Trajectoires et mobilités horizontales en équipes de soins palliatifs pédiatriques : rester infirmière, mais en retrait des soins

Nicolas El Haïk-Wagner, Martin Julier-Costes

Dans Formation emploi 2026/4 176 , pages 1c à 23c
Éditions Céreq

ISSN 0759-6340
DOI 10.4000/171pv
Date de mise en ligne : 09/11/2026

Article disponible en ligne à l'adresse
https://shs.cairn.info/revue-formation-emploi-2026-4-page-1c?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Céreq.
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Formation emploi
Revue française de sciences sociales

176 | Octobre-Décembre 2026
Varia

Trajectoires et mobilités horizontales en équipes de soins palliatifs pédiatriques : rester infirmière, mais en retrait des soins

Trajectories and horizontal mobility in pediatric palliative care teams: Remaining a nurse, but stepping back from patient care

Nicolas El Haïk-Wagner et Martin Julier-Costes

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/formationemploi/15249
DOI : 10.4000/171pv
ISSN : 2107-0946

Éditeur
Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq)

Référence électronique
Nicolas El Haïk-Wagner et Martin Julier-Costes, « Trajectoires et mobilités horizontales en équipes de soins palliatifs pédiatriques : rester infirmière, mais en retrait des soins », *Formation emploi* [En ligne], 176 | Octobre-Décembre 2026, mis en ligne le 01 novembre 2026, consulté le 03 novembre 2026. URL : http://journals.openedition.org/formationemploi/15249 ; DOI : https://doi.org/10.4000/171pv

Ce document a été généré automatiquement le 3 novembre 2026.

Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

Trajectoires et mobilités horizontales en équipes de soins palliatifs pédiatriques : rester infirmière, mais en retrait des soins

Trajectories and horizontal mobility in pediatric palliative care teams: Remaining a nurse, but stepping back from patient care

Nicolas El Haïk-Wagner et Martin Julier-Costes

Les auteurs remercient Sandra Frache et les participantes pour leur relecture attentive d'une première version de l'article, Jean-Frédéric Vergnies et les évaluateurs anonymes de la revue pour leurs précieux retours, ainsi qu'Anouchka Krygelmans pour son travail d'édition. La recherche a été réalisée avec le soutien de l'Institut national du cancer (INCa_18650).

Introduction

1 La focalisation sur les grands déplacements sociaux et la prépondérance des catégories statistiques d'enregistrement de la mobilité sociale invisibilisent les « mobilités discrètes » (Misset & Noûs, 2021). Cette notion invite à envisager les déplacements moins visibles, parfois permis par l'obtention de certifications ou diplômes et marqués par de nouvelles responsabilités, qui ne s'accompagnent pas de changement d'intitulé de poste ni de revalorisation salariale. Elle restitue combien, dans les classes populaires, les mobilités sont contraintes par des arrangements conjugaux voire familiaux, au sein d'une maisonnée, et mues par des stratégies de positionnement social, comme la quête d'une respectabilité populaire. Ces mobilités sont souvent « sur place », c'est-à-dire marquées par un changement d'emploi sans changement de profession (Dubost & Tranchant, 2019). Elles font écho aux carrières « horizontales », qui correspondent à des situations où la carrière s'opère à un niveau hiérarchique donné, les changements de poste visant la recherche de meilleures conditions de travail

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

(Becker, 1952). L'examen de telles mobilités aide à restituer l'entrecroisement des projets individuels (approfondissement d'un même métier, rôle joué par les parcours de formation continue) et des stratégies des employeurs. Cela apparaît heuristique dans un contexte de pénurie de personnels soignants augmentant les marges de manœuvre de ces derniers et contraignant celles des organisations (Divay, 2013).

2 La profession infirmière est confrontée à un processus de différenciation horizontale, marqué par la multiplication des secteurs d'activité extrahospitaliers, et verticale, en raison de l'essor d'une ligne hiérarchique autonome et de spécialisations[1] (Longchamp *et al.*, 2018). L'accès à ces spécialisations s'apparente à une « mobilité verticale subjective » : s'il y a immobilité objective du point de vue statistique, les professionnelles les envisagent comme une reconnaissance de leur longue expérience et comme une promotion, voire une quasi-reconversion, pointant leur reclassement clinique, matériel et symbolique (Giraud & Moraldo, 2024 ; El Haïk-Wagner, 2025). Cette différenciation verticale tient aussi au nombre croissant de postes hospitaliers en retrait des soins techniques, qui supposent une forte autonomie et s'apparentent à une mobilité ascendante, sans nécessairement requérir de diplômes supplémentaires ni impliquer de fonctions managériales. C'est le cas des infirmières diplômées d'État (IDE) exerçant au sein d'équipes pluridisciplinaires transversales (équipe douleur, éducation thérapeutique), assurant des fonctions de coordination (réseaux de santé, recherche clinique) ou d'appui organisationnel à la qualité et à la sécurité des soins.

3 Peu nombreux quantitativement, ces postes sont heuristiques à étudier sociologiquement. Ils renouvellent en premier lieu l'appréhension des secondes parties de carrière infirmière, marquées par la recherche de moindres pénibilités et d'un compromis entre l'intérêt du travail et la qualité des horaires, au regard des contraintes familiales et d'organisation pesant plus lourdement sur les femmes (Bouffartigue & Bouteiller, 2006). Alors que près d'une infirmière hospitalière sur deux quitte l'hôpital ou change de métier après dix ans de carrière (Pora, 2023), les recherches se focalisent sur leur départ pour l'exercice libéral (Douguet & Vilbrod, 2007) ou leur reprise d'études à des fins de spécialisation ou d'exercice managérial (cadre) (Divay & Gadéa, 2015 ; El Haïk-Wagner, 2025 ; Giraud & Moraldo, 2024). Ce prisme élude les stratégies des IDE pour « soutenir l'insoutenable » sans recourir à la diplomation ni quitter l'hôpital, en anticipant l'usure précoce et en privilégiant des opportunités qui « préservent » (Lassis, 2025). Les postes en retrait des soins les aident à valoriser leur expertise, limiter les pénibilités et conserver le même métier ainsi qu'un rapport salarial à l'hôpital.

4 Dans un contexte marqué par une pénurie infirmière et une réforme de leur formation initiale valorisant la consultation infirmière, la prescription encadrée et la coordination des parcours de soin, il est intéressant d'examiner des postes hospitaliers atypiques qui valorisent déjà de telles compétences, sans requérir de spécialisation ni de diplôme supplémentaire. Si l'accès à ces postes n'est pas « fermé » (Paradeise, 1984), nous postulons que des compétences spécifiques sont requises pour y accéder, et examinons pour cela les trajectoires concourant à l'incorporation de ces dispositions. Dans la continuité de l'étude des « petits déplacements » (Lahire, 2005), l'article propose aussi de saisir l'expérience vécue de la mobilité, en tenant compte des propriétés sociales des enquêtées, des savoirs incorporés au travail et en formation continue, des arrangements conjugaux et de la structure du marché de l'emploi et des organisations.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

5 Notre cas d'étude porte sur les IDE exerçant dans les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP). La création de ces équipes mobiles pluriprofessionnelles dans les années 2010 structure une offre palliative en pédiatrie et institutionnalise une approche qui émerge en cancérologie dans les années 1980 (El Haïk-Wagner, 2026). Les vingt-trois ERRSPP ont pour mission d'accompagner les enfants atteints d'une maladie grave incurable menaçant ou limitant leur vie et leurs familles, sans se substituer au médecin référent. Elles interviennent en intrahospitalier (soulagement des symptômes, soutien d'équipe, participation aux réflexions éthiques) et en extrahospitalier auprès des familles (visites à domicile) et des professionnels intervenant dans la vie de l'enfant (médico-social, médecin traitant, IDE libérales, Éducation nationale). Les ERRSPP participent aussi à la formation et à la recherche clinique. Si leur composition varie, ces équipes incluent la plupart du temps un trinôme médecin-infirmière-psychologue, auquel s'ajoutent parfois d'autres intervenants (sage-femme, assistante de service social, psychomotricienne, psychiatre) et un temps de secrétariat. Comme les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), leur intervention « latérale » les rend subordonnées et dépendantes aux services sédentaires (Legrand, 2012).

Encadré 1. L'organisation des soins palliatifs pédiatriques

Il existe en soins palliatifs pédiatriques (SPP) des structures prodiguant une démarche palliative – à l'hôpital (unités de soins palliatifs, lits identifiés de soins palliatifs) ou à domicile (hospitalisation à domicile) – et des structures d'appui en expertise palliative, qui ne dispensent pas de soins mais aiguillent les professionnels (les EMSP). En SPP, il n'existe pas de services dédiés avec des lits d'hospitalisation, mais exclusivement des structures d'appui en expertise palliative, les ERRSPP, dotées d'un périmètre d'action régional, au regard de la petite taille de la patientèle[a]. Les SPP concernent des nouveau-nés, enfants et adolescents, dont la vie est menacée et/ou limitée par la maladie (cancers, atteintes cardiaques, rénales ou hépatiques, maladies neurodégénératives, etc.) ou un polyhandicap complexe, que des traitements curatifs soient ou non initiés. La patientèle des ERRSPP provient historiquement de l'oncologie (2 300 nouveaux diagnostics pédiatriques par an, avec un taux de survie de 80 %). L'essor des thérapies géniques et ciblées, qui chronicisent des maladies oncologiques et neurologiques jusque-là incurables, et le développement des SP en anténatal et post-natal précoce, redessinent toutefois le paysage des maladies suivies, ancrant les équipes davantage dans le champ de la maladie chronique et du polyhandicap. La stratégie décennale des soins d'accompagnement prévoit la création de cinq ERRSPP supplémentaires et de dix-huit unités de SPP d'ici 2034.

a. Il n'existe pas de données fiables sur le nombre d'enfants concernés.

6 Au sein du champ infirmier, les IDE exerçant en ERRSPP comptent parmi les « hétérodoxes », se distinguant par une faible mobilisation des connaissances en physiopathologie[2] et un fort recours aux compétences relationnelles, une appétence pour les problématiques psychologiques et sociales et un intérêt pour les soins non conventionnels (Longchamp *et al.*, 2018). Les SP sont un segment pionnier dans la valorisation des savoirs infirmiers : l'autocritique médicale va de pair avec une valorisation stéréotypée de la sollicitude et des compétences relationnelles infirmières

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

tandis que le développement de la discipline a supposé de nouvelles organisations du travail centrées sur la coordination avec les IDE (staffs, dossier médical, prescriptions anticipées) (Boisson, 2020). Les IDE occupent aussi un rôle pivot dans l'émergence des SPP, qui s'appuient sur un registre d'action qu'elles développent dans les années 1990 pour humaniser les fins de vie des enfants. Au sein des ERRSPP, elles disposent du plus grand temps de travail[3], ce qui rend leur place prépondérante dans la gestion de l'activité. En SP, la monopolisation médicale de la discussion sur les risques médicaux avec les familles et l'autorité de décision détenue en SP par le médecin quant au soulagement de la douleur limitent l'égalisation des rapports médecins-IDE (Boisson, 2020 ; Legrand, 2012). L'importance du travail de coordination et de soutien moral favorise *a contrario* en ERRSPP l'autonomie infirmière.

7 Comme tout exercice en équipe mobile pluriprofessionnelle, l'activité en ERRSPP est marquée par une forte autonomie infirmière et la nécessaire mobilisation d'une expertise clinique et de savoir-faire organisationnels (coordination des trajectoires de soin), diplomatiques (lien avec les services et l'extrahospitalier) et pédagogiques (formation). Il suppose aussi d'accepter la confrontation à une patientèle d'enfants en situation d'échec thérapeutique, dont le décès est quasi-certain mais la temporalité inconnue, ainsi qu'à leurs parents, tout au long de la maladie, lors de la fin de vie et après le décès.

8 Cet article examine les trajectoires de ces IDE pour saisir les conditions sociales, professionnelles et biographiques qui rendent possible cette autonomie, ces savoir-faire et une aptitude à la confrontation quotidienne à la finitude de jeunes patients. Il s'inscrit dans la continuité de travaux interrogeant les dispositions conduisant les professionnels de SP à exercer au sein d'une spécialité peu prestigieuse (Castra, 2003). Cet exercice constitue une bifurcation marquée par la volonté de réinvestir le travail relationnel, l'interdisciplinarité et de faire valoir une approche moins technicisée de la fin de vie, au sein de services décrits comme des « refuges éthiques » (Castra & Schepens, 2015). Le recrutement médical s'inscrit dans une temporalité longue : les seniors repèrent les apprenants disposant des compétences requises, les désignent à l'activité puis les habilitent, en leur proposant des vacations, avant que les autres professionnels jaugent de leur adéquation avec l'objet du travail (Schepens, 2014).

9 Nous étudions les trajectoires des IDE exerçant en ERRSPP dès leur sortie des études infirmières, en privilégiant une approche interactionniste qui conjugue la dimension objective (la série de postes exercés) et subjective (le sens associé à ces expériences) des trajectoires, et les réinscrit dans leur contexte socio-historique, au regard de l'émergence concomitante de la question palliative en pédiatrie. Nous analysons tout d'abord leurs modalités d'engagement en faveur de la cause palliative, en distinguant deux générations. En dépit de ces contextes d'exercice différents, nous montrons ensuite que leurs trajectoires, ancrées en pédiatrie, les conduisent à désinvestir la technicité des soins et à développer des dispositions à l'autonomie clinique et organisationnelle. Nous revenons enfin sur leur vécu de l'entrée en ERRSPP, envisagée comme une mobilité sociale horizontale capitalisant sur leur expérience et leurs parcours de formation continue.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

1. Le contexte socio-historique, organisationnel et biographique de « mobilités discrètes »

1.1. Articuler trajectoire de la cause palliative en pédiatrie et trajectoire biographique des IDE

10 Nous envisageons l'espace dans lequel ces IDE exercent, en postulant que des contextes d'exercice distincts produisent des carrières différentes (Bertaux, 1997). Considérant en outre que les trajectoires sont le fruit de dispositions individuelles et de contextes particuliers (Denave, 2009), nous observons conjointement les parcours individuels conduisant à des engagements en faveur de la cause palliative. Étudiant les parcours en médecine de la douleur, Audrey Petit mobilise cette double perspective et « [conclut] *à l'existence d'opportunités de carrières différentes ainsi qu'à des sédimentations générationnelles* » qu'elle matérialise par deux générations d'acteurs (les « *pionniers* » et les « *recrutés* ») (Petit, 2014, p. 224).

11 Nous distinguons ici aussi deux générations d'IDE en fonction de l'ancienneté dans le métier, de la période d'entrée en ERRSPP et du contexte d'exercice :

- Les pionnières ont en moyenne 32 ans d'expérience comme IDE et arrivent en ERRSPP entre 2010 et 2015, lors de leur création. Elles exercent quasi-exclusivement en oncologie, alors qu'émerge la cause palliative en pédiatrie (années 1980-2010).
- La génération des recrutées, qui a une moindre expérience comme IDE (21 ans en moyenne) et arrive dans les ERRSPP après 2015, présente des trajectoires plus hétérogènes quant aux services d'exercice, reflet de l'institutionnalisation des SPP dans le secteur sanitaire et médico-social.

12 Cette distinction apparaît d'autant plus importante que, dans tout nouveau métier et au sein d'un segment médical émergent, les premières générations déploient un « travail pédagogique » pour construire le rôle, comme en témoigne l'exemple des infirmières en pratique avancée (IPA) (Giraud & Moraldo, 2025).

1.2. Entre savoirs incorporés et « montée en légitimité » *via* la formation continue

13 L'exercice en ERRSPP est rarement envisagé en sortie d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) : les postes en retrait des soins sont peu connus et s'inscrivent en rupture avec la socialisation professionnelle qui valorise l'implication dans les soins techniques. Il ne requiert en outre pas d'autres diplômes que celui initial. Néanmoins, la spécificité du domaine d'activité, la singularité de l'exercice en retrait des soins et les qualités diplomatiques requises au regard de la position de dépendance des équipes vis-à-vis des services supposent des savoir-faire et savoir-être tirés d'expériences antérieures : dans notre échantillon, l'âge moyen d'entrée en ERRSPP est de 41 ans, soit 18 ans après l'obtention du DE. Si les IDE interrogées exercent dans des contextes d'exercice différents – en termes de spécialité et de génération –, leurs contextes d'action et leurs apprentissages convergent. Cela nous invite à examiner les savoirs techniques et relationnels incorporés au-delà du seul service de soin. Comme pour les aspirantes cadres, l'implication dans des tâches transversales, la participation à des groupes de travail et l'engagement dans des sociétés savantes comptent parmi les

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

cadres de socialisation grâce auxquels elles s'investissent dans des collectifs pluridisciplinaires et développent des compétences valorisées (Divay & Gadéa, 2015).

14 Les participantes formalisent ces apprentissages lors de parcours de formation continue qui, s'ils n'ont pas la valeur instrumentale du master, favorisent le développement professionnel et légitiment leur expérience. C'est le cas des diplômes universitaires (DU), diplômes propres à une université qui sanctionnent un cursus d'un à deux ans à temps partiel comprenant la réalisation d'un mémoire. Si l'obtention d'un DU vise moins une promotion professionnelle que l'actualisation des connaissances et n'a pas d'impact objectif sur l'emploi (stabilité de l'emploi, position de cadre) (Borras, 2020), le cas des IDE exerçant en ERRSPP, qui possèdent jusqu'à cinq DU (douleur ; SP ; recherche clinique ; éthique ; deuil), reflète en quoi ils participent à une « montée en légitimité » dans l'univers du travail et dans le registre symbolique (Bézille *et al.*, 2020). L'exercice en ERRSPP s'apparente ainsi moins à une reconversion, comme la spécialisation en anesthésie (El Haïk-Wagner, 2025), qu'à une « mobilité sociale horizontale par approfondissement du métier d'infirmier » (Giraud & Moraldo, 2024), capitalisant sur l'expérience clinique et les DU.

Encadré 2. Méthodes

Vingt entretiens semi-directifs ont été conduits avec des IDE exerçant en ERRSPP sur tout le territoire (annexe 1)[a]. D'une durée moyenne de 90 minutes, ils portent sur leur trajectoire professionnelle et biographique, les raisons de leur arrivée dans les SPP et les spécificités de l'exercice en équipe mobile pluriprofessionnelle, ainsi que sur le lien entretenu avec les équipes soignantes, les patients et leurs familles. La Société française de soins palliatifs pédiatriques (2SPP) estime que quarante-et-une IDE[b] exercent en ERRSPP, à temps plein ou partiel (Villermin & Gaüzes, 2021) ; notre échantillon représente la moitié de ces professionnelles[c]. Les participantes ont en moyenne 49 ans, 27 ans d'ancienneté dans le métier infirmier et exercent en ERRSPP depuis en moyenne 9 ans (entre 0 et 20 ans). Si l'entretien biographique aide à accéder au sens que l'individu accorde à ses pratiques et éclaire les parcours atypiques, en privilégiant moins la représentativité que la diversité, il n'échappe pas à la reconstruction des faits par l'enquêté, du fait de la sélectivité de sa mémoire et de son travail de mise en cohérence de sa trajectoire (Arborio, 2009). Deux types de matériaux sont mobilisés pour contrôler ces effets de tri et de reconstruction *a posteriori*, prégnants en SP où s'opère une redéfinition des trajectoires à l'appui d'une « *grille de lecture psychologisante qui "explique" l'entrée dans la discipline par l'isolement et l'identification dans l'itinéraire de l'individu d'un incident biographique* » (Castra, 2003, p. 86). Une enquête socio-historique, associant archives et entretiens avec des acteurs pionniers, offre une périodisation de l'émergence des SPP et restitue ses conditions d'émergence (El Haïk-Wagner, 2026). Ensuite, des observations au sein de quatre ERRSPP (350 heures) aident à saisir l'activité infirmière et leurs interactions avec les familles et les professionnels. Ces terrains, dans le Sud, Sud-Ouest, l'Est et l'Ouest, ont été choisis pour refléter la diversité territoriale et des modèles organisationnels des ERRSPP.

a. Nous avons veillé à une diversité d'âge et d'antériorité en ERRSPP. Les participantes exercent dans huit des treize régions métropolitaines et dans les outre-mer.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

b. Une ERRSPP dispose d'infirmières anesthésistes diplômées d'État (Iade).
c. Il n'existe aucun homme infirmier dans le segment.

2. Un engagement précoce en faveur de la cause palliative en pédiatrie

15 Les participantes s'engagent dans la cause palliative précocement dans leur carrière. Si des configurations biographiques (orphelinage, expérience parentale du polyhandicap ou du deuil d'un enfant) y concourent ponctuellement, leurs récits se focalisent sur le contexte d'exercice professionnel, sur lequel nous nous attardons en distinguant deux générations d'IDE.

2.1. Les pionnières : soulager et humaniser la fin de vie en cancérologie

16 Pour les pionnières, l'engagement se construit en cancérologie dans les années 1980 et 1990. La lutte émergente contre la douleur en pédiatrie et la mise en visibilité des trajectoires descendantes létales de certains enfants les conduisent à s'investir dans l'humanisation de leur fin de vie.

17 Elles débutent en cancérologie pédiatrique au sein de centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de centres de lutte pour le cancer (CLC) renommés, alors que des progrès sont enregistrés dans l'évaluation et le traitement de la douleur de l'enfant. Au contact de praticiens pionniers et *via* des DU, elles développent leur expertise : typologies des douleurs, méthodes d'évaluation et grilles adaptées, thérapies non médicamenteuses, distractions comportementales. « *Il n'était pas question de piquer un enfant sans mettre tous les moyens possibles pour ne pas lui faire mal. Le protoxyde d'azote pour aider les enfants dans les gestes invasifs, c'était monnaie courante* » relève Tatiana, 56 ans, qui débute en oncologie en 1995 à l'hôpital Trousseau (Paris), fer de lance de ce mouvement. Elle s'investit, comme ses collègues, dans des pratiques novatrices : recours au protoxyde d'azote (Méopa) pour les gestes invasifs, prescriptions anticipées de morphine en cas d'aggravation.

18 Ces pionnières arrivent dans des services où les taux de guérison des cancers restent limités et où les pratiques de sédation en fin de vie sont faiblement encadrées par la déontologie professionnelle et par l'État. Confrontées à l'accompagnement de parents endeuillés, elles découvrent le « temps de l'espoir » puis de la « déconstruction de l'espoir » chez les familles (Legrand, 2010) et se sentent, comme Tatiana, démunies face à leur « souffrance extrême » :

> « *Mon premier vécu, c'est la confrontation aux parents, qui, du fait de leur détresse, qui est une souffrance extrême, peuvent se jeter dans vos bras, vous demander pourquoi eux. Avec le peu d'armes que vous avez, vous essayez de faire face, de rester professionnelle.* »

19 Prolongeant le « travail de relation » auquel elles sont enjointes en formation initiale (Girard, 2019), elles apprennent à écouter les besoins des parents, sur des dimensions prosaïques et plus existentielles, et à oser interroger leurs attentes à l'égard des professionnels et de l'institution. Si la rhétorique professionnelle insiste sur la juste distance, elles développent plutôt ce qu'elles qualifient de juste proximité, une posture ni « trop collée », ni « fuyante » (Aurore, 50 ans), avec des parents côtoyés pendant des

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

années. Lors d'accompagnements marqués par un surinvestissement émotionnel, elles prennent conscience du caractère protecteur du collectif de travail et de l'importance de la division émotionnelle du travail (prise de relais, travail en binôme). Revenant sur ses « beaux dérapages » et « cassages de figure », Carine, 59 ans, qui exerce 30 ans en oncologie, dit avoir « [appris] *qu'on n'était jamais seul face à la mort d'un enfant et que ça paraissait bien individuel et bien "prétentieux" cette phrase "je suis là", l'air de dire "j'ai mis ma cape de super-héros et il ne vous arrivera rien"* ». Leurs récits décrivent ainsi les mises en garde des collègues, la découverte des processus identificatoires et de leurs mécanismes de défense, et la prise de conscience de leur non-indispensabilité (apprendre à passer la main).

20 Ces IDE s'investissent dans une myriade d'initiatives visant l'humanisation des fins de vie des enfants en situation d'impasse thérapeutique, pour favoriser leur confort et leur qualité de vie. Elles identifient précocement les enfants engagés dans des trajectoires palliatives, sur la base des bilans sanguins, de leur état de fatigue ou des discours parentaux, et ont souvent, comme Florence, 56 ans, le sentiment d'avoir « *une longueur d'avance par rapport au médecin* ». Leur répertoire d'action, pas toujours catégorisé comme relevant du palliatif, inclut l'individualisation des soins et l'aménagement des plannings pour s'adapter aux demandes parentales, et une série de transgressions, parfois réalisées sans accord médical mais avec l'aval du collectif infirmier : souplesse dans les horaires et le nombre de personnes pour l'organisation des visites (y compris de la fratrie), aval donné à l'introduction d'aliments provenant de l'extérieur et d'animaux de compagnie, limitation des soins invasifs non indispensables, organisation de sorties. Aurore, qui débute en 1996 à l'Institut Curie (Paris), explique qu'elle « *essayait de répondre à des exceptions* » :

> « *À l'époque, les parents ne dormaient pas la nuit avec leurs enfants, là, on acceptait qu'ils soient là. Ça nous est arrivé de faire venir des chats et des chiens dans le service, planqués, on les faisait venir dans l'ascenseur, dans un sac. Je me rappelle d'un jeune, on l'autorisait à fumer son joint à la fenêtre.* [...] *Au niveau des traitements, on faisait des sédations progressives et à chaque augmentation de dose de médicaments, on rencontrait les parents, il y avait vraiment ce respect de l'information.* [...] *C'était aussi du soin palliatif quand on prenait 2 heures à donner un bain à un enfant dans des conditions proches de la balnéothérapie.* »

21 À travers ces pratiques, il s'agit « *de mettre tous les moyens pour continuer à être dans la vie, même quand il n'y a plus d'espoir* » (Aurore), et ainsi de réarticuler l'économie morale de l'espoir qui régit les pratiques en oncologie (Del Vechio Good *et al.*, 1990) : le paradigme de la vie jusqu'au bout s'immisce en lieu et place d'un espoir de guérison. Cet engagement donne un sens nouveau aux prises en charge pour les IDE, alors que la lourdeur des protocoles de chimiothérapie dans un contexte d'incurabilité suscite des questionnements. « *Au bout d'un moment, j'avais perdu un peu la foi,* [...] *je n'y croyais plus trop* » raconte Florence qui s'investit en 2003 dans un groupe de travail de son service pour échanger autour des situations complexes et expérimenter des retours à domicile en fin de vie.

2.2. Les recrutées : des voies d'entrée plurielles

22 La génération des recrutées arrive dans un contexte marqué par l'institutionnalisation de la politique palliative adulte et par l'émergence d'un corpus structuré de pratiques et de savoirs palliatifs en pédiatrie. Leurs trajectoires, plus hétérogènes, témoignent

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

d'une pluralité de voies d'entrée dans cette cause, parmi lesquelles trois prédominent sans être exclusives ni exhaustives :

- l'entrée par la douleur ;
- celle par les SP adulte ;
- et celle par le polyhandicap.

23 **Certaines recrutées entrent dans la cause palliative à travers leur expertise dans l'évaluation et le traitement de la douleur**. La lutte contre la douleur s'est institutionnalisée à la fin des années 1990, avec la création d'équipes mobiles et de DU. Ces IDE, qui exercent en réanimation (pédiatrique ou néonatale) ou en cancérologie, développent un intérêt précoce pour la douleur et s'attachent, comme Eugénie, 45 ans, qui exerce 10 ans en réanimation avant de rejoindre une équipe douleur, à être « force de proposition » dans leur service. « *L'intérêt pour la douleur, induite*[4] *ou non, il est présent depuis que j'ai été diplômée.* [...] *C'était le souci de mettre du sens à faire des soins, réfléchir pourquoi on les fait, comment on peut les faire avec le moins de douleur possible, le moins de conséquences à court, moyen et long terme* » indique-t-elle. En réanimation, l'identification des causes potentielles de la douleur constitue un raisonnement clinique valorisé et une ressource pour faire valoir l'expertise infirmière (Denise, 2018). Cela se reflète dans les propos d'Eugénie, qui insiste sur les « *réflexions* » précédant la mise en œuvre des soins et les « *compétences qu'elle développe pour pouvoir proposer* [des alternatives] ». Soucieuses du caractère multifactoriel des douleurs, ces recrutées sont critiques du caractère « saucissonnant » de l'organisation hospitalière ; elles trouvent dans les SP un moyen de capitaliser sur leurs connaissances et une théorie unifiante pour « *ne pas juste être à un moment T, mais réfléchir de manière plus globale* » (Jeanne, 42 ans).

24 **D'autres recrutées s'engagent dans la cause palliative adulte et transfèrent ultérieurement, par opportunité, leur expertise en pédiatrie**. Ces IDE investissent le mandat infirmier à travers la matrice du prendre soin et exercent en SP dès leur sortie d'études. Mues par un intérêt pour l'interdisciplinarité, la prise en charge globale et les sciences humaines, elles débutent en unité de soins palliatifs (USP) puis exercent en EMSP. Elles y apprécient la réflexivité encouragée sur la mise en œuvre des soins infirmiers, les capacités d'observation qu'elles acquièrent aux côtés des aides-soignantes et de médecins cliniciens et leur implication dans l'élaboration collective d'une ligne de soin au cours des staffs (Schepens, 2014). Cet engagement se double d'un intérêt pour les médecines non conventionnelles. Ces recrutées n'ont pas d'intérêt initial pour la pédiatrie. Elles s'y engagent *via* leur réseau d'interconnaissances local, afin de poursuivre leur engagement dans un cadre d'exercice plus transversal, comme Faustine, 44 ans, et Sylvia, 53 ans. Faustine exerce quasi-exclusivement en SP adulte, où elle retrouve « *les valeurs* [qu'elle attachait] *au soin en rentrant à l'école d'infirmières : une prise en charge globale, le soin sur un temps long, la notion d'accompagnement, une valorisation aussi de notre place et de notre rôle* ». Sylvia commence sa carrière en réanimation, puis travaille 8 ans en USP, où elle découvre un « *soin infirmier vraiment centré sur le bien-être, sur le patient, ses désirs, où l'on travaille avec eux sur ce qu'on peut leur apporter* » et entreprend des formations en réflexologie plantaire. Toutes deux saisissent une ouverture de poste en ERRSPP pour transposer leurs compétences en pédiatrie.

25 **L'exercice auprès d'enfants polyhandicapés, dans des structures où le relationnel prédomine (rééducation, médico-social), constitue une troisième voie d'entrée**. Ces recrutées développent une expertise dans le soulagement des symptômes et une sensibilité pour la démarche palliative en initiant des fiches Samu Pallia[5] avec les

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

ERRSPP. Elles montent en compétences (formations, DU) et sensibilisent leurs collègues. Décrivant la position infirmière en ERRSPP comme inspirante, elles y postulent pour développer un lien plus fort avec les familles suivies, par le biais de visites à domicile. « *J'ai pratiqué le soin palliatif mais sans avoir la théorie* » résume Charlotte, 54 ans, qui exerce depuis 29 ans en soins médicaux et de réadaptation (SMR). Elle y prend l'habitude d'appeler l'équipe « *dès qu'on avait un souci* » et cherche à limiter l'invasivité des soins. Juliette, 28 ans, découvre le SP en institut médico-éducatif (IME), où elle devient référente SP, au contact d'enfants polyhandicapés souffrant d'épilepsies sévères. Elle y est sensible au rôle « *de ressource, de lien et d'aiguillage* » de l'ERRSPP « *puisque le corps éducatif n'a pas la sensibilité soins pal* ». Frustrée du faible lien des structures médico-sociales avec les familles, elle cherche un « *truc plus global* », convaincue qu'« *on ne peut pas bien s'occuper de l'enfant sans inclure la famille et la fratrie* ».

3. Devenir infirmière en équipe transversale

26 Les trajectoires des pionnières et des recrutées, inscrites dans des contextes d'exercice distincts, se ressemblent. Elles se désengagent de la technicité des prises en charge et des soins directs et acquièrent des dispositions à l'autonomie clinique et organisationnelle sur lesquelles elles capitalisent à leur entrée en ERRSPP.

3.1. « Détechniciser » les prises en charge : une série d'expériences précoces

27 Les enquêtées choisissent initialement le métier infirmier pour la relation d'aide qu'il incarne (« aider l'autre », « rendre service », « être au contact des gens ») (Girard, 2018) et ont presque toutes une appétence précoce pour la pédiatrie, mûrie pendant leurs études voire avant. Six ont la spécialisation de puéricultrice[6] et plusieurs hésitent avec d'autres métiers en lien avec l'enfance (enseignante, éducatrice spécialisée, orthophoniste). Cet attrait pour la pédiatrie est associé à la spontanéité et à la candeur des enfants, à la singularité de la posture médicale et infirmière à hauteur d'enfants, décrite comme empreinte d'authenticité et plus horizontale que chez l'adulte, et au lien fort tissé avec les familles. « *La simplicité des enfants, le fait qu'ils soient dans le "aujourd'hui et maintenant", cette relation de confiance qu'on arrive à nouer avec eux, c'est très enrichissant* » explique Nathalie, 57 ans, qui exerce 23 ans en cancérologie. Elle décrit l'enrichissement tiré du travail en binôme avec les auxiliaires de puériculture (AP) et des rapports peu hiérarchiques avec les médecins. Au début de leur carrière, ces IDE cherchent à acquérir des compétences techniques tout en préservant une dimension relationnelle.

28 Alors que les modules pédiatriques sont rares en IFSI, elles développent une connaissance fine des soins techniques (perfusion de prématurés et nouveau-nés, pose de sondes nasogastriques, soins de cathéters centraux, pansements post-chirurgie), des appareillages et des traitements. Celles qui exercent en pédiatrie générale, auprès de jeunes aux âges et pathologies variés, s'aguerrissent à la polyvalence. Ces apprentissages sont facilités par la cohésion collective et les appartenances identitaires fortes des services pédiatriques, mus par une « culture philanthropique » : le rapport à l'enfant y déborde du cadre soignant et influence l'ensemble des composantes matérielles et cognitives du service (Sainsaulieu, 2006). « *J'ai toujours connu le petit village*

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

gaulois au milieu de notre grand hôpital » soutient Pauline, 52 ans, qui travaille 13 ans en oncologie, un service « *très cocooning* », où l'« *on se connaît tous quasiment* » et où « *les parents vivent dans le service* ». Comme ses collègues, elle découvre les longs parcours de soin des familles et revient sur l'intensité des rencontres avec elles, l'amenant à s'investir davantage dans le travail de relation (Lecompte, 2016).

29 Une série d'expériences et un compagnonnage étroit avec les médecins les conduisent ensuite à prendre de la distance vis-à-vis de la technicité des prises en charge et à investir le travail relationnel. En oncologie, au contact pendant des mois voire des années avec les familles, les IDE s'emploient, comme Nathalie, à « *offrir un accompagnement pour essayer de passer cette étape le moins mal possible* ». Elle décrit un intérêt grandissant pour la prise en charge holistique, motivé par la volonté « *d'apporter autre chose que ce qu'on apprend dans les écoles, c'est-à-dire la technique et la technique* ». « *Très vite, le côté "relations humaines" a été au cœur de ce que j'ai voulu développer* » explique-t-elle. Comme d'autres, Nathalie s'implique dans les consultations d'annonce et les visites aux côtés de médecins dont elle loue les qualités cliniciennes et d'écoute, et développe à leurs côtés ses capacités d'observation et son autonomie clinique. Si les médecins commandent sans encadrer les IDE à travers la relation de prescription, celles-ci décrivent moins cette « autorité restreinte » qu'un compagnonnage concourant à leur autonomisation (Jounin & Wolff, 2006).

3.2. Des dispositions à l'autonomie clinique et organisationnelle

30 Les expériences de certaines IDE les conduisent à être en contact avec des enfants en échec thérapeutique et développer des aptitudes à l'autonomie clinique. Plusieurs poursuivent leur carrière en hospitalisation à domicile (HAD), où l'exercice, sous supervision médicale, implique une autonomie d'action et de décision, dans le soin technique et dans la clinique, et les confronte au suivi d'enfants en fin de vie. Après l'oncologie et la réanimation, Bénédicte rejoint pendant quatre ans une HAD pédiatrique, avant d'intégrer deux mi-temps, l'un en recherche clinique en oncologie, l'autre dans une équipe mobile douleur. Elle insiste sur l'entrée dans l'intimité familiale et sur l'« *adaptabilité* » et l'« *autonomie* » nécessaires en HAD :

> « *Être seule à domicile, ça développe des capacités d'observation, de discernement, savoir être autonome, ça a été une très bonne école.* [...] *Il faut pouvoir agir rapidement, prendre des décisions, même si c'est toujours sous couvert médical. Quand on estime qu'un enfant se dégrade, qu'il n'est pas bien à domicile, il faut pouvoir agir.* »

31 Dans cet « hôpital mobile » qu'est l'HAD, il importe de limiter l'envahissement du domicile par l'hôpital tout en endossant le caractère solitaire de l'exercice, puisque l'IDE réalise sans aide l'examen clinique et devient « l'œil de l'hôpital » pour le médecin référent et celui de l'HAD (Mougel, 2019). L'exercice en HAD sensibilise aussi aux contraintes qu'impliquent les prises en charge hospitalières sur la vie quotidienne et familiale et aux incidences des situations d'aidance. « *On ne se rendait pas compte de ce qu'on faisait vivre aux gens une fois qu'ils étaient sortis des murs de l'hôpital* » raconte Évelyne, 44 ans, qui exerce en HAD après 9 ans en service puis hôpital de jour de cancérologie.

32 Comme Bénédicte, certaines se voient proposer ou postulent à des postes d'IDE référente en recherche clinique ou en équipe douleur, ou d'IDE principale[7]. Ces mobilités actent la reconnaissance, par leur encadrement ou des médecins, d'une

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

expertise, de qualités managériales ou pédagogiques. Ces fonctions impliquent un exercice transversal et de nouer un lien personnel avec le médecin coordinateur. Elles les aident à développer une aptitude à la gestion de projets et à la coordination. L'IDE en recherche clinique participe à l'élaboration et au suivi des protocoles de recherche ainsi qu'au recueil de données. Le poste suppose des contacts avec les laboratoires, l'administration et les médecins, mais aussi un lien privilégié avec les IDE de service, en raison du caractère protocolisé des inclusions dans les essais cliniques. L'exercice en équipe douleur implique lui aussi une « *autre posture infirmière* » voire un « *changement de métier* » (Bénédicte) : plutôt qu'une implication dans les soins, il faut épauler les équipes et les former. « *Les gens m'appelaient pour me demander des conseils sur un soin, les échelles d'évaluation, je faisais des formations aux équipes. J'étais aux anges* » décrit Carine. Lorsqu'un poste d'IDE référente douleur du pôle enfant et néonatologie s'ouvre dans son CHU, elle postule, après 30 années en oncologie. Son DU douleur et ses enseignements en école d'IDE et d'AP l'aident à obtenir ce poste, où elle investit une position de transmission avec « *humilité* » et « *authenticité* ».

33 D'autres développent ces compétences de coordination et de formation en s'impliquant dans des démarches internes à l'établissement (groupe de travail, évaluation des pratiques professionnelles) ou par le bénévolat, comme Sylvia, investie dix ans dans la commission infirmière de la Société de réanimation de langue française, où elle aide à l'organisation du congrès annuel et gère le site web. D'autres ont enfin des carrières plus atypiques, dans l'humanitaire ou la direction de structures, au cours desquelles elles s'aguerrissent au travail de bureau. C'est le cas d'Aurore. Après 5 ans dans les soins en oncologie, elle est nommée IDE principale. Elle s'arrête pour s'occuper de son premier enfant et déménage suite à une mobilité professionnelle de son mari, puis trouve un poste de directrice adjointe dans une crèche municipale collective, au sein de laquelle elle manage 25 personnes et s'attèle à la rédaction du projet pédagogique et d'entreprise. À l'occasion d'un nouveau déménagement, elle épaule son mari comme secrétaire dans l'entreprise de BTP qu'il rachète. Cette expérience la contraint à « *prendre* [son] *téléphone et appeler des gens* [qu'elle ne] *connaît pas, écrire des mails, répondre à des courriers, aller à des réunions, faire des formations flash aux salariés pour la sécurité* ». Si ces activités semblent éloignées des soins, Aurore dit y « *voir le lien avec* [son] *travail de maintenant* » : coordination et mise en réseau, organisation de formations.

4. Le retrait des soins au bénéfice d'une mobilité sociale horizontale

34 L'exercice en ERRSPP, dont l'atypicité suscite des défis, est envisagé comme une mobilité sociale horizontale venant approfondir le métier infirmier.

4.1. Une activité atypique, source de défis

35 La position en retrait des soins, la valorisation de l'interdisciplinarité et la diplomatie requise pour insérer l'équipe dans l'écosystème local concourent à un exercice atypique et source de défis.

36 À l'instar de Charlotte, les participantes racontent l'attrait que revêt l'exercice en retrait des soins et se rejoignent pour décrire un métier « vraiment à part » et « difficile

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

à comprendre ». Avec ce poste, elles aspirent à exercer en transversalité, développer une relation jugée plus authentique avec les familles sur la durée et à investir une posture de transmission institutionnellement légitime auprès des professionnels. « *Ce qui m'a attiré, c'est de pratiquer ma profession autrement qu'en service, le côté transversal, la possibilité d'aller au domicile des gens, d'être moins dans le soin technique, d'accompagner mes collègues des services dans les prises en charge* » soutient Sylvia, qui décrit un régime temporel d'activité (discussions collectives, appels réguliers avec les familles et les équipes) plus souple et propice à l'approfondissement des réflexions. Pour autant, l'activité, qui comprend un travail de bureau et confronte les IDE à des juridictions médicales et psychologiques aux savoirs plus stabilisés, s'avère déstabilisante. Les médecins sont peu présents (avec des temps de travail de 10 à 30 % parfois) et peuvent se contenter d'apporter une expertise dans la réévaluation des traitements algologiques, tandis que le lien à l'encadrement paramédical est généralement exclusivement administratif. Les IDE découvrent par ailleurs des profils pathologiques (néonatologie, neurologie) et des secteurs (médico-social, scolaire) éloignés de leur cœur de métier et doivent régulièrement prendre la parole en public, en réunion pluridisciplinaire ou en formation, des missions éprouvantes aux débuts.

37 L'activité se distingue par une position de seconde ligne, dans laquelle les soignantes apportent une expertise et du soutien aux professionnels référents de l'enfant et à sa famille[8]. Elle implique de faire le « deuil des soins », c'est-à-dire un « *renoncement aux soins techniques et relationnels prodigués sur et auprès du patient qui font le cœur du métier d'infirmière* » (Divay & Gadéa, 2015, p. 94). Cette rupture est appréhendée de façon différenciée. Certaines engagent ce retrait des soins lors de leurs expériences antérieures ou se disent lassées par cette activité routinière, tandis que d'autres trouvent difficile de nouer en ERRSPP une relation avec l'enfant ayant la même intensité que dans les services et le regrettent dans un premier temps :

> « *Ça a été assez progressif. Quand j'étais infirmière de recherche clinique, je faisais déjà moins de soins techniques. Sur l'équipe douleur, j'étais déjà en équipe transversale, donc dégagée du soin. Ça n'a jamais été cet aspect de notre profession qui m'a attirée. Ne plus faire de prises de sang, ne plus faire de pansements, ça m'a pas "coûté", ça ne me manque pas.* » (Bénédicte).
>
> « *J'avais très peur au départ de ne plus faire aucun soin, que tout ça me manque. Et en fait je me suis dit que non, j'avais fait ça pendant 29 ans, j'étais passée à autre chose. Ça ne m'empêche pas de mettre à profit mes connaissances techniques auprès de certains parents, de leur montrer comment changer un bouton de gastrostomie pour éviter d'aller aux urgences.* » (Charlotte).

38 Pour Bénédicte, le déplaisir et le manque de sens associés dans les expériences antérieures aux soins techniques, apparentés à une forme de « sale boulot infirmier » (Giraud & Moraldo, 2025), concourent à ce « deuil » rapide ; tandis que pour Charlotte, plus attachée à ce travail au chevet du patient, le réinvestissement de ses savoirs à des fins d'éducation thérapeutique et de rassurance parentale est envisagé comme une façon de capitaliser sur ces acquis et de limiter ce manque.

39 Une autre singularité tient au cadre et aux modalités de réalisation de l'activité : les participantes doivent développer une relation avec les familles et les professionnels qui suivent l'enfant et être force de proposition. « *Comprendre les problématiques des familles, c'est ce qui nous guide. Il ne faut pas venir en terrain conquis en se disant "je sais". Il faut observer, écouter, voir ce qu'on attend de nous, et construire en fonction* » explique Aurore. Cette modalité de travail constitue une bifurcation dans la socialisation professionnelle

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

d'IDE habituées à une activité protocolisée. S'il importe, comme dans les diagnostics infirmiers enseignés en IFSI, de considérer les éléments extérieurs à la maladie (Girard, 2019), il leur faut non pas suivre rigoureusement des directives, mais envisager les répercussions de la maladie sur la vie quotidienne (le domicile, la scolarité), élaborer avec les familles un projet de vie et coordonner le parcours.

40 Un dernier défi tient à la « diplomatie à la frontière » requise pour légitimer l'activité de l'équipe sans empiéter sur les juridictions des professionnels (Lancelevée *et al.*, 2024). Alors que la collaboration et l'interdisciplinarité prônées par les ERRSPP se heurtent aux logiques territoriales de l'hôpital et au différentiel de prestige entre spécialités (Legrand, 2012), elles déploient des stratégies pour développer la file active[9]. Les pionnières mettent en avant ces qualités diplomatiques, comme Florence, qui explique qu'il « *a fallu tout construire* » :

> « *J'ai eu l'impression d'être représentante commerciale, il fallait vendre notre équipe. Les CH de proximité, on avait le logo du CHU, ils avaient l'impression qu'on voulait leur apprendre comment travailler. Les médecins traitants, pareil, il y a plein de fois où on a été reçu : "Ah enfin, vous vous déplacez, il est quand même temps", voire "vous nous renvoyez la patate chaude. Maintenant que l'enfant est en fin de vie, il faut qu'il rentre à domicile". Il a fallu faire preuve de beaucoup de diplomatie, d'humilité.* »

41 Alors que les médecins généralistes et les CH restent dépendants de l'expertise des spécialistes, l'arrivée des ERRSPP est perçue comme une nouvelle affirmation de leur subordination au CHU, raison pour laquelle Florence insiste sur la « *diplomatie* » et « *l'humilité* » nécessaires.

4.2. Un approfondissement du métier infirmier

42 Plutôt qu'un reclassement, l'accès à ce poste est envisagé comme une mobilité horizontale, ce qui peut être mis en lien avec les propriétés sociales des enquêtées et leur rapport aux savoirs.

43 Les récits reflètent l'influence de la « carrière familiale » – les étapes de la vie familiale, ses changements et les activités du conjoint – dans les trajectoires des IDE (Bonnet *et al.*, 2006). Leurs choix de services d'exercice et leur entrée dans des parcours de formation continue (spécialisation, DU) sont modulés par les contraintes conjugales et familiales : mobilités résidentielles successives liées au travail du conjoint, congé parental, situations d'aidance. Maryse, 63 ans, 2 enfants, explique « *avoir toujours recherché à adapter* [son] *équilibre personnel à* [sa] *volonté de développement professionnel* ». Diplômée à Paris en 1984, elle rejoint la Bretagne pour exercer en pédiatrie générale. Elle déménage à plusieurs reprises pour entrer à l'école de puériculture puis pour suivre son mari. Après son premier congé maternité, elle exerce en réanimation. Suite à la naissance de son second fils, elle privilégie des services « *moins lourds et moins techniques* » et où l'exercice à temps partiel est admis, comme la pédiatrie générale. Ensuite, elle « *lève le pied* » pour s'occuper sa mère, atteinte d'un cancer. À ses débuts en ERRSPP, elle décline la proposition de financement de DU, ayant déjà entrepris un DIU douleur et estimant ne pas être en « *disposition familiale de suivre une formation plus longue et plus intense* » avec des enfants collégiens. Comme le reflète sa trajectoire, ces carrières oscillent entre le modèle des « *forces de rappel du travail d'appoint* », où celle-ci est fortement subordonnée à celle du conjoint et aux évènements familiaux, et celui des « *tensions dans l'émancipation* », marqué par une plus grande continuité, un attachement

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

à la profession et un poids relatif dans les négociations conjugales (Bouffartigue & Bouteiller, 2006).

44 Les carrières des femmes appartenant aux classes populaires ne vont pas de soi : elles sont marquées par la prégnance des contingences, une négociation étape par étape au sein du couple et le poids des responsabilités domestiques, vis-à-vis des descendants comme des ascendants (Testenoire, 2001). Dans les « mobilités discrètes », l'exercice des métiers du *care* s'apparente à une reconversion mue par la quête d'une activité plus compatible avec la vie de famille, illustrant là aussi une conception de la carrière féminine comme variable contingente (Misset & Noûs, 2021). *A contrario*, chez nos enquêtées, l'accès au métier infirmier est quasi-systématiquement décrit comme une vocation, favorisant l'exercice d'une activité socialement utile, humainement épanouissante, au contact des enfants. Les IDE envisagent en outre leur carrière comme un projet cohérent, allant de soi ; si des négociations conjugales et des contingences géographiques ou familiales ponctuent leur trajectoire, elles présentent une relativement grande capacité d'individualisation et soulignent la diversité des savoirs accumulés ainsi que la prégnance de négociations avec leur encadrement pour éviter de faire les frais des stratégies organisationnelles (positionnement dans un service où la main d'œuvre manque).

45 En seconde partie de carrière, l'exercice en ERRSPP, qui implique des horaires fixes de jour (9 h – 17 h), correspond à un compromis entre l'intérêt du travail et la quête d'une moindre pénibilité horaire et physique (Bouffartigue & Bouteiller, 2006) et parachève une longue expérience clinique et académique. « *J'étais fatiguée, physiquement. Les 12 h, les week-ends, les nuits, ça faisait quelques années que je n'en faisais plus parce que je ne supportais plus. Courir comme une dératée, j'en avais marre. J'avais envie de me poser* » soutient Carine (père directeur d'usine, mère au foyer), décrivant le poste comme « *l'aboutissement final de ce que j'aimais faire* ». Ce sentiment de consécration est partagé :

> « *On m'aurait proposé ce poste à la sortie d'onco, je n'aurais pas accepté, je ne me serais pas sentie légitime. Avec mes 15 ans de carrière* [cancérologie, puis HAD]*, je me suis sentie légitime de créer cette équipe.* [...] *Et le travail sur soi aussi, de mon histoire familiale* [elle est orpheline de mère] *et professionnelle fait que j'en suis arrivée là.* » (Tatiana, père cadre dans l'industrie, mère comptable).
>
> « *Il y a une perte de sens dans ce que je fais* [en équipe douleur]*, je me dis zut ! J'ai quand même appris et fait plein de trucs intéressants. Je pense que j'ai des choses à apporter et j'ai encore envie d'apprendre autre chose. Et voilà, arrive ce poste aux soins pals. Au début je me dis "waouh ! Ça va être chaud, je ne vais pas y arriver, c'est quand même un autre métier".* » (Eugénie, père artisan/commerçant dans le bois, mère auxiliaire de puériculture).

46 Les profits symboliques et matériels tirés du poste (autonomie dans la gestion de l'emploi du temps, collaboration horizontale avec les médecins, formation des internes) sont peu mentionnés. Contrairement aux infirmières en pratique avancée (IPA) ou aux infirmières anesthésistes, qui s'inscrivent dans une logique de différenciation vis-à-vis du groupe infirmier (El Haïk-Wagner, 2025 ; Giraud & Moraldo, 2024), les participantes conçoivent leur entrée en ERRSPP moins comme un rehaussement statutaire que comme la reconnaissance de leur expérience dans les soins et de leurs savoirs académiques et d'expérience, ce que connotent les termes d'« aboutissement » et de « légitimité ». Elles racontent aussi, comme Eugénie, « *la crainte de pas être à la hauteur du truc* ». Lorsqu'elles ne postulent pas mais se voient proposer le poste par un médecin ou leur encadrement, comme Tatiana, elles hésitent à accepter la proposition. Les participantes s'envisagent ainsi plus comme des « super infirmières » que comme des

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

« mini-médecins » : si elles rejoignent l'élite infirmière, elles envisagent le poste plutôt comme l'aboutissement d'une trajectoire d'ascension intergénérationnelle que comme l'exercice d'une nouvelle profession éloignée du « sale boulot infirmier » et proche du modèle médical (Giraud & Moraldo, 2025).

47 Ce sentiment d'illégitimité peut être mis au regard des propriétés sociales de ces IDE, dont les parents sont en majorité ouvriers ou employés (chauffeur de bus, gendarme, agent d'entretien), et exercent pour certains des professions intermédiaires (cadre de l'intervention socio-éducative, ingénieur). Rares sont celles dont les parents travaillent dans la santé ; lorsque c'est le cas, ils appartiennent aux fractions dominées de l'hôpital (aide-soignante, AP). Leurs faibles prédispositions familiales à la connaissance des carrières hospitalières et leur sentiment limité de revanche sociale concourent à ce qu'elles envisagent le poste comme une mobilité horizontale plutôt que verticale. En outre, seules quatre ont un parent indépendant (commerçant, boulanger, entrepreneur dans le bâtiment). Avec la relative satisfaction qu'elles tirent de leur expérience en CHU, cela peut expliquer qu'elles privilégient la poursuite d'une carrière hospitalière plutôt que l'exercice libéral (Douguet & Vilbrod, 2007).

48 Ce sentiment d'illégitimité est modulé par la « montée en légitimité » que favorise la formation continue (Bézille *et al.*, 2020). Au-delà des formations institutionnelles, la plupart des IDE suivent entre un et quatre DU[10]. Si elles soulignent la difficulté de se remettre dans les études et de rédiger un mémoire, elles pointent toutes, comme Charlotte, ce « bagage supplémentaire ». Elles y actualisent leurs savoirs (usage des antalgiques, symptômes de fin de vie et sédation, procédure de limitations ou arrêt de traitements, processus de deuil) et bénéficient d'échanges entre pairs. Alors que l'offre de DU spécifiquement pédiatriques est réduite et récente, beaucoup suivent des DU de médecine adulte dont elles importent les enseignements en pédiatrie. « *Quand on est longtemps dans un service, on finit par avoir des œillères et on a les réflexes du service* » explique Florence, qui suit un DU de SP adulte et découvre que l'alimentation intraveineuse des enfants en fin de vie leur est délétère. S'il valide les connaissances et transmet un signal valorisé des savoirs formels maîtrisés, le DU constitue aussi un réseau professionnel. Cela est visible chez celles (dix dans notre échantillon), comme Nathalie, qui réalisent le diplôme interuniversitaire (DIU) Douleur aiguë et chronique et soins palliatifs pédiatriques (160 heures de cours sur 2 ans)[11]. Elle y rencontre d'autres IDE avec lesquelles elle continue d'échanger *via* la Société française de soins palliatifs pédiatriques (2SPP) et explique qu'il l'aide à « *se sentir encore plus légitime* » :

> « *Ce qui est difficile dans cette équipe, c'est toujours la légitimité d'être là. On se bagarre beaucoup avec ça. En tant qu'infirmière, quand on débarque dans un service, qu'on parle à un médecin qui ne nous connaît pas et qu'on aimerait le conseiller, le positionnement est super délicat. Avoir dans son sac à dos une formation diplômante en disant "j'ai fait ça pendant 2 ans, j'ai appris, je sais faire", ça aide !* [...] *Et le diplôme, ça affiche quelque chose de plus.* »

Conclusion

49 Les infirmières participantes partagent un engagement commun en faveur de la cause palliative qui préexiste à leur entrée en équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) et se développe dans un contexte distinct selon leur période et leurs spécialités d'exercice. Pionnières ou recrutées, elles exercent dès leur sortie d'études quasi-exclusivement en pédiatrie et ont des trajectoires similaires.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

Initialement attirées par les soins techniques, elles cherchent à approfondir la composante relationnelle de l'activité et découvrent le parcours extrahospitalier des familles. Cet intérêt pour la globalité des prises en charge se double de l'incorporation de dispositions à l'autonomie clinique et organisationnelle hors des seuls services de soin (en équipe pluridisciplinaire ou hospitalisation à domicile, lors d'expériences extraprofessionnelles ou plus atypiques). Parfois désignées par un médecin ou une cadre, elles capitalisent sur ces dispositions à leur arrivée en ERRSPP, où elles découvrent un nouveau métier, en retrait des soins, la nécessité de défendre la juridiction infirmière et l'importance de la « diplomatie à la frontière ». Elles envisagent cette mobilité moins comme un rehaussement statutaire que comme une « mobilité sociale horizontale par approfondissement du métier infirmier », dans la continuité de leurs longues expériences et parcours de formation continue.

50 Les mobilités « discrètes » et « sur place » ont jusque-là été essentiellement décrites au sein des classes populaires. À travers ces résultats, nous pouvons formuler des hypothèses sur leurs caractéristiques chez les classes moyennes. Ces mobilités s'y inscrivent dans des trajectoires d'emploi stables (salariat à durée indéterminée, dans la fonction publique hospitalière) et dans une profession fortement règlementée par l'État. Cela participe à une reconnaissance par l'employeur et l'encadrement de l'expérience qui favorise l'entrée dans des parcours de formation continue et des processus de désignation pour des postes atypiques comme celui étudié. Les mobilités décrites sont en effet conditionnées par des expériences et savoirs (aptitude à la collaboration horizontale avec les médecins, à l'exercice en interdisciplinarité et à la transmission et des savoirs validés par des parcours de formation continue) qui dépassent la seule expertise dans le domaine d'activité. Le rôle joué par les diplômes universitaires ressort : s'ils n'ont pas d'impact objectif sur l'emploi, ils rendent possible l'accès à ces postes infirmiers en retrait des soins et favorisent une « montée en légitimité ». Par ailleurs, s'il existe une relative subordination de la carrière aux contraintes conjugales et familiales, celle-ci est néanmoins envisagée comme un projet cohérent, allant de soi, fruit d'une vocation initiale, et marquée par la recherche d'une autonomie croissante dans sa pratique et dans la gestion de son temps. Enfin, la trajectoire professionnelle des participantes apparaît moins imbriquée dans la quête d'un positionnement social que dans les mobilités « discrètes » des classes populaires : cela peut s'expliquer par la moindre fragilité des ménages des IDE et leur sentiment d'un positionnement social plus assuré.

51 L'examen de ces trajectoires éclaire aussi les dynamiques du segment des soins palliatifs pédiatriques (SPP), dont l'extension contribue à une moindre homologie socioprofessionnelle des intervenants qu'à ses débuts : né en cancérologie, le segment attire aujourd'hui des professionnels issus de spécialités diverses, tandis que son institutionnalisation (développement d'unités de SPP, universitarisation) va de pair avec l'émergence de nouveaux clivages. L'examen de ces trajectoires témoigne du socle commun qui participe à sa cohésion et à son unité persistante ainsi qu'à sa différenciation avec le segment adulte : homologie des propriétés sociales, appartenance à la pédiatrie, adhésion précoce dans la trajectoire à la philosophie palliative, intérêt pour l'extrahospitalier et le secteur médico-social.

52 De futures recherches gagneraient à comparer les conditions sociales d'accès à des postes infirmiers similaires (coordinatrice de parcours ou en réseau de santé, infirmière en équipe douleur ou en recherche clinique).

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

BIBLIOGRAPHIE

Arborio, A.-M. (2009). *Les cheminements longs en sociologie*. Communication dans le congrès « Les cheminements longs en sociologie », nº 29, 11-23.

Becker, H. S. (1952). The Career of the Chicago Public Schoolteacher. *American Journal of Sociology*, *57*(5), 470-477.

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie : Perspective ethnosociologique*. Paris : Nathan.

Bézille, H., Divert, N. & Lebon, F. (2020). En quête de légitimité(s). Retour sur un dispositif de formation continue de professionnels de l'animation. *Savoirs*, *53*(2), 51-67. https://doi.org/10.3917/savo.053.0051

Boisson, M. J. (2020). *Mourir en moderne. Une sociologie de la délégation*. Thèse de sociologie, EHESS.

Bonnet, E., Collet, B. & Maurines, B. (2006). Carrière familiale et mobilité géographique professionnelle. *Cahiers du Genre*, *41*(2), 75-98. https://doi.org/10.3917/cdge.041.0075

Borras, I. (2020). Les effets de la formation continue diplômante universitaire en fonction des diplômes. Une exploitation de l'enquête Impact-Rev dans les 8 universités de Rhône-Alpes. Dans V. Canals & S. Landrier (coord.). *Reprise d'études à l'université : quels publics, quelles finalités ?* (p. 35-63). Marseille : Céreq, coll. « Céreq Échanges » (nº 14).

Bouffartigue, P. & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. *Temporalités*, *4*. https://doi.org/10.4000/temporalites.334

Castra, M. (2003). *Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses universitaires de France.

Castra, M. & Schepens, F. (2015). Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires. *Travail et emploi*, *141*(1), 53-69. https://doi.org/10.4000/travailemploi.6577

Del Vechio Good, M.-J., Good, B., Schaffer, C. & Lind, S. (1990). American Oncology and the Discourse on Hope. *Culture, medicine and psychiatry*, *14*, 59-79. https://doi.org/10.1007/BF00046704

Denave, S. (2009). Les ruptures professionnelles : Analyser les événements au croisement des dispositions individuelles et des contextes. Dans M. Grossetti, M. Bessin & C. Bidart (coord.). *Bifurcations* (p. 168-175). Paris : La Découverte.

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). Infirmière : une profession au large éventail de carrières... horizontales. Dans J.-P. Cadet & C. Guitton, C. (dir.). Les professions intermédiaires (p. 195-202). Paris : Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.guit.2013.01.0195

Divay, S. & Gadéa, C. (2015). Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé. *Gouvernement et action publique*, *4*(4), 81-99. https://doi.org/10.3917/gap.154.0081

Douguet, F. & Vilbrod, A. (2007). *Le métier d'infirmière libérale. Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*. Paris : Seli Arslan.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

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). De « super infirmière » à « plus qu'infirmière ». Les conditions sociales de spécialisation des infirmières anesthésistes. *Formation Emploi*, *169*. https://doi.org/10.4000/140hh

El Haïk-Wagner, 2026. Pointer l'intolérable, accompagner l'inconcevable. Sociohistoire des soins palliatifs pédiatriques en France (1980-2020). Webinaire de la Société de soins palliatifs pédiatriques prévu pour le 13 octobre 2026.

Girard, L. (2018). *Des femmes en blanc : La « fabrication » des infirmières*. Thèse de sociologie, Université de Bourgogne–Franche-Comté.

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

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*. https://doi.org/10.4000/formationemploi.12266

Giraud, F., & Moraldo, D. (2025). Création d'un nouveau métier et recomposition de la division du travail. Les infirmières en pratique avancée à la recherche de leur place dans l'espace professionnel médical. *Sociologie*, *16*(3), 289-308.

Jounin, N. & Wolff, L. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/074000641.pdf

Lancelevée, C., Moreau, D., Nouguez, É. & Tartour, T. (2024). S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie. *Sociologie du travail*, *66*(2). https://doi.org/10.4000/11o4t

Lahire, B. (2005). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris : Armand Colin.

Lassis, R. (2025). *Soutenir l'insoutenable. Analyse des carrières des infirmières hospitalières*. Communication au 11e congrès de l'Association française de sociologie, Toulouse, 9 juillet.

Lecompte, H. (2016). La « prise en charge globale » en oncopédiatrie. *Anthropologie & Santé*, *13*. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2327

Legrand, É. (2010). Quand la réanimation échoue : L'expérience des familles. *Sciences sociales et santé*, 28(1), 43-70. https://doi.org/10.3406/sosan.2010.1953

Legrand, É. (2012). *Servir sans guérir. Médecine palliative en équipe mobile.* Paris : Éditions de l'EHESS.

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. https://doi.org/10.3917/rfs.592.0219

Misset, S. & Noûs, C. (2021). Des mobilités discrètes en milieu populaire. Les trajectoires professionnelles entre arrangements conjugaux et quête de respectabilité. *Genèses*, *122*(1), 79-106. https://doi.org/10.3917/gen.122.0079

Mougel, S. (2019). Faire entrer la pédiatrie au domicile. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, *309*, 10-13.

Paradeise, C. (1984). La marine marchande française : un marché du travail fermé ? *Revue française de sociologie*, *25*(3), 352-375. https://doi.org/10.2307/3321402

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

Petit, A. (2014). *Aux frontières de la biomédecine. Médecine et professionnels de la douleur*. Thèse de sociologie, IEP de Paris.

Pora, P. (2023). Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. *Études et résultats*, *1277*.

Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*, *48*(1). https://doi.org/10.4000/sdt.23521

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

Testenoire, A. (2001). Les carrières féminines : contingence ou projet ? *Travail, genre et sociétés*, *5*(1), 117-133. https://doi.org/10.3917/tgs.005.0117

Villermin, É. & Gaüzes, V. (2021). Un accompagnement infirmier dans une juste proximité. *Revue de l'infirmière*, *269*, 42-44.

ANNEXES

Annexe 1. Profil des participantes

Prénom	Âge	IPDE	Ancienneté comme IDE	DU suivis	Profession du père	Profession de la mère
Christelle	66		41	1	Juriste	Standardiste
Eugénie	45		23	3	Commerçant et exploitant agricole	Auxiliaire de puériculture
Tatiana	53		30	3	Cadre (industrie)	Comptable
Nathalie	57		36	1	Entrepreneur dans le bâtiment	Femme au foyer
Anna	40		17	2	Éducateur spécialisé	Éducatrice spécialisée
Bénédicte	52	IPDE	34	1	Chauffeur de bus	Aide-soignante
Florence	56	IPDE	35	1	Agriculteur puis comptable	Agricultrice puis coiffeuse
Maryse	63	IPDE	42	2	Agriculteur	Agricultrice
Charlotte	54		33	1	Technicien ciment	Assistante maternelle
Aurore	50	IPDE	29	1	Oncologue	Bibliothécaire
Pauline	52		28	2	Boulanger	Aide-comptable
Elsa	35		11	0	Gendarme	Infirmière

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

Juliette	28		7	0	Agent d'entretien	Cheffe de service (médico-social)
Faustine	44		22	1	Ingénieur	Adjointe aux cadres hospitaliers
Sylvia	53		33	0	Ouvrier puis cadre	Secrétaire de direction
Jeanne	42		20	2	Agent technicien	Infirmière scolaire
Carine	59		38	4	Directeur d'usine	Mère au foyer
Aline	51		26	2	Ouvrier spécialisé	Agente des services hospitaliers
Evelyne	44	IPDE	21	1	Agent commercial	Agente de banque
Laurence	36	IPDE	15	1	Ouvrier	Ouvrière

IPDE : infirmière puéricultrice diplômée d'État.
Source : auteurs.

NOTES

1. Il existe quatre spécialisations (puériculture ; bloc opératoire ; anesthésie ; pratique avancée), qui impliquent une reprise de formation de 12 à 24 mois.

2. Cela ne saurait éluder l'usage de telles compétences par ces IDE dans l'évaluation clinique des enfants et leur expertise en matière de soulagement des symptômes.

3. La majorité des intervenants – notamment médecins et psychologues – exercent à temps partiel (souvent 50 %).

4. Provoquée par le soignant ou le traitement.

5. Document de liaison qui indique au médecin intervenant en situation d'urgence des informations permettant une prise en charge appropriée à l'état du patient et à ses souhaits et/ou ceux de ses parents.

6. D'une durée de 12 mois, elle mêle enseignements et stages et délivre un diplôme d'État.

7. Fonction intermédiaire entre les équipes et la cadre, qui implique du management et la gestion de projets.

8. Elles ne sont donc que rarement confrontées directement à un décès d'enfant.

9. Nombre de patients suivis par l'ERRSPP, adressés par les médecins spécialistes.

10. Une participante dispose de deux capacités infirmières et d'un master en sciences infirmières.

11. Dans certaines équipes, son suivi est imposé aux entrants, tout corps de métier confondu.

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)

RÉSUMÉS

À partir du cas des infirmières exerçant en équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques, cet article examine les stratégies de préservation professionnelle et les « mobilités discrètes » que représentent les postes hospitaliers en retrait des soins techniques. Sur la base d'entretiens et d'observations, nous distinguons deux générations de professionnelles en fonction de leur contexte d'exercice. L'article interroge les conditions sociales d'accès à un poste atypique, requérant des dispositions à l'autonomie clinique et organisationnelle. Il est envisagé comme une mobilité sociale horizontale capitalisant sur la « montée en légitimité » permise par la formation continue.

The present article examines professional preservation strategies and the 'discreet mobility' represented by hospital positions that are removed from patient technical care, taking as its point of departure the case of nurses working in regional pediatric palliative care teams. Based on a series of interviews and observations, a distinction has been made between two generations of professionals according to their working context. The article calls into question the social conditions that are required for individuals to access an atypical position, which requires clinical and organizational autonomy. It is regarded as a form of horizontal social mobility that capitalizes on the 'increased legitimacy' afforded by continuing education.

INDEX

Keywords : nurse, occupational mobility, social mobility, vocational training, perception of work
Mots-clés : infirmier, mobilité professionnelle, mobilité sociale, formation professionnelle, représentation du travail
Code JEL J24 - Human Capital; Skills; Occupational Choice; Labor Productivity, J62 - Job; Occupational; and Intergenerational Mobility

AUTEURS

NICOLAS EL HAÏK-WAGNER

IDREF : https://idref.fr/265142415
VIAF : http://viaf.org/viaf/100166835579835941958

Post-doctorant en sociologie, au Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA7529) du Conservatoire national des arts et métiers.
ORCID ID : 0000-0001-8451-7637 / IdHAL : https://cv.hal.science/nicolas-el-haik-wagner

MARTIN JULIER-COSTES

IDREF : https://idref.fr/153239131
ORCID : https://orcid.org/0000-0003-1870-5044
VIAF : http://viaf.org/viaf/217490791
ISNI : https://isni.org/isni/0000000359365234

Post-doctorant en sociologie, au Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA7529) du Conservatoire national des arts et métiers.
ORCID ID : 0000-0003-1870-5044 / IdHAL : https://cv.hal.science/martin-julier-costes

Céreq | Téléchargé le 10/11/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 82.96.136.93)