

Domaine santé & social

Filière de formation des infirmières et infirmiers

« Urgences », entre réalité et fiction, une série
qui motive les étudiants en soins infirmiers ?

Réalisé par

Anaïs Hermelin

Sous la direction de

Pierre-Yves Roh

Sion, Juillet 2007

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue pendant ce travail. J'adresse donc un grand merci à Pierre-yves Roh, mon directeur de mémoire, pour l'aide et le soutien dont il a fait preuve, aux étudiants qui ont accordé un peu de leur temps pour répondre à mes questions, ma famille et mes amis qui m'ont encouragée tout au long de ce mémoire.

Résumé de la recherche

La motivation est une notion difficile à définir. Plusieurs approches, qu'elles soient comportementalistes, cognitives ou biologiques, tentent de l'expliquer selon des concepts variés. Chacun se dit motivé à faire telle ou telle chose et le fait d'expérimenter concrètement une activité est bien souvent le seul élément justifiant cette motivation. Les étudiants en soins infirmiers qui projettent de faire un stage dans un service d'urgences ou qui y envisagent une « carrière » professionnelle puisent leur motivation dans leur connaissance plus ou moins approfondie de ce milieu ou au contraire dans l'idée qu'ils s'en font. Il n'est pas aisé d'exprimer les fondements de sa motivation et souvent les facteurs motivationnels d'un individu sont indéfinissables ou flous.

Quels sont les facteurs motivationnels qui influencent le choix d'une « carrière » dans un service d'urgences pour les étudiants en soins infirmiers ?

C'est auprès d'étudiants en soins infirmiers qui entrevoient une possible carrière aux urgences que cette recherche va tenter de déterminer les facteurs de leur motivation. Utilisant des apports théoriques traitant de la motivation, des représentations et des urgences, il sera possible d'analyser les données recueillies sur le terrain et finalement de les synthétiser en répondant à la question de recherche.

Mots-clés

- Motivation
- Représentation
- Urgences
- Rôle infirmier

Table des matières

1	Introduction	1
2	Motivations	1
2.1	Personnelles	1
2.2	Professionnelles	2
2.3	Politiques.....	3
3	Problématique	5
3.1	Revue de la littérature	5
3.2	État de la question et mise en perspective.....	8
4	Cadre conceptuel.....	9
4.1	La motivation.....	9
4.1.1	Éléments de définition.....	9
4.1.2	L'unité Individu-Environnement (I-E).....	10
4.1.3	Motivation extrinsèque	11
4.1.4	Motivation intrinsèque.....	12
4.1.5	Motivation intrinsèque et auto-développement	12
4.1.6	La motivation au travail.....	13
4.2	Les représentations sociales	14
4.2.1	Éléments de définition.....	14
4.2.2	Processus	16
4.2.3	Structure	16
4.2.4	Fonction	17
4.3	Les urgences	19
4.3.1	Le travail aux urgences	20
4.3.2	Le rôle infirmier aux urgences.....	21
4.4	Formulation de la question de recherche et des hypothèses.....	25
5	Méthodologie	27
5.1	Échantillon.....	27
5.2	Outil de recueil de données.....	28
5.3	Démarche.....	28
6	Analyse.....	30

6.1	Analyse descriptive et interprétative	31
6.1.1	Motivation.....	31
6.1.2	Le service des urgences	35
6.1.3	Le rôle infirmier aux urgences.....	36
6.1.4	Le développement personnel aux urgences.....	40
6.1.5	Les représentations sociales	41
7	Synthèse.....	47
7.1.1	Hypothèse 1.....	47
7.1.2	Hypothèse 2.....	49
7.1.3	Question de recherche	50
8	Conclusion	51
8.1	Bilan personnel	51
8.2	Bilan méthodologique	52
8.3	Bilan professionnel et ouverture	54
9	Bibliographie	56
10	Annexes.....	59

1 Introduction

À l'heure actuelle, la question de la motivation au travail est très présente dans tous les secteurs. En effet, le domaine de la santé n'y échappe pas. Comment motiver les employés à leur travail ? Plusieurs psychologues et sociologues tentent d'y répondre et le résultat reste très théorique.

Puis, notre société éprouve un attrait certain pour le domaine de la médecine et plus précisément des urgences. En effet, ce milieu fascine et c'est ainsi que sont nées plusieurs séries télévisées comme « Urgences » ou « Chicago Hope ». Déjà, nous pouvons nous interroger sur cette fascination et dans une optique infirmière, si ces émergences médiatiques influencent les étudiants en soins infirmiers.

Ce qui nous intéresse dans ce travail de recherche est d'identifier les facteurs motivationnels qui orientent les étudiants en soins infirmiers vers une « carrière » aux urgences. Ce thème est venu d'une interrogation personnelle. En me projetant dans l'avenir, je me suis demandée ce qui m'intéressait le plus dans ma profession, quel secteur choisir. Ces démarches ont amené d'autres questions. Aussi, j'ai décidé d'en faire mon sujet de mémoire.

2 Motivations

2.1 Personnelles

Le domaine des urgences en général m'a toujours attirée. D'abord le monde du sauvetage, car habitant en montagne, j'ai souvent eu l'occasion de voir des interventions hélicoptérées, puis les urgences hospitalières en commençant ma formation à l'école d'infirmière.

Le monde de l'urgence est pour moi directement connoté à l'urgence vitale ; le moment où l'on sauve la vie, c'est ce qui m'intéresse. Je pense que cet esprit de « sauveur » est une partie importante de mon caractère et de ma

représentation du travail infirmier dans des milieux de soins aigus tels que les urgences ou les soins intensifs.

Je parle d'urgences vitales, aussi, je pense que ce sont des instants où l'on doit se surpasser en gérant son propre stress et en agissant rapidement. Je sous-entends là : un monde de technicité et de rapidité.

La variété des cas rencontrés aux urgences est également un phénomène qui me plaît. Selon moi, cela empêche que la routine s'installe.

A travers ces paragraphes, je touche essentiellement mes propres représentations de ce milieu n'y étant jamais allée.

Puis, arrive un moment dans la formation, où l'on se questionne sur son avenir, sur le choix de sa profession. Je pense que chacun a été confronté à cela. Je me questionne sur mon projet professionnel et j'entrevois depuis quelques temps déjà un attrait pour les urgences en général. Je pense que je recherche une confrontation avec ce milieu. Être face à une situation d'urgence est impératif pour moi. J'ai besoin d'atteindre mes limites et aujourd'hui, ce sont mes limites face à une situation d'urgence vitale qui m'intéresse. Il me semble que passer par là me permettrait plus tard d'être « mieux préparée » dans ma pratique.

2.2 Professionnelles

Mon intérêt pour les urgences m'amènera peut-être un jour à y travailler. Grâce à ce travail, j'en aurai un bon aperçu. J'espère pouvoir comparer mes représentations à la réalité de ce service. Professionnellement, cela signifie également mettre le doigt sur ses propres représentations au même titre que nous tentons de les identifier chez les patients. À travers ce mémoire, je pense acquérir un certain savoir sur les représentations et le contexte dans lequel elles évoluent afin de les utiliser au mieux dans ma future profession.

En regardant dans le passé, nous voyons la représentation sociale¹ de l'infirmière*, qui correspond à une figure soignante, maternelle et intime. Aujourd'hui, cette image a évolué. L'identité infirmière est caractérisée par une prégnance de la maîtrise technique et un éloignement de la relation corporelle. Il s'agit encore d'examiner la signification qu'ont ces images auprès de la population. Pratiquement, nous devons tenir compte de cette image car elle influence notre relation avec le patient autant de sa part que de notre part. C'est ainsi que je me permets d'avancer que la représentation que nous avons de notre futur métier, de notre futur rôle en tant que professionnel, influence la prise en charge des patients ou nos choix dans notre projet professionnel. Je tente d'exposer par là le fait qu'une certaine représentation du rôle infirmier dans un secteur ou un autre peut désengager une motivation tout comme elle peut la surinvestir.

Ensuite, je pense qu'il est plus agréable de travailler avec des collègues motivés au travail. Je me réfère au bon sens de chacun pour l'affirmer. Aussi, identifier avec certitude ses motivations pour un choix de carrière permettrait d'apporter toutes les qualités d'une personne motivée au travail et pourquoi pas les vanter auprès d'étudiants en soins infirmiers.

Finalement, une telle recherche nécessite que j'expérimente la réalité de ce milieu, ce qui me paraît une excellente expérience professionnelle. Je suis persuadée que c'est en pratiquant que l'on optimise la prise en charge des patients, aussi un stage aux urgences sera très enrichissant pour ma pratique.

2.3 Politiques

Le domaine de la santé publique est politiquement et médiatiquement un sujet d'actualité. On parle de financement, de restructuration.

Nos autorités cherchent à réduire les coûts de la santé. Cela ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins ou des conditions de travail des

¹ COURTOIS, A-C. COURTOIS, R. CUMINET, L. GRANDSIRE, A. *Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ?* Soins n°700. Novembre 2005. p.41

* Ce qui s'entend au féminin doit également se comprendre au masculin.

professionnels de la santé. En se penchant sur les motivations au travail, les employeurs cherchent à garder leur personnel. Si la durée de vie professionnelle moyenne d'une infirmière² est de cinq à huit ans, ne pourrait-on pas entrevoir des améliorations possibles pour éviter un tel désengagement ? Etudier les facteurs motivationnels au travail ainsi que des conditions de travail attrayantes devraient constituer un bon compromis pour solidariser le personnel.

² PERRAUT-SOLIVERES, A. *Infirmières, le savoir de la nuit*. 5^{ème} Ed. Collection : Partage du savoir. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 2001.

3 Problématique

Le domaine des urgences m'a toujours intéressée, certainement de par mes représentations décrites précédemment. Au début de ma formation en soins infirmiers, je me suis aperçue que nous étions nombreux, dans ma volée, à nous intéresser à ce milieu. Déjà à ce moment, je me questionnais sur ce qui nous attirait dans les urgences. J'ai alors pensé que ce sont mes représentations des urgences qui m'apportaient cette motivation.

3.1 Revue de la littérature

Dans une perspective médiatique, les séries télévisées ont un impact important sur nos représentations de milieux tels que la police scientifique ou les urgences.

Un article de Max Houck³, paru dans la revue « Pour la science », relate ce fait. Il apparaît qu'aux Etats-Unis, les séries médico-légales, comme « Les Experts », ont un impact sur l'activité de la police qui augmente le recueil d'indices, sur les universités dont le programme d'enseignement médico-légal connaît un succès sans précédent et sur la charge de travail dans les laboratoires d'analyses médico-légales qui est de plus en plus écrasante. Le public retrouve donc une fascination pour les sciences et un regain d'intérêt pour les professions scientifiques. Les inscriptions aux filières médecines légales explosent aux Etats-Unis et la féminisation de ces milieux est favorisée. Un autre point positif retenu dans cet article est l'augmentation des investissements consentis à la recherche en criminalistique. Cependant, les professionnels déplorent un décalage avec la réalité sur de nombreux points : Les personnages sont très souvent experts dans plusieurs domaines, les analyses dans les laboratoires sont rapides et la charge de travail n'est pas écrasante.

³ HOUCK, M. *Police scientifique et séries télévisées*. Pour la science n°349. Novembre 2006. p.83

Dans la même revue, Nathalie Przygodzki-Lionet⁴ commente l'article de Max Houck en résumant une étude faite sur les représentations des victimes au cinéma. Elle nous apprend que la fiction est bien loin de la réalité, tout comme pour « Les Experts ». Il est également dit qu'en France, on observe aussi un intérêt grandissant pour tout ce qui a trait au phénomène criminel et qu'« *il est évident que ce "traitement médiatique" des affaires criminelles influe sur la façon dont on se les représente.* »

Finalement, je relève que les représentations médiatiques du domaine médico-légal traitées dans des séries télévisées, comme « Les Experts », influencent les étudiants à choisir une filière médico-légale.

On peut alors se demander s'il en est de même pour le domaine médical avec la série « Urgences ».

Sabine Chavalon-Demersay⁵ décrit une enquête sur la série télévisée « Urgences » qui analyse la construction de la série, du point de vue de la forme et du contenu, et dont le but est de comprendre comment la relation série-public s'établit. Pour les besoins de mon travail, j'identifierai surtout les points forts qui caractérisent « Urgences ».

La mécanique de la série joue surtout sur le rythme et l'espace. Le rythme est spasmodique. Des scènes rapides et lentes s'alternent afin d'instaurer un climat de tension/décompression. Puis l'espace est limité. C'est un microcosme clos, tiède et confiné qui s'oppose au monde extérieur qui est hostile. Nous y décelons un sentiment de sécurité.

Les contenus sont très techniques et précis d'un point de vue médical. La série impose une concentration sur une médecine spécifique, la médecine d'urgence. Il y a une densité d'événements exceptionnels exagérée comme pour tout ce qui concerne l'arrivée des patients : rapidité, nombre excessif de patients dont le pronostic est vital et une répartition des pathologies plutôt fantaisiste. Lors

⁴ PRZYGODZKI-LIONET, N. *Influence des films policiers sur la perception sociale des victimes*. Pour la science n°349. Novembre 2006. p.86

⁵ CHAVALON-DEMERSAY, S. *La confusion des conditions*. Réseaux n°95. CENT/Hermès Publications. 1999. p.237

d'une urgence vitale, la série adopte le point de vue des profanes, soit de répondre par l'agitation, la vitesse. Dans la réalité, le calme peut être une démonstration de la bonne gestion de la situation. Les conditions de travail ainsi que l'expérience des soignants semblent être proches de la réalité : pénibilité des horaires, faiblesses des héros, légère ironie des rapports hiérarchiques, sens de l'équipe, attraction irrésistible qu'exerce l'hôpital sur ceux qui y travaillent, mobilité des places (dans le premier épisode, un médecin se trouve hospitalisé).

La présence d'intrigues personnelles ainsi que les personnalités des personnages amènent à un processus de familiarisation. Les protagonistes, auxquels nous pouvons nous identifier, sont des gens comme tout le monde. Il existe, cependant, une héroïsation collective. C'est dans leur rôle de médecin, leur travail d'équipe pour sauver la vie que les personnages deviennent des héros prestigieux aux yeux du public.

À ce stade, nous avons élargi notre horizon sur les caractéristiques de la série « Urgences » qu'elles soient ou non cohérentes avec la réalité. Je me demande alors si ce sont ces caractéristiques, véhiculées depuis plus de dix ans, qui participent à la construction de nos représentations des urgences et si ce sont des facteurs de motivation.

Plusieurs études ont été menées sur les urgences. En Angleterre, Gérard Cronin⁶ a identifié les raisons pour lesquelles les infirmières nouvellement diplômées vont travailler aux urgences. Il en a retenu cinq : le travail d'équipe, le challenge, la formation continue, la diversité, le soutien des plus expérimentés. Dans cette recherche ce sont des infirmières qui travaillent déjà aux urgences qui ont répondu. Or ce qui m'intéresse est de savoir ce qui motive à s'orienter vers ce domaine avant même d'y avoir fait un stage en tant qu'étudiant en soins infirmiers.

⁶ CRONIN, G. *Why does A&E attract newly qualified registered nurses?* Accident and Emergency Nursing. Elsevier. 2006. p.71

3.2 État de la question et mise en perspective

En résumé, nous trouvons des éléments qui démontrent que les séries télévisées contribuent à la construction de nos représentations. Une étude sur « Urgences » dénonce une image tronquée des urgences.

A ce stade, je peux poser ma question de départ :

Qu'est-ce qui motive les étudiants en soins infirmiers à travailler aux urgences ?

Cette question devrait s'affiner au fil de ce travail et grâce au cadre conceptuel développé ci-après je pense pouvoir poser plusieurs hypothèses. L'apport théorique s'articule autour de trois thèmes principaux : la motivation, les représentations sociales et les urgences.

4 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de cette recherche s'appuie sur des éléments théoriques relevant de la motivation, des représentations sociales et des urgences.

4.1 La motivation

La motivation est un objet d'étude particulier au monde de la psychologie. Les chercheurs, les gestionnaires s'interrogent sur les facteurs de motivation au travail. Pourquoi certains employés sont « motivés » et d'autres ne le sont pas ? Pour quelques auteurs, c'est une question de valeurs personnelles, pour d'autres, il s'agit simplement d'un désintérêt pour le travail car les programmes sociaux n'incitent pas suffisamment à l'emploi. Dans le cadre de mon mémoire, je retiendrai la théorie qui me paraît la plus appropriée à mon travail, soit celle de Joseph Nuttin.

4.1.1 Éléments de définition

Bien des auteurs en ont donné une définition selon leur théorie, leur approche qu'elle soit comportementale, cognitive ou psychodynamique.

La motivation est un « *Facteur conscient ou inconscient qui incite l'individu à agir de telle ou telle façon.* »⁷

Ainsi cette définition du dictionnaire « Le petit Larousse » met en avant le fait que la motivation est un processus auquel l'individu répond par le déclenchement d'un comportement.

Selon Nuttin⁸, « *La motivation se conçoit le plus souvent comme une poussée qui vient de l'organisme, soit comme un attrait qui émane de l'objet et attire l'individu.* »

⁷ Dictionnaire *Le petit Larousse*. Ed : Larousse. Paris : 1992. p.676

⁸ NUTTIN, J. *Théorie de la motivation humaine*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1996. p.15

Pour mieux comprendre la motivation chez Nuttin, il est indispensable de développer quelque peu son cadre conceptuel.

4.1.2 L'unité Individu-Environnement (I-E)

Le sujet (I) est plongé dans un milieu (E). Cela signifie que le sujet est toujours en situation, en interaction avec l'E, où E est égal à la situation significative et où I peut influencer E en exerçant une action, un comportement. L'E envoie des images à l'I qui les reçoit et selon ce qu'elles révèlent pour lui, il va ou non initier un comportement pour changer quelque chose, atteindre un but. I-E forme une unité fonctionnelle d'interactions. Le réseau d'interactions est composé de « *l'individu fonctionnellement parlant* », soit « *un être en situation faisant quelque chose.* »⁹

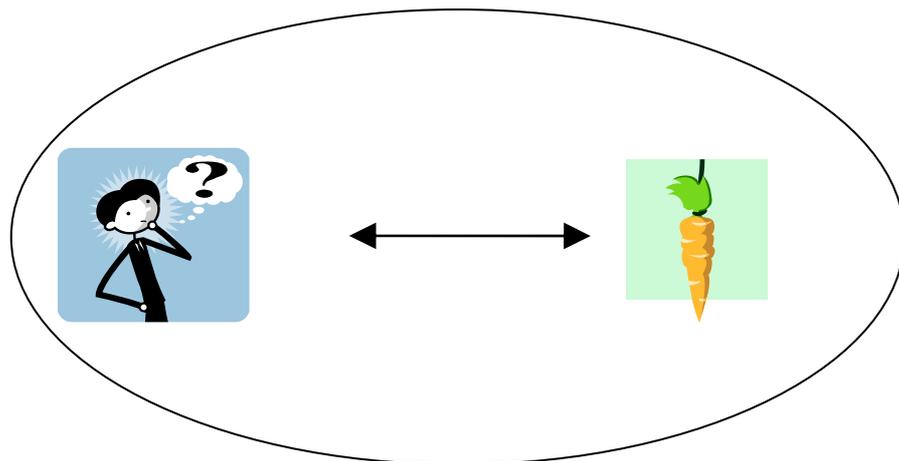


Figure 1 : Unité I-E. Par ce schéma, je tente de faire apparaître l'unité I-E qui est composé de l'individu et de l'environnement, respectivement un homme et une carotte. La flèche est double car l'objet envoie à l'individu une image qui produit une activité cognitive chez le sujet, qui va le pousser à interagir avec l'objet, soit à se comporter. Cet exemple est cependant réducteur car l'environnement ne se résume en aucun cas à une carotte uniquement.

Nous sommes sans cesse en interaction avec notre environnement. Le fait même de respirer ou de percevoir un objet* constitue une interaction. D'un point de vue cognitif, le contact de l'homme avec le monde est une demande

⁹ Ibid. p.104

* Le terme « objet » est à prendre au sens large (chose, personne...).

de signification et d'information de plus en plus riche. L'individu perçoit son monde et agit sur lui, c'est la résultante de l'activité interactionnelle même. L'acte lui-même ou l'interaction est alors le comportement, observable en psychologie.

Pour Nuttin, le comportement englobe la totalité du comportement psychologique et comprend trois phases. Durant la première phase, le sujet se construit cognitivement un monde comportemental dans lequel il se trouve situé. Ce monde est perceptif et conceptuel en même temps. La période intermédiaire est la composante dynamique ou motivationnelle de l'action élaborée. Puis vient la phase exécutive où le sujet agit sur le monde comportemental. On comprend alors bien que « *Se comporter est entrer en relation avec quelque chose.* »¹⁰ La conduite du sujet est opérante sur le milieu et dirigée vers le but à atteindre. Cependant, il n'est pas aussi facile de décortiquer ainsi le comportement humain et les deux premières phases sont souvent intimement liées.

Nous avons vu que, premièrement, l'individu se crée un monde comportemental qui est perceptif et conceptuel. Il se base donc sur ses perceptions pour organiser un sens à sa future action. L'objet perçu est donc un commencement de comportement car il a une signification pour l'individu. C'est précisément la fonction de la représentation symbolique. Nous verrons dans le cadre conceptuel des représentations sociales développé plus bas qu'une des fonctions des représentations est de préparer à l'action.

Deuxièmement, le sujet est motivé par le but, le projet élaboré cognitivement. Nuttin distingue deux types de motivation : extrinsèque et intrinsèque.

4.1.3 Motivation extrinsèque

Une action est motivée de façon extrinsèque si le but n'est pas l'objet de l'acte. Ex : travailler (objet de l'acte) pour gagner de l'argent (but). Ce n'est pourtant

¹⁰ Ibid. p.15

pas aussi simple, les deux motivations peuvent coexister. On peut travailler pour le plaisir procuré par notre travail et aussi pour l'argent.

4.1.4 Motivation intrinsèque

Nous avons vu que tout comportement est une forme d'entrer en relation avec un objet et que l'objet fait partie intégrante de l'acte. La nourriture que l'on mange, l'objet perçu, le problème qu'on essaie de résoudre font partie intégrante de l'acte. Dès lors, la motivation qui tend à atteindre l'objet de l'acte ne vise autre chose que l'acte lui-même. En d'autres mots, un comportement est intrinsèquement motivé si l'objet poursuivi est intrinsèque à l'acte. Un exemple de motivation intrinsèque est de regarder un reportage pour regarder un reportage. L'objet de l'acte (regarder un reportage) est également le but de l'acte, c'est un objet-but. Nous sommes tentés de dire que le but était de regarder un reportage pour le plaisir de regarder un reportage. Nuttin décrit le plaisir comme un objet de motivation en postulant que l'homme tend naturellement vers le plaisir. Au sens le plus large, le plaisir est ce que l'être humain recherche. Dans la plupart des cas, il est l'effet produit par l'obtention de l'objet-but, plutôt que le but lui-même.

4.1.5 Motivation intrinsèque et auto-développement

Nuttin affirme que dès qu'une activité est perçue comme une forme essentielle de son développement personnel (ou auto-développement), elle est motivée intrinsèquement. Une personne qui se fait un point d'honneur à réaliser des performances sportives ou culinaires sera logiquement motivée dans ces domaines par le fait même de développer sa personnalité en améliorant ses acquis.

Le concept de soi¹¹ est inclus dans l'estime de soi qui elle se décline en deux nécessités principales pour l'individu : se sentir compétent et être reconnu par autrui. L'ensemble des représentations que nous avons de nous constitue le

¹¹ L'ECUYER, R. *Le concept de soi*, Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1978.

concept de soi ou l'image de soi. Lorsqu'on se sent bien avec son image de soi, on a une bonne estime de soi. L'estime de soi est le jugement que nous portons sur l'image que nous avons de nous-même grâce à notre propre échelle de valeurs. Une bonne estime de soi est la base d'un bon développement personnel en terme d'épanouissement et de motivation. Une bonne image de soi stimule la prise de risque, le développement de son potentiel et l'accomplissement personnel. Ces éléments sont essentiels dans l'auto-développement dont parle Nuttin.

4.1.6 La motivation au travail

Nous savons maintenant que l'homme intervient naturellement sur les choses ainsi que sur lui-même (auto-développement). En lien direct avec son accomplissement personnel, il crée son projet professionnel. Cependant, projet professionnel ne rime pas toujours avec projet personnel. C'est le cas des personnes qui travaillent pour des motivations extrinsèques. Ex : travailler pour l'argent, pour faire quelque chose après le travail. Notons que même motivé extrinsèquement le travail reste lié au développement personnel car un travail procure un sentiment d'utilité, sentiment d'avoir sa place dans la société, de participer à un effort collectif... ce qui contribue de manière positive à l'identité personnelle.

Nuttin souligne donc qu'un travail motivé de façon intrinsèque s'accompagne d'une satisfaction profonde et d'une qualité de travail supérieure. Ne serait-ce pas là un avantage économique certain ? En théorie, la solution est simple. L'individu doit pouvoir concilier projet personnel et projet professionnel. Les employeurs devraient donc proposer des moyens pour que les employés puissent se faire valoir, participent à l'élaboration d'un plan qui organise l'entreprise commune, s'attribuent la responsabilité engagée dans le résultat obtenu, se donnent la possibilité de prendre des initiatives... en fait, tout ce qui favorise l'identification de l'individu à son travail et son auto-développement.

En résumé, dès qu'une activité (ex : travailler aux urgences) est perçue (représentations) comme une forme essentielle de son développement personnel (auto-développement), elle est motivée intrinsèquement. En d'autres termes, si les étudiants sont motivés à travailler aux urgences, c'est parce que les représentations qu'ils ont des urgences ou du travail aux urgences favorisent leur développement personnel. A cette étape du travail, nous voyons une **première hypothèse** à la question de départ, qui nous amène également à développer le concept de représentations sociales puis le concept des urgences ainsi que le rôle infirmier aux urgences.

4.2 Les représentations sociales

Les représentations sociales sont un concept difficile à cerner. Elles sont indéniablement présentes au quotidien dans notre comportement, notre langage, nos rapports humains, aussi S. Moscovici¹² le soulève : « *la réalité des représentations sociales est facile à saisir, le concept ne l'est pas* ». Cependant, ce travail traite des représentations des urgences. Il est donc nécessaire de clarifier la notion de représentation sociale par des éléments de définition et des caractéristiques.

4.2.1 Éléments de définition

La représentation sociale regroupe une dimension psychologique et une dimension sociale. Elle constitue de la sorte un objet d'étude fondamental pour la psychologie sociale. Les représentations sociales constituent une classe très générale de phénomènes psychiques et sociaux. Nous entendons par là que la représentation est le produit d'un stimulus externe. L'objet travaillé par notre psyché et nos valeurs sociales aboutit à une *re-présentation* de l'objet. Ceci laisse pressentir que la représentation d'un objet est une *re-présentation* différente de l'objet. Nous percevons donc une image que l'on remodèle au gré

¹² MOSCOVICI, S. *La psychanalyse : son image et son public*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1976. p.39

de notre mode de penser et de nos valeurs. Le résultat sera donc teinté d'une idée signifiante au niveau intellectuel individuel et pour le groupe social auquel nous appartenons. Nous appréhendons la réalité pour la charger de sens, la faire nôtre.

Selon Denise Jodelet¹³, « *Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale.*

Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. »

Dans cette définition, nous entrevoyons que la représentation a une construction mentale spécifique, le sentiment d'un savoir commun et des fonctions intrinsèques.

Puis, elle énonce également l'influence des représentations sur nos relations sociales et nos comportements en lien avec une reproduction des acquis sociaux, que ce soit des pratiques, des modèles de conduite ou de pensée.

Pour Guimelli¹⁴, les représentations « *recouvrent donc l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné.* »

A travers cette citation, nous détectons des notions de valeurs et des connaissances propres au groupe et à l'individu ainsi que des opinions partagées. Nous en déduisons que l'individu se comportera en fonction de ses opinions, qui elles-mêmes sont partagées par le groupe.

« La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. »¹⁵

¹³ JODELET, D. *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*. In Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1997. p.365

¹⁴ GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1999. p.63

Le caractère dynamique du processus de la représentation sociale ressort nettement dans cette citation d'Abric, et également sa stabilité, dans le sens où elle est aussi un produit qui est difficilement modifiable.

4.2.2 Processus

La représentation découle d'une perception, soit d'un stimulus externe appréhendé par nos sens. Nous en retenons une figure que nous allons tout d'abord sortir du réel, la « décontextualiser », pour ensuite la charger de sens, l'inscrire dans notre univers en lui donnant un contexte intelligible, soit l'interpréter. Ce processus attrait à deux phénomènes : l'objectivation et l'ancrage.

L'*objectivation* conduit à rendre réel un schéma conceptuel, concret ce qui est abstrait. On attache à l'idée-force des propriétés que l'on tire de l'expérience. L'objectivation permet d'intégrer un savoir complexe, en triant les informations selon des critères culturels et normatifs, et la formation d'un modèle simple, concret et signifiant selon la culture et les normes sociales ambiantes.

L'*ancrage* permet l'intégration d'éléments nouveaux dans une figure déjà existante en leur assignant un sens grâce aux relations qui existent dans le système de représentations.

4.2.3 Structure

Suivant le modèle d'Abric, la structure de la représentation sociale est mise en évidence par une partie solide centrale, le noyau, puis les éléments périphériques.

Le *noyau central* est composé d'éléments stables et résistants qui constituent les idées-forces de la représentation. Ces idées dominantes sont signifiantes pour l'individu et aussi pour son groupe social et très stables car bien ancrées.

¹⁵ ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentations*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 2003. p.36

Elles peuvent être considérées comme la composante abstraite de la représentation. Moscovici le démontre dans « La psychanalyse : son image et son public » par le fait que l'on retenait de la théorie freudienne uniquement les notions d'« inconscient » et de « complexe ». Le noyau constitue donc la base commune et collectivement partagée de la représentation sociale puis il génère et gère le sens global de la représentation.

Les *éléments périphériques* sont organisés autour du noyau central et constituent l'essentiel du contenu et de la signification de la représentation. Également appelés « schèmes périphériques » ou « champ de la représentation », ils regroupent les éléments qui se lient au noyau et assurent plusieurs fonctions. Tout d'abord, ils permettent l'application de la notion abstraite (le noyau) dans le réel. Ils peuvent donc être considérés comme composante concrète et opérationnelle. Ils permettent également d'identifier le réel et d'agir en conséquence. Finalement, ils peuvent subir quelque modification sans que le noyau soit affecté. Ainsi, grâce à sa souplesse, le système périphérique permet une appropriation individuelle et une évolution de la représentation.

Ces éléments constitutifs, le noyau et les éléments périphériques, sont interdépendants et amènent la cohérence de la représentation.

4.2.4 Fonction

Pour Guimelli, « *La fonction première des représentations sociales est d'interpréter la réalité qui nous entoure d'une part entretenant avec elle des rapports de symbolisation et d'autre part en lui attribuant des significations.* »¹⁶

En ce sens, les représentations aident à la compréhension du réel et guident la classification de nouveaux savoirs en terme de symbole ou d'idée génératrice de sens pour l'individu.

¹⁶ Op. cit. p.64

Les représentations ont, selon Abric, quatre fonctions principales qui se déclinent en plusieurs finalités toujours dans le sens de l'organisation des relations sociales.

Tout d'abord, les représentations sociales sont une *préparation à l'action*. Selon notre interprétation du réel nous adopterons tel comportement. La représentation, étant composée d'un savoir abstrait et d'éléments périphériques sélectionnés et agencés en fonction des normes sociales et culturelles, suggère donc les attitudes attendues envers une situation précise. Elle donne un sens au comportement en l'intégrant au système de représentation. Ce processus d'orientation des conduits résulte de trois facteurs : 1) La représentation de la tâche, a priori, détermine le type de démarche cognitive. 2) La représentation précède l'action et ne la suit pas. Les informations tirées du réel ont été filtrées pour que la réalité devienne conforme à la représentation. 3) La représentation, de par son caractère social, est prescriptive. Elle dicte les comportements tolérés ou inacceptables selon le contexte social donné.

Les représentations sociales ont une fonction de savoir. « *Elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité.* »¹⁷ L'acquisition de connaissances ainsi que leur insertion dans un cadre cohérent est alors possible.

Puis, elles ont une fonction identitaire. « *Elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes.* »¹⁸ Elles situent l'individu et le groupe social et elles contribuent à une identité sociale et personnelle gratifiante car sont compatibles avec les normes et valeurs socialement et historiquement partagées. Elles garantissent la transmission et reproduction des pratiques sociales dans le cadre de normes et de valeurs socialement acceptées.

Enfin, elles ont une fonction justificatrice. « *Elles permettent a posteriori de justifier les prises de position et les comportements.* »¹⁹ Ayant lieu en aval de l'action et étant partagée par le groupe social, elles servent au maintien et au renforcement de la position adoptée.

¹⁷ Op. cit. p.15

¹⁸ Ibid. p.16

¹⁹ Ibid. p.17

En résumé, les représentations, de par leurs fonctions, nous guident dans nos choix. Elles préparent à l'action, donnent un sens au comportement. Elles peuvent, dès lors, asseoir notre décision de travailler aux urgences par exemple.

Nous avons déjà parlé de motivation et de représentations. Il nous faut à présent développer les urgences : le service et le travail infirmier aux urgences.

4.3 Les urgences

Le service des urgences est particulier de par sa position et les prestations que l'on y trouve. Tout d'abord, il constitue l'interface entre l'intra et l'extrahospitalier. Ce service est fermé « comme un sas ». En effet, une porte le sépare de l'extérieur et souvent il est bien délimité au sein de l'établissement hospitalier. Ensuite, la mission des urgences consiste à accueillir, sans sélection, toute personne s'y présentant (que cela soit pour des soins somatiques ou psychiques) et à tout moment du jour ou de la nuit. Il agit comme un service de premier recours ou comme centre de référence pour les cas les plus graves qui lui sont adressés.

La médecine d'urgence est de nature généraliste et comporte des bases spécifiques telles que : l'étude des désordres aigus touchant l'être humain, la maîtrise de la pratique de mesures thérapeutiques urgentes, les principes de gestion de crises ainsi que les mesures prioritaires en situation d'incertitude diagnostique et l'organisation des réseaux de soins.

Le service des urgences a également une fonction de formation et d'éducation en accueillant des projets en médecine d'urgence et en formant le personnel soignant.

4.3.1 Le travail aux urgences

A priori, je me permets de postuler que les urgences peuvent être mis en parallèle à des services de soins intensifs pour ce qui relève du caractère « intensif » même.

Un article²⁰ paru dans « International Journal of Nursing Studies » relate des différences du travail dans des services de soins intensifs et des services de soins non-intensifs. Une enquête a été menée dans quinze grands hôpitaux des Pays Bas auprès des infirmières dans le but d'identifier les différences dans l'organisation de ces deux types de services, dans les caractéristiques du travail et dans les réactions psychologiques au travail. Les résultats démontraient, pour ce qui nous intéresse, que la complexité, l'incertitude et les prises d'initiatives sont plus élevées dans les services de soins intensifs, que les prises de décisions influençaient fortement la motivation intrinsèque au travail et l'autonomie qui elle influe également sur la motivation intrinsèque au travail.

Nous notons également que les particularités du travail dans des services de soins intensifs sont : la responsabilité des patients en état critique, l'utilisation de technologie de pointe et la nécessité de prendre des décisions rapides quant à la détérioration soudaine des patients.

En résumé, le service des urgences est un milieu particulier en terme de structure, de caractéristiques organisationnelles et du travail. Nous nous souvenons aussi de l'article écrit par G. Cronin qui citait les raisons pour lesquelles les infirmières nouvellement diplômées désirent travailler aux urgences. Aussi, nous retiendrons ces mots-clés : le travail d'équipe, le challenge, la formation continue, la diversité, le soutien des plus expérimentés, la complexité, l'incertitude, les prises d'initiatives, la responsabilité et les technologies de pointe.

²⁰ TUMMERS, G. VAN MERODE, G. LANDEWEERD, J. *The diversity of work : differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and the psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing*. International Journal of Studies n°39. Pergamon. 2002. p.841

4.3.2 Le rôle infirmier aux urgences

Pour décrire le rôle infirmier aux urgences, il nous faut d'abord nous arrêter sur le rôle infirmier simplement. Aucun texte ne décrit précisément et simplement notre rôle. Aussi, nous citerons Virginia Henderson, le cahier des charges²¹ tel que décrit par le Réseau Santé Valais et le référentiel des compétences infirmières HES²² pour ensuite les adapter au service des urgences. Par souci de légèreté dans la lecture du texte, j'utiliserai « infirmière » pour nommer autant les infirmiers que les infirmières.

Pour V. Henderson, « *Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.* »²³

Nous ressortons déjà la complexité dans cette définition du rôle infirmier. L'infirmière se trouve au carrefour de plusieurs dimensions de l'être humain. Elle tient compte de l'individu dans sa globalité, en tant qu'être bio-psycho-social et culturel. Il est difficile de définir précisément son rôle car il rejoint ces quatre dimensions de la personne soignée. Nous allons donc l'explicitier à travers les neuf compétences de l'infirmière édictées par la formation HES qui seront précisées dans le sens de l'infirmière aux urgences.

Le référentiel des compétences de l'infirmière HES

- 1) *Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.*

Les soins techniques sont très présents aux urgences. L'infirmière utilise des connaissances et méthodes adaptées aux patients. Elle élabore un recueil de

²¹ RSV. *Le cahier des charges de l'infirmier (ère) en soins généraux ou de l'infirmier (ère) niveau II*. Sion : 2001.

²² HAUTE ECOLE SANTE-SOCIAL VALAIS. *Référentiel des compétences de la filière Infirmiers-Infirmières*. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2005.

²³ HENDERSON, V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Ed rév. : Association des Infirmières de la Province de Québec. Genève : Conseil International des Infirmières, 1977. p.4

données précis et dans un laps de temps le plus court possible. Elle applique les actions thérapeutiques et préventives le plus rapidement possible. Prioriser, traiter et anticiper en sont les maîtres-mots.

2) Construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.

L'infirmière aux urgences fait preuve d'un savoir-être dans l'urgence. Elle considère le patient comme une personne dans son ensemble, avec une histoire de vie, un contexte familial. Cette compétence est moins exploitée lors d'urgence vitale, par exemple, où la priorité n'est pas d'investiguer leur contexte familial. Il ne faut pas sous-estimer le côté relationnel aux urgences car il est très important. Les patients qui se présentent sont en crise, stressés et leur entourage l'est également. Ils sont souvent algiques et doivent, quelquefois, attendre de longs moments avant d'être vu par un médecin. Tous ces facteurs et bien d'autres font qu'une infirmière aux urgences possède un savoir-être notable.

3) Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

L'infirmière initie des actions visant à promouvoir la santé des personnes soignées, en leur expliquant les gestes qu'elle fait, les médicaments qu'elle administre, les termes techniques ou le jargon médical. Elle met en place les premiers gestes de prévention (ex : désinfection d'une plaie au tri) qui seront maintenus et même développés dans la continuité des soins.

4) Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.

L'infirmière aux urgences a recours au jugement clinique et à la mobilisation de ses savoirs pour analyser les situations et agir en conséquence le plus rapidement possible. Elle actualise ses connaissances régulièrement et systématiquement. L'infirmière aux urgences adapte sa réflexion dans et sur l'action, mais surtout au moment même de la prise en charge, le moment où tout se passe en même temps pour les cas les plus lourds : accueil, installation

du patient, prise du rapport des ambulanciers et/ou du médecin, élaboration du recueil de données infirmier, premiers gestes techniques de l'urgence... tout a lieu en même temps et l'infirmière doit pouvoir également prendre du recul sur la situation pour l'analyser et ainsi avoir une attitude adaptée et pouvoir anticiper.

5) Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.

L'infirmière participe aux recherches en cours, veille à la diffusion des résultats en les annonçant lors de colloques. Toute l'équipe soignante soutient la réalisation de projet de recherche en relation avec la médecine d'urgence.

6) Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.

L'infirmière aux urgences, tout comme dans un autre service, accompagne les pairs, encadre les étudiants et s'appuie sur les ressources de ses partenaires professionnels.

7) Collaborer au fonctionnement du système de santé.

L'infirmière contribue de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent en ayant recours aux divers professionnels de la santé. Elle fait partie d'une équipe interdisciplinaire et transmet donc les informations essentielles afin que l'équipe ait un objectif commun pour le patient. Les relations médecins-infirmières doivent se passer dans un climat de confiance pour offrir une prise en charge de qualité au patient. L'infirmière collabore au système de santé en transmettant et accueillant les informations des divers partenaires, les CMS et les ambulances par exemple. Le patient qui quitte les urgences doit ainsi recevoir des instructions précises lui permettant d'identifier le réseau de soins adapté à sa situation et qui permet de prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences.

8) Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire.

L'infirmière aux urgences évalue la qualité des soins en s'assurant du respect des normes de qualité des soins, du respect de l'éthique et de la déontologie

ainsi que de la satisfaction des patients. Elle participe aux démarches qualité du système socio-sanitaire en intégrant les propositions et nouvelles techniques dans sa pratique.

9) S'impliquer par son discours et ses actes dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier.

L'infirmière aux urgences assume les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué notamment par l'intermédiaire de protocoles établis afin d'améliorer les soins. Par exemple, certains services d'urgences ont un protocole pour l'antalgie qui permet à l'infirmière, en appliquant le protocole, d'administrer des antalgiques sans consulter le médecin, le protocole faisant foi. Finalement, l'infirmière s'affirme dans son rôle en communiquant son point de vue et argumentant les prises de positions dans les prises en charges interdisciplinaires. Elle collabore donc avec tous les soignants. L'organisation aux urgences est prédéfinie afin de gagner du temps. En ce sens, le leadership y est très présent. Il s'agit de savoir qui fait quoi et à quel moment pour perdre le moins de temps possible et offrir au patient une prise en charge optimale.

En synthétisant les fonctions, rôles ou compétences de l'infirmière, nous pouvons les transposer à l'infirmière aux urgences et résumer ainsi : l'infirmière aux urgences a fondamentalement le même rôle que toute autre infirmière. Chaque type de service a ses spécificités. Cependant, il y a des compétences spécifiques qui, contextualisées, sont plus ou moins développées. Aux urgences, la technicité, les prises d'initiatives et la complexité y sont plus développées, tandis que le projet de soins dans sa globalité et le suivi est peu explicité de par des critères de rapidité, d'urgence même. L'exercice du recueil de données est très important aux urgences, il nécessite beaucoup de précision et est fait en un minimum de temps. La relation soigné-soignant, bien que de courte durée, est soutenue car les personnes qui viennent aux urgences sont en « crise ». L'interdisciplinarité est très présente.

4.4 Formulation de la question de recherche et des hypothèses

Grâce aux éléments ressortis dans le cadre conceptuel, je peux affiner ma question de recherche. Elle s'articule entre plusieurs mots-clés qui sont les facteurs de motivation et les urgences pour les étudiants en soins infirmiers n'y ayant jamais fait de stage.

Quels sont les facteurs motivationnels qui influencent le choix d'une « carrière » dans un service d'urgences pour les étudiants en soins infirmiers ?

Nous avons vu précédemment que les séries télévisées contribuent à la formation des représentations, que les représentations sont des facteurs de motivation intrinsèques et que ces facteurs sont de puissants moteurs pour engendrer un comportement, un changement dans notre vie, une prise de décision. De plus, la théorie de la motivation au travail nous apprend que les personnes dont le projet personnel (auto-développement) est intimement lié au projet professionnel sont motivées au travail. Il s'agit maintenant d'examiner quels types de représentations existent chez les étudiants qui désirent travailler aux urgences. C'est ainsi que je peux poser l'hypothèse que ce sont les images véhiculées médiatiquement qui poussent les étudiant à envisager un projet professionnel aux urgences. En somme :

Hypothèse 1

Les représentations des urgences, véhiculées par les séries télévisées (comme « Urgences »), favorisent le développement personnel et orientent les étudiants infirmiers vers une « carrière » dans les services d'urgences.

Nous avons vu également les raisons pour lesquelles les infirmières nouvellement diplômées désirent travailler aux urgences. Elles décrivent une image réelle des urgences. La représentation qu'ont les étudiants des urgences peut également être en accord avec la réalité, alors ils se seraient formés cette représentation grâce à d'autres éléments que les séries télévisées, comme des récits de connaissances travaillant aux urgences ou des articles sur les urgences... tout ce qui peut engendrer une représentation. Ainsi apparaît une seconde hypothèse :

Hypothèse 2

Les représentations des urgences fondées sur des expériences personnelles (récit d'un proche, passage par les urgences lors d'une hospitalisation, lecture sur les urgences...) orientent les étudiants infirmiers vers une « carrière » dans les services d'urgences.

5 Méthodologie

L'approche méthodologique constitue un des axes prioritaires dans la construction d'une recherche descriptive qualitative. Elle mérite donc une attention particulière et c'est pourquoi dans les paragraphes suivants, l'échantillon, l'outil de recueil de données ainsi que la démarche méthodologique seront explicités.

5.1 Échantillon

Pour explorer les représentations des étudiants infirmiers n'ayant pas fait de stage aux urgences, j'ai ciblé ma demande sur ces personnes-là, soit des étudiants des volées « Année Préparatoire » et « 1^{ère} année Bachelor ». Ainsi, ils n'avaient pas pu faire de stage aux urgences, sachant que l'accès à ce milieu n'est possible qu'en 3^{ème} et 4^{ème} année. Le fait qu'ils n'aient pas d'expérience dans ce type de service me conduit à dire que leur représentation est teintée d'autres éléments que l'observation du terrain, et c'est précisément ce que je souhaitais pour ma recherche.

Il fallait bien évidemment que ces personnes aient un intérêt pour les urgences. Ce point constitue d'ailleurs une des limitations de l'échantillon. En effet, lorsque j'ai présenté mon travail dans les classes pour solliciter leur collaboration, une personne m'a répondu : « *Je veux bien participer, mais le problème est que l'on ne sait pas encore ce que l'on veut faire* ». Il me paraît évident que tout le monde n'ait pas de plan de carrière défini au début de sa formation. De plus, on aurait pu me répondre : « Comment pourrais-je porter un intérêt pour les urgences, si je n'y suis jamais allée ? ». A cette question, je m'y étais préparée, or je cherchais justement des personnes désireuses d'aller un jour aux urgences, sans les connaître de l'intérieur. Je voulais interroger des sujets dont la conviction venait d'ailleurs que de l'expérience. Je m'étais également préparée au fait qu'il n'y aurait peut-être personne d'intéressé par les urgences. En effet, dans certaines volées, aucun étudiant ne désire y faire un stage, alors que dans d'autres la demande dépasse l'offre.

5.2 Outil de recueil de données

Le choix de l'outil de recueil de données s'est porté sur l'entretien semi-dirigé, pour lequel j'ai élaboré une grille d'entretien²⁴. La mise en œuvre de ce dispositif s'est articulée autour de thèmes principaux tirés du cadre conceptuel et en lien avec mes hypothèses. Ces thèmes ont été développés grâce à des questions ouvertes puis souvent plusieurs questions de relance lors des entretiens. Ces interviews ont été enregistrés sur cassettes audio afin d'en faciliter la retranscription sur un support informatique qui constitue les données brutes. Puis ces données ont été transposées dans une grille d'analyse²⁵.

L'entretien semi-dirigé me paraît plus adéquat lorsque le sujet traite de représentations, de ressentis, de sentiments que seul l'interviewé peut décrire. Il apparaît que cet outil nous projette donc dans une recherche qualitative visant à approfondir, à décrire le sujet puis à l'analyser ensuite.

5.3 Démarche

Il est important de rappeler que l'anonymat, la confidentialité et le consentement éclairé²⁶ ont été respectés. D'un point de vue strictement formel, l'autorisation de la responsable de filière Infirmiers-Infirmières du site de Sion m'a été accordée le jour même de ma demande sous la forme d'une lettre²⁷, soit le 15 mars 2007.

Ensuite, j'ai rencontré les participants potentiels dans les classes le 20 mars, en début de matinée, pour demander aux personnes intéressées leur participation. J'ai fait une brève présentation de mon travail et leur ai distribué une lettre formelle de demande de participation aux entretiens²⁸. Plusieurs étudiants ont accepté spontanément. Suite à cela, je leur ai donné rendez-vous ultérieurement pour d'une part leur laisser un temps de réflexion

²⁴ Annexe 1

²⁵ Annexe 2

²⁶ Annexe 3

²⁷ Annexe 4

²⁸ Annexe 5

supplémentaire et d'autre part pour planifier les entretiens selon leurs disponibilités. Ainsi, cinq personnes se sont présentées au rendez-vous fixé.

Les entretiens se sont déroulés entre le 23 et le 28 mars, ici à l'école, dans une petite salle réservée à cet effet. Ils ont duré environ vingt minutes chacun.

Nous entrevoyons le prochain chapitre qui traite de l'analyse des contenus. Cette étape s'articule en plusieurs points, soit l'analyse descriptive et interprétative.

6 Analyse

L'organisation des données est essentielle à la réalisation d'un tel travail, aussi j'ai retranscrit les informations qui me semblaient pertinentes dans un tableau qui m'a servi de grille d'analyse. Ces éléments sont tirés des entretiens, très fidèlement, puis agencés en thèmes et catégories. Ce que l'on nomme catégorie²⁹ correspond aux idées-forces des entretiens, ce sont des points explicités par un vocabulaire plus ou moins important et que l'on retrouve majoritairement dans les entretiens.

Il est nécessaire d'expliquer en quelques mots ces catégories, afin de faciliter la compréhension de l'analyse.

Temps/mouvement : cette catégorie se rapporte à tout ce qui touche au temps (rapidité, stress, instantanéité, vite...) et au mouvement en général (dynamisme, action, faire...). J'ai rapproché le temps du mouvement car ils sont, selon moi, intimement liés. Le fait que le temps soit compté aux urgences induit une augmentation de mouvement. Si pour une même tâche à exécuter, une personne possède deux heures et sa voisine n'a que vingt minutes, le degré ou l'intensité du mouvement sera différente. C'est en ce sens que j'entends le mouvement et pas uniquement dans l'optique du nombre de tâches à accomplir.

Diversité : se compose de notion telles que : diversité des patients, des cas, des âges. Elle est une caractéristique propre aux urgences, aussi nous la trouvons dans beaucoup de réponses.

Imprévisibilité : a trait à l'inconnu situationnel en général aux urgences, le « *on ne sait pas ce qui va arriver* ». Caractère spécifique des urgences, l'imprévisibilité est fortement liée au temps/mouvement. Selon moi, la présence de l'inconnu est un facteur de stress.

Rôle infirmier autonome : rassemble les éléments du rôle autonome (accueil, anticipation, prises d'initiatives...). Très bien décrit dans la partie

²⁹ SANTIAGO DELEFOSSE, M. ROUAN, G. *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Ed : Dunod. Collection : Psycho Sup. Paris : 2001.

« Rôle infirmier », les interviewés ont eu cependant des difficultés à en ressortir les limites.

Technicité : constitue une catégorie à part du rôle infirmier car elle démontre tout l'aspect des soins techniques. La technicité est connotée au « Savoir-faire » de nos compétences infirmières.

6.1 Analyse descriptive et interprétative

L'analyse qui suit est séquencée en cinq thèmes, agencés selon l'ordre de la grille d'entretien ; la motivation, le service des urgences, le rôle infirmier aux urgences, le développement personnel et les représentations sociales, qui sont décrits et interprétés à la lumière du cadre conceptuel.

6.1.1 Motivation

Ce thème a été abordé en deux temps. La première question était simple : « *Quel est le moteur de ta motivation à travailler dans un service d'urgences ?* ». Deuxièmement, c'est dans la partie « Représentation » que j'approche à nouveau cette notion en me centrant plus sur les urgences : motivation à travers la série puis à la fin le rapport que la personne a avec les urgences. Cette pirouette était faite dans le but d'identifier les origines de leur motivation. Nous utiliserons ces éléments plus tard dans l'analyse.

Les réponses en lien avec ce thème font ressortir cinq catégories principales, que l'on retrouve tout au long des entretiens, soit celle du temps/mouvement, de la diversité, de la technicité, du rôle infirmier autonome, de l'imprévisibilité et de la technicité.

Il s'agit maintenant d'interpréter ces données pour en faire ressortir du sens.

Tout d'abord, rappelons-nous la théorie de la motivation intrinsèque : il y a motivation intrinsèque lorsque le but recherché correspond à l'action en elle-même (regarder un film pour regarder un film). En suivant cette théorie, nous devrions retrouver, dans les éléments de motivation, les mêmes contenus que

dans la description du travail aux urgences en général où le travail aux urgences est l'action et les éléments de motivation correspondent aux buts. Regardons à présent les réponses. Et bien évidemment nous retrouvons les mêmes éléments dans ces deux thèmes, mais est-ce vraiment significatif dans le sens où nous trouvons ces mêmes catégories dans absolument toutes les réponses des interviewés ? Je répondrais que ceci est significatif car les participants nous décrivent leurs motivations et les urgences. Ces deux thèmes font partie de leur représentation des urgences, c'est ce qu'ils en savent et ce qui les intéresse.

Ensuite, en est-il de même pour la concordance avec le contenu du thème « Développement personnel » ? Au premier abord, les contenus sont sensiblement les mêmes, cependant leur interprétation se distingue du sens des mots au premier degré. Dans la « Motivation » on trouve la diversité et dans la « Développement personnel » ressort le fait qu'il n'y ait « *pas de routine* », « *qu'on ne s'embêterait pas* ». Ces dernières expressions font partie du champ de la diversité mais elles se singularisent par leur signification. C'est plus qu'un travail différent pour chaque cas, c'est le fait qu'« *on ne s'embêterait pas* ». Il apparaît un élément nouveau dans le besoin personnel de l'interviewée. Ce ne sont plus les caractéristiques des urgences qui sont intéressantes, mais c'est une recherche de bien-être à travers le travail, grâce à ces caractéristiques.

Une autre motivation se situait par rapport à la notion de rapidité. Cette rapidité devient alors une « *analyse bonne et rapide* », une « *prise en charge...vite et bien* », non plus du stress mais de la « *gestion du stress* ». Les termes se précisent et nous suggèrent un nouveau sens. Les interviewées se qualifient à travers ses exemples et nous livrent quelques critères de leur échelle de valeur. Nous sommes à un autre niveau de compréhension, l'interviewée amène dans son discours des qualificatifs de ses propres valeurs, ce qu'elle estime comme étant bien, valorisant pour elle. À travers ces explications, nous pouvons superposer la théorie du développement personnel décrite chez Nuttin.

Reprenons la pirouette que nous avons laissée de côté en début d'analyse. Dans cette partie nous trouvons des explications d'origine de la motivation :

depuis l'enfance et à travers un papa et un frère pompiers. La personne qui a répondu « *déjà en étant enfant* », a également fait partie des pompiers. On peut se demander s'il n'existe pas des traits de personnalité qui correspondent à ce milieu, celui de l'intervention. De plus, une personne a répondu dans ses motivations que c'était par rapport à son caractère qu'elle aimerait travailler aux urgences. Alors existe-t-il une personnalité, une identité de l'infirmière aux urgences au même titre que se crée l'identité infirmière pendant notre formation et tout au long de notre carrière ?

Toujours dans l'optique de leur rapport avec les urgences, une question lors des entretiens était : « *Comment as-tu approché les urgences ?* ». Je visais leurs expériences personnelles des urgences. Il en est ressorti que leurs souvenirs ou les récits de proches qualifiaient le service des urgences négativement : « *beaucoup attendu* », « *j'ai eu froid* »... De plus, une candidate ajoute que lorsqu'on discute des urgences, en tant que patient et que l'on compare ses expériences, c'est souvent pour critiquer. Ce n'est donc pas à travers ses expériences en tant que patient ou grâce à des récits de proches qu'une motivation est née pour les urgences, ce que l'on concède naturellement.

Puis, le contenu général de ce thème est teinté par une majorité d'éléments rejoignant la catégorie temps/mouvement et celle de la diversité. La diversité me paraît être une caractéristique logique des urgences et qui pourrait être reconnue par n'importe qui. En ce qui concerne le temps/mouvement, les mots et les formulations utilisés suggèrent une connotation affective de l'ordre du jugement de valeur. Il me semble que les expressions « *travailler sous le stress* », « *dynamisme* », « *mouvement* », « *moins de temps* » sont propre à chacun. Chaque personne a sa vision de la durée selon le contexte ou de l'intensité de stress ressenti. Ils sont pour moi, des éléments de la représentation sociale des urgences, dont l'interprétation est propre à l'individu. Nous nous souvenons qu'une représentation était construite socialement et individuellement.

Ce thème est également teinté de la catégorie technicité, surtout chez une personne. En effet, les urgences l'intéressent car, selon elle, il y a « *plus de*

soins techniques » et « *moins le côté relationnel* ». Cependant, nous avons vu dans le cadre de référence consacré au rôle infirmier aux urgences, que les compétences infirmières ne se limitaient pas au « savoir-faire » mais que le « savoir-être » est tout aussi important. Selon moi, cette représentation vient peut-être d'un apport médiatique qui nous donnerait une fausse image du travail aux urgences. Nous avons vu que dans la série « Urgences », le côté très médical et technique était mis en avant au détriment du relationnel. Nous notons donc un parallélisme entre la série et la représentation de cette personne.

Finalement, ce thème contenait une question dont le but était de savoir si le sujet avait déjà prévu son projet professionnel. Je pensais qu'elle serait significative si les interviewées avaient des motivations très précises et une argumentation très solide, alors, le fait d'avoir prévu en détail leur projet professionnel aurait peut-être pu être interprété comme une certitude dans leur motivation. Or, ce n'est pas le cas. Trois participantes n'avaient pas prévu leur avenir professionnel, une pensait faire un stage aux urgences dès que possible et la dernière voit son futur entre les urgences, les ambulances ou la gériatrie. Pour cette dernière participante, nous notons un grand décalage entre ses choix de carrière. Nous pouvons émettre une hypothèse à cela en lien avec l'identité infirmière qui se développe au fil de la formation et nous pousse vers un secteur qui nous correspond. Selon notre identité, nos valeurs, nous choisirons un domaine de prédilection.

Je pense également qu'elles n'ont pas planifié leur projet professionnel car elles sont au début de la formation et qu'elles ont encore du temps pour y réfléchir, mais rien que le fait qu'elles aient participé à ces entretiens prouvent qu'elles y pensent inconsciemment. De plus, pour réaliser ces entrevues, j'ai expressément demandé des personnes dont l'intérêt se portait sur les urgences, preuve en est qu'elles se questionnent sur une éventuelle carrière aux urgences.

6.1.2 Le service des urgences

Ce thème est abordé par plusieurs questions qui visent à décrire les urgences. Aussi, les caractéristiques des urgences ressortent très nettement dans les discours. Elles correspondent aux catégories suivantes : temps/mouvement, imprévisibilité, diversité et rôle autonome. Nous verrons que plusieurs éléments sont en adéquation avec la réalité et d'autres le sont peut-être un peu moins.

Commençons donc par la diversité. Cet énoncé apparaît en premier chez quatre interviewés sur cinq. La diversité constitue un caractère évident des urgences. Ce point est tout à fait argumenté par le cadre de référence sur les urgences.

Les catégories temps/mouvement et imprévisibilité sont très présentes et même étroitement liées. Nous pouvons facilement avancer que l'inconnu est souvent perçu comme un facteur de stress, or le service des urgences se caractérise par ce côté de l'imprévisibilité. Il est donc normal qu'un certain stress soit présent. De plus, nous classons les termes « *collaboration* », « *organisation* », « *protocoles* » dans la catégorie de l'imprévisibilité car le fait de ne pas savoir ce qui va arriver, nous oblige à mettre en place des moyens pour accueillir n'importe quelle situation, et pour diminuer le stress qui pourrait exister. Prévoir, anticiper, organiser sont des moyens pour palier au stress. Cependant, les participants ont souvent cité ces éléments ainsi que maintes fois le mot « *stress* ». Peut-être que l'intensité du stress à leurs yeux, ou plutôt dans leur vision des urgences, est importante. Nous notons une ressemblance avec la série « Urgences » qui montre de l'agitation, de la rapidité et une réponse au stress inadéquate.

Ensuite, si nous reprenons les idées-forces du cadre de référence sur les urgences, il en ressortait le travail d'équipe, le challenge, la formation continue, la diversité, le soutien des plus expérimentés, la complexité, l'incertitude, les prises d'initiatives, la responsabilité, les technologies de pointe. Or nous ne retrouvons pas tous ces points ici, mais parsemés dans les entretiens. Le travail d'équipe, le challenge et la prise d'initiative liée à la responsabilité sont cités dans le thème « Rôle infirmier » et seront explicités ultérieurement. La diversité, l'incertitude (ou imprévisibilité) ainsi que les technologies de pointe

(ou la technicité citée dans le thème de la motivation ou le fait que ce soit un service de soins « *aigu* ») sont présentes ici de manière implicite ou explicite. Et qu'en est-il du reste ? En ce qui concerne la formation continue, elle n'a pas été citée, selon moi, car on n'y pense pas spontanément. Cependant, une personne relève le fait que les infirmiers et les médecins sont formés pour travailler aux urgences. Nous pouvons comprendre qu'ils ont reçu une formation de spécialisation. De plus, la formation continue existe pour toutes les spécialisations, peut-être est-ce pour cette raison qu'elle n'est pas citée ici, étant donné que nous cherchons à ressortir les spécificités des urgences. Puis, la complexité doit être interprétée dans des énoncés tels que « *soins aigus* », « *diversité* », « *imprévu* »... Elle doit être comprise en tant que concept qui inscrit sa signification à travers diverses données en interrelation dans un système. Enfin, le soutien des aînés apparaît une fois dans ma récolte de données. En effet, une interviewée me parle d'une « *espèce de soutien* », « *unité* », « *comme une petite famille* » en décrivant un élément qui la motive dans la série « Urgences ». Elle seule relève ce point. Je pense que si personne n'y a pensé spontanément, c'est qu'il faut expérimenter ce milieu pour le remarquer. Une deuxième hypothèse serait que cette pratique (le soutien des aînés) existe également dans les autres services et pas uniquement aux urgences. Ce n'est donc pas spécifique aux urgences. Cet aspect de notre métier est inclus dans la compétence six du référentiel des compétences de l'infirmière HES.

Finalement, je pense que ce thème est fortement lié au rôle infirmier car pour chaque spécificité du service des urgences on peut trouver en miroir sa concordance au niveau des compétences infirmières.

6.1.3 Le rôle infirmier aux urgences

Dans cette partie, nous trouvons des indicateurs du rôle infirmier autonome, les catégories de l'imprévisibilité, du temps/mouvement, de la diversité et celle de la technicité. Plusieurs points, à mon avis intéressants, ressortent de ce contenu.

Tout d'abord, les interviewés citent très facilement les mots-clés du rôle autonome. Elles donnent beaucoup d'exemples, mais quand on leur demande comment est ce rôle autonome aux urgences, elles sèchent, elles ne savent pas quelles en sont les limites. Je pense que la difficulté réside dans le fait qu'elles connaissent les possibilités, le champ de l'infirmière en général, mais qu'elles ont de la peine à identifier ce qui appartient au rôle propre ou non. Une hypothèse à cela est peut-être qu'elles n'ont pas encore une vision très précise du travail infirmier, ou que leur identité d'infirmière n'est pas encore très ancrée. Ensuite, cette autonomie reçoit trois connotations différentes. Premièrement elle est liée à des aspects très positifs, puis elle inspire de la peur et finalement elle s'inscrit derrière des protocoles. Nous allons voir cela plus précisément.

L'autonomie prend un sens positif dans les expressions « *prises d'initiatives* », « *infirmière en première ligne* », « *autant de possibilité de travail* » et dans tous les termes qui se rapportent à la gestion (gestion de l'attente, de l'agressivité, du stress, des personnes algiques, de soi...). En effet, ces mots valorisent l'infirmière en lui redonnant tout son caractère autonome. En citant la théorie de la motivation intrinsèque, du développement personnel et de la motivation au travail, nous pouvons faire le lien avec les critères ci-dessus. Le fait d'être en première ligne ou de pouvoir prendre des initiatives n'est pas anodin. Cela constitue un certain pouvoir dans le champ d'action. L'« *infirmière en première ligne* » signifie que c'est elle qui accueille le patient, c'est elle qui établit le niveau de priorité au tri. Ceci comprend un niveau de responsabilité élevé. Or, l'autonomie et les prises d'initiatives, nous le savons, sont plus élevées dans les milieux de soins aigus tels que les urgences et constitue un facteur de motivation au travail. Nous pouvons donc affirmer que ces facteurs sont bel et bien connus, puisque cités, par les participants et donc sont des éléments de motivation. Reste encore à savoir où les ont-ils vus ? D'où vient ce savoir-là sur ce rôle bien précis.

Toutefois, les responsabilités peuvent effrayer. Une interviewée, en parlant de l'accueil et du tri, dit que « *ça fout un peu les boules* ». En effet, dans le monde du travail, il est reconnu que les places à responsabilité ne conviennent pas à

tout le monde. Cependant, cette participante désire y faire un stage le plus vite possible, aussi je me permets d'interpréter cette situation comme un challenge. Nous retrouvons des émotions opposées : la peur et la joie traduite par l'envie de faire un stage aux urgences. C'est en ces termes que le dualisme est posé pour cette personne. Nous nous rappelons également que le challenge constitue un mot-clé du concept « urgences ». Dans cette partie, il se décline également sous la forme de la « *gestion de soi ENORME* », la gestion des situations, le « *faire face à tes compétences* ». Ici, cette participante exprime le fait que l'infirmière aux urgences doit être toujours à la pointe et ceci constitue bel et bien un challenge. Il faut être au point avec soi, avec ses compétences, se remettre sans cesse en question. Si nous rapprochons cette idée du concept de développement personnel, nous notons que le fait de travailler sur soi, sur ses compétences pour être « au top » finalement représente une forme de valorisation de soi à travers le travail et donc une motivation intrinsèque au travail également.

L'autonomie se décline, finalement, sous la forme de protocoles. Une personne a dit, en parlant de l'autonomie, qu'une infirmière pouvait faire « *pas mal de choses* » puis elle a ajouté « *y a des protocoles* ». En lisant entre les lignes, nous comprenons que les protocoles sont un moyen d'attribuer plus d'autonomie aux infirmières. En l'occurrence, les protocoles sont faits pour que l'infirmière puisse exécuter certains gestes médico-délégués, selon le schéma accepté par l'équipe et sans se référer constamment au médecin. Il s'agit d'une délégation constante que l'infirmière peut appliquer après analyse de la situation. L'idée est d'offrir, en premier lieu, une meilleure prise en charge du patient par des gestes qui apparaissent plus rapidement dans la chronologie des soins. Finalement, les protocoles peuvent être considérés comme un gain d'autonomie.

Ensuite, les interviewées ressortent à nouveau plusieurs notions se rapportant à la catégorie temps/mouvement. Il apparaît que le mot « *stress* » est très présent dans les discours. Il est caractéristique du service des urgences dans tous les entretiens et est cité sous la forme « gestion du stress » lorsqu'on parle de motivation ou du rôle infirmier. Ces éléments orientent mon interprétation

vers le fait que les sujets pensent qu'aux urgences, les infirmières travaillent « *sous le stress* » ou « *en permanence sous tension* », et qu'elles gèrent ce stress. De plus, le sens qui s'y rapporte est toujours positif. Le stress semble donc être un élément qui renforce leur motivation à travailler aux urgences : trois personnes sur cinq le cite explicitement en terme de motivation et également trois sur cinq en tant que critère de développement personnel. En continuant la réflexion un peu plus loin, nous pouvons imaginer que la gestion du stress est une valeur importante chez ces personnes et qu'elle vise à renforcer leur estime d'elle-même. La théorie du développement personnel nous dit que si nous nous faisons un point d'honneur à remplir une certaine tâche, nous serons forcément motivé à la réaliser. Acceptons que la gestion du stress soit une valeur importante pour ces personnes, alors elles seront motivées à travailler aux urgences.

Puis, l'infirmière se situe dans une équipe particulière selon nos participantes. Nous relevons une idéalisation de l'équipe. Cette équipe possède tous les attributs positifs requis pour une équipe presque parfaite : « *soudée* », « *uni* », « *grande communication* », « *grande confiance* », « *esprit ouvert* », « *compétent* »... Je pense que le fait que ce milieu soit associé à des situations difficiles, d'urgence vitale, à la mort, entraîne des fantasmes de la part de l'extérieur. Naturellement, nous pensons que c'est dans les moments difficiles qu'il faut se serrer les coudes. Nous retrouvons cette idée dans la série « Urgences », où l'équipe est décrite comme un « *soutien* », « *une petite famille* ». Je pense que c'est dans le même sens, qu'une interviewée dit qu'il n'y a « *pas de place pour les gonflés* ».

L'équipe soignante inclut les infirmières, les médecins, les aides-soignantes et les autres intervenants. Trois de nos interviewées parlent de la collaboration, et la qualifie de « *plus étroite* » et où « *les médecins sont plus présents* ». Aujourd'hui, je n'ai pas trouvé d'étude relevant la collaboration entre médecins et infirmières aux urgences. Cependant, j'ai pu observer que les médecins sont présents tout le temps et que lors de prise en charge, que je qualifierais de « *lourde* » (par exemple un polytraumatisé), les médecins et les infirmières

travaillent main dans la main. Chacun s'aide pour n'importe quel soin et en même temps chacun est à sa place.

Finalement, un dernier point, intéressant à mes yeux, est ressorti : le fait qu'une seule participante parle du « savoir-être » dans cet item précisément. La communication est, en effet, citée ailleurs dans l'entretien mais pas dans le thème « Rôle infirmier ». De plus, une autre candidate la substitue au « savoir-faire », pour elle aux urgences « *y a... moins le côté relationnel* ». Ces éléments me font dire que le relationnel aux urgences est mal connu, car le travail aux urgences nécessite tout autant le « savoir-faire » que le « savoir-être ». De plus, lorsque l'on procède à une recherche de littératures sur cet aspect, on s'aperçoit qu'il n'en existe pas beaucoup.

6.1.4 Le développement personnel aux urgences

Dans cette partie, les réponses étaient très diverses. Elles touchent les cinq catégories relevées en début d'analyse, dont celle du rôle autonome qui est un peu plus développée que les autres.

Tout d'abord, reprenons le cadre de référence sur le développement personnel. Il nous apprend que l'accomplissement personnel est lié à l'estime de soi qui elle-même est interprétée par des valeurs personnelles. Conduites sur une échelle, ces valeurs sont propres à l'individu. Il est donc difficile de concevoir que deux sujets en aient la même disposition. C'est pourquoi, je pense que la diversité des réponses est une conséquence de ce fait. Tous les éléments relevés dans cette partie représentent la réalité des urgences et constituent des facteurs de motivation intrinsèque, cependant, nous ne savons pas encore d'où ils proviennent.

À présent, j'aimerais traiter quelques points qui se singularisent chez une interviewée : la « *satisfaction des patients* » et être « *valorisée dans l'équipe* ».

Les normes de qualité édictées par l'ASI³⁰ correspondent à des valeurs auxquelles la profession adhère. Elles reflètent aussi les comportements souhaités et sont signe de développement professionnel. La satisfaction des patients fait partie des standards de qualité et fait partie des valeurs personnelles de cette interviewée. Et quand projet professionnel et projet personnel se rencontrent, cela constitue un facteur de motivation au travail.

Puis le concept de soi énonce deux nécessités principales pour l'individu : se sentir compétent et être reconnu par autrui. Dès que nous pouvons être valorisés dans notre travail, dans l'équipe dans laquelle nous travaillons, nous serons motivés intrinsèquement. C'est également cette recherche de valorisation à travers autrui qui nous pousse à être performant, à accomplir un travail de qualité.

Pendant ces deux derniers points ne sont pas spécifiques aux urgences, rien ne nous dit qu'ils soient différents dans un autre service. Aussi, je me permets d'avancer que ce sont des facteurs de motivation qui sont inhérents au choix de la profession en général.

Finalement, j'ai noté que les participantes avaient eu de la peine à comprendre cette question. Une hypothèse à cela peut être le fait qu'elle ait été mal posée ou alors qu'elle ait été posée au mauvais moment ou encore que les interviewées n'ont pas encore une vision très développée de ce sujet. En m'exerçant à l'entretien avec une collègue de classe, elle n'a pas eu de difficulté à y répondre.

6.1.5 Les représentations sociales

Ce thème a été exploré dans le but d'apporter un complément aux autres thèmes, de sortir un mot-clé de la représentation des urgences, d'examiner les contenus de la série « Urgences » et d'identifier les origines de la motivation des candidates à travailler aux urgences. Ces objectifs peuvent paraître

³⁰ ASI (Association Suisse des Infirmiers et infirmières). *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*. Berne : 2000.

ambitieux, mais c'est après l'analyse de ces données que nous pourrions mettre en évidence des éléments significatifs.

Tout d'abord, je pense que leur représentation des urgences est imprégnée de la notion de stress. En prenant chaque entretien individuellement et en essayant d'organiser les unités de sens de la représentation (noyau central et éléments périphériques), le mot-clé de cette représentation serait sûrement le « stress ». En effet, il revient très fréquemment dans les discours que ce soit pour n'importe quelle question. En ajoutant à cela le fait que les médias, à travers des séries comme « Urgences », exagèrent le stress qui se trouve dans ce service, nous notons un certain parallélisme. Les interviewés ne décèlent pas tous l'exagération notable dans la série et surtout quant à la gestion du stress : « *doit pas être loin de la réalité* » en parlant des manières de réagir lors de réanimation, « *y a du réel* » en parlant de l'agitation puis elle nuance en disant « *mais sur une échelle de 1 à 10, puis si eux, ils sont à 10, je pense que dans la réalité on peut facilement descendre à 5-6 des fois.* ». Je pense qu'ils ne croient pas qu'il y ait autant d'agitation dans la réalité mais leur jugement sur l'intensité de stress et surtout la manière d'y réagir me semble être un peu plus élevés qu'en réalité. En fait, il me semble que leur vision du stress est permanente dans le réel, que sur une journée de travail, l'infirmière aux urgences est constamment stressée. Or je pense qu'il y a des moments, même des périodes où les situations sont plus difficiles, mais d'autres jours, la journée se passe sans trop de problèmes.

En examinant le mot-clé donné par les interviewées pour qualifier les urgences en général, nous notons qu'il correspond à la catégorie temps/mouvement chez deux personnes : « *gestion du stress* » et « *rapidité* ». Une autre candidate cite le « *mystère* », or nous avons déjà vu que l'imprévisibilité peut être reliée au stress. Puis les deux dernières proposent « *collaboration* » et « *compétences* ». Il est alors important de noter que les représentations sociales se construisent par le groupe social mais aussi de façon individuelle. Cependant, j'avance l'idée que le stress pourrait bien en être le noyau dur et les interviewées ne le ressortent pas majoritairement. Une hypothèse à cette discordance est que lors d'un entretien, les questions et donc les réponses suivent un fil rouge. En effet,

si nous regardons en amont de cette question nous voyons que le mot-clé concorde avec ce qui vient d'être dit. Donc même si la notion de stress est très présente elle ne constitue pas le point le plus important chez nos sujets. Je pense également que nous avons déjà une bonne vision de leur représentation des urgences, mais que ce n'est pas suffisant pour en ressortir un schéma type précis. En effet, l'étude des représentations sociales en psychologie demanderait une méthodologie³¹ d'analyse poussée que je ne peux utiliser dans ce mémoire. Il aurait été intéressant de comparer leur représentation à la représentation témoin de la population en général, mais ce n'est pas l'objectif de ce travail.

Ensuite, deux questions de ce thème concernaient la série « Urgences » : « *Qu'en pensez-vous ?* » et « *Est-ce que cette série (ou une autre) a déclenché chez vous une motivation pour les urgences ?* ».

À travers la première question, j'ai pu explorer les aspects de cette série, soit les éléments qui paraissent en adéquation avec la réalité ou non. Il en ressort que les termes médicaux et les actions médicales étaient assez justes et toujours cette connotation sur le stress quelque peu ambivalente. Leurs positionnements correspondent donc à l'analyse sur la série « Urgences » décrite par Sabine Chavalon-Demersay. Ensuite, quant au développement personnel à travers la série, il n'en ressort aucun élément. On peut se demander s'il est visible en tant que tel dans la série. En nous rappelant ce qui constituait des critères de développement personnel chez nos sujets (un peu tout ce qui caractérise les urgences, le rôle autonome, la satisfaction des patients, se sentir valorisée dans l'équipe), il me semble qu'il est difficile de les distinguer dans une série télévisée, bien que l'on puisse en ressortir quelques éléments. Nous pouvons, cependant, les identifier dans la représentation des interviewées, qui elle est un facteur de motivation intrinsèque.

En ce qui concerne la deuxième question, elle a aboutie à un « non » à l'unanimité sur cet échantillon-là. Premièrement, il ressort que la série « Urgences » ne porte pas d'éléments de motivation, cependant elle apporte un

³¹ Sous la dir. d'ABRIC, J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès : 2003.

complément de motivation pour une personne en expliquant qu'elle voit l'équipe comme un « *soutien* », « *une petite famille* ». Mais finalement, la série n'amène pas une motivation en tant que telle mais elle contribue à la création de la représentation qu'ont les gens des urgences en général. En effet, nous savons que ce genre de séries a un impact sur les représentations, rappelons-nous l'article de Max Houck sur « Les Experts ». De plus, une interviewée relève le fait que « Urgences » soit « *une référence* », en expliquant que dès que l'on parle du domaine des urgences, la discussion aborde forcément la série à un moment ou à un autre. Il est important de rappeler que mon travail est limité par la taille de l'échantillon. L'unanimité, ici, est composée de cinq personnes.

Deuxièmement, cette question nous amène à deux autres facettes qui me paraissent intéressantes. D'une part, les interviewées justifient leur réponse en explicitant l'origine de leur motivation, qui en l'occurrence n'émerge pas de la série. Ce qui me permet d'atteindre le troisième objectif de ce thème. D'autre part, une participante prend position par rapport à la série en disant qu'elle n'a pas de motivation à travers « Urgences » car on ne voit presque pas les infirmières et que ce qu'on en voit ne correspond pas à la réalité : « *on a l'impression... qu'elles sont plus là pour faire ce qu'ils disent* » en parlant des médecins « *et puis pas vraiment prendre des initiatives, poser les diagnostics* ». À ce moment, cette interviewée a pris un certain recul et nous apporte un regard critique quant à l'image de l'infirmière. Effectivement, de ce point de vue-là, cette vision médiatique n'est pas un facteur de motivation, elle est dévalorisante. En pointant ce fait, cette participante nous livre une partie de son échelle de valeur, en l'occurrence, le rôle infirmier autonome par les prises d'initiatives et la pose des diagnostics infirmiers. Je pense que c'est une des raisons pour lesquelles, les candidates enrichissent le thème « Rôle infirmier » par maints éléments du rôle autonome. Il constitue un point-clé de l'identité infirmière qui peut s'affirmer à travers son autonomie. Nous nous rappelons que l'autonomie est renforcée dans les soins aigus, selon un article paru dans

« International Journal of Nursing Studies »³², ce qui surenchérit l'idée que c'est une motivation importante du travail aux urgences.

Tout au long de l'analyse, les points-clés des contenus ont été relevés puis interprétés. Il est utile de les regrouper sous la forme d'un schéma nommé « Représentation sociale des urgences ». Il serait prétentieux d'affirmer que ce schéma constitue l'exacte représentation des urgences car pour y aboutir, cela nécessiterait un recueil de données vaste et une méthodologie d'analyse qui dépassent le cadre de mon mémoire. Néanmoins, je pense qu'il reflète bien le sens donné par nos sujets.

Les idées-forces, les plus présentes, sont classées dans le noyau dur et les catégories sont l'essentiel du contenu et composent les éléments périphériques de la représentation. Tous les éléments de la représentation sont en interaction, ce qui permet de donner tout son sens à la représentation.

Il s'agit également de croiser le contenu des entretiens avec le cadre conceptuel (la réalité des urgences et la série « Urgences »), ce qui devrait faire émerger les concordances entre chacun de ces points.

Le thème du développement personnel n'apparaît pas tel quel dans le schéma car il doit être pris en tant que concept dont les applications pratiques peuvent prendre la forme de n'importe quel élément de la représentation. En effet, il dépend de chaque personne car il est réglé sur une échelle de valeur propre à chacun.

³² Op.cit.

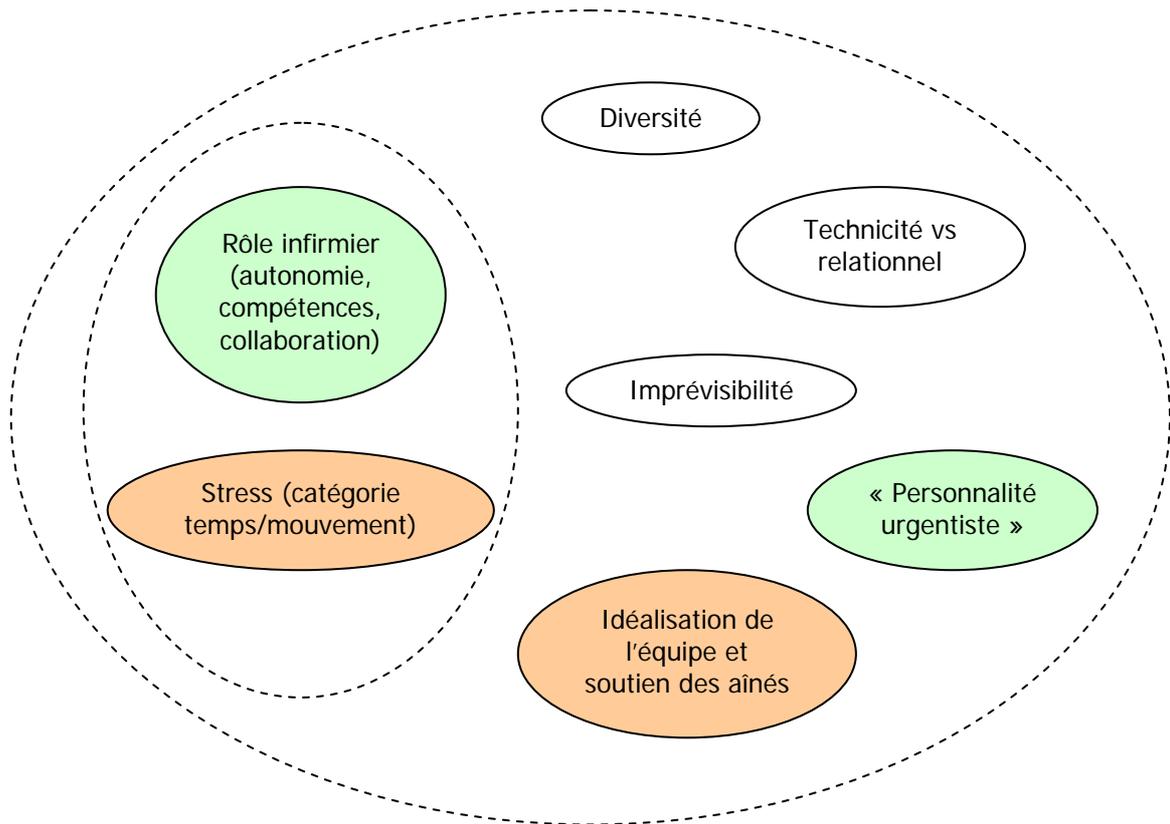


Figure 2 : Représentation sociale des urgences des étudiants. En brun, nous voyons les éléments qui correspondent aux discours des interviewées et à la série « Urgences ». En vert, nous trouvons les notions ressorties par les interviewés qui ont une autre origine que la série « Urgences ». En blanc, nous relevons les mots que l'on peut retrouver aussi bien dans la série que dans d'autres cadres de références.

Finalement, nous avons relevé plusieurs éléments de réponse à la question de départ et aux hypothèses, il est donc temps de les synthétiser dans le chapitre suivant.

7 Synthèse

Suite à l'analyse interprétative, il est possible de répondre à la question de recherche et confirmer ou infirmer les hypothèses. Nous verrons que ce n'est pas toujours aussi distinct.

7.1.1 Hypothèse 1

Les représentations des urgences, véhiculées par les séries télévisées (comme « Urgences »), favorisent le développement personnel et orientent les étudiants infirmiers vers une « carrière » dans les services d'urgences.

Cette hypothèse contient deux éléments à vérifier. Prenons-les l'un après l'autre.

Tout d'abord, « *les représentations des urgences véhiculées par les séries télévisées favorisent le développement personnel* ». Il s'agit d'identifier ce qui compose le système de valeur d'une personne (explicité dans l'application du développement personnel propre à la personne) puis le comparer aux éléments qui ressortent de la série. En fait, les propos tenus par les participantes à ce sujet étaient variés. Nous retrouvions des notions de développement personnel qui corroboraient les images véhiculées par « Urgences » (ex : le stress, la rapidité), mais majoritairement des éléments en lien avec le rôle infirmier autonome (ex : l'analyse, les initiatives, la gestion de la situation et de soi) qui n'est absolument pas exploité dans la représentation véhiculée par la série. Nous comprenons donc que ce qui enrichit le développement personnel des interviewées ne ressort pas de la série. Ce premier point de l'hypothèse ne peut finalement pas être confirmé car la majorité des applications du développement personnel ne se traduit pas à travers la série. Il ne peut cependant pas être totalement infirmé car une partie des réponses favorisant le développement personnel peut se retrouver dans « Urgences ».

Puis, « *les représentations des urgences, véhiculées par les séries télévisées, orientent les étudiants infirmiers vers une carrière dans les services*

d'urgences ». Si nous rapprochons les éléments véhiculés par « Urgences » et les comparons aux réponses des participantes, les deux concordent. En effet, les facteurs de motivation cités par les candidates sont des éléments que l'on peut facilement identifier à travers la série. Le point essentiel en est le stress. Il a été un mot-clé durant toute l'analyse. Très présent dans les discours, il est un des composants du noyau dur dans le schéma « Représentation des urgences ». De plus, nous avons vu que la place qui lui est consacrée correspond à la tension qui est volontairement créée dans la série. La représentation des urgences qu'ont les participantes en est imprégnée et elles le citent comme facteur de motivation et de développement personnel.

Un autre élément de leur représentation en lien avec la série est l'idéalisation de l'équipe et tous les fantasmes qui peuvent en découler. Nous nous rappelons que ce point a été relevé en parlant de la série et cité en tant que complément de motivation.

Finalement, le fait que le relationnel soit négligé dans les réponses des candidates a été mis en parallèle avec la série, où il est quasiment inexistant. Nous nous rappelons que cela constituait un facteur de motivation pour une participante.

En ce sens-là, nous pouvons dire que l'image des urgences véhiculée par « Urgences » peut contribuer à l'orientation des étudiants vers une carrière aux urgences. La représentation des urgences qu'ont les étudiants est en quelques points semblable à celle transportée par « Urgences ». Nous pouvons donc confirmer cette deuxième partie d'hypothèse, mais partiellement car la représentation issue des médias n'est pas le point central de la motivation des participantes. Les interviewées nous le rappellent en expliquant l'origine de leur motivation pour le travail aux urgences. Ce qui nous conduit vers la 2^{ème} hypothèse.

7.1.2 Hypothèse 2

Les représentations des urgences fondées sur des expériences personnelles (récit d'un proche, passage par les urgences lors d'une hospitalisation, lecture sur les urgences...) orientent les étudiants infirmiers vers une « carrière » dans les services d'urgences.

Tout d'abord, les étudiants ont une représentation des urgences qui correspond plus ou moins à la réalité en général. Ils ont une image de l'infirmière aux urgences également proche du réel et dont le rôle autonome est aisément développé. Ce point a été mis en exergue lors de l'analyse et déjà, nous nous demandions d'où tenaient-ils une telle image du rôle infirmier. Nous ne pouvons pas y répondre car aucune question lors des entretiens n'a abordé cet aspect. Nous émettons l'hypothèse que cette connaissance du rôle provient de leur propre expérience en tant qu'étudiant en soins infirmiers, lors des stages durant leur formation.

Puis, nous avons vu que les expériences personnelles des interviewées aux urgences ne constituaient pas un élément de motivation. Il en est de même pour les récits de leurs proches. Cependant, une personne nous explique avoir ressenti du soutien de la part de l'équipe, qui a été vraiment très compétente pour elle, lors de la prise en charge d'un parent. À travers cette expérience, elle a pu apprécier les compétences de l'équipe et en garder une image très positive. Ces éléments ont donc pu participer à l'élaboration de sa représentation des urgences.

Ensuite, pour ce qui est des lectures sur les urgences, je n'ai pas posé de question directe à ce sujet. Il me semble que chacun a déjà eu l'occasion de lire des articles sur les urgences ou de visionner des reportages télévisés qui relatent la réalité de ce milieu. Aussi, ils peuvent contribuer à la création de la représentation des urgences. Cependant, je pense que cette information n'est pas utile, dans le sens où les participantes n'ont pas encore élaboré très clairement leur projet professionnel.

Finalement, les interviewées donnent une réponse plus ou moins floue quant à leur motivation. C'est une envie depuis l'enfance ou grâce à un père et un frère

pompier. Nous pouvons dire que leur motivation émane de leur vécu, sur lequel elles ont construit une représentation des urgences plus ou moins personnelle.

7.1.3 Question de recherche

Quels sont les facteurs motivationnels qui influencent le choix d'une « carrière » dans un service d'urgences pour les étudiants en soins infirmiers ?

Au regard des éléments mis en avant dans les réponses aux hypothèses, nous pouvons dire que les facteurs motivationnels pour ce choix de carrière sont multiples et ont différentes origines. Ils découlent de la représentation des urgences des interviewées, dont les contenus sont vastes et d'horizons divers.

En synthétisant les réponses des interviewées, il apparaît que les facteurs de motivation sont : tous les éléments qui composent la représentation des urgences schématisée en « Figure 2 » ainsi qu'une motivation indéfinissable qui est de l'ordre de leur vécu, d'une origine indescriptible. Nous notons une grande part d'inconnu quant à l'origine de leur motivation. En effet, il est difficile de dire pourquoi nous sommes motivés à faire quelque chose. Souvent, nous répondons que nous aimons cela et que là est toute notre motivation.

8 Conclusion

Finalement nous entamons le dernier chapitre de ce travail, soit la conclusion. Elle traite des différents bilans en émettant, tant que possible, un regard critique sur ce mémoire.

8.1 Bilan personnel

Ce travail a quelque peu changé ma représentation des urgences, également de par le stage que j'ai effectué aux urgences. Comme énoncé dans le chapitre destiné aux motivations personnelles, je pensais rencontrer un certain nombre d'urgences vitales aux urgences, or ils ne représentent que quelques pourcents des cas répertoriés. Je dois avouer que même en connaissant ce pourcentage avant d'y faire un stage, je pensais être confrontée à plus d'urgences dites vitales. Une preuve de plus que les représentations sociales ne sont pas si faciles à modifier.

J'ai également pu réfléchir sur mes propres motivations et, inconsciemment, je les ai analysées. Je pense que travailler dans ce milieu ou du moins y faire un stage était nécessaire au moment où j'ai posé le thème de mon mémoire. Comme je vous l'ai expliqué en quelques mots dans mes motivations personnelles, je ressentais le besoin de me mettre en difficulté pour avancer. C'est en quelque sorte se dire, je dois passer par le pire pour être apaisée après. Je dirais même que c'est une recherche de confiance en soi. Or, le stage que j'ai effectué aux urgences a été très enrichissant d'un point de vue tant personnel que professionnel.

Alors que je ne pouvais mettre de mot sur cette motivation auparavant, maintenant, je pense que j'entrevois l'infirmière aux urgences ou aux soins intensifs dans une optique de « sauveur ». Aussi, je pense à ce jour que si j'ai mis plusieurs mois pour faire émerger cette idée, je ne m'étonne pas que les personnes interviewées aient des difficultés à décrire leur motivation pendant un entretien de vingt minutes.

Finalement, un apport personnel non négligeable est d'avoir pu déposer ce mémoire dans les temps, malgré les difficultés rencontrées. Je pense notamment au stage final qui m'a demandé un investissement personnel important et aux périodes de hauts et de bas de la vie de tous les jours. J'ai du mettre à l'épreuve ma persévérance et faire preuve de rigueur et régularité dans mon travail.

8.2 Bilan méthodologique

D'un point de vue strictement méthodologique, il a été difficile de suivre la méthodologie de mémoire au début de ce travail. Je voulais « mettre la charrue avant les boeufs ». En fait, j'écrivais ce que je pensais être juste puis après je recherchais un article, un auteur pour prouver ce que j'avançais. C'est pourquoi, la problématique a été difficile à poser pour moi. Puis enfin, je me suis laissée guider par mes recherches et j'ai finalement pu décrire une problématique issue de problèmes rencontrés et recherches antérieures. J'ai appris à mettre de côté mes jugements et me fier aux données objectives.

La formulation des hypothèses n'a pas été aisée non plus. En effet, elles doivent découler de la problématique et de la littérature et répondre à la question de recherche. Dans l'optique de ce travail, il était, pour moi, difficile d'imaginer d'autres hypothèses. La première découlait logiquement de mes cadres de référence, mais la deuxième illustre une des faiblesses de ce travail. Elle a été créée sur le principe d'élimination. Si la première hypothèse n'était pas vérifiée, alors qu'est-ce qui pouvait bien répondre à la question de recherche. C'est ainsi que mon raisonnement m'a poussée à inscrire cette deuxième hypothèse telle que vous la connaissez.

J'ai également rencontré quelques difficultés lors de la création du cadre conceptuel. En effet, il n'existe pas encore de document explicitant le profil de l'infirmière aux urgences, c'est pourquoi, j'ai dû « jongler » entre des écrits sur les urgences, le cahier des charges de l'infirmière et le référentiel de compétences de l'infirmière HES. En ce qui concerne le concept de la

motivation, j'ai choisi Nuttin comme auteur principal car il correspondait le plus au sens de mon travail. Cependant, la compréhension de sa théorie n'a pas été simple. Il faut dire que la motivation est un concept très abstrait et j'espère que j'ai réussi à l'expliquer aussi clairement que possible. Finalement, il est difficile de savoir où s'arrêter dans l'explicitation des divers concepts. C'est pourquoi, les apports théoriques sont ciblés dans mon travail. Ils contiennent les éléments nécessaires qui ont permis d'éclairer l'analyse, en ce sens, ils sont pertinents.

L'échantillon était limité par un critère d'exclusion établi en amont dans ma recherche. Ce qui m'a valu de n'avoir que cinq interviewées. Ceci constitue une des limites de ce travail. En ayant questionné plus de personnes, peut-être aurais-je pu mettre en évidence d'autres éléments comme je l'ai déjà expliqué dans l'analyse.

Concernant la grille d'entretien, il a été relativement aisé de la construire selon une trame logique pour moi. Elle suit un fil rouge en commençant par une question large puis se resserrant vers le sujet et finalement en terminant par une question ouverte qui permettait une synthèse des pensées des interviewées. Elle comporte, selon moi, une faiblesse, car j'ai rencontré des difficultés pour répondre à la deuxième hypothèse. Peut-être aurais-je pu élargir les domaines abordés lors des entretiens en imaginant d'autres origines possibles à cette motivation. Il serait également intéressant d'examiner le lien entre les urgences et les autres milieux de l'intervention comme les pompiers. Il semblerait que dans la population en général, ces métiers constituent une classe à part. Et alors, qu'en est-il des infirmières aux urgences ?

Les entretiens se sont très bien déroulés. Les participantes se sentaient à l'aise et donc moi aussi. J'ai utilisé majoritairement la reformulation pour les pousser à me donner plus d'information et je suis satisfaite des réponses. Ces données ont été classées dans une grille d'analyse dans laquelle, j'ai répertorié fidèlement leurs dires. Ceci m'a permis d'entrevoir des catégories utilisées ensuite pour l'analyse. Ces catégories comportent souvent un vocabulaire riche, cependant, je n'ai pu classer toutes les idées des différentes interviewées.

Aussi, les informations moins fréquentes ont été traitées de façon ponctuelle dans l'analyse.

Enfin, l'analyse a été la partie de ce travail que j'ai préférée. J'ai aimé être surprise par les réponses des interviewées qui, une fois interprétées, me menaient à des représentations auxquelles je n'avais pas pensé. Je croyais, en commençant ce mémoire, aboutir à des explications démontrant très clairement une motivation qui émane de séries télévisées telles qu'« Urgences ». En fait, ce n'était pas aussi clair. Puis, l'analyse est construite sur une chronologie différente du cadre de référence. Les thèmes y sont abordés selon la trame de la grille d'entretien. En fait, les concepts ne doivent pas servir de guide mais de support en éclairant les interprétations, c'est pourquoi les données ont été traitées ainsi.

Finalement, je pense avoir respecté les exigences méthodologiques car cela a été une contrainte pour moi, comme je vous l'ai déjà expliqué. Avec un peu de recul, j'entrevois l'importance de cette modalité, sans quoi, un tel travail n'aurait pas d'objectivité et les résultats seraient inacceptables.

8.3 Bilan professionnel et ouverture

Examinons, à présent, les apports d'un tel travail pour mon futur en tant que professionnelle.

Tout d'abord, la réalisation de ce mémoire a été une très bonne expérience pour moi. Je pense que, dans les années à venir, je participerais volontiers à d'autres travaux.

J'ai pu apprécier l'importance de l'éthique et de la déontologie dans la démarche des entretiens, chose qui est incontournable dans le milieu de la santé en général.

J'ai acquis de nouveaux éléments théoriques qui me seront utiles pour la suite, notamment la théorie des représentations sociales. Nous savons déjà qu'il est important de les identifier chez le patient, mais ce que j'ai pu mettre en avant

ici, est qu'il faut également les distinguer chez les étudiants en soins infirmiers. J'imagine que dans l'encadrement des stagiaires, cette notion est déjà appliquée, or c'est un élément nouveau pour moi et j'en tiendrai compte le jour où j'encadrerai un étudiant.

Puis, imaginons que la représentation des urgences de la population en général soit proche de celle véhiculée par les séries comme « Urgences », c'est-à-dire beaucoup de stress, un relationnel quasi inexistant et des interventions souvent invasives pour les patients. En ayant cette image-là, le patient se comporterait-il différemment ? Est-ce que la prise en charge serait différente ? Est-ce que ce phénomène est spécifique aux urgences ?

Ensuite, nous pouvons penser à plusieurs applications pour les éléments mis en avant grâce à la théorie de la motivation.

Premièrement, en repérant des facteurs de motivation, nous pourrions les utiliser pour promouvoir notre profession. Il semble qu'à l'heure actuelle, la pénurie d'infirmière soit marquée, aussi, redonner l'envie de faire ce métier serait bienvenu.

Deuxièmement, nous pouvons imaginer une application pour des secteurs spécifiques, tels que les établissements médico-sociaux (EMS). Sachant que la population suisse est vieillissante³³, le recrutement de personnel soignant pour les EMS est impératif. Alors comment mettre en avant les motivations à travailler en EMS ? Ceci pourrait bientôt constituer un point important de la politique de santé suisse.

Finalement, nous avons conscience que les applications d'un tel travail reste relativement théoriques et que nous n'avons pas tout investigué, mais nous sommes heureux d'avoir déjà pu mettre en avant ces quelques éléments.

³³ COMMISSION POUR LES QUESTIONS CONJONCTURELLES. *Conséquences économiques d'une population vieillissante*. Septembre 2005.

9 Bibliographie

Articles :

- CHAVALON-DEMERSAY, S. *La confusion des conditions*. Réseaux n°95. CENT/Hermès Publications. 1999. p.237
- COURTOIS, A-C. COURTOIS, R. CUMINET, L. GRANDSIRE, A. *Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ?* Soins n°700. Novembre 2005. p.41
- CRONIN, G. *Why does A&E attract newly qualified registered nurses ?* Accident and Emergency Nursing. Elsevier. 2006. p.71
- HOUCK, M. *Police scientifique et séries télévisées*. Pour la science n°349. Novembre 2006. p.83
- JOURDAIN, A. *Une croissance zéro de la population des infirmières diplômées d'état est-elle possible?* Population (French Edition) n°6. Novembre/Décembre 1986. p.1078
- PRZYGODZKI-LIONET, N. *Influence des films policiers sur la perception sociale des victimes*. Pour la science n°349. Novembre 2006. p.86
- TUMMERS, G. VAN MERODE, G. LANDEWEERD, J. *The diversity of work : differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and the psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing*. International Journal of Studies n°39. Pergamon. 2002. p.841

Littérature :

- ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentations*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 2003.
- Dictionnaire *Le petit Larousse*. Ed : Larousse. Paris : 1992.
- GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1999.

- HENDERSON, V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Ed rév. : Association des Infirmières de la Province de Québec. Genève : Conseil International des Infirmières, 1977.
- JODELET, D. *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*. In *Psychologie sociale*, sous la direction de S. Moscovici. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1997.
- L'ECUYER, R. *Le concept de soi*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1978.
- MOSCOVICI, S. *La psychanalyse : son image et son public*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1976.
- NUTTIN, J. *Théorie de la motivation humaine*. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 1996.
- PAPART, J-P. CHASTONAY, P. *Le raisonnement scientifique appliqué au domaine de la santé*. Ed : Réalités sociales. Lausanne : 2002.
- PERRAUT-SOLIVERES, A. *Infirmières, le savoir de la nuit*. 5^{ème} Ed. Collection : Partage du savoir. Ed : Presses Universitaires de France. Paris : 2001.
- SANTIAGO DELEFOSSE, M. ROUAN, G. *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Ed : Dunod. Collection : Psycho Sup. Paris : 2001.
- Sous la dir. d'ABRIC, J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès : 2003.

Cyberographie :

- HUG. *Les Hôpitaux universitaires de Genève*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.hug-ge.ch> (Page consultée le 19.06.07).
- UNIVERSITE DE GENEVE, GROUPE DE MEDICOMETRIE. *Forum santé : pour une politique de santé durable*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.forumsante.ch> (Page consultée le 20.06.07).

Autres :

- ASI (Association Suisse des Infirmiers et infirmières). *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*. Berne : 2000.
- COMMISSION POUR LES QUESTIONS CONJONCTURELLES. *Conséquences économiques d'une population vieillissante*. Septembre 2005.
- HAUTE ECOLE SANTE-SOCIAL VALAIS. *Référentiel des compétences de la filière Infirmiers-Infirmières*. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2005.
- RSV. *Le cahier des charges de l'infirmier (ère) en soins généraux ou de l'infirmier (ère) niveau II*. Sion : 2001.
- SECRETARIAT DU GRAND CONSEIL. *Rapport du conseil d'Etat au Grand Conseil sur : Interpellation concernant la pénurie d'infirmière et Motion pour revaloriser la profession d'infirmière et d'infirmier*. Mars 2007.

10 Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Grille d'analyse

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Annexe 4 : Lettre d'autorisation pour les entretiens

Annexe 5 : Lettre de demande de participation auprès des étudiants

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions	Questions de relance	Indicateurs	Temps disponible
Généralités et motivation	Quel est le moteur de votre motivation à travailler dans un service d'urgences ?	Comment avez-vous inscrit les urgences dans votre projet futur ? Désirez-vous faire une carrière aux urgences ? Quel est votre projet professionnel ?	<ul style="list-style-type: none"> - description du choix pour les urgences, des facteurs motivationnels - description du projet professionnel 	5 min.
Urgences	Comment décririez-vous le service des urgences ?	Quelles sont, selon vous, les caractéristiques de ce service ? Est-ce différent d'un service de médecine ou de chirurgie ? En quoi diffère-t'il ? Selon vous, comment est l'ambiance/le climat dans un service d'urgences ?	<ul style="list-style-type: none"> - caractéristiques environnementales, des patients, du personnel, du matériel, de l'organisation 	7 min.
Rôle infirmier aux urgences	Comment décririez-vous le travail/rôle de l'infirmière aux urgences ?	Quelles sont, selon vous, les spécificités d'une infirmière urgentiste dans son travail, les compétences, habiletés qu'elle devrait avoir ? Comment décrivez-vous l'équipe soignante aux urgences ? Quels sont les professionnels qui la compose et qui y interviennent ?	<ul style="list-style-type: none"> - description du profil de l'infirmière aux urgences - description des particularités de l'équipe soignante 	7 min.

<p>Motivation et développement personnel</p>	<p>Que pensez-vous trouver aux urgences pour votre développement personnel ?</p>	<p>Est-ce que les spécificités du rôle infirmier aux urgences sont, pour vous, des éléments de développement personnel ? Maintenant que vous m'avez décrit le service des urgences et le rôle infirmier aux urgences, est-ce que, pour vous, ces éléments de description sont signes de développement personnel ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - qualités personnelles et critères d'un bon développement personnel - adéquation entre rôle infirmier aux urgences et développement personnel 	<p>7 min.</p>
<p>Représentations</p>	<p>Quelle image avez-vous des urgences ?</p> <p>Que pensez-vous de la série télévisée « Urgences » ou d'autre série du domaine médical ?</p> <p>Comment avez-vous approché les urgences (récit d'amis, y est allé) ?</p>	<p>Si vous deviez donner un mot pour décrire les urgences, lequel utiliseriez-vous ?</p> <p>Est-ce que cette série (ou une autre) a déclenché chez vous une motivation pour les urgences ? Si oui, quels éléments plus précisément ?</p> <p>Pensez-vous que l'image des urgences véhiculée par les séries télévisées soit conforme à la réalité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mot-clé de la représentation des urgences - description de la représentation des urgences à travers les séries télévisées - récit d'éléments de motivation venant des séries télévisées - adéquation entre image des urgences portée par les séries et la réalité - récit de son rapport/contact avec les urgences 	<p>15 min.</p>

Annexe 2 : Grille d'analyse

Thèmes	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
Généralités et motivation	Diversité, crise (relationnel), moins de temps à parler VS plus d'action, contraire du suivi à l'étage. Projet professionnel entre les urgences, les ambulances et la gériatrie.	Pas de routine, mouvement, savoirs, anticipation, stress. Pas encore prévu son projet professionnel.	Dynamique, pas de routine, s'attendre à tout à n'importe quel moment (imprévu), y être prêt (gestion de l'imprévu). Projet professionnel : veut faire un stage aux urgences dès que possible.	Plus de soins techniques, moins le côté relationnel. Pas encore prévu son projet professionnel.	Envie de changer et dynamisme Son caractère et ce qu'elle aime : dynamique, rapidité, instantanéité, travailler sous le stress, « manière de travailler » aux urgences (expérience en stage à l'étage), équipe gentille (lors d'une expérience personnelle). Pas encore prévu son projet professionnel.
Urgences	En permanence sous tension (stress), tu sais ce qui va t'arriver (inconnu), « <i>obligé de collaborer</i> » → ambiance doit être autrement, organisation différente : protocoles, à l'étage t'as le temps VS aux urgences t'as d'autres priorités, patients différents (diversité). Ambiance : en permanence sous tension.	Patients « <i>y a de tout</i> » (diversité : âge, pathologie), équipe complète. Ambiance : équipe idéal, stress géré car savent ce qu'elles ont à faire (savoirs). Le stress fait avancer. Diversité « <i>c'est ça qui est intéressant</i> ».	Diversité des patients (âge, pathologie), équipe complète, protocoles. Ambiance : particulière. Esprit de groupe mais aussi travail individuel, faire seul mais avoir un oeil sur tout. Stress, gestion du stress, dynamique.	Tous les âges, cas différents (diversité patients : âge, pathologie). Ambiance : climat tendu, stress, rapidité.	Mélangé tout âge et toute pathologie. Locaux pas pour longue durée, patients sont ensuite placés (instantanéité) inconfortables, disposition des locaux différente : service souvent « <i>fermé</i> », disposition du matériel et rangement différents, accès facile, proche des soins intensifs, de la radiologie, du bloc. Ambiance : sympa.
Rôle infirmier aux	Anticipation grosse	Infirmière en 1 ^{ère} ligne,	Savoirs, liens théorie-	Soins techniques précis	Gérer : attente,

urgences	différence, liens théorie-pratique, signes cliniques (observation, surveillances), anticiper les demandes du médecin, rapidité. Autonomie Visuel, critique, prévoir risques (anticipation et analyse), contrôle (surveillances), liens, rapide. Équipe : médecin plus présent.	Accueil, diagnostic infirmier, fait examens, transmet, agit, gestion du stress, travail en équipe (collaboration), être sûre de soi. Équipe : L'idéal : équipe soudée, grande communication, grande confiance, « <i>pas de blablas</i> », pas de préjugés, plus CLAIR pour parler (relations claires). Infirmières et médecins formés en urgences, collaboration avec el bloc. Autonomie Infirmière : prises d'initiatives, autant de possibilité de travail.	pratique, connaissances un peu sur toutes pathologies, personne plus apte : dynamique, gestion du stress, savoir-faire, savoir, liens, vite et bien (Personnalité urgences). Autonomie Pas mal de chose (protocoles) mais jusqu'où ne sais pas, accueil, tri : identifie degré → « <i>fout les boules</i> », prises d'initiatives et pose diagnostic. Équipe : esprit ouvert, critique mais juste, connaître sa place, aider les autres sans marcher dessus mais théorie pas égale à pratique.	et acquis car pas le temps, gérer stress. Équipe : collaboration plus étroite.	agressivité, stress, gens qui ont mal ou peur, mélange de nationalité, sous-effectif, gestion de soi ENORME. Faut : calme, sang-froid, manière de travailler, dextérité, gentillesse. Autonomie Doit être plus libre. Équipe : a l'air de bien s'entendre, sympa, gentil, compétent, pas vu trop de différents, uni, présent, manière de parler agréable et jamais un ton élevé (bon savoir-être), expliquait tout.
Motivation et développement personnel	Analyse bonne et rapide, Pratique, soins techniques, adrénaline (stress), diversité, patience, effort sur soi, apporter qqch au BS, jugement bon rapidement mais attention à se remettre en question, risque de vouloir travailler seule, limites légales.	Initiatives VS peur de l'erreur, satisfaction des patients qui dépend un peu de nous, se sentir valorisée dans l'équipe.	Pratique, côté humain, en 1 ^{ère} ligne, feed-back sur BS dans sa totalité rapide, esprit de synthèse, milieu aigu, faire bien et vite, pas de place pour les « <i>gonflés</i> ».	Plus de facilité technique que relationnel : « <i>C'est une de mes motivations</i> », stress, rapidité, s'embête pas (pas de routine)	Apprend sur soi, comment réagit à certaines situations car on ne sait pas d'avance, faire face à l'inconnu : MYSTERE, l'inconnu de soi, connaissances, savoir gérer « <i>c'est ça qui est important</i> », pas de routine, face à ses compétences : être « <i>toujours</i> » au point ça BOUSTE « <i>une des plus</i>

					<i>grande compétences</i> ».
Représentations	<p>Urgences en un mot : « <i>collaboration</i> » professionnel-professionnel et prof-famille.</p> <p>« Urgences » la série : Distraction, Éléments assez corrects : examens, prescriptions, médicaments.</p> <p>Pas de motivation depuis ce genre de série mais depuis son papa et frère pompiers, intervention, mixte des deux (interventionnisme).</p>	<p>Urgences en un mot : « <i>gestion du stress</i> ».</p> <p>« Urgences » la série : Distraction, Éléments OK : nombre de BS dépend de l'établissement, grande collaboration, stress, tension.</p> <p>Pas OK : aux USA : TTT si assurances et là ils prennent tt le monde. Ne sait pas : TTT, protocoles car pas mêmes qu'en Suisse.</p> <p>Pas de motivation depuis ce genre de série car les infirmières on les voit pas beaucoup et sont là pour faire ce que disent les médecins VS réalité : prises d'initiatives, pose diagnostic infirmier (autonomie).</p> <p>Rapport aux urgences : expériences et récit négatifs : attente, froid.</p>	<p>Urgences en un mot : « <i>compétences</i> ».</p> <p>« Urgences » la série : Distraction, Éléments OK : termes, protocoles, organisation, tri, accueil, ambulances.</p> <p>Pas correct : beaucoup de salles, trop de stress, agitation, courent pour rien, très « <i>américain</i> » ; explosion, histoire d'amour. VS réalité : coure pas, chacun sait ce qu'il doit faire.</p> <p>Pas de motivation depuis ce genre de série car déjà motivée auparavant : depuis toute petite mais complète sa motivation par espèce de soutien, d'unité, « <i>comme une petite famille</i> ».</p> <p>Rapport aux urgences : motive depuis enfant, difficile à expliquer. A aussi fait pompier.</p>	<p>Urgences en un mot : « <i>rapidité</i> ».</p> <p>« Urgences » la série : Distraction, référence, Éléments OK : en général, action lors de réanimation, TTT, bases médicales.</p> <p>Pas OK : grossissent en général, rajoutent : cas graves, impressionnants et « <i>bobos</i> » en salle d'attente.</p> <p>Pas de motivation depuis ce genre de série, c'est plutôt le fait que : pas de relationnel, moins suivi des BS, dès qu'ils sont stables vont à l'étage (instantanéité).</p> <p>Rapport aux urgences : pas de souvenir positif.</p>	<p>Urgences en un mot : « <i>mystère</i> ».</p> <p>« Urgences » la série : Distraction, OK : 1^{er} soins, pas assez de connaissances pour juger ce qui est juste, Pas OK : se font tirer dessus (exagération), histoires d'amour.</p> <p>Rapport aux urgences : plusieurs expériences où a observé des éléments positifs.</p>

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Mémoire de fin d'étude sur les motivations des étudiants en soins infirmiers à travailler dans un service d'urgences

Formulaire de consentement éclairé

Le(la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du travail susmentionné.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il(elle) a pu poser toutes les questions qu'il(elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il(elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de la participation à ce mémoire.
- Est informé(e) du fait qu'il(elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce travail sans aucune conséquence négative pour lui(elle)-même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de ce mémoire, à savoir au plus tard au début 2008.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de ce mémoire sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le(la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire mentionné dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Contact : Hermelin Anaïs, étudiante à la Haute Ecole Valaisanne, Domaine santé & social, filière Infirmiers-Infirmières, Imm. Les Bouquetins, 1983 Evolène.

Natel : 078 / 815 88 98

Annexe 4 : Lettre d'autorisation pour les entretiens

Hermelin Anaïs
Imm. Les Bouquetins
1983 Evolène
078 / 815 88 98

HEVs – Domaine santé &
social
A l'att. de la responsable de
filière Infirmiers-Infirmières
Mme Barmaz Marie-Nicole
Chemin de l'Agasse 5
1950 Sion

Sion, le 15 mars 2007

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, qui porte sur les facteurs qui motivent les étudiants en Soins Infirmiers à inscrire un travail aux urgences dans leur projet professionnel, je désirerais interroger des étudiants en année préparatoire pour le Bachelor en Soins Infirmiers et des étudiants en 1^{ère} année Bachelor, sous forme d'entretien.

Conformément aux usages de la confidentialité, les entretiens, enregistrés sur cassettes audio, seront menés anonymement et dans un cadre de respect mutuel. Ils auront lieu, dans la mesure du possible, entre le 20 et le 31 mars 2007. Ils dureront environ 30 minutes chacun et l'heure exacte reste à convenir avec les étudiants. Ainsi, je joins en annexe une lettre de demande participation aux entretiens et la grille d'entretien.

Les données récoltées sur cassettes audio seront détruites au plus tard six mois après l'évaluation de mon mémoire devant un jury d'experts, soit vers le début de l'année 2008.

Je reste à votre entière disposition pour toutes questions ou renseignements supplémentaires.

En vous remerciant de l'attention portée à ma requête, recevez mes meilleures salutations.

Hermelin Anaïs

Annexe :

- Lettre de demande de participation adressée aux étudiants en année préparatoire et en 1^{ère} année Bachelor
- Formulaire de consentement éclairé
- Grille d'entretien

Annexe 4 : Lettre d'autorisation pour les entretiens

Hermelin Anaïs
Imm. Les Bouquetins
1983 Evolène
078 / 815 88 98

HEVs – Domaine santé &
social
A l'att. de la responsable de
filiale Infirmiers-Infirmières
Mme Barmaz Marie-Nicole
Chemin de l'Agasse 5
1950 Sion

Sion, le 15 mars 2007

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, qui porte sur les facteurs qui motivent les étudiants en Soins Infirmiers à inscrire un travail aux urgences dans leur projet professionnel, je désirerais interroger des étudiants en année préparatoire pour le Bachelor en Soins Infirmiers et des étudiants en 1^{ère} année Bachelor, sous forme d'entretien.

Conformément aux usages de la confidentialité, les entretiens, enregistrés sur cassettes audio, seront menés anonymement et dans un cadre de respect mutuel. Ils auront lieu, dans la mesure du possible, entre le 20 et le 31 mars 2007. Ils dureront environ 30 minutes chacun et l'heure exacte reste à convenir avec les étudiants. Ainsi, je joins en annexe une lettre de demande participation aux entretiens et la grille d'entretien.

Les données récoltées sur cassettes audio seront détruites au plus tard six mois après l'évaluation de mon mémoire devant un jury d'experts, soit vers le début de l'année 2008.

Je reste à votre entière disposition pour toutes questions ou renseignements supplémentaires.

En vous remerciant de l'attention portée à ma requête, recevez mes meilleures salutations.

Hermelin Anaïs

Annexe :

- Lettre de demande de participation adressée aux étudiants en année préparatoire et en 1^{ère} année Bachelor
- Formulaire de consentement éclairé
- Grille d'entretien