



HAL
open science

Iade. La vision des élèves sur leur entrée dans le métier

Nicolas El Haïk-Wagner

► **To cite this version:**

Nicolas El Haïk-Wagner. Iade. La vision des élèves sur leur entrée dans le métier. Soins Cadres, 2023, 32 (141), pp.47-53. 10.1016/j.scad.2023.01.013 . hal-04053678

HAL Id: hal-04053678

<https://cnam.hal.science/hal-04053678>

Submitted on 14 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Iade. La vision des élèves sur leur entrée dans le métier

Nicolas El Haïk-Wagner
Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529)
Conservatoire National des Arts et Métiers, 292 Rue Saint-Martin, 75003 Paris.
Courriel : nicolas.ehw@gmail.com
06 81 80 28 59

Nicolas El Haïk-Wagner est en contrat doctoral avec SHAM.

Résumé

La profession d’infirmier anesthésiste diplômé d’état (IADE) constitue l’un des segments les plus masculinisés et les mieux rémunérés du groupe infirmier. Rares sont les études interrogeant leur identité professionnelle. Cette étude, conduite auprès de 80 élèves IADE en 2^{ème} année de formation à l’AP-HP, revient sur les trajectoires professionnelles antérieures des élèves, sur leurs motivations quant au choix de cette profession et sur leurs perceptions de l’entrée dans le métier.

Mots-clés : infirmier anesthésiste ; bloc opératoire ; formation ; identité professionnelle ; trajectoire professionnelle ; reconnaissance ; formation ; sociologie ; profession ; anesthésie.

Introduction

Si la profession d’infirmier anesthésiste diplômé d’état (IADE) reste peu connue du grand public, elle s’est distinguée par une mobilisation importante dans les services de réanimation au cours des pics d’hospitalisation pendant l’épidémie de coronavirus (1). Cette profession est surtout révélatrice des grandes transformations affectant la profession infirmière : spécialisation grandissante et fragmentation croissante des lieux d’exercice et des prises en charge ; délégation de tâches et transfert de compétences ; universitarisation de la formation, etc. (2) Avec 32,5 % d’hommes en 2021¹, les IADE constituent en outre l’un des segments (3) les plus masculinisés de la profession infirmière, ce qui est probablement lié au prestige symbolique associé à une activité se réalisant en lien étroit avec les médecins et s’avérant par ailleurs être l’une des spécialisations infirmières les mieux rémunérées (4).

En dépit de ces dynamiques, la littérature en sciences humaines et en sciences infirmières reste balbutiante sur la construction de l’identité professionnelle des IADE et sur leurs trajectoires professionnelles – leurs collègues infirmiers de bloc opératoire (IBODE) ont *a contrario* fait l’objet de plus nombreuses publications (voir notamment (5)). Aussi, il nous est apparu intéressant de présenter quelques éléments relatifs au parcours professionnel des IADE : Quelles sont leurs trajectoires professionnelles ? Quels facteurs participent au choix de cette spécialisation ? Comment envisagent-ils leur posture professionnelle et leur entrée dans le métier ? Cette contribution se propose de fournir des premières pistes de réponse, à l’appui d’une enquête conduite auprès de 80 élèves en seconde année à l’école d’IADE de l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)².

Méthodes

¹ Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2021. Données consultées le 18 juillet 2022 et accessibles depuis <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

² L’auteur tient à remercier chaleureusement Christophe Houzé, directeur des écoles spécialisées IBODE/IADE, ainsi que Marine Ulrich et Lina Samrany, cadres formatrices IADE, pour leurs précieux retours et leur accompagnement tout au long de ce travail.

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'enseignements d'introduction à la sociologie (notamment relatifs à l'identité professionnelle du médecin et de l'infirmier anesthésiste) donnés par Nicolas El Haïk-Wagner, doctorant en sociologie, au printemps 2022 aux élèves en seconde année de la formation d'IADE à l'école d'IADE du Centre de la formation et du Développement des Compétences de l'AP-HP. Un questionnaire anonyme a été élaboré ; il comportait des données socio-démographiques (âge, genre, nombre d'années d'expériences comme IDE) et 6 questions ouvertes (parcours professionnel avant la reprise de formation – incluant la liste des services hospitaliers dans lesquels l'élève a eu des expériences professionnelles ; motivations ayant conduit au choix de devenir IADE ; éléments susceptibles de changer le plus significativement à l'entrée dans le métier ; facilités attendues à l'entrée dans le métier ; difficultés attendues à l'entrée dans le métier ; qualités d'un(e) bon(ne) IADE). Ce questionnaire a été distribué en version papier le 22 juin 2022 à l'ensemble des élèves, en introduction d'un enseignement relatif à l'éthique de la chirurgie. 80 formulaires remplis ont été remis, qui ont fait ensuite l'objet d'un traitement statistique et d'une analyse par le principal auteur. Sur les 80 répondants, nous comptons deux tiers de femmes (62,5%) et un tiers d'hommes (36,25%), une personne s'étant inscrite dans la catégorie « Autre ». La moyenne d'âge des répondants est de 32,6 ans ; le répondant le plus jeune est âgé de 26 ans et le plus âgé de 51 ans. La durée moyenne d'expérience en tant qu'IDE chez les répondants est de 8,5 ans. Les principaux enseignements de l'étude ont été restitués aux élèves lors d'un cours le 30 juin 2022, puis ont fait l'objet d'échanges informels avec les cadres formateurs.

Nous présentons ici les résultats de ce questionnaire en trois volets : trajectoire professionnelle des élèves IADE et motivations ayant participé au choix du métier ; projections et attentes quant à l'entrée dans le métier ; qualités projetées comme nécessaires au métier. Si l'échantillon est de taille restreinte et si ces résultats masquent de possibles différentiels géographiques qu'il serait intéressant d'explorer à l'avenir, nous considérons qu'ils fournissent un éclairage bienvenu sur une profession insuffisamment étudiée, et qu'ils offrent aussi des perspectives quant à la formation des IADE, sur lesquelles nous revenons en conclusion.

Après un passage par le pôle aigu et technique, une recherche de confort

Les trajectoires professionnelles antérieures des élèves IADE laissent entrevoir de grandes similitudes : 75% d'entre eux ont eu une ou plusieurs expériences dans un service de réanimation, 43% d'entre eux dans une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et 19% dans un service d'urgences ou SMUR. Il apparaît ainsi que la grande majorité des futurs IADE sont passés par au moins un service constitutif du pôle technique (réanimation, SSPI) ou aigu (urgences) de l'hôpital, des services disposant d'un certain prestige à l'hôpital (6). Ces premiers résultats ouvrent de nombreux questionnements sociologiques, qui invitent à retracer la sociogénèse des dispositions au devenir IADE : dans quelle mesure le choix de cette spécialisation est-il présent dès le début des études infirmières, ou en quoi s'apparente-il à une bifurcation ou spécialisation ultérieure fruit d'un vécu des premières années professionnelles ?

On relève également que seul un tiers (29%) des élèves IADE a eu précédemment une expérience professionnelle au bloc opératoire, un chiffre qu'il conviendrait de comparer aux expériences professionnelles des élèves IBODE, qui ont généralement eu une ou plusieurs expériences en tant que « faisant fonction ». De fait, et ainsi que nous y reviendrons plus tard, le monde fermé du bloc opératoire constitue une relative découverte pour un grand nombre des futurs IADE et la volonté *stricto sensu* de travailler au sein de ce milieu spécifique est relativement rare chez ces derniers. Il ne s'agit pas de décrire les élèves IADE comme de purs novices du bloc, puisque beaucoup ont pu – en réanimation ou en salle de réveil notamment – être en lien avec des IADE et avoir un aperçu du métier, mais bien de relever que les codes et le fonctionnement du bloc ne sont pas toujours connus avant le choix du métier et de la reprise de formation. Enfin, relevons que le passage par des services appartenant au pôle relationnel de l'hôpital (gériatrie, psychiatrie, médecine interne, etc.) est minoritaire

chez les élèves IADE (moins de 20%), ce qui laisse supposer un intérêt antérieur pour le versant plus technique de la profession infirmière et/ou le souhait de rejoindre des services plus valorisés dans la hiérarchie hospitalière.

Trois grands déterminants se distinguent quant au choix de la profession d'IADE, regroupant chacun les réponses de plus de la moitié des personnes interrogées (plusieurs motivations ou facteurs pouvaient être mentionnés). La motivation pour devenir IADE tient en premier lieu à la volonté de changer de conditions de travail et au souhait de trouver une plus grande qualité au travail (60%) : sont évoqués tour à tour la hausse importante de salaire, ainsi qu'une moindre pénibilité des horaires (moins de travail de nuit et le week-end, moins de gardes, moins d'horaires imposés) et des conditions de travail (prise en charge d'un seul patient, conditions de travail moins dégradées au bloc, etc.). Certaines réponses évoquent les incidences positives attendues sur sa vie personnelle, familiale, amoureuse ou sociale (« améliorer ma vie de famille », « qualité de vie personnelle », « une plus grande vie personnelle et sociale », etc.), et laissent entrevoir *a contrario* l'impact parfois lourd de la précédente occupation professionnelle sur la santé physique et psychique. Dans une même proportion (59%), les élèves évoquent le désir de progresser ou d'avancer intellectuellement et le gain de connaissances et compétences attendu : en filigrane, se dessine ainsi la prise de conscience des limites du statut d'IDE, le souhait de pouvoir mieux appréhender les protocoles ou soins mis en œuvre, et la volonté de jouir d'une responsabilité plus grande dans leur mise en œuvre, le tout toujours sous contrôle médical. Cet attrait intellectuel et scientifique du métier, qui est aussi une façon de « faire bonne figure » (7) devant autrui, constitue l'élément le plus fréquemment mis en avant par les candidats lors des oraux d'admission, ainsi que le relèvent les cadres formateurs participant aux jurys.

Le troisième déterminant, cité par plus de 49% des élèves, a trait moins aux conditions de travail qu'à l'évolution professionnelle et à sa reconnaissance par les pairs : on est ici moins dans une considération matérielle qu'identitaire, en considérant que l'identité professionnelle est, pour reprendre les termes du sociologue Renaud Sainsaulieu, « moins un processus biographique de construction de soi qu'un processus relationnel d'investissement de soi » et qu'elle est autant une identité pour soi (image que l'on se construit de soi-même) qu'une identité pour autrui (image que l'on souhaite renvoyer aux autres) (8)). Les répondants mettent ici en avant le fait de « rejoindre la spécialité la plus exigeante et « l'élite » » ou de rejoindre « une profession intellectuelle », « le grade master », « la considération de notre statut (par rapport aux IDE) par les MAR », « la reconnaissance professionnelle (surtout du MAR) », « le regard des autres professionnels vis-à-vis de mon statut », des motivations qui se doivent d'être appréhendées à l'aune des situations rencontrées en tant qu'IDE dans les services passés, plusieurs répondants évoquant l'invisibilité qui caractérisait leur travail ou le manque de considération de la part des médecins dont ils faisaient les frais. Alors que la profession infirmière a été historiquement dominée par le corps médical, le choix de la spécialisation IADE constitue une réponse à des frustrations rencontrées par certaines IDE et largement étayées dans la littérature. Ainsi que le relevait le sociologue François Dubet, l'ambivalence historique de la profession infirmière tient à sa difficulté à concilier trois pôles – le pôle subjectif, le pôle technique et le pôle social – et au hiatus entre un imaginaire héroïque et une réalité parfois « sordide et ignoble ». Cette ambivalence entraîne un sentiment de manque de reconnaissance « obsédant », amplifié par le fait d'évoluer dans une organisation dont les infirmières ne maîtrisent pas toujours les rouages et de faire les frais d'un investissement humain peu visible et toujours sous la coupe des médecins (9).

Relevons des motivations plus minoritaires, exprimées par moins d'un cinquième des élèves interrogés : le fait de jouir d'une certaine autonomie (20%), qui rejoint les considérations précédemment évoquées tant en termes de qualité de vie au travail que de reconnaissance (moindre dépendance au travail en équipe et moindre contrôle médical latent de ses actions) et l'intérêt pour la profession anesthésique et/ou la technicité du métier (19%), qui semble s'inscrire dans la continuité des expé-

riences antérieures au sein des pôles technique et aigu de l'hôpital. Notons enfin que seuls 9% des élèves formulent explicitement le souhait de rejoindre le monde du bloc opératoire comme l'un des ressorts de leur motivation à devenir IADE ; c'est là une autre différence significative avec les IBODE, chez qui prédominent plus nettement un attrait quasi-sacralisé pour le monde fermé du bloc et la proximité avec la matière vivante et les prouesses chirurgicales sur le champ opératoire, ainsi que nous avons pu l'observer au cours de nos terrains de recherche ethnographique (en chirurgie hépato-biliaire adulte, neurochirurgie adulte, chirurgie viscérale et ORL pédiatrique).

Entre soif de connaissances et désir de reconnaissance

Interrogés sur ce qu'ils escomptent comme changements les plus significatifs à leur prise de fonction en tant qu'IADE, une grande majorité des futurs IADE (62,5%) relève un changement en matière de rythme et/ou de conditions de travail, ou les incidences de ce changement sur la vie personnelle, familiale ou sociale. Reviennent ainsi dans les réponses : « le rythme de vie au quotidien », « la charge de travail moins importante », « la qualité de vie et l'épanouissement professionnel », « le confort de vie et plus de travail de nuit », « des horaires plus confortables », « des conditions de travail plus appréciables ». Ces résultats confirment ainsi le fait que le choix du métier d'IADE s'inscrit dans la recherche d'un plus grand confort de travail – moindre pénibilité et fatigue physique, rythmes de travail plus en phase avec une vie familiale et avec le quotidien des autres salariés, cadence moins éprouvante que dans les autres expériences à l'hôpital. Pour reprendre les termes de la sociologue Catherine Négroni, on est ici aux croisées entre une reconversion-équilibre, qui vise avant tout une meilleure adéquation des rythmes entre vie personnelle et vie professionnelle, et une reconversion-promotion, qui vise autant une progression intellectuelle que financière (par opposition à des formes de conversion qui visent plutôt une stabilisation individuelle ou une bifurcation vers un métier vocationnel) (10)³.

Le deuxième changement le plus cité (31%) a trait au statut et aux conditions d'exercice du métier : c'est le fait de gagner en autonomie, d'exercer un travail plus solitaire ou d'être moins impliqué dans des dynamiques d'équipe qui est ici mis en exergue. Dans la continuité des précédentes réponses, ces éléments sont à mettre en regard d'un exercice infirmier dans les services de réanimation ou en salle de réveil marqué par une interdépendance constante et impliquant un continu travail en équipe, sous le contrôle prégnant des médecins et en lien direct avec les patients et leurs familles. Si, comme nous l'observerons plus tard, ce changement et la responsabilisation qu'il implique sont vécus par certains avec une certaine appréhension, il est le signe d'une évolution positive attendue, marquée par une identité professionnelle plus affirmée et une assise clinique renforcée, et consacre aussi pour certains un quotidien plus fluide, débarrassé de certaines des querelles intestines ou conflits interpersonnels qui pouvaient grever leurs expériences antérieures.

Le troisième changement attendu, relevé par 21% des répondants, est une conséquence directe de cette autonomie : ce sont les responsabilités accrues et la prise de décision qui caractérisent la position de l'IADE en salle d'intervention. Là où la responsabilité incombait préalablement aux médecins ou était dissoute dans le travail collectif de l'ensemble des infirmiers, la position de l'IADE et son exercice solitaire en salle accroissent le pouvoir de décision de l'infirmier, le positionnant par exemple fréquemment comme interlocuteur premier du chirurgien et comme référent direct (même si l'anesthésiste est alors systématiquement appelé pour venir en salle) en cas de situations problématiques ou de crise. Enfin, et toujours en lien étroit avec les thématiques précédemment évoquées, 19% des élèves interrogés escomptent un changement en matière de reconnaissance, de statut ou d'identité professionnelle : il s'agit à nouveau ici d'un changement à comprendre moins dans sa dimension matérielle qu'identitaire, reconnaissance dont le psychiatre et fondateur de la psychody-

³Notons toutefois que l'entrée en formation d'IADE s'apparente moins à une reconversion qu'à une évolution professionnelle ascendante impliquant un changement de métier.

namique du travail Christophe Dejours relève qu'elle est le produit de jugements de beauté formulé par les pairs (qui attestent d'un travail réalisé dans les règles de l'art) et de jugement d'utilité émis par la hiérarchie et qui consacre un travail répondant aux objectifs de l'organisation (11). En ce sens, c'est notamment un jugement d'utilité et un moindre fossé entre les jugements de beauté et les jugements d'utilité que les IADE semblent venir chercher en travaillant au bloc opératoire.

Nous avons également interrogé les élèves sur les « facilités » et « difficultés » auxquelles ils s'attendaient à leur prise de fonction. Concernant les facilités, et donc en un sens les ressources mobilisables pour s'intégrer ou faire face aux épreuves du métier, c'est la solidarité de la profession et/ou l'entente dans l'équipe (souvent entendue au sens des autres IADE du service) qui est mise en avant par un quart (26%) des répondants. Ce que certains qualifient de « corporatisme » ou de sentiment de rejoindre un « clan » ou une « tribu » est ainsi pensé comme précieux pour découvrir les « ficelles du métier » (12) et/ou faire valoir ses droits face aux médecins – chirurgiens ou médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). L'autre réponse la plus fréquente (15% des réponses) concerne la dimension technique du métier (les gestes ou connaissances théoriques) ; la formation d'IADE est en effet largement axée autour de ces dimensions, dont certaines ont été préalablement acquises ou tout du moins explorées lors des expériences en réanimation ou salle de réveil.

En miroir, ce sont moins des savoirs ou savoirs-faire que des éléments relatifs aux savoirs-être ou à la posture professionnelle qui constituent la majorité des difficultés attendues à l'entrée dans le métier. 44% des répondants évoquent ainsi l'autonomie et/ou le fait d'être seul en salle, dont on voit combien ils sont autant enviés, jalouxés qu'appréhendés au terme d'une première étape dans la carrière où les soignants n'ont été que peu sensibilisés ou mis en situation de responsabilité. La deuxième réponse (15%) a trait à la communication (tant vis-à-vis des professionnels, que, dans une moindre mesure, vis-à-vis du patient) et à l'intégration dans l'équipe ; on peut mettre ces réponses en lien avec la relativement faible connaissance expérientielle du bloc opératoire par les élèves (hors stages), avec une figure du chirurgien souvent honnie dans leurs propos ainsi qu'avec le manque de connaissance du travail IADE dans les services et la mauvaise image dont pâtit parfois ces infirmiers. Au-delà de l'endormissement et du réveil, le travail IADE est avant tout un travail intellectuel de surveillance, dans une posture assise devant des écrans, qui contraste avec l'affairement souvent généralisé au bloc opératoire.

La polyvalence requise dans certains blocs et la connaissance des temps chirurgicaux constituent la troisième difficulté envisagée par 15% des élèves: si la formation et les multiples stages qui la jalonnent visent à rendre les élèves polyvalents et à leur donner des connaissances relatives aux procédures anesthésiques dans l'ensemble des spécialités chirurgicales (adulte et pédiatrique), ces derniers, en fonction de leurs stages et de leurs expériences professionnelles passées, se sentent diversement à l'aise selon la spécialité chirurgicale et estiment parfois avoir des lacunes dans certaines. Enfin, la gestion de l'incertitude, des incidents ou événements indésirables graves (EIG), d'autant plus complexes à gérer qu'ils sont particulièrement rares dans les chirurgies programmées et moins fréquents au bloc opératoire qu'en réanimation ou aux urgences, est mentionnée par 12,5% des participants.

Relevons que la question de l'affirmation de l'IADE face au MAR n'est explicitement mentionnée qu'à la marge (5%) – signe que ce binôme est largement valorisé, et considéré comme fluide et peu oppositionnel ; il est même d'ailleurs parfois évoqué dans l'attrait pour le métier par certains répondants. De la même manière, l'affirmation face au chirurgien apparaît aussi très rare dans les réponses (2,5%), ce qui contraste avec les postures parfois véhémentes à l'encontre des chirurgiens que nous avons pu observer lors de nos enseignements relatifs à la sociologie de la chirurgie donnés à l'école de formation IADE.

Des qualités cartésiennes plus que des dispositions relationnelles

55 qualités attendues d'un(e) bon(ne) IADE ont été mentionnées par les répondants. Nous avons regroupé celles citées par plus de 8 répondants (soit un dixième des répondants) sous 5 grands libellés, sur la base d'unités de sens (cf. Figure n°1) : les capacités d'ajustement à la situation et à l'environnement ; le contrôle de son cadre de travail ; les connaissances théoriques ; les qualités relationnelles ; les qualités de remise en question et d'introspection.

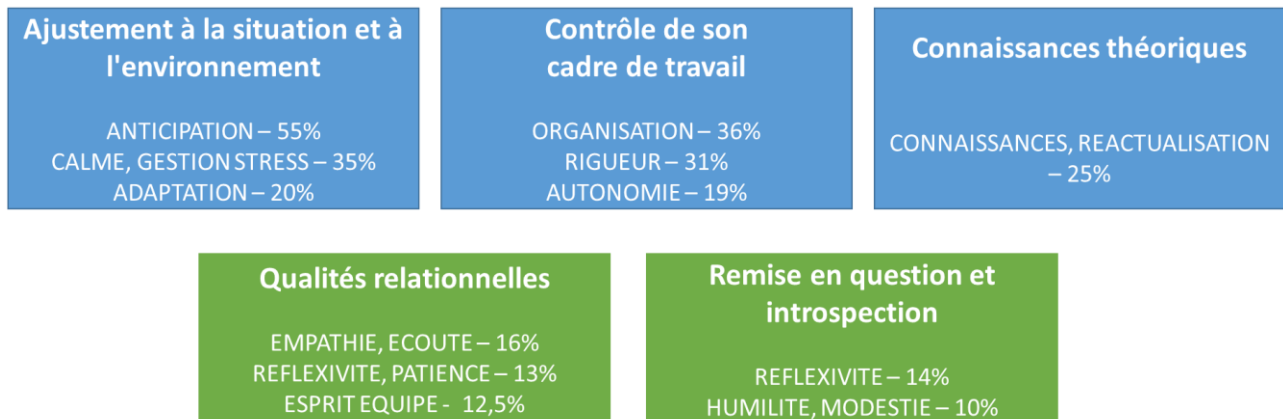


Figure n°1 : Les qualités attendues d'un(e) bon(ne) IADE : synthèse des réponses des élèves

Les trois premiers libellés (en bleu sur le schéma) semblent constituer le socle des qualités associées à la profession : les qualités qu'ils regroupent sont citées par plus d'un tiers des élèves interrogés. Les capacités d'ajustement à la situation et à l'environnement – anticipation (55%), être calme et savoir gérer son stress (35%), anticipation (20%) - sont celles qui prédominent dans les réponses : elles traduisent l'importance que recouvrent la prévention, la gestion et la maîtrise des risques, dans les apprentissages comme dans les situations de travail, alors que l'anesthésie constitue une discipline dont la professionnalisation et la reconnaissance scientifique sont étroitement liées à la standardisation et à la protocolisation des pratiques, ainsi qu'à la construction d'un discours scientifique et public sur la maîtrise du risque (13). Ensuite, des qualités d'organisation (36%), de rigueur (31%) et d'autonomie (19%), qui relèvent toutes d'une forme de contrôle de son cadre de travail, sont mises en avant : elles constituent un prérequis permettant à l'IADE l'anticipation précédemment décrite, et s'avèrent aussi d'autant plus importantes du fait de la posture solitaire de l'IADE en salle et des compétences exclusives constitutives de son statut.

Enfin, le fait de disposer de connaissances théoriques et de compétences, et de les réactualiser régulièrement, est rapporté par un quart (25%) des élèves; cette dimension apparaît en phase avec l'assise clinique (pharmacologie, connaissances physiologiques, etc.) au cœur de la posture d'IADE tout en traduisant la montée en compétences que revêt ce statut comparé aux positions antérieures marquées par une subordination plus nette aux savoirs médicaux et au corps médical. On soulignera ici que ces trois piliers décrits par les élèves constituent autant de qualités que l'on pourrait qualifier de « cartésiennes », mettant en avant la maîtrise de soi et de l'environnement autant que les savoirs, et qui apparaissent dans la pleine continuité du modèle idéalisé du pilote de ligne au cœur de la rhétorique professionnelle de la profession anesthésiste (14).

Les deux autres libellés (en vert sur le schéma), cités par 10 à 15% des répondants, ouvrent sur des qualités liées moins aux savoirs-faire qu'aux savoirs-être. On distingue ainsi des facultés relationnelles (empathie et écoute active – 16% -, patience – 13% -, esprit d'équipe – 12,5%), qui se veulent autant être employées dans le lien aux patients qu'aux autres professionnels, et des qualités relatives à la remise en question et à l'introspection (réflexivité et humilité/modestie pour respectivement 14% et 10% des élèves interrogés), qui doivent être comprises autant à l'aune d'une posture intellectuelle

qu'une disposition dans la relation à l'autre. Alors même que la posture de rassurance face à un patient souvent en proie à une importante anxiété préopératoire (15), voire à des questions existentielles, constitue l'une des missions de l'IADE et que les écoles dispensent des cours relatifs à la communication positive, cette minorisation des dispositions relationnelles peut être comprise à l'aune de plusieurs facteurs. Rappelons tout d'abord que ces dispositions font l'objet d'une moindre valorisation sociale et symbolique de au sein du monde médical (par comparaison aux compétences techniques), et que les IADE peuvent avoir le sentiment que leurs facultés relationnelles ont d'ores et déjà été mises à l'épreuve sur le terrain et sont pour partie acquises. Par ailleurs, pour certains élèves, le choix de la profession d'IADE et/ou du monde du bloc opératoire lié - entre autres facteurs - à une fatigue compassionnelle (16) significative ressentie dans les expériences professionnelles antérieures, qui peut expliquer cette moindre appétence.

Enfin, on relèvera que les dispositions corporelles (dextérité, gestuelle), ainsi que la dimension manuelle et physique du métier sont très peu mentionnées dans cette évocation des qualités : cela peut être lié au fait que ces qualités se forment avant tout sur le terrain, mais aussi le reflet d'une transformation du positionnement de l'anesthésie, qui d'une discipline mettant en avant sa dimension artisanale et manuelle, est aujourd'hui avant tout régie par des principes de rationalisation et de standardisation, gages d'une reconnaissance et d'une valorisation accrues (17), rejoignant en cela une trajectoire que connaît également plus tacitement la chirurgie. Par ailleurs, la question de la posture vis-à-vis du chirurgien comme du MAR ne ressort que peu dans cet énoncé des qualités du métier ; les dispositions relatives au travail émotionnel (18) (« prendre sur soi », « absorber les humeurs », « s'affirmer ») ou à la confiance en soi ne sont que peu mentionnées, alors qu'elles sont nettement plus présentes dans le discours des IBODE, un signe du différentiel de posture et de relation au corps médical de ces deux spécialités infirmières.

Conclusion

Ces résultats, qui restent à consolider et doivent être enrichis de matériaux plus qualitatifs (entretiens, observations ethnographiques), confirment l'importance d'enseignements relatifs aux sciences humaines et sociales et à l'éthique dans le cadre de la formation IADE. Ces enseignements comptent pour 6 crédits ECTS et qui sont aujourd'hui notamment présents dans l'unité d'enseignement 1 (à titre d'exemple, UE 1.1 psychosociologie et anthropologie ou UE 1.5 droit, éthique et déontologie), mais restent disparates selon les écoles et sont dépendants de la sollicitation d'intervenants extérieurs pas toujours identifiés de la part des cadres formateurs. Ces enseignements nous apparaissent importants à plusieurs titres, et en premier lieu dans le retour sur l'expérience vécue dans les expériences professionnelles antérieures et dans l'élaboration d'une mise en sens de celle-ci : ces expériences ont bien souvent été éprouvantes, source de fatigue compassionnelle voire d'usure professionnelle, mais aussi de dilemmes éthiques et de deuils parfois non reconnus (*disenfranchised griefs*) (19). On sait combien les espaces institutionnels de répit ou de soutien psychologique sont déficitaires en milieu hospitalier ; sans quelconque prétention clinique ou thérapeutique, il nous apparaît ainsi que l'approfondissement des humanités au cours de la formation, la mise à l'écrit et la réflexivité sur des cas cliniques ou situations difficiles vécues (par exemple, sur le modèle de cas éthiques) peuvent aider à ce processus de mise en sens.

En outre, le changement de conditions de travail et d'identité professionnelle étant au cœur des motivations des élèves, mais aussi la source d'appréhensions et de peurs diffuses (notamment relatives à l'arrivée des IPA urgences), il nous apparaît précieux de pouvoir outiller les élèves avec quelques notions de sociologie du travail, sociologie des groupes professionnels et sociologie des organisations susceptibles de les aider à appréhender leur trajectoire individuelle et les situations organisationnelles qu'ils rencontreront dans leurs expériences au bloc opératoire. Enfin, si les cours sur la communication positive sont partie intégrante des cursus, les sciences sociales peuvent apporter un autre regard, critique, sur le rapport soignant-patient, et aiguiller les élèves sur les profils de ces

derniers (déterminants sociaux de santé et inégalités dans les accès aux soins), sur le parcours opératoire et le travail du patient, sur le ressenti immédiat de ces derniers (anxiété préopératoire, socialisation hospitalière) et le vécu au long cours (par exemple dans le cas de patients greffés), ainsi que sur les tenants et aboutissants de la relation thérapeutique et son éprouvé subjectif et psychique pour le soignant. Des interventions d'associations de patients ou de patients-experts peuvent notamment aiguiller ces dimensions.

Références

1. Defrancq F, Van Oost S, Lemtiri J, Fontaine S, Maisonneuve A, Lambiotte F, et al. Prise en charge COVID-19 au sein des soins critiques du plus important centre hospitalier général de France. *Anesthésie & Réanimation*. 2020 Sep;6(5):440–54.
2. Douguet F, Vilbrod A. Les infirmières : une professionnalisation inachevée ? In: Journée d'études IPA [Infirmière en pratique avancée] [Internet]. Brest, Faculté de médecine, France: UBO-CHRU; 2019 [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02321092>
3. Bucher R, Strauss A. Professions in Process. *American Journal of Sociology*. 1961 Jan 1;66(4):325–34.
4. Picot G. 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* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2022 Jul 5];(76). Available from: <https://journals.openedition.org/sds/9451?lang=fr>
5. Pouchelle MC. Essais d'anthropologie hospitalière. Tome 2- L'hôpital ou le théâtre des opérations. Paris: Seli Arslan; 2008. 192p.
6. Kentish-Barnes N. Mourir à l'hôpital: décisions de fin de vie en réanimation. Seuil; 2008. 242 p.
7. Goffman E. Les rites d'interaction. Les Editions de Minuit; 1974. 230 p.
8. Dubar C. La socialisation [Internet]. Armand Colin; 2015 [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://www.cairn.info/socialisation--9782200601874.htm>
9. Dubet F. Le Déclin de l'institution. Editions du Seuil; 2014. 444 p.
10. Négroni C. Reconversion professionnelle volontaire. Armand Colin; 2007. 170 p.
11. Dejours C. Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail. Bayard; 1980. 298 p.
12. Becker HS. L'enquête de terrain : quelques ficelles du métier. *Sociétés Contemporaines*. 2000;40(1):151–64.
13. Faure Y. 1. D'une périlleuse victoire à un triomphe sans gloire : la construction sociale du « risque anesthésique » [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.cairn.info/risque-et-pratiques-medicales--9782810900046-page-19.htm>
14. Moricot C. Agir à distance: enquête sur la délocalisation du geste technique. Classiques Garnier; 2020. 259 p.
15. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 2010 Sep;168(8):588.

16. Lorient M. La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir*. 2001 Feb 27;(40):183.
17. Faure Y. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2005;156–157(1–2):98–114.
18. Bonnet T. Apprentissages émotionnels. *La nouvelle revue du travail* [Internet]. 2016 Nov 2 [cited 2022 Feb 17];(9). Available from: <https://journals.openedition.org/nrt/2911?lang=fr>
19. Doka KJ. Disenfranchised grief. In: *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA, England: Lexington Books/D. C. Heath and Com; 1989. p. 3–11.