



HAL
open science

La vision des étudiants sur leur entrée dans le métier

Nicolas El Haïk-Wagner

► **To cite this version:**

Nicolas El Haïk-Wagner. La vision des étudiants sur leur entrée dans le métier. Soins Cadres, 2023, 32 (147), pp.52-59. 10.1016/j.scad.2023.09.014 . hal-04294369

HAL Id: hal-04294369

<https://hal.science/hal-04294369>

Submitted on 19 Nov 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.

Les étudiants Ibode de l'AP-HP : trajectoires professionnelles, motivations et perceptions de l'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

En dépit de l'universitarisation récente de la formation, l'identité professionnelle de l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat (Ibode) reste peu stabilisée, de surcroît alors que son marché du travail n'est pas fermé. Dans ce contexte, peu de travaux interrogent les facteurs de leur reprise d'étude pour obtenir le diplôme d'Etat. Cette étude, conduite auprès de 73 étudiants en 1^{ère} année de formation Ibode à l'AP-HP, revient sur leurs trajectoires professionnelles antérieures, leurs motivations quant au choix de cette profession et leurs perceptions de l'entrée dans le métier.

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

Introduction

La question de l'identité professionnelle de l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat (Ibode) constitue un serpent de mer des conversations au bloc opératoire et fait l'objet de multiples mémoires chaque année dans les écoles de formation. Alors qu'elles sont peu visibles dans l'opinion publique et restent fréquemment associées à un rapport asservissant et genré au chirurgien (1) – rappelons que 88% des Ibode sont des femmes¹ –, les Ibode ont obtenu au printemps 2022 l'universitarisation de leur formation et le grade « master », objet de revendication de longue date et réalinement attendu vis-à-vis des infirmières anesthésistes diplômés d'Etat (Iade), qui avaient obtenu une telle reconnaissance en 2015. Pour autant, l'identité professionnelle des Ibode, dont le marché du travail, contrairement aux Iade, n'est pas fermé (et peut donc être exercé par des « faisant fonction », et qui cumulent trois rôles distincts (circulante, instrumentiste, aide-opératoire) et se n'en reste pas moins peu stabilisée. Si leur place au cours de l'intervention et si la technicité de leurs missions (instrumentation, sécurité des soins) n'apparaissent que rarement questionnées, la longue histoire de domination chirurgicale semble rejallir continuellement sur ce segment infirmier (2) pourtant hyper-spécialisé, tandis que le sentiment d'exercer dans l'ombre et d'être systématiquement associé au « sale boulot » (3) au bloc opératoire apparaissent latents.

A l'heure où le contexte actuel de pénurie, conduisant parfois à des déprogrammations et fermetures de salles d'interventions sources de controverses, vient souligner leur « indispensabilité » (4), il nous est apparu intéressant de questionner le parcours professionnel des Ibode : Quels sont les trajectoires professionnelles des étudiants avant l'entrée en formation ? Quels facteurs participent au choix de cette spécialisation ? Comment les étudiants envisagent-ils leur posture professionnelle et leur entrée dans le métier ? Cet article articule de premières pistes de réponse, à l'appui d'une en-

¹ Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2021. Données consultées le 10 janvier 2023 et accessibles depuis <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

quête conduite auprès de 73 étudiants en première année à l'école d'Ibode de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)².

Méthodes

Cette étude a été conduite dans le cadre d'enseignements d'introduction à la sociologie (notamment relatifs à l'identité professionnelle chirurgicale et de l'infirmière de bloc opératoire) donnés à l'automne 2022 par Nicolas El Haïk-Wagner, doctorant en sociologie, aux étudiants en première année de la formation d'Ibode à l'école d'Ibode 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 5 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 Ibode ; 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. Ce questionnaire a été adressé de manière électronique le 24 octobre 2022 à l'ensemble des étudiants, en préambule d'une journée relative à l'identité professionnelle de l'Ibode.

73 formulaires ont été remplis intégralement. Ils ont ensuite fait l'objet d'un traitement statistique et d'une analyse par le principal auteur. Sur les 73 répondants, nous comptons 88% de femmes (64 répondantes) et 12% d'hommes (9 répondants), soit des chiffres équivalents aux équilibres nationaux. La moyenne d'âge des répondants est de 34 ans ; le répondant le plus jeune est âgé de 22 ans et le plus âgé de 54 ans. La durée moyenne d'expérience en tant qu'IDE chez les répondants est de 8,6 ans. Les grands enseignements de l'étude ont été présentés aux étudiants lors d'un cours magistral le 6 février 2023, puis ont été discutés de manière informelle avec les cadres formateurs. Cette étude présente le même dispositif qu'une étude conduite en juin 2022 auprès d'étudiants Iade en deuxième année de la même école (5) ; il nous paraît à ce titre intéressant de comparer les résultats de ces deux études, tout en notant que la différence temporelle de passation du questionnaire (en fin de formation pour les Iade et en début de formation pour les Ibode) est susceptible de conduire à des différentiels d'appréciation, les étudiants Ibode évoquant ici plus amplement leurs représentations et attendus de la formation en elle-même que de l'entrée dans le métier. Ces résultats sont également discutés à l'aune de notre recherche doctorale en cours sur les transformations de l'activité opératoire dans plusieurs blocs opératoires de CHU franciliens (6).

Les résultats de ce questionnaire sont présentés en trois sections : trajectoires professionnelles antérieures des étudiants Ibode ; motivations ayant participé au choix du métier ; projections et attentes quant à l'entrée dans le métier. L'échantillon reste de taille restreinte et ces résultats sont circonscrits à la région francilienne ; ils nous paraissent toutefois venir étayer quelques perspectives quant au parcours professionnel des segments infirmiers spécialisés, et qu'ils offrent aussi des perspectives quant à la formation en sciences humaines des Ibode, sur lesquelles nous nous attardons en conclusion.

Une reprise de formation comme suite logique après des années comme « faisant fonction »

Les trajectoires professionnelles antérieures des étudiants Ibode présentent un certain nombre de traits communs. Tout d'abord, 77% des étudiants interrogés ont eu une ou plusieurs expériences comme « faisant fonction » Ibode, et ce dans des spécialités diverses. Pour un cinquième des étudiants interrogés (18%), l'exercice au bloc opératoire constitue même la seule expérience hospitalière passée en tant qu'IDE, un chiffre particulièrement significatif au regard de la polyvalence souvent valorisée de la profession infirmière. La formation apparaît ainsi pour une large majorité des

² L'auteur tient à remercier chaleureusement Halima Le Flohic, Marie-France Daniel, Romuald Ryckelynck et Anne Lebret, cadres formateur-ices Ibode, pour leurs précieux retours et leur accompagnement tout au long de cette recherche.

étudiants comme un cursus venant compléter, approfondir et valider des expériences antérieures d'exercice du métier, souvent longues de plusieurs années. En outre, 25% des participants sont passés par des services d'hospitalisation de chirurgie, ce qui laisse entrevoir une certaine connaissance antérieure des phases pré- et post-opératoires. De fait, ces résultats suggèrent un intérêt précoce, parfois dès la sortie des études infirmières, pour le bloc opératoire. Il serait intéressant d'interroger à l'avenir, de façon qualitative, les ressorts et la sociogenèse de ce qui semble s'apparenter à une vocation ou un choix précoce, fruit souvent d'une première expérience quasi-initiatique au bloc opératoire.

Par ailleurs, le passage par des services du pôle dit relationnel de l'hôpital - duquel nous excluons le bloc, la réanimation, l'unités de soins continus (USC), l'unité de soins intensifs (USI) et la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), caractéristiques du pôle technique - ou par le secteur médico-social (EHPAD), qui concernent 60% des étudiants, est nettement plus fréquent que chez les étudiants Iade (un tel parcours concernait moins de 20% des étudiants Iade). Les trajectoires circonscrites au seul pôle relationnel apparaissent toutefois marginales, tout comme le passage par des services où le relationnel au patient sédimente des appartenances identitaires fortes – ce que le sociologue Ivan Sainsaulieu qualifie de « filières de soin philanthropiques », à l'instar de la gériatrie, de la psychiatrie ou de la pédiatrie (7). Seuls 7% des participants sont ainsi passés par un service de gériatrie, une même proportion a eu une expérience en EHPAD, tandis que seuls 4% des étudiants ont eu une expérience en pédiatrie. Seuls 2 participants (3%) ont en outre eu un exercice professionnel en libéral en amont de leur choix de formation Ibode. Au-delà du bloc opératoire, les expériences au sein du pôle technique de l'hôpital apparaissent un peu plus fréquentes. 14% des étudiants interrogés ont ainsi eu des expériences en réanimation, en USC ou USI, et 4% par la SSPI. Ces expériences, si elles sont considérablement moins fréquentes que chez les étudiants Iade³, ont pu participer au développement de compétences techniques et à une découverte en filigrane de certaines facettes de l'activité opératoire. Ces résultats nous montrent combien la dimension technique de l'activité et la sécurité des soins constituent des facettes particulièrement valorisées par les Ibode, tant parce qu'elles apparaissent vectrices d'un prestige certain dans la division morale du travail que parce qu'elles se révèlent au cœur de « situations d'engagement actif » caractéristiques du « vrai boulot » (8).

Entre recherche d'évolution professionnelle et poursuite d'un « travail passionné »

Trois grands déterminants semblent participer au suivi de la formation d'Ibode et au souhait d'exercer comme infirmière de bloc opératoire : le souhait d'une évolution professionnelle, la volonté de poursuivre un « travail passionné » (9) et un attrait pour les conditions spécifiques d'exercice au bloc opératoire, au regard des autres services hospitaliers. Nous détaillons ces trois déterminants ci-après.

Le choix de la reprise de formation Ibode s'inscrit ainsi tout d'abord et avant tout dans la recherche de connaissances nouvelles et d'une reconnaissance symbolique (diplôme) toutes deux sources d'évolution professionnelle. Interrogés sur leurs motivations quant au choix du métier d'Ibode (« qu'est-ce qui vous a poussé à devenir Ibode ? »), plus de la moitié des répondants (53%) indiquent la quête de nouvelles connaissances et compétences (notamment quant à la physiopathologie, la mise en sécurité du patient opéré, aux nouvelles technologies, etc.), associées à la diversification des facettes du métier (pouvoir notamment instrumenter sur le champ opératoire, chasse gardée des infirmières diplômées), des spécialités chirurgicales exercées et des contextes d'exercice (découverte d'autres agencements organisationnels de blocs opératoires). Les répondants expliquent ainsi le souhait de « parfaire mes connaissances, voir comment travaillent les autres blocs, rencontrer des professionnels en formation », « découvrir de nouveaux horizons à travers les stages, avec de nou-

³ Dans notre étude, 75% d'entre eux avaient 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.

velles spécialités, de nouvelles organisations de travail, lieux et équipes de santé », mais aussi le souhait de « comprendre tout ce que je faisais » ou le « besoin de connaissances théoriques ». Autrement dit, là où les connaissances comme « faisant fonction » constituaient autant de « savoirs d'expérience » (10), appris sur le tas et forgés par les pairs, il est avant tout attendu de la formation qu'elle vienne valider, approfondir ou rectifier, le cas échéant, ces savoirs, et ce faisant la posture professionnelle (« avoir l'apport théorique et pratique pour corriger la pratique professionnelle »). Plusieurs répondants évoquent également le souhait de mieux comprendre les tenants et aboutissants de leurs gestes professionnels et le souhait d'être plus à même d'« argumenter » leurs décisions dans les prises en charge des patients.

Le deuxième élément de cette évolution professionnelle tient au facteur « diplôme » et à la recherche d'une reconnaissance de la part des autres professionnels (41%) ; toutefois, là où, chez les étudiants Iade, cette recherche de reconnaissance semble avant tout s'inscrire dans une dimension interpersonnelle de reconnaissance dans le travail (11), après des expériences hospitalières antérieures caractérisées par un fort sentiment d'invisibilité ou de manque de considération de la part du corps médical notamment, les répondants Ibode semblent surtout mettre en avant la reconnaissance du métier dans son ensemble. En ce sens, si le suivi de cette formation semble motivé par la volonté d'asseoir sa propre professionnalité, il est aussi, voire surtout, mû par la volonté de consolider le prestige et la reconnaissance de la profession Ibode. Les répondants relèvent ainsi dans leurs motivations la « valorisation du métier Ibode et la reconnaissance du diplôme », le « grade de master », le fait d'« avoir une reconnaissance, et faire que notre métier soit reconnu ». Si sont également évoquées des dimensions identitaires plus individuelles - « affirmer/justifier ma position au sein du bloc opératoire, acquérir un statut socio-professionnel », « besoin du diplôme pour me sentir légitime et avoir un poids de connaissances théoriques pour proposer mes idées et améliorations » -, cette dimension d'engagement collectif pour la professionnalisation se comprend à l'aune de l'absence de reconnaissance étatique, pour l'heure, d'un monopole pour la profession, *a contrario* des Iade, dont la profession présente un marché du travail entièrement fermé (12) puisque son accès est conditionné par la possession du diplôme d'Etat. Aussi, si, les Ibode sont souvent prompts à regretter les plus faibles capacités collectives de mobilisation de la profession, comparé notamment aux Iade, ces résultats laissent à penser que cette mobilisation prend des formes plus tacites, comme l'engagement dans un processus de formation, pour se « professionnaliser » et « ne pas rester dans un poste faisant-fonction », pour reprendre les propos des étudiants. Cette légitimation augurée par le diplôme comprend aussi, dans les propos de certains répondants, le positionnement professionnel, notamment quant à la formation des stagiaires (« être plus légitime lors de l'encadrement des étudiants Ibode, la formation des nouvelles recrues, les étudiants infirmiers »), ainsi que dans des aspects plus personnels et psychologiques, comme le fait de gagner en confiance et en maîtrise, par exemple dans le relationnel au chirurgien.

Enfin, de manière plus minoritaire, cette recherche d'évolution professionnelle se traduit pour 10% des répondants par la recherche de meilleures conditions de travail – en termes d'horaires, de salaire et de moindres contraintes (moins de travail le week-end, etc.), le tout augurant d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, mais aussi d'un cadre réglementaire plus sécurisant pour la pratique (« sécurité de mes actes au niveau légal », « continuer à travailler au bloc en toute légalité »), au vu notamment de la précarité des conditions du statut de faisant-fonction, cité par 8% des répondants⁴. Contrairement aux étudiants Iade, chez qui le souhait de trouver une plus grande qualité de vie au travail (salaire, moindre pénibilité des horaires et des conditions de travail, etc.) constituait une recherche très majoritairement exprimée, cette moindre mention des conditions matérielles et temporelles d'exercice peut s'expliquer par la proportion conséquente d'Ibode exerçant ou ayant exercé par le passé au bloc opératoire, mais aussi par un moindre diffé-

⁴ Plusieurs statuts cohabitent au bloc opératoire en fonction de l'année de formation des Ibode (différents changements ont eu lieu en 1992, 2015 et 2022) et de formations continues courtes réalisées ; ils conditionnent réglementairement les actes susceptibles d'être réalisés, bien que ces frontières puissent apparaître plus ténues dans le réel de l'activité.

rentiel de salaire entre « faisant fonction » et Ibode qu'entre IDE et Iade⁵. Notons pour finir que les perspectives d'évolution professionnelle ultérieures de la profession (être référent de sa spécialité ou du robot chirurgical, participer à la régulation opératoire, voire devenir cadre) sont quasiment absentes des réponses (une seule répondante les évoque), ce qui peut s'expliquer par une moindre conception de la carrière comme ascendante ou « verticale », une projection à plus court-terme ou un moindre intérêt pour des missions qui éloignent nécessairement des soins.

La dimension vocationnelle du métier, ou tout du moins son appréhension comme métier-passion, constitue le deuxième grand déterminant de la reprise de formation Ibode, puisque 44% des répondants mentionnent un ou plusieurs items y concourant. Tout d'abord, 37% des étudiants interrogés évoquent leur passion pour la chirurgie et l'exercice au bloc opératoire, pour le fait d'assister ou de collaborer avec le chirurgien, et les responsabilités contiguës, ainsi que l'attrait pour la proximité avec la matière vivante. Sont ainsi évoqués tour à tour : « le goût pour la chirurgie », le fait d'être « au cœur de la chirurgie » ou « au plus près des interventions », mais aussi « la proximité avec les chirurgiens » ou la dimension « fascinante » de la chirurgie, autant d'éléments que l'on retrouve fréquemment dans le discours des Ibode. Ce discours, comme le relevait déjà l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, s'articule fréquemment autour du champ lexical du sacré et fait référence à un univers, sur le champ opératoire et lors du geste, « d'intenses perceptions, d'émotions fortes, de sensations où l'intime et le professionnel s'entrecroisent et quelquefois se confondent » (13). Quelques répondants évoquent à ce sujet l'antériorité de leur vocation, parfois née au cours d'un stage infirmier ou par une expérience significative au bloc opératoire (« durant la formation, à l'insu, j'ai assisté à une intervention dans un bloc opératoire et par la suite j'ai toujours eu envie d'y travailler »), et même parfois avant (« depuis toujours, suite à des stages de découverte au collège »), certains y voyant une « évidence » et relevant l'incompréhension de leurs proches à cet égard. La deuxième composante de ce métier-passion réside dans la technicité du métier, sa spécialisation et la rigueur requise, ainsi que la dimension protocolisée des interventions (21%). La dimension manuelle de l'activité n'est à ce sujet quasiment jamais mentionnée dans les réponses.

Enfin, le troisième grand déterminant du choix de la formation et du métier d'Ibode, plus minoritaire, a trait aux conditions spécifiques d'exercice au bloc opératoire, relevées par 11% des répondants. Sont tout particulièrement mentionnés ici le travail en équipe et les collaborations interprofessionnelles (10%) – « relation avec les différents corps de métier », « nombreuses similitudes dans l'organisation et le fonctionnement avec les métiers de la musique en particulier dans un orchestre » -, ainsi que la prise en charge d'un seul patient à la fois (7%). De façon plus marginale, quelques étudiants relèvent le moindre relationnel avec le patient au bloc opératoire (« je n'aime pas la relation avec le patient et sa famille car émotionnellement difficile pour moi », « pas beaucoup de contact direct avec le patient, dans le sens qu'on s'occupe de lui et après il part »). La dimension stimulante de l'activité, l'idée « qu'aucun jour ne se ressemble », transparait en filigrane dans toutes ces réponses, et y est opposée à la « routine » et à une ambiance jugée moins stimulante dans les services d'hospitalisation. Ce comparatif et la dépréciation latente de ces services « lents » constituent un élément constant de différenciation et de distinction des segments infirmiers spécialisés que représentent les Ibode et Iade (14).

Asseoir la professionnalisation individuelle et collective par le diplôme

Le plus grand changement escompté à la prise de fonction en tant qu'Ibode tient à la nouvelle identité professionnelle tirée de la formation et du diplôme (64%), que les répondants décrivent en évo-

⁵ A titre d'exemple, pour une IDE avec 8 ans d'expérience professionnelle devenant Ibode (ce qui correspond à la moyenne observée chez les étudiants interrogées ici), le différentiel est de 77,60€ (passage de 2488,07€ à 2565,67€), selon les grilles de la fonction publique hospitalière. Le différentiel peut toutefois varier en fonction du statut des hôpitaux et des négociations salariales internes. A l'AP-HP, les étudiants une fois diplômés deviennent stagiaires pendant un an, avant d'être titularisés dans le grade Ibode.

quant la « posture », « le positionnement », la « légitimité », la « crédibilité » ou les nouvelles « responsabilités ». Sont ainsi mentionnés parmi les changements attendus un autre regard d'autrui sur ses compétences (« la façon dont les autres professionnels et l'encadrement vont me percevoir : je suis Ibode alors "je sais tout faire" »), ainsi qu'un positionnement différent face au chirurgien, associé à une assise renforcée (« je pense que je m'imposerai plus pour pouvoir faire respecter certaines règles qui ne le sont pas toujours, plus stricte sur l'hygiène », « pouvoir se positionner par rapport au chirurgien, pouvoir lui faire entendre mes remarques quant à la sécurité du patient, le coût du matériel qu'il peut utiliser en quantité exagérée »). Le deuxième changement, cité par 49% des étudiants, a trait aux nouvelles compétences et connaissances : on est ici autant dans l'identité que dans la pratique professionnelle. Les étudiants relèvent les compétences élargies qu'ils comptent acquérir grâce à la formation et aux stages (sur l'anatomie, les temps chirurgicaux, la sécurité, la gestion du bloc opératoire, etc.), la meilleure maîtrise des bonnes pratiques qu'ils escomptent à l'issue, ainsi qu'une approche plus panoramique de l'ensemble des spécialités chirurgicales, et en conséquence une meilleure appréhension des gestes et de la prise des décisions (« je saurai pourquoi je fais différents actes comme l'ouverture de salle », « je travaillerai en ayant une meilleure connaissance de ce que je fais, de pourquoi et comment je le fais), une performance accrue et des meilleures qualités d'argumentation (« je vais pouvoir argumenter mes connaissances et compétences ») et d'encadrement des stagiaires (« pouvoir former des nouveaux infirmiers »). Le développement de nouvelles compétences comme la légitimation acquise grâce au diplôme semblent ainsi constituer aux yeux des étudiants les deux facettes principales de cette mobilité professionnelle ascendante.

Les autres changements escomptés mentionnés par les étudiants, de façon plus minoritaire, constituent autant de conséquences pratiques de cette évolution professionnelle, parmi lesquelles les nouveaux domaines d'intervention (instrumentation, actes exclusifs⁶), cités par 12% des répondants – ce qui semble peu (notamment pour l'instrumentation), au regard des motivations exprimées par les étudiants en jury d'admission, mais qui s'explique peut-être par leur mention implicite dans les réponses sur le positionnement professionnel -, l'amélioration des revenus (8%) et une hausse de la confiance en soi (8%). Plus largement, sont aussi évoqués les nouvelles missions de formation et mentorat des étudiants, ainsi que, dans une moindre mesure, les perspectives de recherche (« m'investir dans l'élaboration d'articles »). Hormis le salaire, faiblement mentionné, les impacts sur les conditions de travail sont ainsi globalement absents des changements attendus – y compris pour les 25% de participants n'ayant pas exercé auparavant au bloc opératoire -, ce qui constitue à nouveau la différence la plus notable avec les étudiants Iade, qui étaient 62,5 % à attendre un changement en matière de rythme ou de conditions de travail.

Nous avons également interrogé les étudiants sur les « facilités » et « difficultés » auxquelles ils s'attendaient à leur prise de fonction – une perspective qui peut s'avérer lointaine, alors que ces derniers étaient interrogés au début de leur formation. Les facilités les plus saillantes à leurs yeux ont trait à leurs expériences antérieures au bloc opératoire (29%) comme aux connaissances qu'ils comptent tirer de la formation (21%), qui constituent les deux éléments les plus cités. Au titre de leurs expériences antérieures - y compris parfois hors du bloc opératoire (« le service des urgences m'apporte également une facilité dans l'analyse des situations anesthésiques, et est une aide d'un point de vue chirurgical ») -, les répondants mentionnent des connaissances ou compétences relatives aux techniques chirurgicales, à certaines spécialités ou à l'environnement général du bloc opératoire. On notera que la troisième réponse la plus fréquente (21%) constitue le fait de ne s'attendre à « aucune facilité ». Au vu de ce chiffre conséquent, on peut émettre plusieurs hypothèses : une mauvaise compréhension de la question, le stress et les peurs liés au début de la formation, mais aussi peut-être une posture peu assertive de la part de certains Ibode, que regrettent fréquemment les cadres de bloc opératoire, comparé à la posture plus affirmée des Iade.

⁶ Les actes exclusifs ne sont encore que peu développés dans les hôpitaux publics, pour cause de manque de protocoles de coopération.

Parmi les autres facilités indiquées par les répondants, notons également la légitimité tirée du diplôme (14%), évoquée précédemment, les relations interpersonnelles et l'intégration dans l'équipe pour un dixième des répondants (10%), qui évoquent la « bienveillance des pairs et des encadrants » ou « la communication avec les équipes pluridisciplinaires » ; notons qu'il n'est ici – et dans les autres réponses – que peu fait mention du binôme Ibode, pourtant souvent valorisé sur le terrain comme une ressource précieuse dans l'activité, au vu du stress latent comme du travail émotionnel parfois conséquent en salle. A cet égard, relevons que les solidarités intra-professionnelles entre Ibode sont très peu explicitement mentionnées dans les réponses, ce qui contraste là aussi avec la situation des Iade, chez qui la solidarité existant dans la profession constituait la première facilité attendue mentionnée dans les réponses. Viennent ensuite, pour 8% des étudiants, des facilités en termes d'employabilité, qui, en raison du manque d'attractivité du métier, s'avère propice aux nouveaux entrants (« facilité de logement, salaire attractif, manque d'Ibode en France » ; « métier très demandé et recherché surtout si on est diplômé »). Dans un contexte de sous-effectif chronique, les Ibode sont en effet recherchés par les établissements, qui mettent en avant des avantages en termes de logement, de prise en charge des enfants (accès facilité à la crèche, etc.) ou de primes. Le sentiment d'assurance ou d'aisance dans le travail et les horaires de travail sont évoqués marginalement (-3%).

Au niveau des difficultés envisagées à la prise de poste, la première, citée par la moitié des répondants (48%), a trait au positionnement professionnel, qu'il s'agisse des nouvelles responsabilités, du sentiment latent d'une absence de droit à l'erreur (« aucune erreur ne sera tolérée », « une pression de la part des collègues et du cadre car je serai Ibode », « une attente importante du reste de l'équipe »), du positionnement professionnel en salle d'intervention (« tenir son rôle de coordinatrice, être reconnue à sa juste valeur », « se faire accepter et réussir à se faire une place au bloc, pas seulement ouvreuse de boîtes, mais actrice de la prise en charge d'y patient ») ou vis-à-vis de l'équipe (« la confiance des autres professionnels »), mais aussi des ambivalences du diplôme, entre espoir d'une reconnaissance, peur de la pression liée aux attentes de l'équipe, et craintes que le diplôme ne soit pas reconnu ou passe inaperçu (« pas de différences entre IBO et Ibode : difficultés à "imposer" sa place dans l'équipe ? », « ne pas être reconnue à ma juste valeur après même la spécialisation »). Comme chez les Iade, la recherche d'une évolution professionnelle dans ses aspects plus identitaires (autonomie, responsabilités accrues, etc.) constitue ainsi autant la principale quête des apprenants que la source la plus importante de leurs craintes à l'aube de l'entrée dans le métier comme Ibode. La volonté de ne pas créer de hiérarchie avec les collègues non-diplômés participe aussi de cette dynamique, de surcroît alors que les protocoles de coopération ne sont pas toujours développés. La densité de la formation, des connaissances à mobiliser et mettre en œuvre constitue l'autre difficulté principale pressentie, citée par un cinquième des participants (21%), qui relèvent la peur d'un « manque de connaissances », notamment concernant l'ensemble des spécialités, interventions et modalités organisationnelles de bloc opératoire (« être diplômée peut aussi sous-entendre connaître et maîtriser toutes les spécialités », « il est difficile de connaître toute les chirurgies pratiquées dans son bloc, beaucoup de matériels variés, beaucoup de pratique différentes selon les chirurgiens, il faut donc beaucoup s'adapter »).

Enfin, parmi les difficultés citées de manière plus marginale, notons les conditions de travail (10%), notamment au regard des sous-effectifs chroniques dans les services et des difficiles revalorisations salariales (« conditions de travail, la non-reconnaissance du diplôme dû au manque de personnel, la braderie du diplôme et donc la mort de l'Ibode »), le rapport au chirurgien (5%), ainsi que le retour à une vie professionnelle après une période de formation (4%).

Conclusion

Le nouveau cursus de formation Ibode présente plusieurs modules intégrant des sciences sociales, tout particulièrement dans l'UE « Sciences infirmières et bloc opératoire » (anthropologie du bloc opératoire, sociologie de la mort, psychologie de la douleur, etc.) et dans l'UE « Organisation et coordination des activités de soins liées au processus péri-opératoire » (sociologie des organisations, sociologie des groupes professionnels, etc.) (15). Alors que les étudiants Ibode ont un parcours professionnel souvent jalonné par plusieurs expériences antérieures dans le microcosme fermé que constitue le bloc opératoire, aux appartenances identitaires fortes et aux coopérations intra- et inter-professionnelles intenses (16), les sciences sociales nous paraissent à même d'offrir aux étudiants une grille de lecture nouvelle pour appréhender les grands invariants qui régissent cet écosystème, les relations de pouvoir qui le caractérisent, les réalités organisationnelles qui le structurent et qui apparaissent souvent obscures pour les infirmières (17) – ainsi par exemple des enjeux relatifs à la programmation et à la régulation -, et, *in fine*, pour « sortir les Ibode de la seule salle d'intervention », pour reprendre les termes d'une cadre, et de la seule technicité de leur métier. Alors que la figure du chirurgien constitue à bien des égards un horizon indépassable pour une profession née dans l'ombre d'une domination tout à la fois professionnelle, genrée et de classe – ce que nos résultats ne reflètent ici qu'à la marge, mais que les observations ethnographiques relèvent de façon récurrente -, les sciences sociales peuvent en outre aiguiller les étudiants quant aux ambivalences de leur construction identitaire professionnelle ; cela nous apparaît d'autant plus important que cette recherche de professionnalisation, individuelle comme collective, apparaît comme motrice dans l'entrée en formation autant que l'une des inquiétudes latentes quant à l'entrée dans le métier. Dans les « métiers passions », disposer de ce bagage critique s'avère primordial alors que la dissonance dans la confrontation au réel peut être importante lorsque le milieu ne valorise pas pleinement le travail réalisé, la composante émancipatrice de la passion, susceptible de faire initialement oublier les contraintes du métier, pouvant alors se révéler invasive (9).

Cette découverte des sciences sociales doit permettre d'outiller les étudiants avec quelques notions (ethos, socialisation professionnelle, travail émotionnel, vrai boulot et sale boulot, travail du patient, etc.), donner des grilles d'analyse des principaux groupes professionnels (les relations entre chirurgiens et anesthésistes, ainsi qu'entre Ibode et Iade notamment) et segments infirmiers (la pédiatrie par exemple). Une large place doit être dévolue aux enjeux pré- et post-opératoires dans le parcours et le vécu du patient. Des entrées thématiques (par exemple, sur la douleur, le stress ou la mort) sont à privilégier, tout comme des focus sur certaines situations présentant des enjeux éthiques propres (ainsi par exemple de l'objectivation du patient pendant l'intervention, de la greffe ou de la chirurgie éveillée en neurochirurgie). Des interventions de patients-experts ou associations de patients peuvent à cet égard se révéler fructueuses. Surtout, ces notions doivent être mises en pratique et appropriées dans le cadre d'exercices interactifs, comme des simulations (analyse de situation relationnelle) ou des « cas éthique » discutés en groupes. A cet égard, il nous paraît particulièrement que ces exercices mobilisent la lecture d'articles ou d'extraits d'articles en sciences humaines, afin que les étudiants se familiarisent avec cette littérature et qu'ils puissent notamment y avoir recours pour leur mémoire, au-delà de la seule littérature biomédicale. Enfin, en matière d'évaluation, insistons sur l'importance de privilégier des exercices écrits individuels (récit de situation clinique avec éclairage théorique à l'aune des sciences infirmières et des sciences sociales) et des exercices oraux de groupe (simulation) plutôt que du contrôle de connaissances. Si ces enseignements peuvent paraître secondaires, pour des étudiants avant tout motivés par la familiarisation avec les aspects techniques et pour qui une reprise d'études après des années à l'hôpital implique des contraintes nouvelles et un équilibre complexe avec une vie familiale parallèle, ils nous semblent essentiels pour concilier *cure* et *care* et acculturer les futures Ibode à un autre paradigme d'interprétation de la réalité sociale. « On ne peut être qu'un bon professionnel si l'on comprend d'où l'on vient » nous disait une cadre. Sans dimension injonctive ni normative, les sciences sociales se veulent et se doivent être une invitation à la réflexivité Ibode, et ce dès la formation initiale.

Références

1. Pouchelle MC. Le malaise infirmier au bloc opératoire. In: Voyage en pays de chirurgie Essais d'anthropologie hospitalière. Seli Arslan. Paris; 2020. p. 119–77.
2. Bucher R, Strauss A. Professions in Process. *American Journal of Sociology*. 1961 Jan 1;66(4):325–34.
3. Hughes EC. Le regard sociologique. Essais choisis. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 1997. 344 p.
4. Galerand E, Kergoat D. Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions Féministes*. 2008;27(2):67–82.
5. El Haïk-Wagner N. Iade. La vision des étudiants sur leur entrée dans le métier. *Soins Cadres*. 2023;(141):47–53.
6. El Haïk-Wagner N. Être ou ne pas être les “petites mains” du chirurgien. Ambivalences et construction identitaire d'une technicité non-médicale chez les infirmières de bloc opératoire [Internet]. Par-dessus les épaules des stagiaires. Regards sur la profession infirmière et les enjeux sociétaux révélés par une crise sanitaire; 2023 Feb 9 [cited 2023 Jan 22]; Université Catholique de Louvain, Louvain la Neuve.
7. Sainsaulieu I. Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*. 2006 Jan 1;48(1):72–87.
8. Bidet A. Qu'est-ce que le vrai boulot? Le cas d'un groupe de techniciens. *Societes contemporaines*. 2010 Jul 7;n° 78(2):115–35.
9. Loriol M, Nathalie L. Le travail passionné. Paris: Eres; 2015.
10. Demailly L, Garnoussi N. Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences Actions Sociales*. 2015;1(1):51–72.
11. Dejours C. Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail. Bayard; 1980. 298 p.
12. Paradeise C. La marine marchande française : un marché du travail fermé ? *Revue française de sociologie*. 1984;25(3):352–75.
13. Pouchelle MC. La robotique en chirurgie cardiaque. *Communications*. 2007;81(1):183–200.
14. Douguet F, Vilbrod A. Le métier d'infirmière libérale: portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. Paris, France: Seli Arslan; 2007. 287 p.
15. Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.
16. Sainsaulieu I. Le bon patient est sous contrôle. *Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital*. *Revue suisse de sociologie*. 2009;35(n° 3):551–70.
17. Dubet F. Le Déclin de l'institution. Editions du Seuil; 2014. 444 p.