

Un, deux, trois... bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération

Serge Genest

Culture et clinique

Volume 14, numéro 1, 1990

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015109ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015109ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Genest, S. (1990). Un, deux, trois... bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 9–24. <https://doi.org/10.7202/015109ar>

Résumé de l'article

Un, deux, trois... bistouri

Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération

L'étude comparative des systèmes médicaux a permis que se multiplient les recherches sur le système biomédical, surtout depuis le début des années 1980. C'est dans la foulée de tels travaux que se situe cette ethnographie des salles d'opération. Construits dans un univers technologique de plus en plus sophistiqué, les rapports de travail entre infirmières, anesthésistes et chirurgiens n'en sont pas moins le produit des multiples facettes des rapports sociaux et de leur dimension symbolique. L'auteur propose d'examiner comment la technologie structure les rapports de travail, dans quel sens les rapports sociaux de la société globale influencent ce qui se passe dans la salle d'opération et jusqu'à quel point les conditions de travail permettent de reproduire les rituels qui s'y déroulent.

UN, DEUX, TROIS... BISTOURI

Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération

Serge Genest



Pour les anthropologues intéressés par l'anthropologie médicale, ou plus spécifiquement par l'ethnomédecine, les années 1980 témoignent de l'affirmation et du développement de deux tendances. La première concerne les itinéraires thérapeutiques, c'est-à-dire l'analyse du choix des systèmes thérapeutiques, dont la biomédecine, par les malades à la recherche de soins. La seconde tient à la préoccupation des anthropologues de mieux comprendre les fondements et les pratiques du système de médecine savante occidentale.

En général, les premiers travaux anthropologiques sur la biomédecine ont porté sur les systèmes thérapeutiques non occidentaux ou bien se sont centrés sur le point de vue des malades. Mais, dès la deuxième moitié des années 1970, la réflexion théorique en ethnomédecine posait le contexte général d'analyse du système biomédical. Cette argumentation, somme toute très simple, considère que la médecine savante occidentale s'inscrit d'emblée dans les préoccupations de l'ethnomédecine. Une telle position entraîne des conséquences épistémologiques importantes. Les anthropologues peuvent ainsi penser leurs analyses du système biomédical comme un produit inscrit historiquement, socialement et culturellement dans une société au même titre que tout autre système thérapeutique dans n'importe quelle société. Ils ont également été amenés à considérer le point de vue des thérapeutes et non plus seulement celui des malades.

Cet article traite des interactions des interventions chirurgicales dans les salles d'opération et s'inscrit précisément dans le courant d'analyse de la biomédecine des années 1980. Il vise à démontrer comment des rapports symboliques se construisent dans un univers de travail hautement technique et à découvrir les liens entre les rapports sociaux professionnels de la salle d'opération et ceux qu'on retrouve dans la société globale. Les premiers résultats de notre enquête seront livrés en troisième partie de ce texte après la présentation des principaux jalons offerts par la littérature sur la pratique biomédicale et un exposé des grandes lignes de notre problématique de recherche.

L'anthropologie¹ et la pratique biomédicale

Certains textes sont devenus en quelque sorte des classiques pour traiter de la pratique thérapeutique en contexte biomédical. Le livre de Renée Fox, *Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown* (1959), est l'un de ceux-là. Il porte sur les comportements, les attitudes, les émotions des thérapeutes et des malades d'un hôpital spécialisé dans la recherche de traitements de maladies mal connues à l'époque. Près de vingt ans plus tard, la publication de *The Unkindest Cut. Life in the Backrooms of Medicine* (1978), de Marcia Millman, offre une vision critique des activités des chirurgiens. Le thème a été repris par Charles Bosk dans *Forgive and Remember. Managing Medical Failure* (1979). De même, l'article de John Powles, « On the Limitations of Modern Medicine » (1973), s'avère particulièrement intéressant par son hypothèse centrale selon laquelle la technologie médicale sert également des fins qui ne lui sont pas intrinsèques. Powles tente ainsi de démontrer que :

To an increasing extent medical technology is serving as a mask for non-technical functions. It carries a large symbolic load. The more attention within medicine is focused on the technical mastery of disease, the larger become the symbolic and non-technical functions of that technology.

Powles 1973 : 21

Dans une perspective plus large d'interprétation de la biomédecine, Comaroff (1978) mentionnait également l'importance de replacer ce système dans son contexte socio-culturel et d'en faire une lecture symbolique semblable à celle que l'anthropologie a développée pour analyser les systèmes thérapeutiques des sociétés non occidentales. Par ailleurs, plusieurs recueils de textes ont aussi été publiés à quelques années d'intervalle entre 1980 et 1988. Parmi ceux-ci, il faut compter *The Problem of Medical Knowledge* (1982), de Wright et Treacher, *Physicians of Western Medicine* (1985), de Gaines et Hahn, et *Biomedicine Examined* (1988), de Lock et Gordon, qui couvrent diverses dimensions de la pratique biomédicale dans une perspective anthropologique. Dans chacun des articles, on revient sur la nécessité d'inscrire le système biomédical dans les préoccupations des anthropologues, rejoignant en cela l'affirmation de Hahn et Kleinman pour qui : « Biomedicine, then, is an *ethnomedicine*, albeit a unique one » (1983 : 306 ; voir aussi Kleinman 1981). Ces deux auteurs développent une argumentation déjà présentée par Genest (1978 : 10) dans des termes presque identiques. La biomédecine est une *ethno*-médecine dans le sens qu'elle doit être appréhendée dans ses dimensions historique, sociale et culturelle, thèse également soutenue par Lock (Lock et Gordon 1988 : 3-16). Hahn et Kleinman (1983 : 306) soulignent de plus l'importance d'étudier la biomédecine pour le développement de la théorie en anthropologie. Maretzki donne à cet énoncé un cadre plus circonscrit : « ... research on the physician of Western medicine is of considerable theoretical importance » (1985 : 23). C'est donc dans la foulée des

1. Bien sûr, l'anthropologie est redevable de l'apport d'autres disciplines, en particulier la sociologie, à la construction de ses analyses et de jalons pertinents à la réflexion sur un thème abordé par elle. Pourtant, il est aisé d'associer ces recherches à l'anthropologie parce qu'elles s'inspirent directement de l'approche de cette discipline.

jalons théoriques posés principalement depuis le milieu des années 1970 que s'est élaborée notre réflexion sur la pertinence anthropologique d'analyser les comportements des thérapeutes en salle d'opération.

La salle d'opération comme unité d'observation

La problématique

L'ethnomédecine a conduit les anthropologues à s'interroger sur les connaissances, les croyances et les pratiques thérapeutiques en se basant le plus souvent sur des informations recueillies auprès de la population en général. Le discours et les pratiques des thérapeutes n'ont pas été négligés non plus — qu'il suffise de penser à toute la littérature sur les chamanes —, mais ils ont été souvent associés sinon assimilés à ceux des profanes. Le peu d'écart entre les comportements des thérapeutes et ceux de leurs malades expliquait cette démarche et cette interprétation. On peut cependant s'étonner qu'en ethnomédecine, si peu de travaux aient jusqu'à présent porté sur les praticiens de la biomédecine.

Mais alors à quel(s) endroit(s) de la *pratique* thérapeutique biomédicale trouve-t-on les éléments définissant le mieux cette pratique ? Plusieurs activités du système biomédical se structurent à partir du rapport à la technologie (par exemple les travaux des laboratoires de chimie, les activités de recherche en informatique). Bien que ces travaux influent directement sur la pratique des thérapeutes, ils s'en distinguent. Il faut entendre ici la pratique dans son sens plus restreint et précis de contact avec les malades. De ce point de vue, la pratique thérapeutique chirurgicale constitue un lieu privilégié de rapport à la technologie et vient renforcer aux yeux des acteurs eux-mêmes (malades et thérapeutes) l'image qu'ils se font de leur système thérapeutique. En ce sens, les activités liées à la chirurgie s'avèrent très pertinentes comme moyen de saisir les fondements de la pratique en biomédecine, en particulier le rapport à la technologie.

L'anthropologue, pourtant, ne se contente pas de faire le constat que la valorisation des développements technologiques sert à définir le système biomédical, que la pratique chirurgicale constitue un des lieux par excellence de repérage de cette tendance. Il s'interroge également sur les façons dont ce discours s'actualise dans les comportements concrets. Son approche lui fait d'emblée considérer que l'ensemble des rapports sociaux et les différents aspects de la communication humaine ne sauraient être exclus de l'analyse de la pratique biomédicale, dût-elle reposer sur une hypersophistication technologique.

Notre recherche consistait à repérer les événements et les situations montrant que du symbolique se mêle au technologique dans les salles d'opération, et que ces activités sont propices à la construction de rituels. Notre première hypothèse pose que, selon le type de rapport entretenu avec les techniques chirurgicales en salle d'opération, il y aura accroissement ou diminution de la ritualisation : la seconde, que les activités rituelles définissant les rapports sociaux entre les personnages principaux de la salle d'opération ne sauraient être comprises que dans l'ensemble des rapports sociaux professionnels qui existent

en dehors de ce contexte ; la dernière, que les rapports symboliques entretenus entre le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière assurent les conditions nécessaires à la reproduction du rituel.

La démarche d'enquête

Comme toute organisation de ce genre, le milieu hospitalier possède des particularités et une structure à l'intérieur de laquelle les chercheurs doivent cheminer : rencontrer la direction générale des hôpitaux, puis celles des soins professionnels et des soins infirmiers pour pouvoir pénétrer au bloc opératoire. Mais l'accès à ce service ne permet pas pour autant l'entrée dans les salles d'opération. Cette autorisation ne peut en fait provenir que des personnes directement concernées par cette enquête, particulièrement les chirurgiens et les anesthésistes. Il était également nécessaire que les personnes qui coordonnent les activités du bloc opératoire s'engagent dans le processus comme intermédiaires entre le personnel des salles d'opération et les chercheurs. Malgré certaines réticences familières à l'anthropologue qui débute son terrain, il faut reconnaître qu'il a été plutôt aisé de s'introduire dans ces milieux pourtant reconnus comme des cercles fermés, de l'avis même des membres des autres services de l'institution hospitalière.

Afin d'éliminer des erreurs systématiques d'interprétation qui auraient pu être liées à la taille des blocs opératoires, deux hôpitaux ont été retenus, l'un de fort débit (15 salles d'opérations), l'autre plus petit (9 salles d'opération). Le terrain s'est déroulé en quatre périodes distinctes d'environ quatre mois chacune entre février 1984 et juin 1988². Les précisions théoriques et méthodologiques qui précèdent devraient permettre de contextualiser la lecture ethnographique qui suit.

Sous les feux de la rampe

L'expression anglaise, surtout britannique, *theater* pour désigner la salle d'opération est particulièrement suggestive. Elle sert de fil conducteur à notre démonstration.

Le décor : description sommaire des lieux

L'emplacement du bloc opératoire à l'intérieur de l'hôpital et le contrôle des personnes qui y circulent créent dès le départ l'impression d'un milieu particulier affichant pratiquement l'autonomie par rapport aux autres services. Et, de fait, le personnel hospitalier s'entend généralement pour dire que le bloc opératoire constitue un monde à part et que les personnes qui y travaillent se mêlent peu aux autres employés de l'hôpital. Impressions qui sont confirmées par les personnes concernées elles-mêmes.

Le plus petit des deux blocs comprend une salle de réveil, une salle de pause pour le personnel et une aire destinée aux fonctions administratives, où les

2. Une subvention du CRSHC (410-86-0117) a permis la réalisation de cette recherche.

médecins consultent les dossiers et remplissent les formulaires de la Régie de l'assurance-maladie et où se trouvent le poste de réception et le bureau de la coordinatrice. Tout en faisant partie du bloc, ces sections ne tombent pas sous les règles de la protection aseptique au même titre que celle des salles d'opération. Ces dernières sont alignées de chaque côté d'un corridor et divisées par une pièce (l'intersalle) qui ouvre sur deux salles à la fois. On retrouve en ces endroits des appareils de stérilisation et des lavabos. C'est par l'intersalle qu'on accède à la salle d'opération lorsqu'une intervention est en cours. Par ailleurs, les vestiaires (un pour les hommes, un autre pour les femmes) se trouvent à l'extérieur du bloc.

Dans l'autre hôpital, le bloc comprend les bureaux du chef des anesthésistes, du coordinateur, de l'infirmière-chef et des chefs d'unité. Il y a donc plus d'espace consacré aux fonctions administratives. On y trouve trois vestiaires : un pour les médecins, un autre pour les infirmières et un dernier pour les auxiliaires et les techniciennes. Une salle de pause est attenante à chacun de ces vestiaires. Une zone de transition entre les salles de pause et celles d'opération permet d'enfiler les accessoires habituels : couvre-chaussures, bonnets. Cependant, contrairement à ce qui se passe dans l'autre bloc, ici, on met le masque une fois dans l'intersalle seulement. Par ailleurs, en plus de la salle de réveil, il y a ici une salle de soins préopératoires.

Les différences spatiales donnent des indications intéressantes sur le fonctionnement des deux blocs. D'abord, le plus spacieux permet que plus de personnes occupant des fonctions de gestion aient un espace de travail identifié. Ensuite, la division entre médecins, infirmières et techniciennes est clairement établie par les vestiaires et salles de pause prévus pour chacun de ces groupes. Dans l'autre bloc, le manque d'espace ne permet pas cette division et il s'ensuit que toutes les catégories de personnel se retrouvent dans l'unique salle de pause. Il est plausible que ce contexte crée une dynamique particulière des rapports de travail, mais cette hypothèse n'a pas été vérifiée.

La délimitation de deux zones à l'intérieur du bloc opératoire doit aussi être notée. L'une, « externe », réunit tout ce qui ne concerne pas directement l'intervention chirurgicale ; l'autre, « interne », définit essentiellement l'ensemble des salles d'opération. Il n'y a pas à proprement parler de moyens exceptionnels mis en œuvre pour diviser ces deux espaces. D'ailleurs cela s'avérerait impraticable. Cependant, le fait qu'on enfle couvre-chaussures, bonnets et masques dans un endroit déterminé du bloc *avant* de passer dans la zone des salles d'opération marque le passage vers une plus grande asepsie. Mais cette transition ne fait pas que construire une distinction physique entre les deux zones du bloc, elle induit également un rythme, une temporalité nouvelle, distincte, au moment de passer en salle d'opération, avant que ne débute *l'événement*.

La mise en scène : technologie et symbolisme

Le passage du bloc à la salle d'opération ne constitue pas le point ultime de cette marche vers l'intervention chirurgicale. Il faut encore compléter ce cheminement par une dernière étape qui conduit jusqu'à la table d'opération. Seules les personnes qui seront « brossées » auront droit de pénétrer à l'intérieur

du cercle de très grande asepsie défini autour de la table d'opération. De la même façon que des personnes « étrangères » peuvent, dans certaines conditions, avoir accès à la zone « externe » du bloc, pourtant normalement réservée au personnel identifié par les vêtements verts, celles qui portent les accessoires mais ne sont pas brossées peuvent se présenter en salle d'opération. Ainsi, les anesthésistes qui travaillent « à la tête » des personnes opérées ne sont pas soumis au protocole de plus grande asepsie. Seuls le chirurgien et l'infirmière qui lui tendra les instruments doivent se nettoyer les mains et les avant-bras avec des savons aseptiques, revêtir une pièce de vêtement supplémentaire et porter des gants. Autrement dit, les personnes qui seront en contact avec le malade une fois l'incision pratiquée sont soumises à des règles de désinfection plus strictes.

La nature même de l'intervention chirurgicale exige la mise en place de protocoles qui guident la pratique. Ces procédures élaborées selon les canons de la science médicale subissent parfois des modifications liées aux conditions concrètes de travail. Il arrive en effet que les règles de désinfection, par exemple, ne soient pas toujours suivies à la lettre. Mais il en va de la pratique chirurgicale comme de toute autre ; il y a la théorie d'un côté et sa mise en application de l'autre. Ce qui n'empêche pas les développements technologiques de se poursuivre à une très grande vitesse et de modifier régulièrement les conditions de travail en salle d'opération. Ainsi, l'infirmière se tient à la fine pointe de l'information en matière de désinfection, l'anesthésiste doit se familiariser avec des appareils de contrôle de plus en plus sophistiqués et nombreux, pendant que le chirurgien est amené à apprendre le maniement d'outils hyperspécialisés. Le décor de la salle d'opération se transforme rapidement à la suite des changements apportés par la technologie. Pourtant, encore maintenant, le caractère théâtral de l'intervention chirurgicale n'a rien perdu de sa force. Cela tient sans doute à de multiples facteurs, en particulier parce que :

Surgery, however, unlike specialties as internal medicine, is based primarily upon *event*, rather than process. Although processes, such as preoperative and postoperative care, affect outcome, the *act of surgery* occurs in a measurable and sharply delimited period of time.

Cassell 1987 : 229

En fait, on manipule bien d'autres choses que de nouveaux outils ou des techniques médicales de pointe en salle d'opération. Et même, la technologie remplit souvent des fins non techniques, pour reprendre l'expression de Powles (1973) déjà citée. Comment expliquer autrement les diverses « étapes » de l'intervention chirurgicale, telles que les présente Katz (1981), ou encore le rôle joué par l'infirmière dans le maintien des règles de désinfection ? En fait, c'est sur ce fond de sophistication technologique et de discours servant aux « personnages » de la salle d'opération à se définir, que se construisent tous les rapports sociaux et l'univers culturel de femmes et d'hommes réunis dans un travail peu banal : l'incision d'un corps humain. C'est en définitive tout un climat qui se dégage du traitement biomédical en milieu hospitalier dans lequel les conditions favorisant l'apparition de rituels sont réunies. Comme le souligne James :

Hospitals are not the only institutions in the Western world where ritual and magic exist. The phenomena are, however, probably more prevalent in hospitals

than most institutions, because of the complex nature of the task, the structure and trappings of the professions, the proximity of death, the occasional seeming-miracle, the nature of the anxiety which gropes for hope and support in the super-empirical world, and the need for the hospital staff to find props and rationalizations which will convince them that they are helping and not hindering the patient's recovery.

James 1978 : 53

L'analogie avec l'univers physique et rituel de l'église et du sacré naît spontanément dans l'esprit de l'observateur des activités du bloc opératoire³. En revanche, les médecins utilisent spontanément le vocabulaire de l'aéronautique pour traduire des situations ou des activités liées à leur travail. Ainsi, cet anesthésiste qui expliquait qu'une fois son travail de préparation de la personne opérée complété et l'intervention en cours, il devait alors surtout surveiller les divers appareils de contrôle autour de lui. Il qualifiait cette période de l'intervention chirurgicale de « mise sur pilotage automatique ». Un chirurgien, pour sa part, décrivait l'attente avant qu'on achemine « son cas » en salle d'opération comme semblable à celle que connaissent les pilotes d'avion prêts à décoller mais soumis aux autorisations de la tour de contrôle.

Une enquête menée auprès de chirurgiens de la région de New York a également fait ressortir la comparaison avec le monde de l'aéronautique dans la perception que ces thérapeutes se font d'eux-mêmes. Pour Joan Cassell, le milieu de travail des chirurgiens est un univers masculin dans lequel les sports, les voitures, la vitesse et la compétence sont particulièrement valorisés. De plus, le chirurgien typique se voit comme un être invulnérable, infatigable, qui ne craint ni la mort ni tout autre désastre (1987 : 231). Trois des dix chirurgiens rencontrés « ... compared themselves with test pilots trained as the first cadre of astronauts » (*ibid.* : 232). Le langage de l'aéronautique convient aux médecins, chirurgiens tout autant qu'anesthésistes, majoritairement des hommes, pour qui ce rapprochement comporte une bonne part de valorisation. Cette association se construit à partir de l'idée du partage de la sophistication technologique avec le monde de l'aviation.

C'est donc dans une atmosphère qui tient à la fois du sacré et de la haute technologie que ces femmes et ces hommes vêtus de vert, portant couvre-chaussures, bonnets, masques et gants, se retrouvent dans la salle d'opération. Préposés aux malades, infirmières et anesthésistes entreront en scène pour installer le « cas » suivant en salle, procéder aux injections et perfusions requises, installer les sondes et autre matériel, en un mot mettre la personne en état de « sommeil profond » avant l'intervention⁴. Toute une série de gestes précis et exécutés dans un certain ordre permettront d'entrer petit à petit dans le « temps

3. Elliott-Felker (1983 : 353) a tenté d'établir les similarités entre le « rituel religieux de renaissance » : la communion, et le « rituel médical de la renaissance » : la chirurgie. Mais la liste des équivalences qu'elle présente pour chacun des contextes ne convainc que partiellement.

4. Certaines interventions ne nécessitent qu'une anesthésie locale. Bien sûr, le malade est alors conscient de ce qui se passe dans la salle. Cette « présence » supplémentaire peut entraîner des modifications dans les comportements de l'équipe chirurgicale. Il n'est fait ici état que de situations d'anesthésie générale.

opératoire ». Viennent alors les phases du rituel décrites par Katz (1981) : l'installation du champ opératoire, puis l'intervention proprement dite et les dernières sutures avant le retour en salle de réveil.

Le rythme et les comportements adoptés à chacun de ces moments manifestent assez clairement le mélange de technique et de symbolique présent en salle d'opération. L'observation de diverses interventions a confirmé que durant l'étape du badigeonnage et de l'installation du champ stérile règne une certaine détente. Il peut arriver que le « patron », le chirurgien responsable du « cas », participe à cette première étape du processus, mais la plupart du temps, il entrera en scène une fois le champ stérile installé. Certains chirurgiens, ayant un meilleur sens du spectacle, feront leur entrée dans la salle pour enfiler la blouse aseptisée et les gants dans des gestes précis et efficaces, juste au moment où s'achève la mise en place du champ opératoire. On assiste alors au premier acte : le chirurgien demande le bistouri.

Cette deuxième étape se déroule davantage sous le signe de la technique. Elle n'est pas exempte de blagues qui viennent parfois émailler les échanges autrement plutôt techniques sur la procédure de l'intervention entre le chirurgien et l'anesthésiste ou entre le chirurgien et l'infirmière « interne ». Mais à partir du moment où il y a incision des chairs, le mode de communication change nettement ; concentration et tension caractérisent cette partie de l'intervention. La pénétration à l'intérieur d'un corps vivant, fût-il réduit au « regard clinique » par le champ opératoire, rapproche de la mort. L'étape des dernières sutures, le retour vers la vie, apporte une nouvelle modification du ton des échanges et des commentaires. Selon les circonstances, l'atmosphère du moment, le caractère des personnes présentes durant l'intervention, ce sera l'occasion d'entendre les calembours les plus subtils et les blagues les plus grossières. Moment de défoulement, de clôture du rituel aussi dans la sortie du « patron », laissant à ses acolytes le soin de compléter les dernières sutures. Les infirmières « interne » et « externe » auront entre temps complété le compte et le décompte des derniers paquets de compresses, puis vérifié la liste des instruments utilisés durant l'opération. L'anesthésiste pour sa part enclenchera la procédure de réanimation qui sera complétée dans la salle de réveil, sous la surveillance d'autres infirmières. Il ne restera plus à ce moment qu'à nettoyer la scène.

À l'intérieur de ces grands moments du rituel, diverses attitudes renforcent la ritualisation. Plusieurs infirmières ont posé un regard critique sur leurs comportements en salle d'opération (McWilliams 1976 ; MacClelland 1978). La notion de ritualisation revient souvent dans leurs écrits (Glittenberg 1978 ; Posner 1980) pour dénoncer leurs pratiques et leurs gestes accomplis mécaniquement. Le rituel est donc ce qui s'oppose au technique, au rationnel. Ces auteures enjoignent ainsi leurs collègues à plus d'esprit critique et à une meilleure compréhension de leur travail pour renforcer leur image de professionnelles en abandonnant les rituels. L'aseptie est au cœur de ces réflexions. De fait, il s'agit là d'un élément crucial de la définition de ce qui se passe en salle d'opération. L'infection post-opératoire constitue une préoccupation constante, particulièrement pour les infirmières. Mais deux séries de constatations ressortent des observations en salle et des entrevues concernant l'aseptie.

Tout d'abord, malgré l'attention apportée à la désinfection et le discours tenu à ce sujet, la pratique oblige parfois à des « ajustements » par rapport aux normes. Ensuite, tout le discours des infirmières autour de l'aseptie renvoie à autre chose qu'à des questions d'ordre purement technique. L'analyse de ces deux phénomènes nous projette obligatoirement dans le rituel et la communication symbolique. L'existence d'un « cercle aseptique » autour de la table d'opération a déjà été soulignée. Tout au long du déroulement de l'intervention, seules les personnes brossées (le chirurgien et l'infirmière « interne ») occupent cette zone de désinfection maximale. Les autres personnes qui circulent dans la salle d'opération ne peuvent y pénétrer. C'est en allongeant la main vers sa collègue que l'infirmière « externe » lui tend les compresses ou tout autre matériel requis durant l'intervention et qui ne serait pas déjà dans le plateau d'instruments stériles. Pourtant, si le chirurgien désire une radiographie durant l'opération, il devra faire appel à des techniciennes en radiologie pour effectuer ce travail. Celles-ci se présenteront en salle, parfois en emportant avec elles l'appareil nécessaire, s'il ne se trouve pas déjà sur place. Le chirurgien et l'infirmière se retireront alors de quelques pas de la table, avant-bras croisés sur la poitrine, attendant qu'on tire le cliché. En revenant vers la table, ils refermeront derrière eux le cercle aseptique momentanément brisé par des personnes non brossées. Cette parenthèse fermée, les règles habituelles d'aseptie redeviendront en vigueur.

L'infirmière de la salle d'opération⁵ considère que tout ce qui a trait à la désinfection relève en bonne part de ses fonctions et estime de sa responsabilité de se tenir à la fine pointe de l'information en la matière. L'anesthésiste et le chirurgien souscrivent à cette opinion. En fait, les comportements des infirmières face à l'aseptie relèvent plus que du simple rapport technique. Ils communiquent une série de messages dont la clé se trouve ailleurs. Il faut se tourner vers les rapports sociaux qui structurent l'ensemble de la société pour expliquer le symbolisme des procédures de désinfection en salle d'opération. Ce qui tendrait aussi à confirmer en partie la première hypothèse voulant que le chirurgien, le « patron », se sente moins tenu de se préoccuper d'aseptie par le simple fait qu'il dirige les activités en salle, en quelque sorte. Par contre, l'infirmière, répondant plutôt aux demandes du médecin, n'est pas placée dans la même position dans l'intervention. Elle aura plus tendance à ritualiser le domaine sur lequel elle peut avoir prise : l'aseptie.

Travaillant à l'extérieur du cercle aseptique, l'anesthésiste se sent moins concerné par ce qui se passe ailleurs qu'à la tête de la personne opérée. Le chirurgien pour sa part ne peut adopter la même attitude que son collègue car il est impliqué au premier chef par la désinfection. Pourtant, il ne réagit pas comme l'infirmière. Au départ, le chirurgien considère qu'il dirige les activités durant l'intervention chirurgicale. Il est en quelque sorte au-dessus de la mêlée ; c'est le patron. De plus, tout en acceptant sans réserve l'importance de l'aseptie dans son

5. Il s'agit ici de l'infirmière « en chirurgie », par opposition à l'infirmière « en anesthésie » qui, pour sa part, tend à adopter les mêmes comportements que l'anesthésiste vis-à-vis de l'aseptie, étant donné l'exclusion du « cercle aseptique » des personnes travaillant « à la tête » des malades.

travail, il n'hésitera pas à opposer sa pratique, son expérience aux procédures de désinfection pour adopter des comportements plus laxistes. Le « patron » affichera moins de ritualisation devant l'aseptie, tout comme son collègue anesthésiste. Notre première hypothèse semble se confirmer dans une dimension précise, celle de l'aseptie, mais il est pour le moment difficile de voir si elle se vérifie ailleurs. De plus, l'argumentation fait ressortir qu'il y a davantage que les rapports à la technique qui conditionnent à l'adoption de certains comportements. Visiblement, les rapports professionnels de travail doivent être pris en compte.

Le jeu des actrices et des acteurs

La salle d'opération est un milieu de travail comme les autres en même temps qu'elle possède des particularités qui fondent la « théâtralisation » de ce qui s'y passe. C'est sur ce dernier volet que la démonstration a davantage porté jusqu'ici. Il convient donc de regarder maintenant de plus près les rapports de travail en salle d'opération pour vérifier jusqu'à quel point ils sont liés à l'ensemble des rapports sociaux de la société québécoise. C'est l'objet de notre deuxième hypothèse.

Certaines des caractéristiques des rapports de travail en contexte hospitalier sont déjà bien connues. Ainsi, la hiérarchisation entre les médecins et les autres professionnels de la santé n'a pas à être documentée. On sait également que le métier de chirurgien et celui d'anesthésiste constituent presque des exclusivités masculines, alors que la grande majorité du personnel infirmier est féminine. Ces deux dimensions, le statut professionnel et le sexe, informent à coup sûr les rapports de travail au bloc opératoire. Elles servent également à expliquer la ritualisation de certains comportements.

L'infirmière occupe une position hiérarchique de subalterne par rapport aux deux médecins. De plus, dans la presque totalité des cas, il s'agit d'un rapport entre une femme et des hommes. Pour tenter de placer les rapports professionnels sur un autre plan, l'infirmière a choisi d'investir le champ de l'aseptie et d'en faire en quelque sorte une spécialité. Comme on l'a vu, c'est elle qui, le plus souvent, s'assure que les conditions de désinfection sont respectées. Et les médecins, particulièrement le chirurgien qui est directement concerné, reconnaissent cette compétence, certains d'entre eux allant jusqu'à la qualifier de *naturelle* en associant ce travail avec les fonctions domestiques habituellement dévolues aux femmes ! Le rapport s'édifie donc sur les bases suivantes. L'infirmière développe un discours et un comportement d'appropriation de la compétence en matière d'aseptie pour tenter de contrer le rapport hiérarchique qui existe entre les médecins et les autres professionnels de la santé au bloc opératoire, mais aussi ailleurs dans l'hôpital. C'est ce qu'ont décrit Reeder et Mauksch il y a quelques années :

(...) the physician expects that the nurse will compensate for his shortcomings and mistakes; she is expected to be alert and acknowledgeable enough to catch inadequate or wrong dosages, procedures, and the like, yet she is likely to be chastized if she questions 'orders' or offers direct input in the treatment plan. The nurse, on the other hand, cannot expect similar supportive treatment; on the

contrary, she may even be expected to acknowledge a shared mistake as her own.

Day-to-day physician-nurse contacts are full of subtle mutually understood games in which nurses surreptitiously infiltrate their inputs into the medical treatment plan.

Reeder et Mauksch 1979 : 219

Mais en même temps qu'elle cherche à redéfinir les rapports hiérarchiques par son attachement à la procédure de désinfection, l'infirmière renforce à son insu le contenu des rapports femmes-hommes qu'on retrouve dans la société en général.

Le personnage structurellement le plus riche, mais aussi le plus controversé, est sans contredit l'anesthésiste. Ce médecin, spécialiste tout comme son collègue chirurgien, ne jouit pas du même prestige. Il en ressent de la frustration par moments. L'article de Kenneth Leighton (1986), un anesthésiste, est instructif à divers égards. Il vise en fait plusieurs objectifs. D'abord clamer haut et fort qu'il n'y a pas de rapport conflictuel en général entre le chirurgien et l'anesthésiste ; ensuite que le spécialiste du sommeil profond artificiel devrait donner le ton en salle d'opération. On sent chez l'auteur à la fois le désir d'affirmer le rôle de leader de l'anesthésiste et celui de modifier l'image conflictuelle habituelle de son rapport avec le chirurgien. Pourtant, ces réflexions ne tromperont pas les personnes qui connaissent le fonctionnement des blocs opératoires. La réalité quotidienne ressemble davantage à celle que dépeint Millman : « ... anesthesiologists and surgeons often struggle over the control of the operating room and the Intensive Care Unit » (1978 : 12). C'est le chirurgien qui est le médecin traitant de la personne conduite en salle d'opération, c'est « son cas ». Mais contrairement à lui, l'anesthésiste et l'infirmière sont tous deux rattachés à l'hôpital, ce qui entraîne une certaine proximité entre eux, malgré la distance associée à leur statut respectif. Dans cet environnement où sont valorisés les comportements masculins, l'efficacité, la maîtrise de soi devant le spectre toujours présent de la mort (même si la technologie permet presque, de nos jours, d'éviter que quelqu'un décède en salle d'opération), l'image dégagée par le chirurgien devient vite celle du héros, de celui qui « officie » auprès de « ses » malades.

Les tensions qui apparaissent régulièrement entre l'anesthésiste et le chirurgien au bloc opératoire tiennent à leur position différentielle durant l'événement. Ce sont précisément ces rapports de travail qui permettent de comprendre les comportements des anesthésistes relevés au cours de l'enquête. Un peu de la même façon que l'infirmière investit le champ de l'aseptie pour modifier ses rapports aux médecins, l'anesthésiste fait le clown pour que la lumière braquée sur les activités du chirurgien se déplace un peu vers lui.

Le chirurgien doit savoir manipuler davantage que le bistouri, les écarteurs et autres outils et être habile à ficeler autre chose que les chairs. Il sait qu'il est le « patron » et adopte volontiers cette attitude. Mais en même temps, il doit s'assurer de la collaboration des deux autres personnes qui travaillent avec lui sur « son cas ». Il blaguera lui aussi au moment des dernières sutures, car il est évidemment tout autant impliqué dans ce qui se passe en salle d'opération. Ce qui ne l'empêchera pas de jouer du coude pour obtenir la modification de l'horaire prévu d'une intervention ou de faire pression pour qu'une salle demeure en

fonction durant la période des vacances. Alors que l'anesthésiste travaille à éviter de rester dans l'ombre comme simple « machiniste » au moment de l'intervention chirurgicale, le chirurgien doit pour sa part constamment réitérer qu'il fait partie de l'équipe même s'il n'est pas rattaché à l'hôpital dans les mêmes termes que le sont l'infirmière et l'anesthésiste. L'importance accordée à cette notion montre qu'il s'agit là d'un enjeu important pour le chirurgien.

Ainsi, il ressort de ce qui précède que les comportements adoptés en salle d'opération autant par l'infirmière que par l'anesthésiste ou le chirurgien sont informés par l'ensemble des rapports sociaux professionnels qui existent au bloc opératoire ou dans un hôpital en général. Bien sûr, l'univers hospitalier ne se construit pas lui-même en vase clos et n'est compréhensible que si on le replace dans l'ensemble des rapports sociaux de la société québécoise.

Le retour sur scène

L'énoncé de la troisième hypothèse de cette recherche était que les personnes impliquées dans la réalisation d'un rituel tendent à maintenir les conditions qui prévalent dans ce contexte, de façon à le reproduire. Cette proposition peut paraître évidente, mais ce qui l'est moins, ce sont les moyens mis en œuvre pour atteindre pareil objectif. Ce repérage s'avère d'autant plus délicat que les comportements symboliques ne sont pas tous clairement identifiés dans la conscience des actrices et des acteurs. Il faut s'appuyer sur les observations effectuées dans les salles d'opération ainsi que sur une meilleure connaissance de ce milieu pour traiter de cette question.

Il est aisé de considérer que ce qui se passe dans une salle d'opération revêt un caractère bien particulier. Conduire un être vivant dans un coma artificiel par les connaissances et les techniques de l'anesthésie, inciser les chairs de cette personne et pénétrer à l'intérieur de son corps avec des outils sophistiqués, se prêter à des manipulations diverses : cautériser, sectionner, coudre, procéder à des ablations, ajouter des éléments artificiels grâce aux techniques chirurgicales, comprennent tous les ingrédients nécessaires à la théâtralisation. L'activité chirurgicale est spectaculaire dans son essence.

Leurs fonctions mêmes induisent les personnes qui travaillent en salle d'opération à participer à ce spectacle et à le reproduire, même si tout le symbolisme qui entoure ces pratiques est en quelque sorte relégué au second plan et que les trois personnages de la salle d'opération jugent leurs activités en fonction de leur rapport à la technologie. Ce discours permet d'ailleurs de restructurer symboliquement les rapports professionnels dans certains cas : l'infirmière modifie son rapport hiérarchique aux médecins en s'« appropriant » le domaine de l'aseptie, l'anesthésiste regarde d'un œil satisfait la présence sans cesse grandissante d'appareils sophistiqués dans son environnement. Il trouve là le moyen d'ajuster son rapport à son collègue. Le travail du chirurgien est axé lui aussi sur le perfectionnement de la technologie et celui-ci s'en sert pour maintenir l'image de « patron » qu'il projette vers les deux autres personnages. Toutefois, les conditions d'exécution du rituel se transforment rapidement. Les changements technologiques et la division professionnelle du travail vont de plus en plus

influencer les comportements en salle d'opération et apporter des perturbations dans le processus de reproduction des rapports symboliques maintenus à travers la technologie. D'ailleurs, technologie et division du travail sont liées dans ce processus. Il faut alors se demander comment les personnages de la salle d'opération parviendront à faire que la théâtralisation demeure, que le rituel se reproduise encore, malgré les nombreuses transformations techniques et sociales qui influencent ces activités.

Nous posons l'hypothèse que les personnages construiront les conditions de reproduction du rituel. Certaines avenues s'ouvrent déjà qui obligeront à des modifications des comportements en salle d'opération. Mais il faudra attendre pour voir se déployer ces ajustements dans le rituel. Il y a peut-être à parier que les développements des techniques et de la technologie chirurgicales continueront de remplir des fonctions symboliques.

Conclusion

Depuis le début des années 1980, l'ethnomédecine a concrétisé le projet théorique déjà élaboré durant la décennie précédente d'inclure la biomédecine dans le champ de ses préoccupations. Ce faisant, les anthropologues ont aussi (re)découvert l'intérêt et la pertinence de s'interroger sur les comportements des thérapeutes de ce système de médecine. Mieux comprendre les comportements symboliques en salle d'opération s'inscrit précisément dans la problématique théorique générale posée par l'ethnomédecine. C'est dans cette perspective qu'il faut situer nos hypothèses relatives à la place de la technologie dans l'interprétation de la ritualisation, aux rapports sociaux de la société globale dans la compréhension des rapports de travail en salle d'opération, aux mécanismes de reproduction des rapports symboliques dans ce contexte de travail. La vérification de ces hypothèses ouvre sur la complexité et la richesse des comportements et des rapports professionnels qui existent en salle d'opération. La démarche adoptée dans cette recherche permet de dégager des constatations précises, endossées en bonne partie par les personnes directement impliquées dans les blocs opératoires, ainsi que par les gestionnaires de ce service.

Par ailleurs, sans nier l'intérêt d'aborder les diverses théories sur le rituel en vigueur en anthropologie, il nous a semblé préférable de nous en tenir, pour les fins de la démonstration, aux remarques présentées par Katz (1981) dans son article et aussi, pour l'élaboration de la troisième hypothèse, à ce que Leach (1968) avait dit de la reproduction du rituel. Notre recherche offre une vision intégrée des travaux de Katz (1981), de Elliott-Felker (1983) et de Cassell (1987) sur les comportements en salle d'opération. Elle montre les trois principaux personnages de ce milieu de travail en action plutôt que de mettre la focale sur le chirurgien seulement ou encore de référer aux liens entre les relations de travail en salle d'opération et les rapports sociaux de la société globale sans les qualifier véritablement. La liaison dégagée par l'analyse entre les rapports symboliques et la technologie en salle d'opération s'avère également une contribution nouvelle aux recherches anthropologiques sur les comportements des thérapeutes de la biomédecine.

Mais ce qui semble plus intéressant encore, c'est l'extrême richesse qu'offre l'ethnographie de la salle d'opération. Alors qu'au départ de cette enquête il était aisé d'appréhender l'originalité d'un tel sujet de recherche, rien ne laissait soupçonner que le matériel recueilli couvrirait autant de niveaux de réalité. Plusieurs aspects de l'analyse n'ont été qu'effleurés dans ce texte et il faudra revenir autant sur les dimensions proprement rituelles que sur les enjeux professionnels ou sociaux décelables à l'intérieur de la salle d'opération. Il sera peut-être possible alors de montrer comment et jusqu'où ce qui se passe à l'extérieur du bloc opératoire influence les comportements qu'on y trouve. Par ailleurs, une lecture fine des comportements manifestés dans ce milieu spécifique d'enquête offre peut-être un angle inusité mais tout à fait pertinent à la compréhension de phénomènes plus généraux, tels le rapport à la technologie ou encore les relations femmes-hommes dans la société québécoise.

Références

- BOSK C.
1979 *Forgive and Remember. Managing Medical Failure*. Chicago : The University of Chicago Press.
- CASSELL J.
1987 « On Control, Certitude and the 'Paranoia' of Surgeons », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 2 : 229-249.
- COMAROFF J.
1978 « Medicine and Culture : Some Anthropological Perspectives », *Social Science and Medicine*, 12B : 247-254.
- ELLIOTT-FELKER M.
1983 « Ideology and Order in the Operating Room » : 349-365, in L. Romanucci-Ross *et alii*, *The Anthropology of Medicine*. New York : Praeger.
- FOX R.
1959 *Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown*. Glencoe : The Free Press.
- GENEST S.
1978 « Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3 : 5-28.
- GAINES A. et R. Hahn (éd.)
1985 *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht : D. Reidel Publishing Co.
- GLITTENBERG J.
1978 « Cultural Values Confronting OR Nurses », *Australian Operating Room Nurses' Journal*, 27, 7 : 1291-1295.
- HAHN R. et A. Kleinman
1983 « Biomedical Practice and Anthropological Theory : Frameworks and Directions », *Annual Review of Anthropology*, 12 : 305-333.
- ILLICH I.
1975 *Némésis médicale*. Paris : Éditions du Seuil.

- JAMES J.
1978 « Magic and Ritual — Old Habits in Modern Settings », *The Australian Nurses' Journal*, 8, 1 : 48-49, 53.
- KATZ P.
1981 « Ritual in the Operating Room », *Ethnology*, 20, 4 : 335-350.
- KLEINMAN A.
1981 « The Meaning Context of Illness and Care : Reflections on a Central Theme in the Anthropology of Medicine » : 161-176. in E. Mendelsohn et Y. Elkana (éd.), *Sciences and Cultures. Sociology of the Sciences*. Dordrecht : D. Reidel and Sons.
- LEACH E.
1968 « Ritual », *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 13 : 520-526.
- LEIGHTON K.
1986 « Tone in the Operating Room », *Canadian Medical Association's Journal*, 135, September 1 : 443-444.
- LOCK M. et D. Gordon (éd.)
1988 *Biomedicine Examined*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- MACCLELLAND D.
1978 « Do We Base Decisions and Actions on Rationale or Ritual ? », *Australian Operating Room Nurses' Journal*, 28, 2 : 294-295.
- MARETZKI T.W.
1985 « Including the Physician in the Healer-Centered Research : Retrospect and Prospect » : 23-47. in A. Gaines et R. Hahn (éd.), *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht : D. Reidel Publishing Co.
- MCWILLIAMS R.-M.
1976 « Divided Responsibilities for Operating Room Asepsis : The Dilemma of Technology », *Medical Instrumentation*, 10, 6 : 300-301.
- MILLMAN M.
1978 *The Unkindest Cut. Life in the Backrooms of Medicine*. New York : William Morrow and Co.
- OLESEN V.
1975 « Convergences and Divergences : Anthropology and Sociology in Health Care », *Social Science and Medicine*, 9, 8-9 : 421-426.
- POSNER T.
1980 « Ritual in the Surgery », *MIMS Magazine*, 1, August : 41-48.
- POWLES J.
1973 « On the Limitations of Modern Medicine », *Science, Medicine and Man*, 1 : 1-30.
- REEDER S. et H. Mauksch
1979 « Nursing : Continuing Change » : 209-229. in H. Freeman, S. Levine et L. Reeder (éd.), *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- WRIGHT P. et A. Treacher (éd.)
1982 *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh : Edinburgh University Press.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Un, deux, trois... bistouri

Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération

L'étude comparative des systèmes médicaux a permis que se multiplient les recherches sur le système biomédical, surtout depuis le début des années 1980. C'est dans la foulée de tels travaux que se situe cette ethnographie des salles d'opération. Construits dans un univers technologique de plus en plus sophistiqué, les rapports de travail entre infirmières, anesthésistes et chirurgiens n'en sont pas moins le produit des multiples facettes des rapports sociaux et de leur dimension symbolique. L'auteur propose d'examiner comment la technologie structure les rapports de travail, dans quel sens les rapports sociaux de la société globale influencent ce qui se passe dans la salle d'opération et jusqu'à quel point les conditions de travail permettent de reproduire les rituels qui s'y déroulent.

Technology, Symbolism and Social Relations in the Operating Theater

Theoretical developments in comparative studies of medical systems have paved the way to an increasing number of researches on biomedicine, mainly from the beginning of the 80s. The ethnography of the operating theater stems precisely from these new trends in ethnomedicine. It takes as a starting point that relations which prevail between nurses, anaesthesiologists and surgeons in an environment of highly sophisticated technology should be looked at as products of social relations and symbolism. This paper then focuses on how technology helps in shaping work relations, how social relations in society influence what is going on in the operating room and how far can rituals be reproduced in this particular context.

*Serge Genest
Département d'anthropologie
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1K 7P4*