

Formation emploi

Revue française de sciences sociales

170 | Avril-Juin 2025

Varia

De « *super infirmière* » à « *plus qu'infirmière* ». Les conditions sociales de spécialisation des infirmières anesthésistes

From 'super nurse' to 'more than nurse'. The social conditions of nurse anesthetist specialization

NICOLAS EL HAÏK-WAGNER

<https://doi.org/10.4000/140hh>

Résumés

Français English

Les infirmières anesthésistes se distinguent par une importante autonomie clinique et un binôme étroit avec les médecins anesthésistes. Mobilisant récits biographiques, observations et un questionnaire, cet article interroge la sociogenèse de leurs dispositions techniques et de leur sentiment d'assurance vis-à-vis des médecins. Il investigate plus spécifiquement leurs propriétés sociales et trajectoires dès la sortie des études en soins infirmiers. Leur fréquent début de carrière en réanimation constitue un investissement cognitif, socialement différencié. Il renforce l'incorporation d'une série de dispositions et nourrit un sentiment d'usure lié aux conditions d'exercice et des frustrations tenant aux limites du statut infirmier. La reprise de formation comme infirmière anesthésiste parachève un triple reclassement statutaire – clinique, matériel et symbolique – qui consacre la place singulière de ce sous-groupe infirmier.

Nurse anesthetists are characterized by a high degree of clinical autonomy and a close working relationship with anesthesiologists. Using biographical narratives, observations and a questionnaire, this article examines the sociogenesis of their technical dispositions and their sense of assurance vis-à-vis doctors. More specifically, it investigates their social properties and trajectories as soon as they leave nursing school. Their frequent career start in intensive care represents a socially differentiated cognitive investment. It reinforces the incorporation of a series of dispositions and nourishes a feeling of wear and tear linked to the conditions of practice, as well as frustrations linked to the limits of nursing status. At the end of this period, they start a



new curriculum to become nurse anesthetists. It completes a triple reclassification of status – clinical, material and symbolic – which confirms the singular place of this nursing sub-group

Entrées d'index

Mots-clés : infirmier, mobilité professionnelle, reprise d'études, aide anesthésiste, cheminement professionnel

Keywords: nurse, occupational mobility, resuming education, nurse specialised in anaesthetics, occupational paths

Index JEL : I19 - Other, J24 - Human Capital; Skills; Occupational Choice; Labor Productivity

Texte intégral

Introduction

- 1 La spécialisation infirmière¹ est présentée par les pouvoirs publics comme une réponse à la désertification médicale et à la pénurie de personnels paramédicaux. Alors que la professionnalisation infirmière est jalonnée par une quête d'autonomie (rôle propre, contrôle de la formation, etc.) face à la subordination médicale (Lert, 1996), la spécialisation revêt un enjeu symbolique. Son étude présente un double intérêt sociologique : étudier la recomposition des territoires professionnels et les « *luttés de juridiction* » (Abbott, 1988) consécutives de l'introduction d'échelons intermédiaires dans la division du travail médical ; examiner les conditions sociales de possibilité d'engagement dans des parcours impliquant une longue reprise d'études (deux ans) et la mobilisation de dispositions scolaires, sociales et techniques.
- 2 Nous nous attacherons ici à cette deuxième question, puisqu'elle offre une occasion d'interroger les définitions des mobilités professionnelles et éclaire sous un angle nouveau les fragmentations internes au groupe infirmier. Nous partirons du cas des infirmières anesthésistes (Iade), qui font partie des « *dominantes médicales* ». Elles mobilisent plus leurs connaissances en physiopathologie et en utilisation de machines que leurs compétences relationnelles, et se distinguent des caractéristiques traditionnellement associées au « *capital infirmier* » (Longchamp *et al.*, 2018). Ce segment compte 11 511 professionnelles en 2021, exerçant à 91 % en salariat à l'hôpital². Il a vu ses effectifs doubler en vingt ans. Avec la mobilisation de médecins à diplôme extracommunautaire, le recours accru aux Iade constitue l'un des deux leviers étatiques pour faire face à la hausse du volume d'actes anesthésiques et à la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)³.
- 3 Ce segment présente une morphologie singulière. Il apparaît à l'avant-garde des transformations d'une formation infirmière désormais universitarisée et d'une profession en quête d'une autonomie plus large. Avec un tiers d'hommes (31 %), contre 13 % dans le groupe infirmier, il s'agit du segment le plus masculinisé. Cela reflète un « *processus de hiérarchisation sexuée en faveur des hommes* », qui voit ces derniers adopter des stratégies de trajectoire ascensionnelle pour accéder aux soins techniques et aux meilleures rémunérations (Picot, 2009). Par ailleurs, les Iade, qui font régulièrement valoir leurs revendications au cours de mouvements sociaux conduisant à la mise à l'arrêt complète des blocs, ont obtenu l'universitarisation et la reconnaissance du grade master de leur formation dès 2012, dix ans avant les infirmières de bloc opératoire (Ibode). En 2023, l'inspection générale des affaires sociales a plaidé pour leur accès au statut d'infirmière de pratique avancée (IPA).



- 4 Les Iade se distinguent par l'exercice d'une importante autonomie clinique, qui s'étend au-delà du diagnostic infirmier, et par un lien étroit au corps médical. Au cours de l'intervention chirurgicale, l'Iade met en œuvre des techniques d'anesthésie, les surveille et les ajuste, sur la base d'une stratégie élaborée par le MAR et sous son contrôle, mais sans qu'il soit forcément présent⁴. Les décrets leur reconnaissent une autonomie croissante, médicalement supervisée, dans le suivi et la gestion périopératoire du patient. Ils élargissent leurs actes exclusifs : transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés, prise en charge de la douleur postopératoire, etc. Par ailleurs, si l'histoire de la relation entre Iade et MAR est empreinte de mouvements contradictoires, entre délégation médicale croissante du travail de surveillance des patients et peur ancrée d'un revers de médaille qui signerait leur marginalisation (Faure, 2005), ce binôme est décrit, de part et d'autre, comme indissociable et peu conflictuel. La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) présente ainsi les Iade comme des « *partenaires indispensables* » et de « *proches collaborateurs* » et prend leur défense au cours de mouvements sociaux⁵. Cela contraste avec les rapports de domination historiques entre chirurgiens et Ibode, qui tendent à perdurer (El Haïk-Wagner, 2025).
- 5 Cet exercice d'une autonomie clinique et cette proximité au corps médical, mobilisées à des fins de différenciation par les organisations professionnelles, singularisent les Iade⁶. Dans les autres spécialisations comme les IPA, l'exercice autonome, la reconnaissance d'une expertise clinique et la construction de sa légitimité constituent en effet des enjeux récurrents de lutte que la possession d'un diplôme de grade master ne suffit pas à résoudre (Giraud & Moraldo, 2022 ; Luan & Fournier, 2023). Or si un cursus spécifique d'aide-anesthésiste existe depuis 1939 et si les Iade ont obtenu la fermeture de leur marché du travail depuis 1988⁷, ce seul historique semble insuffisant pour expliquer cette atypie. Dans un contexte d'« *indissociable asymétrie* » persistante entre médecins et infirmières (Divay, 2023), comment devient-on Iade, c'est-à-dire comment acquiert-on ces dispositions à un exercice clinique autonome et à l'assurance sociale vis-à-vis du corps médical ? Et quelles sont les conditions sociales et biographiques rendant possible cette autonomie infirmière en anesthésie ?
- 6 Nous examinerons pour cela la trajectoire professionnelle des Iade dès leur sortie des études infirmières, en tenant compte des dispositions incorporées et contextes d'action, puis les effets subjectifs de cette mobilité. Dit autrement, afin de comprendre les conditions sociales de possibilité de la spécialisation infirmière en anesthésie, nous nous attacherons à l'expérience des Iade et aux dispositions qu'elles incorporent au cours de leur trajectoire hospitalière, au-delà de leurs seules propriétés sociales. Nous focaliserons sur la trajectoire la plus fréquente : l'installation initiale dans le métier infirmier au sein des services de réanimation, le « *désengagement* » de cette activité puis le « *réengagement* » dans l'exercice au bloc (Négroni, 2007).

1. Examiner les trajectoires professionnelles à l'aune des dispositions et savoirs incorporés



1.1. Une mobilité « *sur place* », socialement située et fortement investie subjectivement

- 7 La sociologie des trajectoires professionnelles invite à prendre en compte leur dimension objective (soit la succession de postes occupés par l'individu) et subjective (le sens donné à ces expériences). Elle les envisage comme « *une accumulation d'expériences vécues, et ainsi considérées comme un ensemble d'événements, activités et situations, qui sont investis de significations, raisonnements, interprétations* » (Demazière, 2018, p. 169). Le concept invite à se démarquer d'une appréhension « *balistique* » de la trajectoire pour saisir, de façon dynamique et processuelle, non seulement les déterminismes à l'œuvre, mais aussi les accidents et opportunités au fil du parcours (Bessin, 2009). Il fait écho à celui de carrière, qui appelle à examiner les entrecroisements entre cette dimension biographique du cycle de vie et les contraintes des organisations et des systèmes d'emploi (Hughes, 1996).
- 8 L'accès à la formation Iade est conditionné à la possession du diplôme infirmier et à deux ans d'exercice⁸. Aussi, il ne constitue ni une reconversion, soit un « *changement d'activité, de secteur ou de profession, opéré de manière volontaire* » (Négroni, *op. cit.*), ni une bifurcation professionnelle (Bidart, 2006), marquée par sa radicalité, son imprévisibilité et son irréversibilité. Excepté l'accès à l'encadrement, les évolutions de carrière infirmière sont essentiellement « *horizontales* » (Divay, 2013), c'est-à-dire marquées par des évolutions de poste à un même niveau hiérarchique, mues par la recherche de conditions de travail jugées plus favorables par rapport aux problèmes récurrents du métier (Becker, 1952). Devenir Iade s'apparente ainsi à une mobilité « *sur place* », où l'on « *change d'emploi sans changer de profession* » (Dubost & Tranchant, 2019), tout en bénéficiant d'un gain salarial. S'il y a immobilité objective, au sens des catégories statistiques d'enregistrement de la mobilité sociale, la spécialisation est néanmoins investie comme une « *mobilité verticale subjective* », soit une « *véritable reconversion face à des frustrations et un déficit de légitimité accumulés dans l'exercice de leur métier d'infirmier* » (Giraud & Moraldo, *op. cit.*, p. 268). L'imbrication des motivations matérielles et symboliques consacre un entre-deux entre mobilité-promotion et mobilité-équilibre (Négroni, *op. cit.*).

1.2. Envisager conjointement dispositions et contextes d'action

- 9 Dans la continuité d'une attention aux petites mobilités sociales et professionnelles et à la pluralité des cadres socialisateurs qui les façonnent (Lahire, 2016), les travaux sur les IPA soulignent l'importance des dispositions de classe, couplées à une insatisfaction dans l'exercice, dans ces trajectoires ascensionnelles⁹. Inscrites dans des mobilités sociales intergénérationnelles et tenant parfois à des « *regrets d'école* » (Poullaouec, 2019), elles sont socialement situées. Les propriétés sociales, les conditions matérielles d'existence et la « *bonne volonté scolaire* » des IPA favorisent leur reprise de formation (Giraud & Moraldo, 2024). L'appropriation du diplôme est elle aussi socialement différenciée. Il est perçu par les plus anciennes comme une certification scolaire reconnaissant une longue expérience et actant une mobilité sociale horizontale. Pour les plus jeunes, il s'apparente à un rehaussement statutaire pour être « *plus qu'infirmier* » et repositionner un métier perçu comme limitant d'un point de vue symbolique et salarial (Giraud & Moraldo, 2022). Cette approche pointe l'importance du diplôme dans la clôture du territoire professionnel, son investissement différencié en fonction du degré d'expérience, et la diversité des contextes socialisateurs à envisager dans l'étude de ces trajectoires, notamment la sphère conjugale et familiale. Nous montrerons ici aussi l'entremêlement des propriétés sociales et de conditions biographiques dans des stratégies précoces d'investissement de la carrière infirmière en vue d'une spécialisation



ultérieure.

- 10 Cette entrée par les groupes professionnels souligne combien leurs modalités d'organisation et de régulation structurent les parcours, particulièrement dans les professions de santé (Abbott, *op. cit.*). Elle peut néanmoins éluder les dispositifs organisationnels qui y concourent. Ils sont notamment visibles dans les mobilités non choisies, de courte durée, à l'heure d'injonctions à la polyvalence infirmière (Van Schingen, 2017), et dans les mises à l'épreuve initiatives que représentent les postes de « *faisant fonction* » des cadres de santé (Divay, 2018). Surtout, se focaliser sur le diplôme ne renseigne que peu sur les contextes d'action, notamment sur les savoirs réels et incorporés mobilisés dans l'activité de travail (Lomba, 2024). Des travaux ont pourtant montré qu'ils participent à rendre possibles les projets de mobilités et leur mise en œuvre, favorisant le transfert de savoir-faire et savoir-être entre secteurs limitrophes (Denave, 2024), ou qu'ils les entravent quand ils sont absents (Arborio, 2024). Au-delà de ces savoirs et des épreuves instituées (concours, entretiens), le collectif de travail peut donner naissance à des projets de spécialisation, à travers des processus de sélection, désignation et habilitation au cours des stages (Schepens, 2014). Il socialise également à un cadre spécifique de référence, conférant du sens à l'activité, et légitime des projets d'orientation en transmettant une « *place professionnelle* » (Girard, 2019).
- 11 La grande majorité des Iade a exercé en réanimation avant de se spécialiser. Dans un premier temps, nous montrerons que ce début de trajectoire constitue un investissement cognitif, socialement différencié, en sortie d'études infirmières. Il renforce une série de dispositions et nourrit un sentiment d'usure lié aux conditions d'exercice, à une fatigue compassionnelle et à l'impression de limites intrinsèques au statut infirmier. Nous examinerons ensuite comment la reprise de formation après cette expérience parachève un triple reclassement statutaire – clinique, matériel et symbolique – qui consacre la place singulière des Iade.

Encadré 1. Un recueil ethnographique de récits biographiques, associés à un questionnaire

Cet article s'inscrit dans une recherche doctorale (2021-2024) qui a exploré les recompositions de l'activité opératoire dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Il repose sur des terrains dans deux petits blocs monodisciplinaires de CHU franciliens, l'un de chirurgie hépatique (observations de septembre 2021 à juillet 2022, 200 heures), l'autre de neurochirurgie (observations d'avril 2022 à juillet 2022, 120 heures). L'étude des « *cheminements longs* » implique le croisement de matériaux variés pour restituer le « *double jeu de déterminations* » et contrôler, autant que faire se peut, le travail de tri et de reconstruction *a posteriori* intrinsèque aux récits rétrospectifs (Arborio, 2009). Sur ces deux terrains, nous avons recueilli, au cours de conversations et d'entretiens informels, les récits biographiques d'une douzaine d'Iade (infirmières anesthésistes), de genre et niveaux d'expérience variés. S'il limite le volume de matériaux recueillis par rapport à des entretiens formels, ce mode de recueil permet d'associer les récits à des observations de pratiques et d'interactions avec les autres professionnels. Trois jours d'observation ont eu lieu dans le service de neuroréanimation du deuxième terrain, par lequel étaient passés plusieurs Iade interrogés. Afin de contextualiser ces données, un questionnaire de trente-huit questions, articulé autour de quatre thèmes (trajectoire comme infirmière diplômée d'État [IDE], choix de devenir Iade, modalités de la reprise des études, projections et attentes sur le métier Iade) a été diffusé auprès des étudiantes Iade en fin de 2^e année de formation à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). 75 % des étudiantes (n = 71) y ont répondu. 72 % des répondantes sont des femmes, 28 % des hommes ; elles



ont en moyenne huit ans d'expérience comme IDE et un âge moyen de 34 ans. Ces données (questions fermées exclusivement) ont fait l'objet d'une analyse descriptive et sont présentées ici à titre de cadrage.

2. Devenir une « *super infirmière* » en réanimation

- 12 Débuter l'exercice infirmier en réanimation s'apparente à un investissement, socialement différencié, visant l'exercice dans un service prestigieux. Cette expérience participe à l'incorporation de dispositions techniques et relationnelles et à un sentiment d'usure qui renforcent la volonté d'une trajectoire ascensionnelle.

2.1. Un investissement cognitif en vue d'une trajectoire ascensionnelle

- 13 À la sortie des études infirmières, le choix d'exercer en réanimation constitue un investissement cognitif, motivé par la volonté d'une formation technique intensive au sein d'un service élitiste. Ce choix entretient la possibilité d'une mobilité horizontale ultérieure.

- 14 81 % des étudiantes interrogées ont eu une ou plusieurs expériences en réanimation avant d'entrer en formation Iade ; 41 % y ont exclusivement exercé. Leurs autres expériences ont trait au pôle technique de l'hôpital : salle de réveil, service d'urgences ou structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), etc. Moins d'un cinquième a exercé dans un service du pôle relationnel (gériatrie, psychiatrie, chirurgie), en libéral ou dans le médico-social. Ce choix de la réanimation en sortie d'études est socialement différencié et tient souvent à des « *regrets d'école* ». Parmi les étudiantes y ayant exclusivement exercé (n = 28), dix-sept ont au moins un parent occupant une profession intermédiaire ou supérieure, onze ont un médecin dans leur entourage familial proche, vingt-cinq avaient envisagé de réaliser des études de médecine et dix-neuf en ont commencé avant l'IFSI. De même, les Iade rencontrés au bloc ont des parents issus pour la plupart des catégories moyennes et supérieures (ingénieur, cadre, principal adjoint dans un collègue, etc.) et plusieurs avaient initialement débuté des études médicales. Dans notre échantillon, dix-huit hommes sur dix-neuf avaient envisagé d'autres études que celles d'infirmières (essentiellement médecine, mais aussi des sciences dures, études d'ingénieur ou de commerce). Ils ont en moyenne une expérience plus courte dans les services avant la reprise d'études (cinq ans et demi, contre sept ans et demi dans l'échantillon). Cela peut laisser supposer une stratégie d'investissement précoce de la carrière infirmière plus récurrente (Picot, 2009) et de moindres contraintes objectives en matière d'articulation entre les sphères professionnelle et familiale.

- 15 Ce choix de la réanimation tient à la volonté de poursuivre une formation technique intensive, au sein d'un service prestigieux et en proximité immédiate avec le corps médical. L'expérience est décrite comme rendant possible la polyvalence ultérieure de l'exercice hospitalier et la poursuite d'une spécialisation. Il s'agit ainsi d'un « *investissement cognitif* » qui rend plus aisée une trajectoire ascensionnelle (Denise, 2018)¹⁰, qu'un tel projet soit ou non déjà défini. 54 % des étudiantes avaient déjà envie de se spécialiser comme Iade au cours de l'IFSI, comme Martin, 32 ans (père cadre, mère enseignante), Iade en neurochirurgie depuis sept ans :



« La réa, c'est un tremplin pour être Iade. Un infirmier qui fait de la réa, c'est un infirmier qui sait réagir à n'importe quelle situation, ils sont très recherchés. Quand tu dis que tu viens de la réa, des urgences ou de la salle de réveil, on comprend que tu sais prendre en charge tous les patients. »

16 Comme Martin le sous-entend, la réanimation constitue un service « *de pointe* », associé aux prouesses techniques, à la gravité des pathologies et défaillances vitales rencontrées autant qu'à l'intensité du rythme de travail (Kentish-Barnes, 2008). Au-delà du caractère formateur du service, des conditions biographiques (jeune âge, célibat ou conjugalité sans enfant) rendent les IDE plus susceptibles d'accepter la pénibilité physique et les contraintes horaires. C'est le cas de Martin, qui était célibataire à la sortie de l'IFSI.

17 S'il peut paraître antithétique au vu d'un éthos infirmier fondé sur le relationnel et l'approche globale du patient, cet engagement est en outre perçu comme une façon de maximiser la combinaison de technicité et de relationnel constitutive des soins infirmiers, le tout mêlé de défi (sens de l'urgence, temps cadencés, etc.). Jeanne (père ingénieur, mère infirmière), Iade en chirurgie hépatique, après cinq ans en réanimation (neurochirurgie et chirurgie cardiaque pédiatrique) et salle de réveil, « *a fait infirmière dans le but de devenir Iade* ». Elle relève :

« D'un côté, il y a l'aspect technique, on n'est pas là par hasard, et dans un second temps, il y a un contact avec le patient qui est très court. Il faut qu'on optimise au maximum ce contact pour que le patient se sente bien, confortable et puisse s'endormir correctement. [...] À la fois très technique et très humain, et tout ça dans des temps très carrés. »

18 Le projet de spécialisation se confirme ensuite ou s'élabore au contact des Iade croisées en salle de réveil ou au cours des transferts de patients du bloc, et de collègues préparant le concours. « *Quand on fait beaucoup de réa, on a un peu l'idée derrière la tête de faire Iade, ça nous plaît le soin technique, on rencontre des Iade, ça devient un peu la voie obligatoire* » soutient Agathe (père cadre supérieur, mère couturière), Iade depuis seize ans, après quatorze ans en oncologie et réanimation (chirurgie digestive et cardiaque). En réanimation, les Iade suscitent des commentaires laudateurs. Si les IDE s'interrogent sur le caractère monotâche de leur activité et les fortes lignes hiérarchiques au bloc, les Iade sont associées à un concours sélectif, d'importantes connaissances et responsabilités, ainsi qu'à une attitude de maîtrise de soi. Tout ceci les rapproche de la figure médicale : « *Iade, c'est comme médecine sans faire médecine* », « *ça se rapproche plus du métier de médecin que d'infirmier* ».

19 Des processus d'habilitation et de désignation participent aussi à la formalisation du projet, comme le fait d'être « *repéré* » par une cadre (Divay, 2018). 60 % des étudiantes mentionnent le soutien d'une cadre dans leur projet : encouragement, appui à la demande du financement, aménagement du planning pour faciliter les révisions, passation d'oraux blancs, etc. Si elle n'est elle-même pas Iade, Anouck, 60 ans, cadre en neuroréanimation, encourage certaines IDE de son service à poursuivre le projet. Elle définit ainsi le profil type des candidates :

« C'est un infirmier qui va au-delà de son simple boulot, qui veut encadrer des élèves, qui va faire des protocoles techniques, qui sort un peu du lot quoi, qui a la niaque et qui en veut. »



2.2. Incorporer des dispositions techniques et d'assurance face aux médecins

20 Cet investissement cognitif renforce l'incorporation de dispositions techniques et d'assurance face aux médecins.

21 Le début de carrière en réanimation intensifie les apprentissages débutés en IFSI : maniement des médicaments et du monitoring multiparamétrique, intubation et extubation (pose de tuyaux et cathéters, utilisation des pousse-seringues et des transfuseurs rapides), etc. Cette familiarisation avec l'appareillage technique, la pharmacologie et la démarche clinique est d'autant plus aisée que les patients sont la plupart du temps inconscients. L'apprentissage peut alors se faire au rythme du professionnel, en se focalisant sur le geste (Kentish-Barnes, *op. cit.*). Le contact est quotidien avec les réanimateurs, entretenant un compagnonnage rassurant. « *On savait ce qu'ils faisaient, on comprenait ce qu'ils faisaient, tu les assistais pendant les gestes* », raconte Nour, Iade en neurochirurgie après sept ans en réanimation, qui insiste sur la relation « *proche* » des médecins.

22 « *À la moindre interrogation, je pouvais demander* » poursuit Nour : dans ces débuts, les questions ne sont pas *ipso facto* disqualifiées ou jugées illégitimes. Si les différences de points de vue entre IDE et réanimateurs sont fréquentes (Paillet, 2007), une certaine collégialité est entretenue par les staffs. Les IDE y sont invitées à partager un résumé de l'état clinique des patients et à « *amener des observations qui peuvent contribuer à des pistes au niveau médical* » (Nour), ce qui est *a posteriori* décrit comme soutenant. Cette participation aux staffs implique des « *charges de la participation* » (Charles, 2012), soit une nécessaire rigueur dans la description des signes cliniques et un stress dans la prise de parole. Elle contribue néanmoins à s'aguerrir sur le plan clinique et entretient des dispositions à l'assurance face au corps médical.

23 L'incorporation de ces dispositions techniques va de pair avec celle de dispositions relationnelles et émotionnelles : c'est autant la technicité que la gestion personnelle et collective de situations d'urgence qui sont mises à l'épreuve, les IDE étant socialisées à une posture de maîtrise de soi. Le choix de la réanimation tient initialement à un attrait pour les situations d'urgence imprévisibles (arrêts cardiaques spontanés, extubations accidentelles, etc.) et à une recherche d'adrénaline et de sensations fortes, entretenue par la confrontation avec les limites de la vie et des possibles thérapeutiques. L'expérience convertit cette « *innocence initiale* » (Davis, 1966) en qualité d'anticipation, de rigueur, de sang-froid et gestion du stress. Martin insiste sur ces « *compétences non-techniques* » qu'il a valorisées à l'oral d'admission pour l'école Iade :

« *On apprend à voir la situation comme si on y était extérieur, avoir un esprit assez rationnel, le risque étant de se focaliser sur une tâche et de vouloir tout faire en même temps alors qu'il importe de prioriser, faire une tâche à la fois.* »

24 « *On est accroc au stress et aux émotions fortes* », relève-t-il. Les récits valorisent moins l'héroïsme ou le sacrifice que le « *bon stress* », soit un stress synonyme d'euphorie et d'excitation, dont le sens est partagé, qui le rend acceptable, voire désirable (Sarfati, 2008). Cette valorisation de la technique et de l'urgence participe aussi d'une différenciation par rapport aux services d'hospitalisation, marqués par une routinisation plus grande de l'activité et un travail relationnel plus significatif. « *On aime les trucs un peu nouveaux, le challenge, quand ça bouge. Chaque matin, en réa, tu te lèves et tu ne sais pas ce que tu vas trouver, tu ne fais pas la tournée des pansements et des prises de sang à tout le monde* » explique Clara, Iade depuis quinze ans (chirurgie hépatique), après cinq ans en réanimation chirurgicale. Elle insiste sur « *l'utilité* » de chaque geste réanimatoire et la « *vraie incidence* » sur le patient du travail.



2.3. Des frustrations et aspirations, dans un nouveau contexte biographique

25 Ce début de trajectoire constitue enfin une expérience socialisatrice marquée par des solidarités fortes et le partage progressif d'un sentiment d'usure qui nourrit les attentes tirées des représentations de ce qu'un diplôme supplémentaire aiderait à obtenir. Aussi, en sus des propriétés sociales des IDE, ce sont autant la série de dispositions confortées par cette trajectoire que les frustrations qu'elle nourrit qui créent les conditions de possibilité d'une spécialisation comme Iade.

26 L'expérience en réanimation est marquée par la primeur accordée au collectif de travail, vecteur d'épanouissement dans l'activité et de régulation émotionnelle. Ce collectif se distingue par un âge moyen bas et un turn-over important (les IDE restent en moyenne deux à trois ans dans un service). Il constitue une ressource face à l'adversité des situations, comme l'explique Nour :

« En réa, on rigole, on se balance des trucs à travers la salle, c'est que des jeunes, ça rigole, c'est "La croisière s'amuse" [série télévisée des années 1970], c'est des frères et sœurs, vraiment, tu t'engueules un jour et puis après tu redeviens pote le lendemain. »

27 Son récit pointe la solidarité et la forte convivialité, qui n'excluent pas pour autant les conflits interpersonnels parfois larvés, mais s'avèrent rassurantes dans les situations d'urgence (désaturation brutale, extubation accidentelle, arrêt cardiaque, etc.) : « On ne sent jamais seul ». Les IDE rencontrées évoquent de la même manière un « esprit de famille » ou une « grande cour de récréation », marquée par un partage des tâches (« c'est pas chacun son patient sa merde ») et un rôle important accordé au binôme « IDE/AS » (aide-soignant). Ce collectif concourt à un sentiment d'appartenance enraciné dans une éthique de l'audace (Denise, *op. cit.*) et tient au temps significatif passé entre collègues, notamment la nuit et lors des week-ends. Il apparaît d'autant plus important que la discontinuité des rythmes (par exemple, alternance de trois mois avec travail de jour, puis trois mois avec travail de nuit) entrave la vie familiale et les sociabilités extérieures.

28 L'intensité de cette expérience, initialement perçue comme épanouissante et formatrice, s'avère progressivement source d'usure. Parmi les trois difficultés principales rencontrées, les étudiantes Iade ayant exercé en réanimation mentionnent les conditions de travail (80 %), la pénibilité de l'activité (56 %) et le déficit de reconnaissance (49 %). Elles ont pour première conséquence professionnelle la fatigue (83 %) et sur le plan personnel une difficulté à poursuivre des activités extra-professionnelles (78 %). Les conditions et le rythme de l'activité (travail de nuit, sursollicitations, stress chronique, etc.) nourrissent le sentiment d'un « travail empêché » (Clot, 2015). Samantha, Iade, qui a exercé cinq ans en neuroréanimation, raconte l'usure qui l'a gagnée face à un impossible contrôle organisationnel et relationnel des patients et de leurs proches :

« Les services, c'est le cauchemar, trop de pression. En réa, tu as trois patients intubés, ventilés, tu dois faire un examen, et l'autre, en même temps, il trouve le moyen de désaturer... Tu éponges de tous les côtés, les familles, tu n'as qu'une envie, c'est de leur dire "ta gueule" et ça crée de la déshumanisation. Quand j'ai commencé à vriller [elle relate des altercations avec des collègues et des patients], j'ai dit "stop". En réa, faut être un moine Shaolin pour pas s'énerver ! »



Cette usure n'est ainsi jamais loin d'une forme de « fatigue compassionnelle » (Loriol, 2001). Elle fait écho à la prévalence importante de syndromes sévères

d'épuisement professionnel chez les IDE de réanimation. Les récits insistent sur la fatigue tirée d'un travail émotionnel contraignant et d'une gestion éprouvante d'états médicaux précaires. La confrontation fréquente à la mort, un relationnel complexe avec des familles endeuillées ou échaudées par le passage de leur proche dans le service, et des deuils non reconnus y concourent aussi. « *J'étais rayée [très éprouvée] psychologiquement* » explique Léa, stagiaire Iade en neurochirurgie, après un an aux urgences puis six ans en réanimation chirurgicale. Elle relève aussi des questionnements éthiques récurrents sur les pratiques (décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives).

30 Ce sentiment d'usure s'accompagne d'un nouveau contexte biographique. Pour les plus jeunes IDE, l'entrée dans la conjugalité ou la parentalité suscite la recherche d'une moindre pénibilité des conditions de travail et d'un gain salarial, que permet la spécialisation. Pour les IDE plus âgées, l'avancée en âge des enfants augure d'une articulation différente des temps sociaux permettant d'envisager une entrée en formation. Cet accent mis sur les contraintes familiales et d'organisation est plus systématique chez les femmes interrogées, reflet du poids différencié persistant des rôles sexués traditionnels dans le façonnement des trajectoires professionnelles (Gavray, 2006). Ce sentiment d'usure se double d'une prise de conscience des limites du statut d'IDE en matière de connaissances théoriques et d'autonomie (Divay, 2013 ; Giraud & Moraldo, 2024). Les discours insistent sur le sentiment de « *tourner en rond* » et d'« *en voir le bout* » :

« *Au bout d'un moment, on stagne dans nos connaissances, même si c'était une réa très polyvalente, hyper intéressante. [...] L'envie d'apprendre d'autres choses, de voir autre chose. Puis le rythme est assez intense en réa. Je faisais deux mois de jours, deux mois de nuit, c'était très fatigant d'un point de vue privé et j'ai eu ma fille. Du coup, je voulais changer [...] J'ai un collègue qui passait la préparation au concours. Il m'a dit "allez, tu viens avec moi". Je me suis mis à la prépa, ça m'a rafraîchi la mémoire et je l'ai passé.* » (Clara).

« *Après avoir fait trois services, je commençais à en voir le bout, les limites de ce que je pouvais faire en réa. Pas que ce soit inintéressant hein, mais il me manquait des choses. Le seul moyen de pouvoir compléter ces choses, c'était la formation Iade, un peu la suite logique de mon parcours professionnel.* » (Martin).

31 La spécialisation Iade est envisagée comme une façon de capitaliser et renforcer les dispositions développées. Elle augure d'un exercice au bloc opératoire jugé moins pénible physiquement et psychologiquement, et vient donner un sens et une issue à ce sentiment d'usure.

3. Être « *plus qu'infirmière* » au bloc opératoire : un triple reclassement clinique, matériel et symbolique

32 L'investissement cognitif que représente le choix de la réanimation renforce l'incorporation de dispositions techniques et l'assurance vis-à-vis du corps médical. Il suscite après quelques années un sentiment d'usure, amplifié par un nouveau contexte biographique, et des frustrations quant aux limites du statut infirmier. Les IDE reprennent alors une formation de deux ans, assortie d'un diplôme de grade master ouvrant l'entrée au marché du travail fermé des Iade (cf. encadré 1). Ce diplôme est



investi comme un triple reclassement – clinique, matériel et symbolique –, qui aide à devenir « *plus qu'infirmière* ».

Encadré 2. La formation Iade

La formation Iade, dispensée dans vingt-huit écoles, dure deux ans, à temps plein. Elle comprend 910 heures d'enseignement et 56 semaines de stage, dans différentes spécialités chirurgicales, en prise en charge de la douleur et au sein d'une équipe de recherche. Elle est accessible à l'issue d'une épreuve écrite d'admissibilité, portant sur les connaissances « *professionnelles et scientifiques* », et d'un oral d'admission (raisonnement clinique, projet professionnel). Elle peut être financée par le centre hospitalier, dans le cadre des enveloppes de formation continue et sous réserve d'un engagement de plusieurs années dans l'établissement, le compte personnel de formation, des bourses d'études des Conseils régionaux ou France Travail (*). 95 % des étudiantes interrogées disposent d'un financement, essentiellement hospitalier.

(*) : Ce point gagnerait à être étudié plus systématiquement. Le capital scolaire et économique et les contraintes conjugales et familiales influencent la recherche de financement, le recours à un organisme privé de préparation, la réussite au concours puis la possibilité de s'investir dans les études, qui entraînent une perte de revenus même en cas de financement (Giraud & Moraldo, 2024).

3.1. Un élargissement théorique certifié scolairement pour être « *autonome* »

33 L'expérience de la réanimation nourrit des attentes quant aux représentations de ce qu'un nouveau diplôme pourrait apporter en termes d'autonomie clinique. La formation, l'exercice solitaire en salle d'intervention et la latitude laissée par les MAR vont aider à les satisfaire.

34 Les Iade expliquent leur volonté de reprise de formation par les connaissances théoriques escomptées, en anatomie, physiologie, physiopathologie et pharmacologie, susceptibles de les aider à acquérir une autonomie clinique. Elles entendent à travers cela une capacité à comprendre les contenus des dossiers des patients et les stratégies anesthésiques, à interpréter les constantes cliniques et paracliniques, et à formuler un raisonnement. Ce faisant, elles aspirent à ne plus seulement appliquer les protocoles, mais à les comprendre et être capables d'en formuler, pour jouir d'une autonomie et responsabilité plus grandes dans leur mise en œuvre. Leila, 55 ans, cadre formatrice Iade, résume ainsi les récits des IDE lors des oraux d'admission :

« Ils se rendent compte à un moment de leur vie qu'ils savent des choses, mais qu'ils peuvent en savoir beaucoup plus, qu'ils peuvent grandir, s'émanciper du médecin, traiter une situation d'urgence sans biper le médecin pour un "oui" ou pour un "non". C'est un peu "je commence à tourner en rond", on entre dans une routine de soin, qui fait qu'on a besoin d'aller un peu plus dans la connaissance, dans les raisons pour lesquelles il y a telle et telle prescription, sur comment se comporter quand il y a une urgence vitale, tout en se disant que "j'ai un potentiel qui me permet d'aller plus loin et de gagner en autonomie". »

35 Le diplôme est investi comme une façon de passer des « *savoir comment* » aux « *savoir que* », soit des compétences pratiques à des connaissances théoriques (Bazin, 2008, p. 598-601). Ce souhait d'un reclassement clinique se comprend aussi à l'aune des regrets d'école et de la bonne volonté scolaire des étudiantes Iade. 27 % ont un autre diplôme que celui infirmier (diplôme universitaire, master 2), et 47 % envisagent une



poursuite d'études ultérieure (diplôme universitaire, master 2 recherche ou cadre, thèse, médecine, etc.).

36 70 % du cursus concerne le développement de connaissances médicales : sciences physiques, biologiques et médicales, fondamentaux de l'anesthésie, réanimation et urgence, etc. Il doit permettre à l'Iade de mettre en œuvre et surveiller des anesthésies générales et locorégionales, « *sous le contrôle exclusif* » d'un MAR et sur la base d'une « *stratégie anesthésique* » qu'il élabore¹¹, mais en laissant souvent l'Iade seule en salle¹². Si le raisonnement clinique et l'élaboration de « *diagnostics infirmiers* » sont constitutifs de la formation initiale, les formatrices en IFSI mettent surtout en avant les éléments extérieurs à la maladie affectant le processus de soin (Girard, *op. cit.*). En formation Iade, le raisonnement clinique enseigné puise dans les connaissances anesthésiques et vise moins à les compléter, par des éléments extramédicaux et holistiques, qu'à les suppléer pour intervenir en premier recours. Il ne s'agit pas seulement de comprendre une stratégie, mais d'apprendre à penser et concevoir un protocole sur la base de diagnostics et interprétations, à l'argumenter face au médecin et à l'ajuster seule en fonction des dysfonctionnements induits par la chirurgie et les médicaments. Cela permet aux Iade de revendiquer un « *mandat* » (Hughes, 1996)¹³ moins subordonné aux médecins que le rôle propre infirmier. Cet accès au savoir médical doit en effet leur permettre d'agir non pas en complémentarité mais en substitution du MAR pour les ajustements mineurs de stratégie anesthésique.

37 Ce jugement clinique constitue ainsi une bifurcation dans la socialisation infirmière. Là où les IDE sont enjointes à appliquer les protocoles, il s'agit comme l'Iade de « *penser par soi-même* » pour agir seule en l'absence du MAR, comme le soutient la littérature professionnelle :

« *En l'absence temporaire du médecin, l'Iade a la responsabilité de son jugement clinique. [...] L'acte d'anesthésie ne se résume donc pas à la simple application d'un protocole. [...] Il s'agit de s'extraire d'un raisonnement préformé qui avait l'avantage d'être rapide, intellectuellement économique et faussement satisfaisant ("Je ne fais rien sans l'avis du médecin"). L'autonomie exige, en effet, un investissement en termes de positionnement, de décision et d'argumentation de ses choix, et nécessite de prendre la responsabilité de penser par soi-même.* » (Giraud-Rochon, 2002, p. 68).

38 Cette autonomie, dont les étudiantes prennent conscience au fur et à mesure de leurs stages, consacre l'Iade comme interlocuteur du chirurgien au cours de l'intervention. La mise en application de ces savoirs en salle d'intervention, en l'absence du MAR, aide à faire valoir leur efficacité et à construire leur légitimité, au-delà de la rhétorique professionnelle (Abbott, *op. cit.*). Elle suscite une appréhension aux débuts dans le métier, au regard du poids des responsabilités et de la difficile connaissance des temps chirurgicaux dans les différentes spécialités. « *En réa, à la moindre merde, tu as tout de suite deux, trois infirmières, un voire deux médecins qui rattachent, au bloc, t'es tout seul et il n'y a pas de leadership clair, il faut réfléchir vite et bien si tu as un pépin* » relève Nour, et ce d'autant que la stratégie anesthésique n'est pas toujours formalisée à l'écrit, comme exigé par la loi.

3.2. Un reclassement matériel dans les conditions et situations de travail



Face au sentiment d'usure et à la nouvelle configuration biographique des professionnelles, le diplôme augure également d'un reclassement matériel. Il permet un gain salarial, une moindre pénibilité des conditions de travail et une plus grande

maîtrise des situations de travail.

40 Les trois principales attentes des étudiantes en la matière sont un gain salarial (78 %) ¹⁴, une plus grande qualité de vie au travail (75 %), et de moindres contraintes horaires (70 %), avec moins de travail de nuit et le week-end, de gardes et d'horaires imposés, et des horaires de déjeuner plus stables. Si les « *charges de la participation* » au bloc restent significatives (travail en 10 h, gardes et astreintes en raison des activités de greffe, etc.), les Iade rencontrées insistent de la même manière sur la moindre pénibilité physique et psychologique de l'activité et les incidences positives de leur nouvel emploi sur leur vie sociale, conjugale et familiale, avec une articulation jugée plus saine des temps sociaux.

41 L'exercice au bloc, avec des interventions programmées, implique en outre la prise en charge d'un seul patient à la fois. Il induit une confrontation moindre à l'imprévu et à la gestion de situations d'urgences (chocs hémorragiques, transfusions, etc.) ainsi qu'une plus grande maîtrise des situations de travail. Aucune anesthésie ne s'effectue sans risque, et l'anticipation constitue le maître-mot de la profession. Néanmoins, avec les chirurgies dites réglées, le patient suit le circuit de prévention du risque anesthésique (consultation préopératoire, visite la veille au lit). Ces interventions impliquent ainsi des risques moindres qu'en réanimation ou au SMUR, où les patients arrivent sans consultation et parfois déjà intubés. Joséphine, Iade en neurochirurgie, compare ainsi le bloc à la réanimation :

« Le patient est dans la meilleure situation possible, la chirurgie est réglée, on sait quoi faire, on maîtrise la prise en charge. La vraie vérité, c'est que c'est devenu un enfer de travailler dans un service, ici, tu as un patient, tu ne cours pas partout, même si tu as un choc hémorragique, ça t'arrive une fois dans l'année, en réa, tu avais 15 patients à transfuser, fallait te transformer en shiv'ah ! »

42 Cette moindre confrontation au risque et aux aléas est diversement appréciée. Certaines Iade, comme Joséphine, s'orientent vers des spécialités à risque, pour « *techniquer beaucoup le patient* » ¹⁵ et « *retrouver de la réflexion réanimatoire* », et ainsi les lignes d'engagement actif tirées du « *vrai boulot* » (Bidet, 2010) et du « *bon stress* » de la réanimation. D'autres relèvent une désynchronisation des rythmes d'activité, avec des pics lors de l'endormissement puis au réveil, et une surveillance induisant une posture corporelle plus passive. Cela déstabilise l'engagement dans l'activité et implique de développer des stratégies pour le maintenir. L'exercice au bloc permet néanmoins d'organiser et conduire le travail à son rythme, avec moins d'interdépendance. « *C'est génial, tu es autonome, ça fait du bien, ton travail ne dépend que de toi. Être autonome, être tout seul, c'est le pied* » explique Samantha, relevant le plaisir « *d'avoir un travail qui ne dépend que de [soi]* ». S'il induit de moindres moments collectifs de complicité, travailler au bloc augure d'une moindre gestion des *desiderata* et des humeurs des collègues.

43 Par ailleurs, le patient au bloc est plus « *sous contrôle* » qu'en réanimation (Sainsaulieu, 2009) : son état est souvent stabilisé et le travail relationnel est limité à des gestes de rassurance au début et à la fin de l'acte. « *Par rapport aux années en réa, là, tu discutes un tout petit peu avec le patient au début, un peu à la fin à la limite s'il est bien réveillé, et après il dort. Ça m'arrange quand ils dorment, de pas voir les familles, de pas éponger le stress des patients* » indique Samantha, qui explique combien, en réanimation, « *on engage une part personnelle et ça devient très vite lourd* ». Avec l'arrivée au bloc, les deux facettes du travail émotionnel infirmier sont atténuées : le travail de maîtrise de son humeur et de ses réactions émotives – du fait de liens plus distendus avec les collègues et d'un moindre contact avec les patients –, et le



« *travail sur ses représentations, la façon de percevoir et de ressentir les événements pénibles* », en raison d'une moindre confrontation aux situations de fin de vie et de mort (Loriol, 2001, p. 2).

3.3. Une revalorisation symbolique et différenciante

44 Ce rehaussement statutaire implique enfin un profit symbolique : le diplôme légitime une posture partenariale avec le MAR et poursuit une logique différenciante vis-à-vis du groupe infirmier.

45 Les Iade suggèrent combien ce statut augure d'une posture plus valorisante et d'une plus grande coïncidence entre identité pour soi et identité pour autrui (Dubar, 2015). Trouver « *une plus grande crédibilité* », bénéficier de « *reconnaissance* » et de « *plus de respect professionnel de la part des médecins et de la direction hospitalière* », rejoindre « *la spécialité la plus exigeante* » et « *faire partie de l'élite* » reviennent dans les récits. Comparant sa situation depuis le diplôme à son exercice de nuit en réanimation, où « *tu t'arraches mais personne ne le voit* », Nour relève :

« *C'est valorisant, dès la sortie de l'école. On le sait qu'il y a un changement de position, on est un peu plus respecté, ton travail, il n'est pas transparent. On a un peu plus de responsabilité, on est plus concentré, on ne peut pas faire n'importe quoi, on sent la responsabilité. Tu es visible, c'est gratifiant, je suis beaucoup plus épanouie.* »

46 Comparé au statut d'IDE, décrit comme marqué par l'invisibilité du travail fourni et un déni de reconnaissance, les Iade mentionnent des symboles concrets : tutoiement des médecins, prénom connu du chef de service, etc. Les Iade ne bénéficient ainsi plus seulement d'un « *jugement de beauté* », soit une reconnaissance de la réalité du travail et de sa réalisation selon les règles de l'art par les collègues, mais aussi d'un « *jugement d'utilité* », soit une mise en visibilité et une reconnaissance de la valeur du travail par la hiérarchie (Dejours, 2011).

47 Le binôme Iade/MAR incarne ce reclassement symbolique. Si les Iade pointent les limites de leur rôle (« *chacun reste à sa place* »), les termes de « *bras droit* » ou de « *partenaire* » qualifient cette proximité renforcée aux médecins. « *On est les yeux et les mains du médecin, mais encore plus qu'en réa* » explique Nour, évoquant un « *binôme très particulier* », caractérisé par la réciprocité, l'interdépendance et une relation de « *confiance* » : « *On compte l'un sur l'autre, ce qu'on dit, c'est considéré, on n'est pas que des techniciens, on réfléchit au diagnostic* ». La répartition des tâches est en outre susceptible de fluctuer. À l'induction, l'Iade tient généralement la tête pendant que le médecin injecte les drogues, ce qui lui permet de ne pas avoir les mains prises en continu, et donc de consulter les examens d'imagerie avec le chirurgien et d'avoir un aperçu global de la situation. Les rôles peuvent toutefois s'inverser.

48 La relation ne va pas sans accrocs ponctuels : des Iade se plaignent des MAR « *maniaques du contrôle* », restreignant leur autonomie, et de ceux réticents à l'application des bonnes pratiques. Néanmoins, elle est jugée globalement apaisée et fluide. Elle tient aux interactions extraprofessionnelles, favorisées par une organisation du travail segmentée, qui permet des coupures plus fréquentes (café, repas en salle déjeuner) que le travail chirurgical :



« *On passe des nuits ensemble. [Elle prend l'exemple de greffes]. Quand ça se passe bien, il ne se passe pas grand-chose, donc on raconte nos vies, on exprime ce qu'on peut ressentir sur différents sujets, c'est ça aussi qui renforce ce lien, c'est*

beaucoup lié à la chirurgie longue. [...] On mange ensemble, on se voit à l'extérieur, un collègue qui part, on fait une bouffe chez les uns chez les autres, il y a de la bienveillance. » (Agathe).

49 Cette revalorisation symbolique consacre l'unité du groupe. Les Iade parlent de « corporatisme », de « clan » ou de « tribu » pour désigner les importantes solidarités intraprofessionnelles et leurs capacités de mobilisation collective. Cette unité s'inscrit aussi dans une différenciation vis-à-vis du groupe infirmier. Les Iade opposent ce binôme à la relation chirurgien-Ibode, marquée par une assignation de genre jugée indépassable et avilissante. Leur transmission des rudiments du métier aux internes participe aussi de cette valorisation en renversant une situation de domination. Cela n'est pas sans susciter des accros :

« Les jeunes, c'est moi qui leur apprends, et ça, ça pose un peu problème, parce qu'eux, ils sont médecins, et moi je suis "que" Iade. Ce n'est pas évident, il faut user de beaucoup de diplomatie quand on a un message à leur transmettre. » (Agathe).

Conclusion

50 L'expérience de la réanimation constitue un investissement cognitif, socialement différencié, qui aide à devenir une « super infirmière ». L'univers technicisé, la proximité avec le corps médical et le collectif de travail renforcent l'incorporation de dispositions qui rendent possible la poursuite ultérieure d'une trajectoire ascensionnelle. Ce début de carrière est marqué par un sentiment progressif d'usure, un nouveau contexte biographique, et la volonté de dépasser un statut d'infirmière diplômée d'État (IDE), perçu comme limitant. Cette expérience nourrit ainsi des frustrations et aspirations quant aux possibilités offertes par la spécialisation d'infirmière anesthésiste diplômée d'État (Iade). Les récits ne font pas part de « vocation contrée », comme dans les reconversions professionnelles volontaires (Négroni, *op cit.*) : s'il y a désengagement de la condition infirmière, il est lié aux propriétés sociales des professionnelles, à leur sentiment de limites aux connaissances cliniques infirmières et à des conditions de travail jugées éprouvantes. Cela montre combien la fragmentation de la profession infirmière est indissociable d'investissements socialement différenciés et précoces (dès la formation initiale) des cursus de spécialisation. Ils participent des « mobilités discrètes », qui tiennent non seulement à une bonne volonté scolaire et à des frustrations (Giraud & Moraldo, 2022), mais aussi à la recherche d'une capitalisation sur des savoirs techniques et relationnels incorporés en début de trajectoire. La reprise d'une formation sélective et longue, puis l'exercice au bloc sont alors investis pour devenir « plus qu'infirmière », c'est-à-dire disposer d'un reclassement clinique, matériel et symbolique qui participe à la place singulière de ce segment. Ce nouveau statut se traduit par une plus grande autonomie clinique, des conditions et situations de travail jugées moins pénibles et plus maîtrisées, et une relation différenciante au médecin. Il implique aussi un nouveau rapport à l'activité, marqué par des formes de déprise corporelle et une désynchronisation des rythmes d'activité¹⁶, dont l'étude reste à mener.

51 Si nous avons appréhendé les conditions sociales et biographiques rendant possible cet exercice d'une autonomie infirmière en anesthésie, une perspective sociohistorique nous apparaîtrait complémentaire pour saisir les conditions institutionnelles ayant rendu possible l'accès des Iade à cette « licence »¹⁷ (Hughes, *op. cit.*), soit le droit d'accomplir l'ensemble de ces actes, et à l'universitarisation de leur formation dès 2012.



Bibliographie

Abbott, A. (1988). *The System of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226189666.001.0001>

Arborio, A.-M. (2009). *Les cheminements longs en sociologie*. Communication dans le congrès « Les cheminements longs en sociologie », n° 29, 11-23.

Arborio, A.-M. (2024). Réussir ou échouer au diplôme d'État d'aide-soignante par la validation des acquis de l'expérience : une longue épreuve. *Formation Emploi*, 165, 19-42. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.12344>

Bazin, J. (2008). *Des clous dans la Joconde. L'anthropologie autrement*. Toulouse : Anacharsis.

Becker, H. S. (1952). The career of the Chicago public schoolteacher. *American Journal of Sociology*, 57(5), 470-477.

Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, 156(6), 12-21. <https://doi.org/10.3917/ins0.156.0012>

Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), 29-57. <https://doi.org/10.3917/cis.120.0029>

Bidet, A. (2010). Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens. *Sociétés contemporaines*, 78(2), 115-135. <https://doi.org/10.3917/soco.078.0115>

Charles, J. (2012). Les charges de la participation. *SociologieS* (en ligne). <https://doi.org/10.4000/sociologies.4151>

Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Davis, F. (1966). *The nursing profession. Five sociological essays*. New York : Wiley.

Dejours, C. (2011). La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition. *Travailler*, 25(1), 15-27. <https://doi.org/10.3917/trav.025.0015>

Demazière, D. (2018). Parcours professionnel : trois perspectives sur les parcours professionnels. Dans D. Mercure & M. Vultur (dir.). *Dix concepts pour penser le nouveau monde du travail* (p. 165-180). Laval : Presses de l'Université Laval.

Denave, S. (2024). Connaître une ascension sociale en devenant entrepreneur de nettoyage et désinfection après décès. *Formation Emploi*, 165, 133-149. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.12447>

Denise, T. (2018). *La fabrique des soins en réanimation : entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale*. Thèse de sociologie, Normandie Université.

Divay, S. (2013). Cadres de santé : des encadrants de proximité au pouvoir limité. Dans J.-P. Cadet & C. Guitton, C. (dir.). *Les professions intermédiaires* (p. 135-142). Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.guit.2013.01.0135>

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 39-64. <https://doi.org/10.1684/sss.2018.0102>

Divay, S. (2023). *Infirmières & médecins : évolutions d'une indissociabilité asymétrique sous contrôle de l'État*. Intervention au séminaire « Les territoires de la santé ». Paris, janvier.

Dubar, C. (2015). *La socialisation*. Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.duba.2015.01>

Dubost, C.-L. & Tranchant, L. (2019). Changer d'emploi, est-ce changer de position sociale ? La structure des classes populaires au prisme des mobilités professionnelles des ouvriers et des employés. *Sociétés contemporaines*, 114(2), 59-88. <https://doi.org/10.3917/soco.114.0059>

El Haïk-Wagner, N. (2025). Être ou ne plus être les « petites mains » du chirurgien. L'impossible construction identitaire des infirmières de bloc opératoire. *Travail et Emploi*, 176(1). (À paraître).

Faure, Y. (2005). L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1-2), 98-114. <https://doi.org/10.3917/arss.156.0098>

Gavray, C. (2006). Au fur et à mesure qu'elles se construisent, les trajectoires professionnelles <https://doi.org/10.4000/formationemploi.2370>

Girard, L. (2019). D'infirmière « en général » à infirmière « en particulier ». *Revue des sciences sociales*, 62, 60-69. <https://doi.org/10.4000/revss.4281>



- Giraud, F. & Moraldo, D. (2022). Devenir infirmier en pratique avancée : une mobilité « sur place » ? Dans I. Borrás et al. (dir.), *Trajectoires et carrières contemporaines : nouvelles perspectives méthodologiques. XXVIIes journées du longitudinal* (p. 267-276). Marseille : Céreq, coll. « Céreq Échanges » (n° 18). <https://doi.org/10.4000/books.cereq.2052>
- Giraud, F. & Moraldo, D. (2024). Devenir infirmier en pratique avancée : les dimensions subjectives d'une mobilité discrète au sein du groupe infirmier. *Formation Emploi*, 165, 43-63. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.12266>
- Giraud-Rochon, F. (2002). Le diagnostic infirmier en anesthésie. *Soins Cadres*, 44, 66-69.
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Kentish-Barnes, N. (2008). *Mourir à l'hôpital. Décisions de fin de vie en réanimation*. Paris : Seuil.
- Lahire, B. (2016). *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*. Paris : La Découverte.
- Lahire, B. (2019). *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*. Paris : Seuil.
- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? *Sciences Sociales et Santé*, 4(3), 103-115. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1370>
- Lomba, C. (2024). Postface. *Formation emploi*, 165, 151-161. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.12480>
- Longchamp, P., Toffel, K., Bühlmann, F. & Tawfik, A. (2018). L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie*, 59(2), 219-258.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prévenir*, 40, 183-188.
- Luan, L. & Fournier, C. (2023). Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires. La construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. *Questions d'économie de la santé*, 277, 1-8.
- Négroni, C. (2007). *Reconversion professionnelle volontaire*. Paris : Armand Colin.
- Paillet, A. (2007). *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris : La Dispute.
- Picot, G. (2009). Les hommes et l'activité de soin : réalités et enjeux dans un contexte de changement de l'organisation du travail à l'hôpital. *Sciences de la société*, 76. <https://doi.org/10.4000/sds.9451>
- Poullaouec, T. (2019). Regrets d'école. Le report des aspirations scolaires dans les familles populaires. *Sociétés contemporaines*, 114(2), 123-150. <https://doi.org/10.3917/soco.114.0123>
- Sainsaulieu, I. (2009). Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital. *Revue suisse de sociologie*, 35(3), 551-570.
- Sarfati, F. (2008). L'expérience du stress, son cadre social et ses usages managériaux. Dans M. Buscatto, M. Loriol & J.-M. Weller (dir.), *Au-delà du stress au travail* (p. 23-37). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.welle.2008.01.0023>
- Schepens, F. (2014). Le recrutement du médecin en unité de soins palliatifs. Sélections, désignation et habilitations. *Revue Française de Socio-Économie*, 14(2), 51-70. <https://doi.org/10.3917/rfse.014.0051>
- Van Schingen, E. (2017). *La mobilité professionnelle non choisie des infirmières hospitalières*. Thèse en sciences infirmières, Université Paris IV.

Notes

1 Les spécialisations (puériculture, bloc opératoire, anesthésie, et depuis 2018, pratique avancée) impliquent une reprise de formation de douze ou vingt-quatre mois dès l'obtention du diplôme d'État (DE) infirmier ou à l'issue de deux à trois ans minimum d'expérience.

2 Données DREES au 1^{er} janvier 2021, consultées le 20 juillet 2022 : drees.shinyapps.io/demographie-ps/



3 40 % des postes de praticiens hospitaliers en anesthésie sont vacants d'après le Centre national de gestion (CNG).

4 La présence constante du MAR en salle n'est pas imposée réglementairement, il doit pouvoir y

intervenir « *sans délai* » en cas de nécessité, s'il est alerté par téléphone sans fil ou bouton d'urgence.

5 « La SFAR en soutien des IADE », communiqué de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) du 15 février 2021, consulté le 25 janvier 2024 : <https://sfar.org/la-sfar-soutien-les-iade/>

6 Ces dispositions sont aussi perçues comme une menace pour l'unité du groupe professionnel. Dans les jurys d'admission en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), l'aspiration à la spécialisation Iade est disqualifiée car interprétée comme le symbole d'une volonté délétère de reconnaissance sociale (Girard, 2019).

7 Ce qui les singularise aussi, puisque des « *faisant fonction* » peuvent exercer la plupart des missions des Ihode.

8 Posséder un diplôme de master en sus du diplôme d'IDE, un diplôme de sage-femme, ou encore avoir validé la troisième année de deuxième cycle des études médicales permettent aussi cet accès.

9 Ils ne sont pas pleinement transposables à la situation des Iade, puisqu'ils s'attachent à un groupe professionnel jeune, aux contours peu stabilisés et exerçant pour partie en libéral, là où les Iade sont quasi exclusivement salariés.

10 Thomas Denise utilise l'expression pour désigner le prestige tiré de l'apprentissage des gestes techniques en réanimation et les usages possibles de ces savoirs à des fins de mobilité professionnelle ultérieure. La notion fait écho aux travaux qui, dans la lignée de ceux de Bernard Lahire (Lahire, 2019), documentent l'investissement scolaire des familles, soit les dispositions et conditions matérielles mobilisées pour favoriser la transmission de dispositions scolaires et avantager les enfants dans la compétition scolaire et les choix d'orientation. Nous l'utilisons pour pointer la rationalité présidant au choix du service d'exercice en sortie de formation initiale. Le terme « *cognitif* » insiste sur les apprentissages escomptés de cet investissement, au-delà de son caractère différenciant.

11 Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des Iade.

12 Les MAR sont répartis sur deux ou trois salles, laissant l'Iade souvent seul, hormis lors de l'intubation, l'extubation et en cas de complication.

13 Le mandat correspond à la capacité d'un groupe professionnel à définir les règles de l'art de ses pratiques, sa mission vis-à-vis de la société et l'attitude que les usagers devraient manifester à son égard.

14 Il est de plusieurs centaines à près d'un millier d'euros, en fonction des grilles des établissements et de leur ancienneté.

15 Le doter d'un important appareillage technique et de surveillance.

16 L'activité d'Iade se caractérise par des rythmes fluctuants : activité intense lors de l'installation et de l'intubation du patient et dans l'immédiat après-coup (préparation d'un nouveau plateau d'intubation), posture assise de surveillance pendant la majeure partie de l'intervention (sauf en cas de saignement important), période de forte activité au réveil où les risques sont importants. Ce moindre engagement corporel participe à l'image ternie du segment (l'acronyme Iade étant associé à un « infirmier-assis-devant-[un]écran »). Certaines Iade cherchent à retrouver un plus fort investissement corporel dans l'activité, par exemple en multipliant les gardes, en ayant une activité parallèle en SMUR ou en exerçant dans des blocs polyvalents.

17 La licence correspond au droit légal d'exercer octroyé par la puissance publique et permet de disposer d'une certaine marge de manœuvre dans sa pratique professionnelle. Elle se distingue du mandat, qui correspond à la mission que s'octroie un groupe professionnel et qu'il développe à travers sa rhétorique.

Pour citer cet article

Référence électronique

Nicolas El Haïk-Wagner, « De « *super infirmière* » à « *plus qu'infirmière* ». Les conditions sociales de spécialisation des infirmières anesthésistes », *Formation emploi* [En ligne], 170 | Avril-Juin 2025, mis en ligne le 01 mai 2025, consulté le 27 mai 2025. URL : <http://journals.openedition.org/formationemploi/14181> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/140hh>



Auteur

Nicolas El Haïk-Wagner

-  IDREF : <https://idref.fr/265142415>

Postdoctorant en sociologie. Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529), Conservatoire national des arts et métiers. / ORCID ID : 0000-0001-8451-7637 / IdHAL : <https://cv.hal.science/nicolas-el-haik-wagner>

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

