui est un peu différente entre guillemets, même si on reste toujours professionnelles envers les autres patients, c'est pas pareil, enfin c'est pas ça que je veux dire, mais voilà il y a plus d'émotions quand on accueille cette personne-là qui se fait opérer. Voilà, elle se fait opérer et après l'intervention au réveil on est là, et on peut la rassurer, pour lui dire que ça s'est bien passé. Voilà au niveau émotionnel je crois que c'est ça. Les autres patientes aussi. Il y a des patientes qui sont stressée. On essaie de, au réveil on rassure toujours.

Aude : Et toi tes propres émotions ?

J : ... Heu je ne prends pas, j'essaie de garder une distance avec l'histoire de la patiente ouai. Je ne m'implique pas comme dans les services où j'ai pu m'impliquer sur certaines histoires. C'est pas pareil, on les voit tous les jours, on peut discuter, voilà. J'étais plus impliquée dans l'histoire, dans les services, mais au bloc c'est vrai qu'on est un petit peu plus détachés niveau émotions.

Aude : Et heu ok ... je me demandais du coup si jamais ça t'était arrivé, même si tu as ce coté détaché heu tu peux j'imagine avoir des émotions, par forcément en lien avec le patient, de l'agacement, de la tristesse, de la colère, de la joie, de la fierté, tout un tas de palettes d'émotions, est-ce que tu les conscientises des fois ? Est-ce que ça t'arrive de dire « Aujourd'hui je suis pas au top », avec tes mots à toi, quand tu es au travail ? Ou tu es peut-être quelqu'un d'assez lisse en terme émotionnel...

J : Ah, oui quand j'ai mes propres émotions à moi ? Oui je les partage avec mes collègues à ce moment-là. Ha oui je n'avais pas vu ça comme ça. Ouai mes émotions à moi oui je les partage avec les collègues. Si jamais ça va pas ou si j'ai ...

Aude : Ça peut être quelque chose de personnel et ça peut être aussi quelque chose par rapport à une intervention, que ce soit par rapport au chirurgien, que ce soit à cause de la cadre, j'en sais rien.

J : Oui oui tout à fait. Je partage ça, si le chirurgien, voilà s'il y a des problèmes, enfin pas des problèmes mais si on est ... ou si on est si le chirurgien se met dans des états pas possibles par exemple et qu'on n'arrive pas à gérer une situation sur le champ, ou ça nous agace, on prend sur soi, moi j'en prends sur moi, mais après j'en parle avec par exemple la circulant qui était en salle. On partage comme ça aussi ça te... ça te libère de tes émotions aussi.

Aude : Tu ne ramènes pas ça à la maison ?

J : Je ne ramène pas ça à la maison.

Aude : Tu arrives à gérer comme ça.

J : On en parle, voilà je gère comme ça.

Aude : C'est surtout les situations où se serait le chirurgien qui serait impliqué plus ? La dernière fois c'était la PMO vous avez pu en parler ...

J : Oui, c'est ça. En général c'est les collègues, on arrive à en parler avec les collègues.

Aude : Tu aimes ton travail.

J : Oui j'aime bien ce que je fais oui.

Aude : ... Ben je pense que c'est bon (...) parce qu'il s'agissait en partie vraiment de travailler sur le rapport au corps (je reviens sur les odeurs en viscéral...).

J : (...) Dernièrement on a eu une péritonite tu vois sur un enfant, on a posé deux poches de stomies. C'est pas très... pas facile quoi en fait, parce que c'est... c'est une stomie provisoire. D'ailleurs je sais pas c'était assez récent donc tu vois je, j'y repense maintenant, et j'espère qu'elle aura pas été reprise, parce qu'il avait été question peut être de la reprendre en plus cette petite. Je sais pas si... Bon on a fait une stomie tu vois là, donc du coup y avait des odeurs. C'était une péritonite, voilà tu as des odeurs, mais tu arrives à, une fois que tu as fait justement ce que tu devais faire, laver, laver, laver, ben après l'odeur s'en va. Donc tu te dis que tu as été utile, tu as fait ce qui fallait pour et tu vois.

Aude : Tu as une vraie perspective de

J : De guérison pour l'enfant quoi.

Aude : Oui c'est positif comme démarche.

J : Ouai

Aude : Et ces odeurs elles t'évoquent quoi ?

J ... Ben du coup les odeurs c'est un peu négatif parce que c'est, c'est comment ... c'est ben c'est négatif dans le sens où c'est la maladie, c'est le, c'est heu... comment dire ? trouver les bons mots.....

Aude : Qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?

J : Ouai pour moi c'est négatif parce que c'est le mal quoi c'est la maladie. Du coup c'est négatif, ça sent pas bon c'est c'est qu'il faut faut intervenir.

Aude : Et en viscéral c'était pareil ? (...23)

J : En fait, j'ai fait un peu de vasculaire et à l'époque j'étais en DE donc je ne m'habillais pas, donc du coup j'étais en circulante, donc c'est pas la même chose. C'est vrai que peut être le rapport au corps est différent. Le rapport au corps peut être différent quand tu es sur le champ ou quand tu es à côté. Tu t'occupes, quand tu es en circulant, peut être que tu t'occupes plus de ce qui est autour et du coup c'est l'entourage de l'intervention, donc tu es moins ciblé sur le corps.

Aude : Donc tu avais fait du viscéral plutôt quand tu étais circulante c'est ça ? Et du vasculaire aussi ?

J : [elle n'a pas eu le choix après le DE de revenir en gynéco en raison des besoins...]

Aude : (...)

J : Je pense que je n'aurais pas choisi ce métier là si j'avais eu un problème avec l'effraction au corps. Si je suis là c'est pour permettre de soigner et d'intervenir et de ... de justement de pouvoir faire en sorte que le corps soit réparé, soit...

Aude : Ça t'a paru naturel dès le départ d'ouvrir un corps ?

J : ouai j'ai pas eu de problème avec ça.

Aude : Tes parents étaient dans le domaine de la santé ou pas du tout ?

J : Pas du tout ... ma maman était mère au foyer et mon père cuisinier dans l'armée, donc rien à voir (rires) (...) Je pense que c'est parce que peut être j'ai commencé avec des personnes qui respectaient le corps humain. C'est vrai que si tu vois des chirurgiens qui ne le

respectent pas, ou qui ... maltraitent les corps effectivement quand ils sont endormis, là tu peux avoir des problèmes.

Aude : Tu en as entendu des personnes parler de ces expériences-là ?

J : Oui j'ai entendu une personne dire ça que quand elles dormaient il y a des personnes qui critiquaient « Oh quand même tu vois elle est grosse » tu vois des réflexions quoi tu vois. Moi j'ai jamais vu, même des internes, je n'ai jamais vu quelqu'un être irrespectueux avec le corps. C'est peut-être pour ça aussi que quand j'ai démarré. Et je crois que je ne le permettrais pas si ... enfin si j'avais ce genre de réflexion ou autre je pense que je ne laisserais pas passer. Je me permettrais de dire « c'est un être humain quoi, c'est pas, même si elle dort ou ... »

Aude : (...)

J : Faut respecter le corps humain.

Aude : Même endormi.

F : Même ouvert, même endormi, c'est une personne, c'est pas...

Aude : Même si on ne la voit pas pendant l'intervention à un moment donné, elle est quand même respectée.

J : C'est vrai

Aude : Et toi le respect ça passe par quoi ? l'absence de critiques ?

J : L'absence de critiques, l'absence de jugement et heu, le fait que quand tu positionnes le corps, tu prends soin du corps. Quand tu le manipules, tu le prends voilà, tu ne prends pas un bras ou une jambe comme ça. Quand on met en position gynéco, tu vois tu prends pas une jambe comme ça. On essaie de respecter l'anatomie et la physiologie du corps déjà. Voilà. Ça me semble heu. Et aussi par le fait de, ça j'aime bien aussi à la fin de chaque intervention, c'est de bien nettoyer les personnes pour qu'elles retournent dans leur lit sans avoir trop de bétadine ou autre sur elles. Il faut que quand elles repartent, tu vois on n'ait pas mis juste le pansement et puis voilà, ou laisser plein de bétadine autour. Je trouve que c'est une sorte de respect aussi, je trouve, qu'elle reparte dans son lit propre quoi.

Aude : Il y a eu le pendant, et on efface aussi les traces de sang...

J : Voilà c'est ça.

Aude : Chacun peut être sensible à différentes façons de montrer le respect au corps de la personne, y en a ça va être dans le parler, l'accueil, mais c'est vrai que cette notion de bien nettoyer ça je l'ai perçu chez ...

J : De bien nettoyer et remettre alors du coup, de mettre une culotte. Elles arrivent avec une culotte, on remet une culotte avec une protection. On est en gynéco donc c'est pour ça. Tu te réveilles, tu es partie au bloc avec une culotte et tu repars et tu te réveilles sans culotte, ... voilà en gynéco.

Annexe IX : Entretien partiel avec MC.

Diplômée IBODE en 1990, DE en 1985, bloc en 1987, après gériatrie endocrino et urgences. Entrée pour remplacer des personnes parties à l'école 2 ans, puis c'est elle qui est partie en formation.

Aude : Qu'est ce qui t'a amené à travailler au bloc ?

MC : Ça m'a plu en fait. Quand j'ai fait mes études d'infirmière, j'aimais bien aller voir le bloc quand j'étais en stage en chir et puis j'ai demandé un stage optionnel au bloc, donc j'ai été en neurochir. Ça m'a vachement plut et du coup comme j'étais roulante on m'a proposée, on m'a demandé ce que je voulais et j'ai fait médecine, chirurgie (...) ça m'a tellement plus que je suis restée.

Elle trouvait la neurochir passionnante. Elle a été en neurochir. Elle ne sait plus ce qui lui plaisait au bloc. Elle était curieuse des techniques et elle trouvait que c'était intéressant de faire ce métier-là. Elle a aimé alors que c'était pas évident de commencer dans ce milieu-là car il y avait peu de livre sur la neurochirurgie à cette époque (trop spécifique).

Elle aime dans ce métier : gérer les interventions, apprendre la technique, encadrer les nouveaux.

Elle aime le moins : les interventions les plus longues, c'est physique. Les choses ont évolué. Elle aimait quand elle était dans un bloc pavillonnaire où les IBODE devaient tout gérer. Elle était autonome et ne dépendait de personne. Aujourd'hui, la sté ne comprend pas les demandes. Pas de responsable aujourd'hui, responsabilités diluées. Grand bloc anonyme, pas de sentiment de famille. Elle aimait cette variété de chose : urgence et programmé ensemble. Ça permet aussi de faire des interventions pointues sans perdre l'expertise. « *Dans les urgences, t'as l'impression de participer à quelque chose de plus utile* ».

Les plus d'assistant de chir : c'est plus intéressant. « *Par exemple comment dirais-je ? En neurochir c'est différent parce que t'es vraiment proche du chirurgien, tu accompagnes dans le geste, tu es vraiment proche de lui et tu participes vraiment à la gestion de ça, davantage que quand tu es instrumentiste* ».

Elle trouve inintéressant d'être passif comme avec le robot Da Vinci. En coelio c'est différent, la tenue de l'optique s'apprend.

Les moins d'ass de chir : manque d'ergonomie, l'épaule morfle avec la tenue de l'optique.

Spécificités : connaissances hygiène technique anatomie, la spécialisation permet d'avoir de vastes connaissances.

Ouverture corps : ça ne lui fait pas grand-chose, n'a pas de réflexion à ce sujet

lères expériences : plus choquée par une intubation qui a cassé la dent d'un patient. Elle n'est jamais tombée dans les pommes et ne se sent pas émotive à ce sujet. Elle s'est demandée pourquoi la dents cassée l'a dégouté et pas le reste. Pourtant les crânes et les dos ne lui faisait rien. Si, certaines choses l'on frappé, les urgences. Elle commençait au bloc et un gendarme c'était fait poignarder dans le camion de police. Connaissant que le système programmé, elle était habituée, mais sous l'urgence ils ont dû faire au plus pressé. Là c'était impressionnant, le contexte de l'urgence. Elle a été choquée aussi par un patient opéré par des ORL pour une carotide érodée par la tumeur « *C'était un bain de sang, c'était innommable, c'était vraiment terrible* ». Elle essaie d'y repenser ensuite avec les collègues ou chir. Il faut savoir faire ce

qu'il faut, avoir les bons gestes. Il ne faut pas perdre de temps savoir quoi faire et où aller pour ne pas perdre de temps.

Elle repense à un jeune homme venu pour une craniectomie suite à un trauma. Le chir devait faire un autre crane avec du ciment. Absence de symétrie. Le chir aurait dit en parlant du patient, il aura qu'à mettre une frange. Elle a trouvé ça choquant. Reparle également des incisions esthétique et rasage minimal en neurochir. Maintenant on sait que l'incision c'est ce dont se rappelle le patient, le nombre de fil... ils retiennent cela et pas ce qu'il y a eu en dessous. Elle est attentive aux installations et compressions.

Il y a une usure rapide des IBODE avec la recherche de la rentabilité et moins de temps avec les patients

Rapport au corps : les gens endormis sont sous la dépendance de l'équipe, ils ne peuvent pas se défendre ; relate hernie ombilicale non prévue et patient non prévu. Quand les chir. font des choses pas bien « *t'as l'impression de participer à qq chose de vraiment pas bien* ». Elle n'avait pas dit grand-chose, mais elle a trouvé ça bizarre ; « *peut-être elle aimait bien, la patiente, son nombril comme ça. Le chir c'est lui qui dirige et tu peux dire ce que tu en penses mais ça n'aura pas d'impact* ». Pas de retour post op, mais pas très gaie la neurochir, triste.

« *C'était dur la chir pédiatrique* ». Relate l'histoire d'un enfant maltraité. « *Y a des choses pas très gaies quand même* ». Quand elle est choquée elle en reparle avec l'équipe. Difficulté à savoir comment ça va évoluer chez les enfants.

MC : Oui c'était dur mais moi je trouvais ça passionnant en fait. Ben si tu veux c'est comme pour tout. Pour pouvoir faire quelque chose qui te passionne t'es obligée de faire des choses qui ne te plaisent pas. On ne fait jamais toujours que ce qu'on veut quoi. C'est comme dans la vie quoi. On faisait beaucoup de chirurgie vasculaire avec les anévrismes, à cette époque-là on faisait beaucoup d'anévrismes. Moi je trouvais ça vraiment intéressant comme intervention. C'était délicat, méticuleux. C'est joli comme intervention en fait.

Aude : C'est pas la première fois que tu me dis que tu trouves ça joli

MC : Quand je dis ça a ma fille elle me dit, mais comment tu peux trouver ça joli ?

Aude : Je peux comprendre (...)

MC : C'est comme dans la mer en fait [ventriculoscopie]. Ça fait un peu la même chose, c'est ça qui est étonnant en fait. En fait c'est surtout quand tu vois le vaisseau qu'il avait c'est quelque chose de tellement profond. Il a atteint des endroits où avant jamais tu serais allée voir ça quoi. Avant tu le voyais que par une craniectomie. Déjà ce genre de pathologie, t'aurais jamais fait ça. La dame grâce à ça elle va aller mieux.

(...)

MC : Quand il y a de l'action un petit peu, quand tu n'es pas sans rien faire. Tu vois par exemple les réimplantations de doigt, je trouve pas ça passionnant parce que c'est interminable quoi. Voilà... que te dire d'autres... heu... ben en fait tu vois dans d'autres domaines t'as des interventions... moi j'adore la neurochir. J'y suis plus maintenant. C'est quand même quelque chose que je trouve intéressant. Le cerveau c'est quand même passionnant. C'est un organe qui est particulièrement... je sais pas j'ai pas fait cardiaque mais le cœur c'est pareil, j'en ai vu qq interventions. C'est quelque chose de ... Ça a une connotation émotionnelle en plus le cœur, le cerveau aussi. En fait avant on ne prenait pas autant de précautions que maintenant pour faire les interventions. C'est la différence qu'il y a entre maintenant et avant qui est bluffant en fait. Tu vois avant ils faisaient des plus gros volets, donc y avait plus de défaut, d'excursion dans le cerveau. Tandis que maintenant avec

la neuronav ils peuvent avoir un accès plus rapide et moins détériorant pour le patient quoi. En fait le cerveau il bat comme le cœur puisqu'il bat à chaque battement en fait et après évidemment les hématomes c'est les hématomes c'est pareil c'est pas très passionnant les hématomes. Il faut faire l'hémostase, c'est long, ça vient pas, ça s'arrête, ça revient, ça recommence... je pourrais pas t'expliquer. J'ai fait une tumeur l'autre fois avec Charles et j'étais trop contente d'avoir refait ça. Je sais pas pourquoi ? je sais pas pourquoi. C'est peut-être parce que j'ai fait ça quand j'étais jeune que je... J'aime bien faire ça.

Elle a fait 15 ans de neurochir. Elle est à l'aise partout sauf en ortho. Pour elle c'est immense et elle n'est pas trop mécano.

Aude : Et le vasculaire ça ne te fait pas le même effet que la neurochir ?

MC : Ben quand c'était en chir ouverte oui, mais en endoprothèse ça ne me branche pas du tout. J'aime pas ça. Je sais pas pourquoi mais ça me plaît pas, ça m'attire pas tu vois. »

1ere fois :

MC : Je pense que je devais être un peu stressée, forcément parce que c'est ben faut faire ce qui faut au bon moment. C'est toujours pareil. Quand tu fais ça... tu te fais parfois gronder quand tu vas pas assez vite. C'est normal. T'as forcément le stress de ne pas être à la hauteur. Avec l'expérience tu progresses forcément, comme tout le monde quoi.

(...)

MC : Si tu vois c'est pareil, pour la plastie. Ça me rappelle un truc. C'était une rhinoplastie et il avait trop creuser ici et du coup le nez allait être en trompette et c'est pas ce qui était prévu. Et je me suis dit ben mince. Parce qu'en fin de compte ça c'est quelque chose de mise à part ce que je t'ai dit sur le front, le nez c'est une partie du visage qui est déterminante quand même. Ça te caractérise quoi. Je me suis dit, je ne sais pas comment elle va prendre la chose quoi. Tu vois elle avait une bosse. Il a creusé et du coup en remettant le cartilage ça faisait plus ça quoi !

(...)

MC : La chirurgie plastique c'est quand même quelque chose de particulier quand tu parles du corps en fait, plus que les autres chirurgies, parce que tu te fais opérer pour t'améliorer, parce qu'il y a quelque chose qui te gêne dans toi-même si c'est pas gros, même si ça peut paraître anodin pour quelqu'un mais pour toi tu fais une fixation là-dessus. Faut pas que ce soit raté quoi.

Parle de la plastie et de la nécessité davantage qu'ailleurs de prendre en compte la psychologie de la patiente. Elle est dérangée par l'aspect mercantile de la plastie et en chir. bariatrique.

MC : C'est une autre approche du corps quand tu fais des gardes et que tu vois des gens cassés quoi. » se rappelle aux urgences un allemand planté en avion, avec os de la face libres plus attachés au crâne. « Impressionnant », « Amputation très choquante », « Coup de fusil dans le crâne ».

MC : En fait tu essaies d'aller au mieux pour essayer de sauver la personne. C'est ça qui te fait tenir en fait. C'est ça qui est le plus important. Je pense que je mets de côté mon émotion et je vois après quoi (...) Après coup j'en reparle et puis on en discute. Le fait de parler c'est important je pense pour évacuer tout ça. Pas uniquement au bloc. »

Parle d'une situation traumatisante où elle s'occupe d'une personne inanimée qui c'était jetée sous un camion « *Du coup j'ai redébriefé après avec mon médecin anesthésiste pour dire, est-ce que fallait faire ça ? Parce que j'aime bien savoir. Le fait de reparler de ça, c'est savoir si*

on a bien, est-ce que faudrait faire autrement pour si ça se reproduit. Après c'est pareil chaque fois qu'on a un évènement comme ça »

MC : Un PMO sur un jeune, sur un ado, j'en ai pas vu beaucoup mais ça je trouvais ça dur. Il c'était planté en scooter. 17 ans quoi. Déjà qu'un PMO ce n'est pas très gaie mais alors sur un enfant. Je crois que c'est ce qu'il y a de plus dur les PMO je crois. Même si tu te dis que ça va servir à d'autres, mais heu après tu accompagnes le corps jusqu'à la morgue. Ça te donne des drôles de sensations. Tout ça, ça fait partie de ton travail quoi. C'est un peu choquant quoi.

Les relations avec les chirurgiens caractériels auraient tendance à plus l'affecter que la chirurgie en elle-même. Il y a des chir qui veulent de faire perdre tes moyens. Pour elle c'est pas le geste en lui-même c'est l'environnement qui peut être délétère. Plus jeune elle avait du mal à le gérer. Elle est choquée par rapport au comportement des personnes vis-à-vis de personnes obèses en chir. bariatrique. Pour elle-même si la personne dort tu peux pas de permettre de critiquer. « *Les gens pensent que c'est du vice alors qu'il y a un vrai mal-être. C'est une drogue face à un manque, une sorte de suicide. C'est choquant de voir les corps nus comme ça* ». Idem chez les chir. irrespect, plaisanteries grivoises.

Sujet de ce qui est entendu pdt les sédations et notion de banalisation :

MC : Y a des choses tu vois qui me choquent dans le comportement des gens qui sont autour de moi des fois par rapport aux personnes qui sont obèses, en chirurgie bariatrique. Même si ce sont des soignants, t'as pas à dire des choses même si les gens dorment tu vois. Y a des choses qui me choquent parce que j'ai vu des collègues anesthésistes traiter les gens de grosses vaches. Ça ne se fait pas. Même s'ils dorment ça ne se fait pas. Sachant ce que c'est que d'avoir quelqu'un d'obèse, parce que mon mari il était comme ça, je pense que tu peux pas te permettre de critiquer les gens comme ça et encore moins si t'es soignant. C'est vrai que tu arrives à des extrêmes quoi. T'as des gens qui font 250kg. Je pense que ces gens-là ils sont à plaindre tu vois ! Ils sont pas à ... les gens pensent que c'est du vice. La plupart des gens pensent que c'est du vice. Mais ce sont des gens qui sont tellement malheureux qu'ils font ça [...] La partie psychologique c'est hyper important dans ce genre de truc. Mais c'est vrai que c'est assez choquant de voir les corps nus comme ça. Après quand tu ouvres c'est pareil, t'as des chir qui sont en train de gueuler sur les corps. Ouai, mais parce qu'ils ont besoin d'extérioriser leur heu, pas tous forcément, y en a qui sont pas tous très respectueux des gens non plus [...]. Moi j'ai vu un petit papi, j'étais au relais repas en traumatologie, ho le chir mais je me disais ho j'ai trouvé ça irrespectueux par rapport au patient ! Il plaisantait, des plaisanteries grivoises avec l'interne et l'interne qui faillote et qui fait comme le chir parce qu'il veut se faire bien voir. Je trouve que ça n'a pas de place dans un bloc quoi. Tu vois ? C'était une fracture du fémur, je sais pas on travaille pas comme ça. Pour moi, c'est pas ça être soignant.

Fait référence à un livre sur le fait que les patients entendent quand ils sont en sédation profonde.

MC : Le métier fait qu'il y a une certaine banalisation. C'est inéluctable mais ça entraîne ce genre de débordements en fait. Après tu finis par dire que tous les corps se ressemblent tralalaouplala, c'est un peu ça quoi ! Mais c'est pas ça. En réalité chaque personne est différente. »

Annexe X : Entretien partiel avec N.

Diplômée IDE (2006) sans expérience de bloc (pas de stage) ; Nantes, a postulé sur différents postes et le seul ayant répondu positivement est au bloc dans une petite clinique ; elle a découvert et cela lui a plu (qq années) ; de retour à Brest pour raison personnelle, elle hésitait à retourner dans les services pour se faire son expérience, mais on lui a proposé le bloc ; elle s'est rendu compte que c'était fait pour elle, elle aime ça. Elle a fait fonction pdt qq années et en 2011-13 elle a fait la formation IBODE ; Elle n'a travaillé que 1 an dans les services.

IBODE

Elle aime la richesse intellectuelle du métier, bcp de connaissances à avoir, c'est très enrichissant, elle aime la technicité, attrait toujours pour les services techniques (avait même hésité à faire IADE), le métier demande de la réflexion.

Elle n'aime pas la conjoncture qui rend le métier difficile, activité augmente sans augmentation des moyens.

ASSISTANTE DE CHIRURGIE

Elle aime être au plus près de l'intervention et pouvoir participer activement auprès du chirurgien, « être un petit peu son bras droit », c'est valorisant.

Elle n'aime pas le manque de considération de certains chirurgiens qui ne sont pas toujours très justes avec les IBODE, « ça fait partie un peu du jeu quoi, faut savoir vivre avec en fait ».

PARTICULARITES METIER

Travail technique qui demande bcp de connaissances techniques et « en gros on adhère ou on n'adhère pas quoi. Tout le monde ne peut pas le faire ». Pour elle le métier d'infirmier au bloc est complètement différent de celui d'infirmier dans les services. Pour elle c'est deux métiers complètement différents. Ils ne se comparent pas tout simplement. Il n'y a pas de comparaison à avoir entre ces deux métiers. Déjà, de part l'environnement « on travaille dans un endroit spécifique, tout le monde ne rentre pas. Voilà c'est des sens interdits sur les portes. Il y a une tenue règlementaire à avoir pour entrer. C'est hyper protocolé heu tout ça fait que ça rend la chose spécifique. »

Aude : Qu'est-ce que tu penses du geste du fait d'ouvrir un corps ?

N : Bonne question. Ben c'est délabrant. C'est heu... on porte atteinte directement à l'intégrité donc c'est quand même une notion...

Elle part sur le sujet de son mémoire

N : C'est vrai que ce sont des humains qu'on ouvre mais ... je pense que pour réussir à le faire il faut... Déjà on installe des champs opératoires ce qui fait qu'on cache la personne. On ne la voit plus dans sa globalité. Et du coup heu ben c'est ce qui facilite en fait les choses je pense psychologiquement. Si on devait voir la personne entièrement heu à nu, et de voir le bistouri rentrer et inciser ça serait plus compliqué. Je pense que ça aide quoi. Et moi mon sujet c'était justement qu'on déshumanisait un petit peu le patient et que c'était une forme de protection en fait pour nous-mêmes heu et heu ouai c'est pas un geste anodin et malgré tout faut le faire, y a que comme ça que ça peut soigner. (...) C'est une vraie plaie, ouai délabrant, atteinte à l'intégrité.

(...)

N : J'ai souvenir d'avoir été ultrasensible (...) Non je pense que j'arrivais déjà à me détacher un tout petit peu. On comprend vite que quand on est au bloc que voilà c'est pas le monde des bisounours malgré tout et puis on est là pour heu...pour ouvrir des patients, pour les soigner donc heu non ça m'a pas marqué d'avoir eu une émotion particulière. C'est plus à la limite des situations où ça s'est mal passé qui là émotivement m'ont peut-être un peu plus percuté quand j'étais toute jeune que la vision d'un corps ouvert.

(...)

N: C'est vague un peu dans mon esprit, parce que ça fait quelques années quand même déjà, je dirais peut-être à un moment une intubation, une induction qui s'est mal passée, tu vois c'étais même pas de la chirurgie mais heu du coup un petit côté de stress quoi où toute l'équipe a été un petit peu ... et puis moi en étant toute jeune dans ce milieu-là, c'est vrai que ben ça surprend quoi. On est un peu pris par les émotions. On sent que y a un petit pic d'adrénaline et puis... c'est d'autant plus... maintenant qu'avec du recul je pense que je suis arrivée à un niveau d'expérience qui fait que je peux maîtriser facilement les choses mais quand on est toute jeune en fait on sait pas quoi faire vraiment dans les premières situations qu'on voit comme ça au bloc où ça se passe pas bien on est un petit peu vite désemparé. Donc c'est pas très agréable comme sentiment, mais finalement l'expérience après fait que on a les bons gestes à avoir quoi. C'est-à-dire que quelqu'un qui ne... qui sait pas trop quoi faire aura tendance à se mettre en retrait alors que maintenant si je vois que quelque chose se passent mal je vais être active. Je vais aider concrètement, je vais savoir où me placer heu ... quoi faire pour aider heu ... ou ne pas gêner. On se positionne beaucoup plus facilement en fait quand on a de l'expérience, que quand on démarre et que ...voilà.

Aude : Donc selon toi, c'est le fait d'avoir de l'expérience et savoir quoi faire qui te permet pour toi de gérer des émotions ?

N : Ouai je pense que ça m'aide moi. Enfin après, c'est propre à chacun, mais de mon côté je pense qu'effectivement je ... heu ... ouai les émotions ça a pu d'être heu de de Ouai de pas me sentir à l'aise, de ne pas savoir faire vraiment les choses et forcément ... pas avoir forcément une vision quoi. Par exemple je suis beaucoup plus sensible aux mauvaises odeurs que à la vision du sang tu vois c'est quelque chose qui fait que ... et justement pour moi le fait de travailler dans les services à la limite t'es plus confrontée aux odeurs alors qu'au bloc c'est un milieu aseptisé. Alors oui on voit des horreurs, enfin si on peut dire, beaucoup de sang mais l'odeur est moindre et du coup c'est plus...enfin moi ça me va mieux.

(...)

N: J'ai fait un peu de bloc en viscéral pour autant, mais c'est vrai que du coup si on peut avoir des affinités dans les chirurgies, et ben tu vois je oui j'ai fait un ptit peu de viscéral, mais viscéral uro c'est pas mes spécialités d'affection particulière.

(...)

N : Personnellement je ne me fais pas de représentation des corps humains heu...de l'intérieur comme de l'extérieur en fait. Peut-être que certaines personnes voient un corps dans la rue et s'imaginent comment il peut être dedans. Du fait de travailler en chirurgie ben heu...mais moi pas du tout. C'est vrai que je ... Je sais pas c'est peut être inconscient chez moi mais en tout cas j'ai pas ce mécanisme de voir un corps de l'extérieur et de l'imaginer de l'intérieur ou de voir un corps à l'intérieur et de me dire holala à l'extérieur c'est aussi un corps ... enfin non j'arrive à, je pense à, je c'est pas si c'est le bon terme, c'est peut-être problématique je sais pas mais en tout cas non.

N : On a tous notre façon de travailler ou de gérer les choses pour soi, mais heu ... moi c'est vrai que j'ai tendance à me...m'enfermer un peu dans une bulle. Quand je travaille, on peut croire que je fais la tête mais pas du tout c'est que j'ai un besoin de concentration. C'est ce qui m'aide en tout cas à me sentir opérationnelle pour tout type de situation où ça se passe bien ou si ça dérape. Je me mets dans mon truc et heu ... et heu et j'essaie de rester le plus calme possible. De toute manière je ne suis pas du genre... y en a qui discutent pour essayer de camoufler des choses. Moi à la limite je suis plus quelqu'un de silencieuse. C'est ma façon de faire.