

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHU DE MONTPELLIER**

Réveillons-nous !

COMBELLES – FROGER Anna

PROMOTION 2004/2006

SOMMAIRE

Introduction	7
A. Mon vécu	8
B. Le thème	10
I. Problématique	12
A. Cheminement	12
B. La question de départ	14
C. Exploration	14
D. La question de recherche	15
II. Modèle d'Analyse	17
A. Cadre contextuel	17
1. <i>Les textes législatifs</i>	17
B. Cadre conceptuel	20
1. <i>Les définitions des mots clés</i>	20
2. <i>Notions et concepts de motivation</i>	22
a) La pyramide de Maslow	23
b) L'enrichissement du travail selon Herzberg	25
c) La théorie de Vroom et le système dit <i>V I E.</i>	27
d) Le jeu d'acteur et de Pouvoir	29
III. Analyse	33
A. La méthodologie	33
1. <i>Les entretiens</i>	33
2. <i>La population</i>	33
3. <i>Les limites</i>	34

B. Analyse des résultats	34
1. <i>Le dépouillement</i>	34
2. <i>Analyse des données</i>	35
3. <i>Comparaison des résultats</i>	35
a) Qu'est ce que la spécificité IADE dans la prise en charge en SSPI ?	35
b) Quelles sont les sources de motivation ?	37
c) Qu'est ce qui peut motiver ?	42
4. <i>Interprétation des écarts</i>	46
Conclusion	49
Références bibliographiques	52
A. Articles et revues	52
B. Textes Législatifs	52
C. Livres	53
D. Articles électroniques	53
E. Mémoires	53
Bibliographie	54
A. Articles et revues	54
B. Livres	54
C. Articles électroniques	54
D. Sites Internet	55
ANNEXES	

Annexe 1 : grille d'Entretien.

Annexe 2 : grille d'analyse à partir des entretiens.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

La pyramide des besoins de Maslow	23
La théorie motivationnelle de Vroom	27
Exemple de démotivation selon le modèle VIE	28
Tableau des entretiens	34

ABREVIATIONS ET SYMBOLES

IADE : Infirmier (e) Anesthésiste Diplômé d’Etat.

IDE : Infirmier (e) Diplômé d’Etat.

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur.

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

Réveil : appellation commune pour SSPI.

TIP : travail d’intérêt professionnel.

Introduction

Ce mémoire est pour moi, le deuxième contact avec l'initiation à la démarche de recherche en soins puisque j'ai pu aborder une méthodologie similaire lors du travail de fin d'études infirmière.

Le travail d'intérêt professionnel fait partie intégrante de la formation¹ d'infirmier anesthésiste. Il a pour but premier de nous « *initier à la méthodologie et aux outils de recherches en sciences sociales* ».

Même si cette démarche peut paraître lourde et contraignante, elle rentre complètement dans notre formation en mettant en œuvre les moyens d'accroître nos capacités intellectuelles et nos connaissances face à nos futures recherches. Elle nous donne les outils et les moyens de les utiliser.

Mais qui dit travail de recherche dit sujet. Face à l'ampleur des découvertes faites dans les premiers mois d'apprentissage à l'école et en stage, le choix a été difficile.

Pourtant, deux situations d'appels se présentaient à moi : la place de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), et la représentation de l'infirmier anesthésiste par les infirmiers de secteur.

¹ Projet pédagogique - école d'infirmier anesthésiste - octobre 2004, promotion 2004/2006.

A. Mon vécu

J'ai travaillé pendant quatre années dans une salle de surveillance post interventionnelle, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR). C'est cet emploi qui m'a conduit à présenter le concours d'IADE et à orienter ma future carrière professionnelle.

J'ai commencé ma carrière au bloc opératoire en tant qu'infirmière de salle (panseuse). Cela m'a appris la gestion d'une salle d'opération avec sa logistique ainsi que son environnement ainsi que la chirurgie et les différents temps opératoires.

Puis j'ai pu accéder au poste d'aide opératoire, ce qui m'a permis d'appréhender différemment tous les types d'interventions ainsi que l'anatomie du corps humain. Il est plus facile de comprendre ce que l'on peut voir, mais aussi dans le cas présent, toucher.

C'était un poste intéressant et varié, mais dès que cela était possible, j'allais remplacer ma collègue du " réveil ". Ces remplacements duraient quelques minutes, et ne me laissaient pas le temps de globaliser la salle mais seulement de saisir un soin, une surveillance, d'observer une situation. Et ma collègue ne me laissait jamais de patients intubés ou en difficulté.

Puis les remplacements se sont allongés, le temps du repas, puis une demi journée... et je suivais des patients de leur arrivée jusqu'à leur départ.

La découverte du travail à effectuer s'est donc faite progressivement. J'ai appris les techniques de soins spécifiques au réveil, les surveillances de patients endormis, les signes de réveil, la douleur post opératoire et la façon de la gérer.

Au bout de six mois, lorsque l'on m'a proposé une formation en SSPI, je me suis empressée de l'accepter. J'ai pris le poste à temps plein. J'y étais seule, sans infirmier anesthésiste.

La formation théorique de SSPI de quatre jours m'a apporté de nombreuses réponses quand aux gestes et soins à mettre en place. Elle n'est pourtant qu'une approche et ne remplace pas le travail sur le terrain. Elle m'a surtout permis de faire le lien entre la théorie et ce que j'ai appris en pratique.

Le réveil est une surveillance holistique du patient et je pense que pour assumer un poste comme celui-ci il faut connaître :

- l'anatomie, pour appréhender les risques liés aux opérations tel que lâchage de suture mais aussi les saignements particuliers à un type d'intervention (rhinoplastie, amygdalectomie, prothèses orthopédiques, laparotomie, etc.) ;
- les positions opératoires, pour déceler les compressions, et les douleurs récurrentes ;
- les interventions, pour présager plus aisément des douleurs et complications pouvant survenir ;
- les médicaments relatifs à l'anesthésie et leurs effets, afin d'en éviter les complications.
- les techniques d'anesthésie, d'intubation et d'extubation...

C'est là que se pose le problème. Une formation de réveil et quatre années de travail ne peuvent pas remplacer une formation théorique et pratique de deux ans. Elles peuvent amener à passer le concours d'entrée à l'école d'infirmier anesthésiste. Je pensais qu'un infirmier anesthésiste de part son diplôme était plus apte à effectuer ces tâches. C'est la vision que j'avais du métier et de la formation d'IADE.

Arrivée sur mon premier lieu de stage en tant qu'élève IADE, j'ai découvert l'autre côté du miroir. Les infirmiers anesthésistes détiennent bien le savoir qui me manquait mais ne veulent pas aller en SSPI. Pour moi, travailler en salle de réveil était un accomplissement en soi car j'ai apprécié ce poste et les fonctions qui en découlent. Et mon trouble ne fait qu'augmenter lorsque je me réfère aux textes législatifs en vigueur et aux situations existantes.

B. Le thème

Après mûre réflexion, de nombreuses lectures et les rencontres fructueuses avec le psychosociologue de l'école dans les temps consacrés à la préparation du TIP, j'ai choisi un travail de recherche sur un thème qui me tient à cœur : **la salle de surveillance post interventionnelle**, plus précisément, sur l'aveu de certains des IADE de ne pas *AIMER* ce poste de travail.

Problématique

I. Problématique

A. Cheminement

Lors de mon premier stage en tant qu'élève IADE, j'ai découvert différemment la SSPI. Je connaissais ce poste de travail en tant qu'infirmière, et je le découvrais à travers les yeux d'un futur IADE.

Je constatais que les informations apprises au cours des premières semaines me permettaient de répondre à la plupart des questions qui me gênaient pour évoluer sereinement dans cette salle.

Malgré les connaissances acquises en anesthésie et réanimation, les infirmiers anesthésistes ne veulent pas aller en SSPI. Pour moi, les tâches induites par la prise en charge de patients en salle de réveil correspondaient au rôle de l'IADE.

Mon questionnement se pose sur la place du soignant, son rôle, et sa motivation face aux soins, dans le cadre très précis de la SSPI. Je voudrais comprendre pourquoi les IADE que j'ai rencontré n'éprouvent pas les mêmes sentiments que moi envers cette salle. Qu'est ce qui les freine à prendre leur poste ? Surcharge de travail, horaires, manque d'intérêt pour les tâches à effectuer ? Ou manque de motivation ?

J'ai donc tout simplement posé deux questions à trois d'entre eux : qu'elle est la place de l'IADE en SSPI ? Et pourquoi ne souhaites-tu pas aller travailler dans cette salle ?

La première personne était infirmière de réveil avant de devenir IADE, le deuxième infirmier anesthésiste est diplômé depuis plus de 25 ans et, à l'époque, les SSPI n'existaient pas. Enfin, le troisième IADE, le plus jeune des trois, avait travaillé en réanimation et dans un service d'urgence avant d'être diplômé. Il a eu des stages de SSPI pendant sa formation.

Pourtant malgré leurs cursus très différents, ils évoquent les mêmes craintes et ressentis.

Leur verbalisation, lors des entretiens de pré enquête, renvoie plusieurs pistes :

- Un sentiment d'inutilité, de non reconnaissance. Ce poste est tenu aussi par des infirmières ; aucune critique n'est faite envers ces collègues, et ils reconnaissent qu'elles font très bien le travail de réveil.
- Un manque d'intérêt pour les soins à effectuer, avec le sentiment de non utilisation du diplôme d'IADE.
- Un sentiment de perte de liberté, et l'impression de travailler sous les ordres des MAR et non plus en collaboration. Ici les infirmiers demandent les prescriptions, et effectuent les soins. En salle d'opération, ils travaillent avec les médecins.
- Un sentiment de peur enfin pour seulement certains IADE, dû au fait de devoir surveiller plusieurs patients en salle de réveil face à un seul en salle d'opération ; de ne pouvoir donner à chaque patient la même attention, et la même qualité de soins ; et d'être incapable de gérer des patients *lourds*, alors que ce sentiment n'est pas présent lorsque les mêmes patients sont en salle d'opération.

Face à ces ressentis, ces vécus négatifs, j'aimerais comprendre ce qui pourrait les amener à voir ce poste de travail de façon plus positive.

Je pensais alors que ma question de départ serait : quelle est la place de l'IADE en SSPI ? Les réponses ont été très claires, « il n'y a pas de place spécifique », pour ces trois personnes ; ou peut être « la formation et l'encadrement des IDE en poste ». J'ai donc cherché dans cette voie.

Le rôle de formateur et d'encadrement des infirmiers a été traité par d'autres travaux, au point de vue infirmiers, IADE ou cadres infirmiers. Ce qui est corrélé par notre diplôme (art R4311-15) apparaît comme une évidence dans la relecture de ces travaux².

² Mémoire IDE de Marie-Claude MOISY ; L'infirmier, formateur de ses pairs : réalités et perspectives.

D'autres professionnels s'intéressent à la place de l'IADE en SSPI, notamment dans la revue OXYMAG³ qui a effectué une enquête sur ce sujet, ainsi qu'un IADE nouvellement diplômé (2005), R Van Moolerghem⁴, qui en a fait son sujet de travail de fin d'étude.

B. La question de départ

Les IADE fuient dès que possible les SSPI pour les salles d'opération.

D'où ma question, après quatre mois de lecture et de pré enquête sur la place de l'IADE en SSPI : **pourquoi les IADE ne veulent-ils pas aller travailler dans cette salle ?**

C. Exploration

D'après M. ALDERSON⁵, « *la principale source de souffrance des infirmières est la perception douloureuse d'un manque de reconnaissance, d'autonomie professionnelle, et de pouvoir sur les actes infirmiers.* »

Je retrouve ici les éléments qui m'ont été donnés par les IADE lors des entretiens. Ainsi à cause du manque de reconnaissance, les soins en SSPI ne sont plus une source de valorisation pour les IADE, mais sont vécus comme des tâches ingrates. Le simple fait d'être en SSPI, implique une quantité de soins qui ne sont plus valorisants aux yeux des IADE, parce qu'ils sont aussi effectués par les infirmières. Ce n'est pas verbalisé négativement dans les entretiens que j'ai réalisés ; les IADE reconnaissent aux infirmières de réveil des qualités de soignantes. Ils disent « *elles le font mieux que nous* ». Et justement « *puisque'elles sont là, il n'est pas utile de venir en SSPI.* »

Pourtant, si je me réfère aux écrits de M. ALDERSON, il apparaît « *qu'une trop grande ambiguïté des rôles, et des champs de pratique insuffisamment distincts, sont des sources de conflits interprofessionnels.* » Il n'y a pas de notion de conflit chez les personnes interrogées, mais bien ce sentiment de ne pas être reconnu à la juste valeur du

³ Revue OXYMAG N° 79 ; Décembre 2004, & N° 85 ; Décembre 2005.

⁴ Van Moolerghem Régis ; mémoire : La place de l'IADE en SSPI.

⁵ ALDERSON M ; Approche psycho dynamique du travail. Infirmière Canadienne. Jan 2002. p° 13-14.

diplôme, d'effectuer des soins sans intérêt, de perdre une certaine liberté, de ne plus être un collaborateur de soins mais un simple élément. En travaillant en SSPI, les IADE ont le sentiment de redevenir IDE. *« Elles font l'expérience d'une humiliante polyvalence ou interchangeabilité avec les professionnels de soins moins qualifiés. »*

C'est ce sentiment profond qui génère tout le problème d'envie chez les IADE de prendre leur poste en SSPI.

La démotivation survient lorsque l'on se sent lésé dans nos besoins, nos droits ou nos espérances. Ici, les IADE sont lésés dans le travail qui leur est proposé. Celui-ci ne correspond pas, à leurs yeux, à leur capacité. Ils ont obtenu un diplôme supérieur et sont confrontés à des soins de base infirmier. Même les soins qui leur ont été dévolus sont réalisés par les IDE. Ils ne sont donc plus motivés par ce poste de travail.

D. La question de recherche

J'en arrive donc à poser cette question, sujet de ce travail :

En quoi la spécificité d'Infirmier Anesthésiste est-elle une source de motivation dans la prise en charge des patients en Salle de Surveillance Post Interventionnelle ?

Il me semble difficile de répondre à cette question dans son ensemble, je vais tâcher de répondre à plusieurs sous-questions qui en découlent.

1. Qu'est-ce que la spécificité d'une IADE dans la prise en charge en SSPI ?
2. Qu'est-ce que la motivation ?
3. Quelles sont les sources de motivation ?
4. Qu'est-ce qui peut motiver ?

Modèle d'analyse

II. Modèle d'Analyse

A. Cadre contextuel

1. Les textes législatifs

D'après certains textes de loi et les conseils des sages, les postes de surveillance sont destinés aux seuls IADE puisqu'ils détiennent les compétences et capacités techniques pour assumer ses rôles.

Le rapport de sécurité anesthésique de 1993⁶ préconise « *que si des patients encore anesthésiés, intubés et ventilés, séjournent en salle de réveil, la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur ou d'un IADE est requise* ».

Voilà qui est clair, pour la sécurité anesthésique en SSPI la présence des IADE est nécessaire.

En 2001, le conseil de l'ordre des médecins⁷, précise « *Les IADE sont de proches collaborateurs des médecins anesthésistes réanimateurs. Outre leur activité au bloc opératoire, leurs compétences techniques et leurs connaissances leur permettent d'intervenir en SSPI.* » La place de l'IADE est donc reconnue pour les médecins anesthésistes.

Mais la réalité est loin d'être aussi simple. Dans les stages effectués depuis octobre 2004 et dans mon vécu de pré formation, j'ai constaté que les SSPI sont occupées en majorité par des infirmiers.

Alors que l'article R.4311-7 du décret de juillet 2004 relatif aux actes professionnel infirmiers⁸ stipule à l'alinéa 30 que les infirmiers sont habilités à pratiquer les soins suivants : « *vérification du fonctionnement des appareils de ventilation*

⁶ Rapport de sécurité anesthésique de novembre 1993 du haut comité de la santé publique. Art. 6.3.

⁷ Session du conseil national de l'ordre des médecins. Décembre 2001. Art 6.

⁸ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, du code de la santé publique. Titre 1^{er}, chapitre 1^{er}.

assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils. »

Ainsi la surveillance en SSPI peut être effectuée par des infirmiers. Ils en ont les compétences de part leur diplôme, à condition qu'un médecin en ait fait la prescription.

L'article R.4311-9 alinéa 8 précise même que l'infirmier peut effectuer les *« soins et surveillance des personnes, en post opératoire. »*. Cet article confirme le premier et assure aux infirmiers la possibilité de travailler en SSPI. Apparaît seulement une réserve quand aux actes spécifiques d'anesthésie que seul est habilité à réaliser l'IADE : *« sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311.12 »*. Ce sont les gestes qui limitent donc la place de l'infirmier. Il peut surveiller, mais ne peut pas extuber par exemple les patients puisqu'il s'agit là d'une technique d'anesthésie.

Dans le même décret, l'article R.4311-12, relatif au rôle des infirmiers anesthésistes, stipule que ce dernier *« assure les actes relevant des techniques d'anesthésie »* sans spécifier sa seule compétence dans la surveillance post anesthésique. L'IADE, de par sa formation et son diplôme, est donc habilité à intuber et extuber les patients. Comme il reste infirmier et acquiert des capacités supplémentaires, il peut de surcroît assurer la surveillance des patients.

Enfin l'article D. 6124-101 du décret du 20 juillet 2005⁹ précise les modalités de fonctionnement de la SSPI. Il stipule que *« pendant sa durée d'utilisation, toute SSPI comporte en permanence au moins un IDE formé à ce type de surveillance, si possible un IADE. »*

Voilà qui clarifie la situation d'un point de vue législatif.

Les postes de surveillance ne sont donc pas dévolus aux seuls IADE, mais si possible doivent être occupés par ceux-ci. Ce ne sont pas des supers infirmiers mais des infirmiers avec des compétences spécifiques qui leur permettent d'effectuer les actes d'anesthésie.

⁹ Décret du 20 juillet 2005 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins, sous section anesthésie.

Mais dans le même temps les infirmiers de salle de réveil ont gravi les échelons de l'interdit, et pratiquent quotidiennement les gestes dévolus aux seuls IADE.

Ils extubent couramment des patients alors qu'ils n'ont pas appris les techniques de ré-intubation. La pratique remplace ici l'apport théorique !

La surveillance par des IADE, présents ou capables d'intervenir rapidement, fait que ce geste s'est banalisé. Je ne remets pas en cause cette pratique hospitalière pour son état, car elle relève d'une organisation de soins dont j'ai bénéficié pendant tout le temps que j'ai passé en SSPI. Mais si je me réfère aux seuls textes de loi, cette situation est caduque. Les infirmiers bénéficient ici d'un "passe droit", entendu par tous, et à la limite de la légalité.

On peut mettre en avant un manque de personnel IADE pour assumer ces postes, dû au problème d'effectif, mais cela ne justifie pas le glissement des fonctions.

Le rapport de sécurité anesthésique de 1993 prend en compte le manque de personnel pour assumer tous les postes à pourvoir en SSPI et conseille donc « *l'encadrement des IDE par des surveillantes IADE* ». C'est actuellement ce qui est mis en place dans la plupart des établissements de soins, toujours d'après le même rapport, et ce que j'ai pu constater dans les lieux de stages où je suis passée.

Je n'ai pas pour but de traiter la politique de formation du personnel des hôpitaux, ni le manque d'infirmiers anesthésistes pour assumer tous les postes à pourvoir en SSPI. Je constate seulement une dérive des soins.

B. Cadre conceptuel

1. Les définitions des mots clés

J'ai cherché des définitions précises des mots clés ressortant de la question de recherche, afin que les termes que j'utilise soient bien entendus dans le même sens pour chacun.

Voici en premier une définition de la profession d'infirmière¹⁰ :

"Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement."

Cette définition apparaît ici afin de spécifier le rôle de l'infirmier anesthésiste et de clarifier les points développés dans le cadre contextuel.

L'IADE¹¹ reste un infirmier de par son diplôme mais acquiert une spécificité et il est habilité à *"réaliser des soins infirmiers d'anesthésie ou de réanimation en accompagnant le patient, dans les domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence, ou de la réanimation, qui concourent au diagnostic, au traitement et à la recherche"*.

Il ne s'agit donc pas d'un super infirmier mais bien d'une qualification supplémentaire permettant de faire face à différentes situations et amenant un niveau de compétence supplémentaire dans un domaine précis : l'anesthésie et donc le réveil.

¹⁰ Code de la santé publique, Article L4311-1.

¹¹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ministère santé et protection sociale, éd° ENSP 2004.

Ma problématique a pour cadre la SSPI. Ce n'est pas le fait de travailler dans cette salle que les IADE remettent en question mais les tâches qui en découlent.

Il me faut donc en donner ici une définition : La SSPI¹² est une salle où *"la surveillance continue post interventionnelle a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie"*.

Elle est aussi communément dénommée salle de réveil.

Enfin la motivation peut se définir comme *"une attitude, un état d'esprit fondé sur l'intérêt que l'on porte à ce que l'on fait. Elle implique une proximité émotionnelle et provoque une satisfaction personnelle. Elle n'est pas le fruit d'une décision venue d'ailleurs : elle naît, se maintient et se développe grâce aux satisfactions expérimentées par la personne elle-même"*¹³.

La motivation peut donc se définir comme une modification physiologique et psychologique créant un état de besoin. Cela entraîne un comportement qui vise à retrouver l'équilibre par la satisfaction de ce besoin.

Motiver reviendrait-il à créer un besoin ?

¹² Article D. 6214-97 à 99 du décret n°2005-840 du 20 juillet 2005.

¹³ MONTESINOS A. *Motivation, indifférence et démotivation des infirmières*. SOINS, N° 614, Avril 1997, P° 38.

2. Notions et concepts de motivation

Définir la motivation au travail relève du défi tant les avis et les analyses divergent. Toutes mes lectures m'amènent à proposer la définition suivante¹⁴ : *La motivation est un processus psychologique qui cause le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement.*

De façon plus générale, la motivation précède l'acte et se présente comme sa cause. Elle est donc basée sur deux postulats fondamentaux :

- l'homme est libre de choisir ce qu'il fait ou ne fait pas.
- ses actions sont toujours orientées vers un objectif, qu'il soit conscient ou non.

Le terme de motivation est apparu dans les années trente, mais les chefs de services ont toujours tenté de susciter l'engagement de leurs équipes.

Depuis les années soixante, les études portant sur la motivation se sont multipliées. Responsables du personnel, dirigeants, chercheurs se sont penchés sur la façon d'améliorer la motivation au travail des salariés. Les psychologues du travail ont fait de la motivation un des thèmes centraux de leurs réflexions. Ils sont nombreux à avoir bâti et élaboré des modèles explicatifs de la motivation. Les approches ont rapidement divergé, des courants théoriques et des écoles de pensée se sont constitués.

La démotivation découle de ces théories, même si elle n'est pas l'absence de motivation. Il existe des facteurs de motivation qui sont différents de ceux de la démotivation.

Je retiendrai essentiellement trois théories de la motivation, celles d'Abraham MASLOW, de Frederick HERZBERG, et de Victor H VROOM.

Je retiendrai aussi une quatrième théorie qui parle du jeu d'acteur et du jeu des pouvoirs découlant au départ des recherches sur la motivation.

¹⁴ Définition d'après les articles d' ACTUPSY, et de P ROUSSEL.

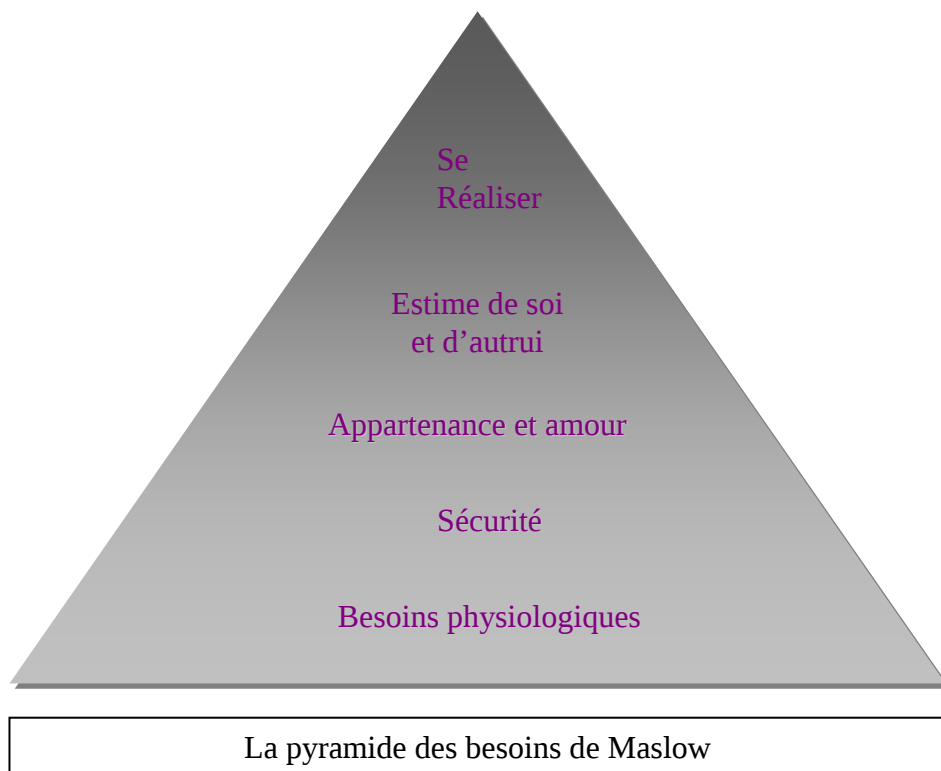
C'est grâce à l'ensemble de ces théories et courants de pensées que je tacherais de répondre aux questions émises dans ma problématique.

a) La pyramide de Maslow

La théorie des besoins d'Abraham Maslow est une des plus célèbres. Cette théorie apporte une réponse aux questions : Qu'est-ce qui motive ? Quels sont les facteurs de la motivation ?

La motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire des besoins. Dès lors que l'individu a cette volonté, il agit, il est motivé.

Maslow propose une conception systématique des besoins de l'homme au travail et hiérarchise différents niveaux selon une pyramide.



Il pense que les conduites humaines sont dictées par la satisfaction des besoins. Cinq groupes de besoins sont distingués :

- les besoins physiologiques : le gîte, le couvert, la survie.
- le besoin de sécurité.
- les besoins sociaux : avoir des amis...
- le besoin d'estime.
- le besoin de se réaliser, de devenir tout ce qu'on est capable d'être.

Tout comportement est déterminé par la recherche de satisfaction concernant un des besoins fondamentaux. L'homme cherche d'abord à satisfaire les besoins fondamentaux pour s'élever ensuite vers les autres besoins.

Par exemple, un individu qui s'estime bien payé, cherchera de la reconnaissance plutôt qu'une augmentation. Mais s'il ne l'obtient pas, il continuera à réclamer des augmentations en guise de compensation, sans motivation.

Toutefois la réalisation de soi n'est possible que si les besoins physiologiques sont satisfaits. Ainsi, on recherchera la présence d'amis que si on a le ventre bien plein.

De plus, le besoin de réalisation de soi est supposé être inapaisable, laissant donc l'homme éternellement insatisfait ?

A un moment donné un seul besoin est dominant et relativise ainsi l'importance des autres. Mais il est fréquent que les besoins soient multiples et contradictoires. Ce sont les aspirations et désirs concrets qui déterminent la motivation et orientent le comportement.

Cette théorie n'est pas en fait une théorie de la motivation ; elle nous dit quels besoins peuvent être à la base d'un comportement mais ne dit pas pourquoi la personne opte pour un comportement spécifique pour satisfaire tel ou tel besoin, ni même à quel moment un besoin est suffisamment satisfait pour qu'elle s'en détourne au profit d'un autre.

Maslow explique comment motiver en créant un besoin, mais pas comment on peut rester démotivé alors que les besoins ne sont pas tous satisfaits. Si les besoins ne sont pas satisfaits, il ne devrait pas y avoir de démotivation, mais de la motivation pour les satisfaire.

b) L'enrichissement du travail selon Herzberg

Frederick Herzberg centre ses théories sur le contenu de la motivation, avec l'idée de besoin comme source principale. Il distingue deux sortes de besoins qui cohabitent : l'homme quasi animal, instinctif avec ses besoins physiologiques ; l'homme spirituel qui a besoin de grandir et de se réaliser.

Puis Herzberg met en relation les motivations et les satisfactions au travail et utilise un postulat commun à toutes les théories du besoin : la non-satisfaction du besoin est source de motivation.

Il oppose les sources véritables de la motivation à la simple satisfaction, modèle appelé bi factoriel :

- ❖ Les besoins propres à tous les êtres vivants tel que les besoins d'hygiène et de sécurité : lorsqu'ils sont pourvus, ils réduisent l'insatisfaction et ne sont donc plus motivants.

Ils sont à relier aux facteurs de satisfaction : lorsqu'ils sont remplis, ils sont susceptibles d'engendrer des actes motivés.

Ces facteurs sont l'avancement, les responsabilités, la nature du travail, la reconnaissance des capacités, la réalisation de ces capacités et le salaire.

S'ils ne sont pas satisfaits, ils n'engendrent pas de démotivation.

Ce sont les *facteurs motivateurs* aussi appelés *facteurs extrinsèques*.

- ❖ Les besoins particuliers à l'homme, notamment le besoin de se réaliser qui est le seul facteur de motivation ;

Pour satisfaire ce besoin, l'homme ne se lasse pas d'en faire le plus possible, non seulement pour l'atteindre mais aussi pour dépasser l'objectif qu'il s'est fixé.

Ils sont à relier aux facteurs d'insatisfaction : lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, ils engendrent la démotivation mais lorsqu'ils sont satisfaits, ils n'engendrent pas de motivation.

Ces facteurs sont les relations entre les collègues, les conditions physiques de travail, les relations avec les supérieurs, et la politique du personnel. Ce sont les *facteurs d'ambiance* aussi appelés *facteurs intrinsèques*.

Herzberg distingue dans le travail les éléments qui ont constitué de bons et de mauvais souvenirs. Il met en évidence l'importance de la tâche elle-même, du contenu du travail comme source de motivation.

Le rôle moteur du travail relève de trois dimensions :

- La variété des aptitudes et des capacités mises en jeu dans la tâche,
- l'identité de la tâche, c'est-à-dire la possibilité pour chaque travailleur d'identifier le travail qu'il a fait lui-même,
- la valeur de la tâche, c'est-à-dire son importance et son utilité aux yeux de celui qui l'accomplit.

Ces trois aspects contribuent à donner une signification au travail. Et s'il y a une signification, il y a une valeur.

Ce qui motive les gens au travail, c'est ce qui leur permet de se réaliser : besoin de s'accomplir, de réaliser un travail intéressant, besoin de responsabilité et d'initiative, enfin besoin de progression et de promotion.

Autrement, ils n'échapperont pas au cercle vicieux : quand ils ont peu d'intérêt pour leur travail, ils le font mal, ce qui diminue encore son intérêt etc....

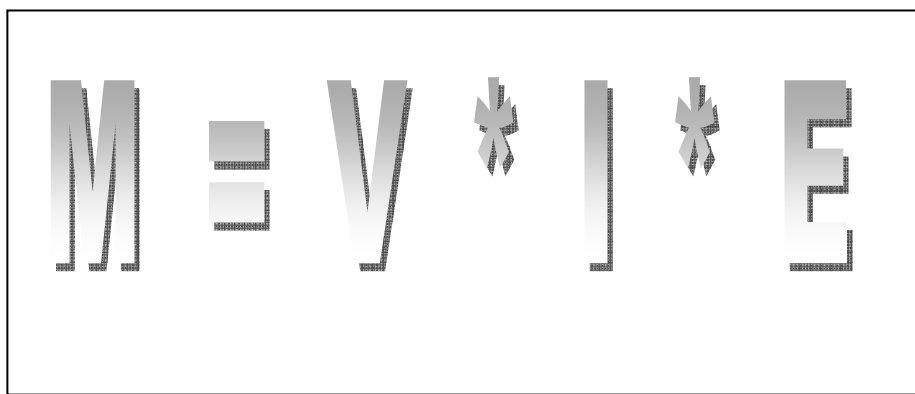
Ces théories disent seulement quels besoins peuvent être à la base d'un comportement mais jamais quand ni pourquoi la personne se comporterait d'une manière plutôt que d'une autre pour satisfaire tel besoin plutôt que tel autre, ni même à quel moment un besoin est suffisamment satisfait pour qu'elle s'en détourne au profit d'un autre.

Elles ne donnent pas les clés de la démotivation.

c) La théorie de Vroom et le système dit *V I E*

Victor H. VROOM ne cherche pas à comprendre ce qu'est la motivation mais plutôt *comment elle fonctionne*, connaître le processus de motivation tel qu'il se met en place chez la personne en fonction de son contexte de travail.

Cette théorie rend compte des interactions entre l'entreprise et les salariés.



La théorie motivationnelle de Vroom

Elle fait appel à la notion d'*Expectation* (**E**) : ce sont les attentes par rapport aux efforts que l'on se pense capable d'effectuer pour obtenir telle récompense, réussir telle performance. Cette perception de soi, cette confiance est déterminante dans la motivation. L'image de soi est la représentation que chacun se fait de ce qu'il est, de ses aspects positifs, de ses points faibles, de ses comportements prévisibles, de ses goûts et de ses possibilités. Elle permet de bâtir le niveau d'expectation, c'est-à-dire les chances de réussite que l'individu prévoit lorsqu'il est devant une tâche à accomplir. Si l'on s'auto évalue incapable, on a peu de chance d'être motivé.

L'expectation repose sur la confiance en soi, mais aussi sur des facteurs externes tels que la hiérarchie ou l'organisation du travail, que l'individu ne contrôle pas ou même subit.

La deuxième approche est l'*Instrumentalité* (**I**) qui répond à la question : que vais-je obtenir par ma performance ? Le travail va représenter un moyen d'obtenir une rétribution correspondant à l'effort. Elle pourra être très grande par rapport à des attentes

telles que la reconnaissance, la promotion. La motivation sera fonction de l'efficacité perçue entre une action et une récompense.

La troisième composante est la *Valence (V)*. C'est la valeur que représente une récompense pour un individu à un moment de sa vie. Elle est relative au système de valeur des personnes et permet de comprendre le poids de la récompense dans le système motivationnel.

Si l'un des trois éléments de ce système **VIE** est absent, le processus motivationnel se trouve altéré, désorganisé. Il s'agit ici d'une " multiplication " et si l'un des facteurs est nul, le résultat l'est aussi. Par exemple on peut être démotivé lorsque les bonnes performances ne sont pas reconnues par un supérieur hiérarchique ou par le groupe de collègues.

Si on reprend la multiplication on obtient le résultat suivant :

L'attente de reconnaissance grande : V.

La confiance en soi est grande : E.

Mais $I = \emptyset$ car la personne n'obtient rien.

$$M = V * \emptyset * E = \emptyset.$$

La personne est donc démotivée.

Exemple de démotivation selon le modèle VIE

Ce système permet de comprendre les prises de décisions individuelles, d'étudier la démotivation au travail.

Si l'on veut travailler les motivations, il faut connaître et non supposer les attentes des agents et organiser le travail de manière à ce que celui-ci soit une source crédible de satisfaction de ces attentes. Il ne s'agit pas d'offrir de la satisfaction, mais d'offrir une possibilité de satisfaction par le travail. Motivation n'est pas égale à satisfaction et vice versa.

Il faut surtout éviter ou réduire les démotivations.

Les sources de démotivations sont : un travail aliénant, inintéressant, inutile, la personne cherche un sens à son travail, le professionnel ne sait pas vraiment ce qui est attendu. Il y a un manque d'objectifs clairs. Faire un travail pour lequel le salarié ne se sent pas qualifié, sans donner de "feed back" ou alors négatif, est démotivant.

Personne ne se donne longtemps de la peine s'il ne sait pas si ce qu'il fait est bien ou pas et s'il a l'impression de tourner dans le vide. Une personne qui est traité inéquitablement (on retrouve l'instrumentalité) et ne reçoit aucune reconnaissance (c'est ici la valence) pour une performance au-dessus de la moyenne (ou expectation) ne reste pas motivée ou se démotive.

d) Le jeu d'acteur et de Pouvoir

Françoise Gonnet, dans son livre l'Hôpital en question¹⁵, constate, chez tout le personnel soignant rencontré, une forte motivation. L'absence de motivation est toujours corrélée à de bonnes raisons. Selon elle, le personnel hospitalier ne tolère plus de ne pas être reconnu pour sa participation au fonctionnement des services. Il ne s'agit pas ici d'émergence de nouveaux conflits sociaux mais bien de se faire reconnaître en tant qu'acteur du système.

Pour Crozier, la notion d'acteur implique un individu toujours actif, qui influence le monde qui l'entoure. Cela implique une part de liberté même réduite. L'acteur n'est donc jamais totalement contraint par la situation. C'est ce qui donne le phénomène de pouvoir car la stratégie d'un acteur trouve sa limite dans celle des autres acteurs. *"...dans ses relations avec autrui... le pouvoir de chaque individu dépend de l'imprévisibilité de son comportement et du contrôle qu'il exerce sur une source d'incertitude importante pour la réalisation des objectifs communs..."*¹⁶.

¹⁵ GONNET F. *Hôpital en question*. LAMARRE 1992. 359p°.

¹⁶ JUFFE M. *Pouvoirs et valeurs dans l'entreprise*. ESKA 1996.

Pour faire sa démonstration, Crozier se place dans un service où le personnel ne se sent pas considéré ce qui entraîne un comportement passif. Le fait que la passivité et les règles impersonnelles soient acceptées peut être vu comme un jeu admis par tout le monde. C'est une façon d'éviter des situations de face à face pouvant créer des situations difficiles. Chaque personne calcule l'avantage qu'il peut tirer d'une situation donnée.

Dans une autre étude, il s'aperçoit que le pouvoir est détenu par les ouvriers d'entretien et non par les chefs d'atelier, car ce sont les ouvriers qui savent réparer les pannes de machines. M. Crozier en déduit que le pouvoir n'est pas du domaine de la hiérarchie mais est initié par des situations imprévisibles dont les uns et les autres profitent.

Ici dans un service de chirurgie, ce sont les femmes de salles qui détiennent le pouvoir. Si le temps de ménage est allongé par l'équipe, c'est tout le fonctionnement du service qui s'en ressent. Les toilettes ne seront pas faites à l'heure, les repas seront aussi retardés... Dans un autre service ce sont les aides-soignantes qui possèdent le plus d'informations sur les patients. Elles détiennent alors un pouvoir d'expertise.

Le pouvoir est défini par M. Crozier comme "*une relation structurante et la possibilité de certains individus d'agir sur d'autres*". Dans ces relations de pouvoir, "*les contraintes cohabitent avec une part de liberté individuelle*¹⁷" qui est à défendre par des négociations, ce qui peut engendrer frustration ou satisfaction. Il n'y a donc pouvoir que s'il y a relation aux autres, et que si les autres vous concèdent ce pouvoir, même inconsciemment.

Tout se joue et s'articule entre l'acteur et ce qu'il recherche. Ici, l'objectif de satisfaction est opposé à la motivation.

C'est ce que l'on retrouve dans l'ouvrage de F. Gonnet. Les infirmiers sont très motivés mais peu satisfaits¹⁸. Pour concilier les deux, il faut maîtriser son secteur d'activité et donc en détenir l'expertise. C'est le cas des aides soignantes ou des médecins. Toutefois elle semble tenir aussi à la reconnaissance de cet état d'expertise

¹⁷ CROZIER M. *L'acteur et le Système*.

¹⁸ GONNET F. *Hôpital en question*. LAMARRE 1992. p°24 & 41.

par les autres acteurs partenaires. Ce qui renvoie à la notion d'identité professionnelle. Ce problème est d'autant plus grand pour les infirmières qui n'arrivent pas à se positionner entre aides soignantes et médecins.

L'auteur conclut qu'une identité professionnelle large et reconnue par tous permet une satisfaction et une motivation forte.

Cette théorie ne donne pas de définition de motivation ni de démotivation. Elle confirme l'écart existant entre satisfaction et motivation. Pour motiver, il ne suffit donc pas d'amener de la satisfaction, ni de donner du pouvoir à un acteur au détriment d'un autre. Il faut surtout amener de la reconnaissance.

Analyse

III. Analyse

Afin de répondre à ma question de recherche et aux différentes sous questions, j'ai choisi comme outil d'enquête, d'effectuer des entretiens semi directif auprès d'une population d'IADE. J'ai ensuite analysé les réponses données lors des entretiens, comparé les résultats, et au final analysé les différences entre les résultats obtenus et ceux attendus, suite au modèle d'analyse.

A. La méthodologie

1. Les entretiens

L'entretien permet d'obtenir des réponses sur le ressenti des personnes interrogées. Je ne recherche pas à établir des pourcentages ou une représentation quantitative mais bien du vécu, des sentiments et des valeurs humaines. C'est l'outil qui me semblait le plus adapté.

J'ai effectué des entretiens semi directifs de quinze minutes en moyenne (huit minutes, pour le plus court jusqu'à vingt deux pour le plus long). Cela peut paraître court dans un premier abord, mais j'ai obtenu des réponses aux questions que je posai (*Annexe 1*). J'ai conservé l'entretien de huit minutes, car il apporte des réponses différentes de la tendance des cinq autres.

Afin de pouvoir en retranscrire l'intégralité et de rester à l'écoute des personnes qui ont eu l'amabilité de répondre à mes questions, ces entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des personnes, en assurant l'anonymat et l'usage réservé des enregistrements.

2. La population

Outre les questions relatives à ma question de recherche, je voulais aussi déterminer s'il existait une différence de point de vue sur la salle de réveil, entre les

IADE anciennement diplômés (avant l'obligation de créer des SSPI) et ceux diplômés après 1993. Dans ce deuxième groupe, j'ai pris en compte le décret de formation des infirmiers anesthésistes de 2002 stipulant la nécessité d'effectuer des stages en SSPI.

Je retrouve donc trois catégories :

- ❖ les IADE diplômés avant 1993 ;
- ❖ les IADE diplômés entre 1993 et 2002 ;
- ❖ les IADE diplômés après 2002.

Le tableau suivant permet de numéroté les entretiens et de spécifier pour chacun d'eux, l'année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Entretien	Avant 1993	Avant 2002	Après 2002
A	X		
B		X	
C			X
D	X		
E			X
F		X	

Tableau des entretiens.

3. Les limites

Tous les IADE que j'ai rencontrés, travaillent en SSPI, une semaine toutes les six à sept semaines. C'est donc un poste qu'ils connaissent, et à ce titre, je les considère comme des experts. Je ne peux pas toutefois généraliser les résultats obtenus à toute la population d'IADE, puisque six infirmiers anesthésistes, même experts dans leur domaine ne peuvent en aucun cas être représentatifs de la population globale des IADE. De plus, limitée par le temps, je n'ai pu réaliser que six entretiens. Je constate que c'est très peu, et l'interprétation des résultats n'aura valeur que d'exemple.

B. Analyse des résultats

1. Le dépouillement

Après avoir réalisé les six entretiens, je les ai retranscrit mot à mot, respectant ainsi le phrasé des participants. Je pense qu'une hésitation, ou une répétition peuvent amener un élément de réponse.

2. Analyse des données

Pour cette analyse, j'ai mis sous forme de tableau les réponses obtenues lors des entretiens (*Annexe 2*). Pour chaque question, j'ai ressorti les mots clés, ainsi que les entretiens dans lequel ils apparaissent, et une citation d'un des entretiens.

Les mots clés ressortis sont ceux déterminés comme objectifs des questions tel que la reconnaissance pour la question : « Pensez vous que le travail en SSPI soit reconnu ? ». Mais aussi ceux qui sont apparus lors de la retranscription, tel que "la douleur" pour la question sur la motivation.

3. Comparaison des résultats

Je vais effectuer une comparaison des résultats des entretiens avec les cadres conceptuel et contextuel. Pour guider cette comparaison je vais tâcher de répondre à chacune des sous questions posées d'après la question de recherche.

a) Qu'est ce que la spécificité IADE dans la prise en charge en SSPI ?

La spécificité IADE apparaît claire pour les IADE interrogés, ils savent où se situer, et la place qu'occupe un infirmier diplômé en anesthésie dans la prise en charge des patients en SSPI.

Lorsque je leur ai demandé au cours des entretiens si ce poste de soins était représentatif de leur travail, cinq d'entre eux ont affirmé que le réveil faisait partie du travail de l'IADE. « *C'est représentatif du travail de l'IADE* » (Entretien E).

Seule une personne pense que ce poste ne représente pas le travail des IADE « *pas besoin de faire deux ans d'études d'IADE pour faire du réveil* » (Entretien A).

Pourtant la définition même de l'infirmier anesthésiste prend en compte la globalité de la prise en charge du patient¹⁹ : "*... en accompagnant le patient, dans les*

¹⁹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ministère santé et protection sociale, éd° ENSP 2004.

domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence, ou de la réanimation,...".

C'est ce que cite un des IADE « *C'est représentatif dans la fiche de poste, dans notre décret* » (Entretien D). Ou un autre au sujet de la douleur « *C'est représentatif de la prise en charge de la douleur* » (Entretien C). Enfin apparaît la notion de continuité, de prise en charge globale du patient « *C'est une continuité* » (Entretien E).

La SSPI semble faire partie intégrale de leur vision du travail de l'IADE même si, trois d'entre eux (Entretiens B,C & D) avouent être mitigés face à la représentation du travail de la SSPI en comparaison à celui effectué en salle d'opération. « *Je dirai légèrement moins représentatif en SSPI.* » (Entretien B).

La spécificité de l'IADE en SSPI, déterminée par le cadre législatif, n'est plus à démontrer, et les soins mis en place font partie, de l'aveu même des soignant interrogés, de la spécificité IADE.

Pourtant lorsque j'ai demandé lors des entretiens si ce poste de travail gagnerait en intérêt si seul des IADE pouvaient y intervenir, les réponses n'apportent pas le même enthousiasme.

- ❖ Deux personnes trouvent qu'une infirmière peut être suffisante à ce poste. (Entretiens C & D).
- ❖ Deux autres considèrent que la présence de l'IADE en SSPI est importante, mais pas exclusive, (Entretiens A & E) même s'ils expriment les limites des IDE, de par leur formation : « *Il est bien évident que tu ne peux pas demander à un IDE d'appliquer des cours ou des théories qu'il n'a pas reçues.* » (Entretien E).

Je retrouve dans les réponses le même décalage que dans les textes législatifs. Il paraît évident que le poste de réveil peut être tenu par des infirmières, malgré les limites de leur diplôme, et par des IADE. « *Donc pour moi une SSPI sans IADE, ce n'est pas possible. Mais la collaboration entre les deux est tout a fait possible, dans la mesure ou les gens sont formés.* » (Entretien E).

Toutefois, la formation de SSPI des IDE (environ deux à trois jours de théorie) est un peu courte, et ne peut en aucun cas remplacer celle des IADE. « *Mais une*

formation de trois jours de réveil est insuffisante, cela devrait être une formation de quelques mois, avec une sorte de certificat. » (Entretien A).

Pour les IADE, leur place en SSPI devrait être une place d'accompagnement des IDE. « *Les infirmiers sont très adaptés en SSPI à condition qu'un IADE puisse intervenir* ». (Entretien A). Ils estiment pouvoir être un référent de soins.

Le rapport de sécurité anesthésique de 1993 conseille « *l'encadrement des IDE par des surveillantes IADE* », et les IADE ont le même sentiment face à ce poste de soins. « *Un IDE formé au réveil, sur six mois, avec un petit diplôme, une petite reconnaissance. Avec un IADE qui supervise, qui chapote tout ça.* » (Entretien B).

Il n'y a pas de rivalité apparente, pour les IADE interrogés, entre les deux populations exerçant au réveil. Ce n'est pas ce qui démotive les IADE à prendre leur poste en SSPI. Les IADE connaissent le travail des infirmiers de réveil, en regrettent même, pour certains, le rôle très proche du patient. Mais aucun des infirmiers anesthésistes rencontrés ne remet en cause la place des infirmiers de réveil.

Les IADE considèrent le poste de réveil comme un poste de soins IADE. La spécificité de l'IADE n'est donc pas une source de démotivation dans la prise en charge des patients en SSPI. Mais est-elle une source de motivation ?

b) Quelles sont les sources de motivation ?

D'après les théories exposées dans le modèle conceptuel, pour Herzberg et Maslow, c'est la non-satisfaction d'un besoin qui est source de motivation.

Les sources de motivations découlent de la valeur accordée au travail effectué. Herzberg met en évidence l'importance de la tâche elle-même, du contenu du travail comme source de motivation.

J'ai demandé aux IADE quelle valeur ils attribuaient au travail effectué en SSPI. Pour cinq d'entre eux c'est un poste de soins très important. « *La place du réveil est importante* » (Entretien E). Ce devrait donc être un poste très motivant.

Mais pour trois d'entre eux ce n'est pas intéressant. « *Je pense que non, ce n'est pas intéressant* » (Entretien B). La SSPI est importante pour la surveillance du patient, mais ce n'est pas un poste de travail intéressant, pas gratifiant. Il est vécu comme une obligation. Un infirmier anesthésiste va même jusqu'à trouver que c'est un « *poste péjoratif* », et un autre que « *c'est la poubelle !* » (Entretiens D & A). Ce sont là des images très fortes de sens et de ressenti. Les autres IADE donnent des valeurs de travail moins lourdes dans les mots mais tout aussi négatives, soit pour la qualité du travail, « *Cela pourrait être intéressant dans de bonnes condition de travail* » (Entretien F), soit pour sa pénibilité, « *Le boulot du réveil est dur.* » (Entretien E).

Il ne ressort pas de ces trois entretiens une valeur très positive. Il semblerait bien au contraire que celle-ci soit affaiblie entre l'importance de la salle de soins et des surveillance à apporter aux patients, et le sentiment de vécu négatif des IADE interrogés. La tâche est importante mais le contenu du travail ne l'est pas. Ces IADE seront difficilement motivés par ce poste de soins.

Pourtant ce poste de soins est apprécié par trois des six IADE questionnés, « *J'aime bien faire du réveil* » (Entretien D). Il est intéressant de constater que c'est la même personne qui parle d'un poste péjoratif, et apprécie ce poste de soins. C'est d'ailleurs la seule personne qui n'a pas dit que la SSPI était un poste important.

Pour Herzberg, ce qui motive les gens au travail, c'est ce qui leur permet de se réaliser : besoin de s'accomplir, de réaliser un travail intéressant, besoin de responsabilité et d'initiative.

Les IADE qui apprécient le réveil, le présentent comme un poste de soins où ils retrouvent le contact humain, « *tout le côté finesse, humain, confort, attention, contact avec les gens.* » (Entretien D). Ils sont en quête de leur rôle propre, du relationnel, et de l'autonomie qu'ils avouent avoir perdu en salle d'opération. « *En salle, on est un peu prestataire de service, on surveille une anesthésie qui est faite par le médecin* » (Entretien C). Pour ces trois IADE, la motivation à prendre leur poste tient dans la réalisation de soi. Ils se retrouvent, anticipent, évaluent. « *C'est notre rôle propre, avec les notions de communication, le relationnel que l'on a perdu en salle.* » (Entretien D).

La tâche est importante et le contenu du travail à effectuer aussi, donc ce poste peut être considéré pour ces trois IADE comme motivant.

En comparant les dates de diplôme avec les réponses obtenues, ce sont les deux jeunes diplômés qui verbalisent le besoin de réalisation de soi (Entretien C & E). Et c'est un des anciens diplômés qui parle de rôle propre, de communication.

Un des jeunes IADE m'a dit « *J'aime beaucoup le réveil, parce que je me retrouve IDE.* » (Entretien C). Or ce sont les aspirations et désirs concrets qui déterminent la motivation et orientent le comportement.

De plus d'après Maslow, le besoin de réalisation de soi est supposé être inapaisable. Les trois IADE qui aiment travailler au réveil devrait donc être très motivé par ce poste de soins.

Lorsque j'ai parlé dans mes questions de leur efficience dans ce poste, ce sont pratiquement tous les IADE qui m'ont répondu être aussi efficace en SSPI qu'en salle d'opération. Je pensais que ceux qui n'aiment pas travailler au réveil, ne se trouvaient pas efficace, ou se trouvaient plus efficace en salle d'opération.

Deux IADE qui aiment le travail au réveil s'y sentent utiles et efficaces.

Trois parlent de nécessité d'être efficace, dont deux IADE n'appréciant pas ce poste de soins. « *Il faut que tu sois efficace, en plus tu es seul, tu ne peux pas refiler le bébé à quelqu'un d'autre.* » (Entretien A). Ce dernier IADE exprime même être inutile au réveil. « *Plus utile, non, plus efficace, oui. La spécialisation est plus utile en salle.* ».

Pour Vroom, l'Instrumentalité est ce que l'on obtient par sa performance. Ici deux IADE n'accordent pas de grande valeur à leur performance en SSPI. Mais, tout de même, quatre se sentent efficaces. « *Je suis efficace, parce que je répond à leurs besoins.* » (Entretien C). Les IADE prennent leur poste de soins au réveil sans conviction profonde, ils effectuent leurs soins, et prennent en charge les patients, mais sans apprécier les gestes qu'ils réalisent. « *Ce que je vois, c'est que pas grand monde veut en faire (du réveil), c'est très péjoratif, et je me dis que l'on peut passer à côté de son travail parce que l'on s'en désintéresse, on trouve pas d'intérêt technique, et la plus*

part des IADE sont des techniciens et veulent le rester. » (Entretien D). Serait ce à dire que se sont les soins techniques qui motivent les IADE ?

Les trois IADE qui accordent une grande valeur au travail en SSPI, sont ici dans la mouvance opposée. Leur instrumentalité est faible. Ils se sentent obligés dans leur travail, et cette nécessité va à l'encontre d'un sentiment de performance positif, et donc d'une forte instrumentalité.

Pour les trois autres IADE, accordant une valeur nulle au travail du réveil, leur sentiment d'efficacité apparaît mitigé.

- ❖ Pour l'IADE A, ce sentiment est très fort, donc son instrumentalité est grande.
- ❖ Pour les deux autres, ils ne se sentent pas plus efficaces en salle d'opération qu'au réveil. Je ne peux pas donner de valeur positive ou négative à leur instrumentalité, elle est donc neutre.

D'après Vroom, la perception de soi, la confiance est déterminante dans la motivation. Les IADE ne se sentent pas utiles en SSPI et trouvent nécessaire d'y être efficaces. Je ne peux pas affirmer qu'ils aient confiance en eux dans ce poste de soin, n'ayant aucun élément dans ce sens dans mes entretiens. Quand à la perception de soi, elle semble un peu faussée, entre une personne qui se retrouve IDE et une qui regrette les soins infirmiers...

Mon étude actuelle ne me permet pas de pousser plus avant dans cette voie, mais une question restera en suspend sur la perception de soi.

En tous cas les IADE au réveil qui devraient être motivé par la valeur qu'ils accordent aux soins, ne devraient plus l'être en regard de leur efficience.

Deux des IADE accordant une valeur négative, devraient être démotivés puisque leur efficience ne compense pas la valeur.

Enfin pour la troisième personne n'aimant pas le réveil, son efficience compense cette valeur très négative. Elle devrait être motivée.

Le bilan est très varié, les sources de motivation et de démotivation s'opposent.

L'équation de Vroom comporte trois parties, la valeur, l'instrumentalité et l'expectation. Les deux premiers analysés m'amènent à un sentiment partagé sur la motivation des IADE, s'opposant dans les résultats obtenus. Le troisième ne peut que m'orienter.

J'ai regardé les réponses obtenues à la question des efforts physiques et moraux à fournir pour la prise en charge des patients au réveil.

L'effort fourni au réveil rentre dans les éléments que les IADE ne peuvent pas contrôler. Pour Vroom l'expectation repose sur des facteurs externes tels que l'organisation du travail, que l'individu ne contrôle pas ou même subit.

C'est la charge de travail de ce poste qui est mise en avant dans les réponses. Les six IADE trouvent ce poste fatiguant, plus fatiguant que le poste en salle d'opération. « *Après une journée de réveil tu es plus fatigué qu'après un journée de bloc, même si elle a été intense.* » (Entretien B). Quatre le trouvent plus physique et trois doivent fournir plus d'effort moralement. « *En réveil, beaucoup plus d'effort physique ou moral. D'où l'épuisement moral.* » (Entretien E). Mais cet effort n'est pas qu'un sentiment, ils savent à quoi le relier, c'est un effort dû à la charge de travail, au nombre de patients à surveiller, à la quantité de soins à mettre en place. « *C'est une grosse charge de travail.* » (Entretien C)

Une notion de rapport au temps apparaît, avec un manque pour les patients. « *On a le temps de rien, il faudrait passer plus de temps avec chaque patient.* » (Entretien F). Ce rapport au temps est cité par trois des IADE qui le confronte à la charge de soins mais aussi au nombre de patients, « *tu bouges sans arrêt...jamais les fesses sur la chaise, tu vas d'un patient à l'autre, tu passes les bassins, les calmants. Avec tout ce que tu as à faire On s'embête pas, On passe 8 h non stop* » (Entretien A). Et aux patients eux même, « *Et puis un patient réveillé, verbalise, il a la possibilité de dire des choses tandis qu'en salle il ne parle pas. En salle on n'est pas épuisé par le patient.* » (Entretien E).

Enfin deux IADE verbalisent la difficulté du poste et sa pénibilité. « *C'est sûr qu'au réveil, c'est plus dur.* » (Entretien F). Même si les autres ne le disent aussi ouvertement, leurs paroles lourdes de sens, orientent aussi vers ce constat. Le poste de

réveil s'avère être un poste difficile, pénible et fatigant, usant même pour reprendre les termes de certains.

Dans la notion d'Expectation, les attentes sont liées aux efforts que l'on se pense capable d'effectuer pour obtenir une récompense. Ici les efforts sont énormes et la récompense bien faible, puisque les IADE se sentent épuisés. Or un effort qui amène une récompense ne se ressent pas. Ils ne se sentent pas capable d'effectuer autant d'effort, parce qu'ils ne voient pas la récompense. Jusqu'à dire qu'ils n'en voient pas l'intérêt.

Les IADE rencontrés ne sont donc pas motivés par ce poste de soins car ils ont beaucoup d'effort à fournir, et ni la valeur qu'ils peuvent accorder aux soins à réaliser, ni leur propre efficience ne peut juguler ce phénomène. La multiplication du théoricien Vroom, ne peut être que nulle puisque l'expectation est ici nulle. Il a plus de sources de démotivation que de motivation.

Mais il subsiste quelques pistes, puisque trois IADE accordent une grande valeur à ce poste ; puisque malgré tout, ils trouvent le réveil important ; puisque c'est représentatif de notre travail ; et puisqu' il leur manque une chose essentielle : l'intérêt, la récompense. Est-ce que c'est ce qui pourrait motiver ces IADE ?

c) Qu'est ce qui peut motiver ?

Pour Crozier et Gonnet, pour motiver il faut surtout amener de la reconnaissance. J'ai demandé aux IADE s'ils pensaient que le poste du réveil était reconnu ?

Quatre des IADE rencontrés lors des entretiens, ne se sentent pas reconnus par leurs collègues, qui font pourtant le même travail. « *C'est un manque de reconnaissance global des autres IADE, même si on tourne au réveil.* » (Entretien B). Ce manque de reconnaissance se traduit par un "délestage" des patients, après quelques transmissions orales sur son état et ses antécédents. « *Quand tu es en salle, tu arrives au réveil, tu poses ton patient et tu t'en vas. Comme un paquet.* ». (Entretien B). Il n'y a pas de

conscience du travail de l'autre, celui qui reste au réveil. La surveillance sera effectuée, même si le collègue croule sous les patients...

La reconnaissance passe par le respect de l'autre, de son travail, de ses sentiments, de son état émotionnel. *« Je ne pense pas que se soit reconnu les efforts que tu as fait depuis ¾ heures pour calmer un patient. Personne ne le voit. Reconnu, non C'est un travail ingrat et pas reconnu. C'est triste. »* (Entretien A).

Les IADE verbalisent ici, le manque de reconnaissance du poste, pas d'eux même. Ils font bien la différence entre reconnaissance de la tâche qui incombe à celui qui est en poste de réveil, et leur propre personne. Deux IADE trouvent normal d'être reconnu par les autres IADE, *« Tout le monde connaît le poste et on est forcément reconnu. On y passe une semaine à tour de rôle. On est sur un pied d'égalité toute l'équipe. »* (Entretien C) mais admettent que le poste de soins n'est pas reconnu. Le manque de reconnaissance touche le poste d'IADE en SSPI, et non pas l'IADE qui l'assume à un moment donné. *« C'est un minimum de reconnaissance entre nous, et de savoir que le boulot du réveil est dur, ça on le reconnaît. »* (Entretien E).

Quand à la reconnaissance par les MAR, un seul IADE en parle. *« Non, le travail du réveil n'est pas tellement reconnu. Parce que pour l'ensemble des médecins, le plus gros est fait avant le réveil. Quand on a besoin d'un médecin, quand cela ne va pas, on le trouve quelque soit la spécialité, mais en salle tu vas les voir, ils viennent voir si tout va bien. Au réveil tu ne les vois jamais. »* (Entretien E). Je n'ai pas fait d'entretien auprès des MAR, ce qui pourrait m'amener leur point de vue, savoir qu'elle reconnaissance ils apportent au rôle de l'IADE au réveil. Je ne peux donc conclure sur leur reconnaissance de ce poste de soin. Reste le sentiment de cet IADE.

La reconnaissance ne semble pas être très forte pour tous les acteurs intervenants autour du réveil. Les autres IADE ne reconnaissent pas celui qui est en poste. Les médecins, même s'il me manque des données, semblent ne pas passer trop de temps au réveil, ils s'en désintéressent. Les autres soignants du bloc, comme les IADE, posent leurs patients et retournent dans leurs salles. *« Il y en a qui arrivent, qui te posent le patient, et qui se cassent. Pas d'installation, rien. Les panseuses qui t'amènent les*

patients, les redons au fond du lit, la poche Urinaire aussi... alors je râle et elles les accrochent. ». (Entretien A). Il y a un manque de reconnaissance évident de la part des autres soignants et ce manque de reconnaissance entraîne un manque de motivation.

Pourtant, une des IADE m'a dit « *Soit c'est dans la personnalité, soit avec l'expérience, j'aime me faire respecter dans mon travail. »*

La reconnaissance peut venir du soignant lui-même. « *J'estime que c'est à nous de demander à être reconnu. On n'est pas dans l'ombre. »* (Entretien D). Cette demande de reconnaissance passe par un positionnement. Une personne qui se plie à toutes les arrivées de patients, qui court de l'un à l'autre pour satisfaire les sorties de salles ne se fera pas respecter. « *Si je suis occupé, je ne vais pas laisser tomber un patient pour m'occuper d'un patient qui sort de salle. L'équipe qui sort peut s'occuper encore un peu du patient le temps que je me libère. »* (Entretien D). Il s'agit là de respect envers le patient et le soignant.

Selon F Gonnet, le personnel hospitalier ne tolère plus de ne pas être reconnu pour sa participation au fonctionnement des services. Un IADE qui se fait respecter dans son poste de soins, en imposant sa présence, en démontrant sa charge de travail, en devenant quelqu'un que l'on attend, se fera reconnaître par les autres soignants.

Pour concilier motivation et satisfaction, il faut maîtriser son secteur d'activité et donc en détenir l'expertise. Les IADE maîtrisent leur secteur d'activité de part leur diplôme, mais ils ne sont pas reconnus dans ce poste, par leurs pairs. Ils ne peuvent donc pas être satisfaits par ce poste de soins.

J'ai demandé aux IADE quels soins pouvaient les motiver ? Les réponses renvoient aux soins du rôle propre de l'IDE. Ce sont des soins d'accompagnement, de relation, de contact. « *L'accompagnement humain, écouter, c'est presque le plus important. »* (Entretien D). Cela permet de rassurer les patients, d'assurer une sécurité. (Entretiens D, E & F). Un des IADE parle de prise en charge globale du patient avec la continuité des soins et le travail d'équipe. « *Anesthésie de qualité, c'est un réveil en salle, avec arrivée en SSPI patient extubé, puis une surveillance les suites de la qualité de l'anesthésie. C'est une continuité. »* (Entretien E). Au final trois IADE se sentent motivés par ce poste de soins. « *Je trouve que c'est très varié, très agréable. »*

(Entretien B). Mais tout de même un IADE se trouve totalement démotivé. « *Rien, aucun soins.* ». (Entretien A). Pour cet IADE le seul soin qui pourrait éventuellement le motiver, c'est « *un patient intubé ou qui a besoin de l'être.* » Les soins mis en place ne sont donc pas motivant pour les IADE, ce ne sont pas des soins techniques.

On retrouve dans le panel cité par les IADE des soins que peuvent mettre en place les IDE. Il n'y a pas d'identification professionnelle, dans ces soins, ce ne sont pas des actes d'anesthésie. Or pour Crozier et Gonnet, une identité professionnelle reconnue par tous permet une satisfaction et une motivation forte. Aucun des IADE ne m'a parlé de satisfaction dans son travail au réveil. La reconnaissance des patients peut elle suffire pour motiver les IADE ?

Quatre IADE m'ont parlé de reconnaissance du patient dans la prise en charge de la douleur. Pour eux, les patients sont reconnaissants des soins apportés pour soulager leurs douleurs, de l'accompagnement, des réponses données à leurs attentes. « *C'est super de laisser partir un patient qui te dis qu'il n'a plus mal, et qui te dis merci.* » (Entretien F). Les IADE sont donc reconnus par les patients.

C'est ici la gestion de la douleur qui est mise en avant, et les réponses à la question sur la motivation orientent dans le même sens. Mais cela suffit-il à les motiver ?

Pour cinq personnes la prise en charge de la douleur est motivante. (Annexe 3). Or d'après Herzberg, le contenu du travail est une source de motivation. Le rôle moteur du travail relève de trois dimensions :

- ❖ La variété des aptitudes et des capacités mises en jeu dans la tâche. Les capacités mises en jeu pour gérer la douleur découlent à la fois du diplôme de l'IADE mais aussi de son vécu, de ses aptitudes à reconnaître la douleur. On peut parler ici de spécificité de l'IADE puisque la gestion de la douleur rentre dans la définition même du rôle de l'infirmier anesthésiste.
- ❖ l'identité de la tâche, c'est-à-dire la possibilité pour chaque travailleur d'identifier le travail qu'il a fait lui-même. Les IADE évaluent les techniques et les soins qu'ils mettent en place pour gérer cette douleur. « *On fait les EVA, les EVS, on fait les produits. C'est nous qui décidons de la titration morphinique. Là-dessus on est autonome* » (Entretien C). Grâce aux protocoles des soins,

l'IADE décide seul à quel moment il va mettre en place les antalgiques, en fonction de ce qu'il évalue et des besoins du patient. Il identifie la douleur et le traitement à apporter.

- ❖ la valeur de la tâche, c'est-à-dire son importance et son utilité aux yeux de celui qui l'accomplit. Les IADE avouent que si le patient repart de la salle de réveil sans douleur, ils ont un sentiment de réussite. « *C'est super de laisser partir un patient qui te dis qu'il n'a plus mal, et qui te dis merci.* » (Entretien F).

La prise en charge de la douleur est donc bien une source de motivation. Les IADE peuvent donc être motivés dans la prise en charge des patients au réveil car ils mettent en place des soins relevant de leur compétence propre : la gestion de la douleur fait partie intégrante de la définition de leur diplôme, et requiert pour la plupart du temps le recours à des techniques d'anesthésie, ou des produits que seuls les IADE connaissent et maîtrisent.

C'est donc la gestion de la douleur qui peut motiver.

Donc, la spécificité IADE est donc bien une source de motivation dans la prise en charge des patients en SSPI.

4. Interprétation des écarts.

Lors de l'analyse des résultats des entretiens fait auprès des IADE, quelques surprises sont apparues.

- ❖ La perception de soi peut se définir d'après les travaux de Vroom, comme *la perception qu'a une personne d'elle-même*. Cette perception se forme par son expérience dans son environnement. Elle oriente les actions d'un individu qui à leurs tours influencent ses perceptions de soi. Elle semble être un élément important pour les deux jeunes IADE, qui ont encore un souvenir de leur rôle IDE. Ce phénomène ne ressortait pas dans mes entretiens de pré enquête, ni dans mes recherches bibliographiques. Il serait intéressant d'approfondir les recherches dans ce sens pour savoir si la perception de soi peut être un facteur de

motivation. De plus, je me base sur six entretiens dont deux avec des jeunes IADE, plus d'entretiens avec un panel plus large mettrait en évidence ce sentiment ou au contraire le gommerait.

- ❖ Aucun des IADE ne m'a parlé de satisfaction dans son travail au réveil, ils ont parlé de motivation, d'intérêt, de soins motivants et leurs contraires. Mais aucun n'a parlé de satisfaction ou d'insatisfaction. Cela pourrait faire l'objet d'une poursuite d'enquête.
- ❖ Les soins techniques sont apparues comme potentiellement motivant pour certains des IADE. Ce sont des soins mis en place lors des actes d'anesthésie en salle d'opération ou au réveil (extubation, ré intubation) qui ont été cités. Pourtant, ils ne sont pas motivant pour tous les IADE rencontrés, puisque ce n'est pas ce qu'ils ont répondu à la question sur la motivation. Pour la plupart d'entre eux, surtout ceux qui aiment le réveil, les soins motivants sont essentiellement des soins de relation et de communication. Les soins techniques, s'ils rentrent dans la définition de la spécificité de l'IADE, ne sont donc pas suffisamment motivants pour une prise en charge globale du patient. Ils sont un moyen d'arriver à surveiller, ou calmer le patient. Leur maîtrise est nécessaire, mais leur intérêt secondaire, au regard de la motivation. Pour calmer les douleurs d'un patient, il est certes nécessaire de savoir utiliser le matériel mis à disposition, mais il faut avant tout savoir reconnaître cette douleur et parler avec la personne souffrante pour la réconforter, la rassurer. Les soins techniques ne sont donc pas motivant en eux même, mais au travers de la prise en charge du patient, et de la gestion de sa douleur.
- ❖ Enfin la douleur est pour tous les IADE rencontrés, le seul soin motivant dans la prise en charge des patients en SSPI. Je ne m'attendais pas à trouver cela. Pour moi la douleur fait partie intégrante des soins des IADE que ce soit au réveil ou en salle d'opération. Pour eux, c'est presque la seule raison d'aller en SSPI.

Conclusion

Conclusion :

Lorsque j'ai abordé ce travail d'intérêt professionnel, la seule évidence que je pouvais avancer, c'est que j'aimais le travail du réveil, mais que je ressentais au fond de moi, un manque de connaissance pour assumer dignement ce poste de soins. Les IADE rencontrés lors des premiers stages ne vénéraient pas ce poste de travail, bien au contraire. C'est pour cette raison que je me suis orienté vers ce sujet de recherche.

Après trois mois de pré enquête, comprenant des entretiens auprès de trois IADE et quelques lectures, j'ai orienté mon travail non plus sur la place de l'IADE en SSPI, mais sur ce que l'IADE met en place pour prendre en charge des patients dans cette salle. Je suis arrivée à la question de recherche suivante : **En quoi la spécificité d'Infirmier Anesthésiste est elle une source de motivation dans la prise en charge des patients en Salle de Surveillance Post Interventionnelle ?**

J'ai, ensuite, tâché d'amener une réponse au travers d'un cadre conceptuel basé sur la motivation et un cadre contextuel définissant la spécificité de l'IADE grâce aux décrets et textes des experts. Puis, je me suis tournée vers les IADE eux même.

J'ai rencontré de éléments surprenants dans les réponses des personnes rencontrées, comme les gestes techniques, le rôle propre, la pénibilité du poste mais aussi le manque de reconnaissance. Tout cela pourrait tendre vers un résultat très négatif.

Mais, après plusieurs mois de recherche, des entretiens, et une analyse comparant les résultats de ceux-ci aux modèles contextuel et conceptuel, j'en arrive à la conclusion que la gestion de la douleur est motivante pour les IADE dans leur prise en charge des patients en SSPI. Or la gestion de la douleur fait partie intégrante de leur spécificité.

Ma question de recherche, est validée en fin de travail, puisque la spécificité IADE est bien une source de motivation, dans la prise en charge des patients en SSPI.

Reste en suspend de nouvelles questions, sur la perception de soi, et la satisfaction obtenue dans la prise en charge des patients dans ce poste de travail.

Peut être un nouveau sujet de recherche.

Bibliographie

Références bibliographiques

A. Articles et revues

- ❖ ALDERSON M. *Approche psycho dynamique du travail*. Infirmière canadienne, Janvier 2002, page 13-14.
- ❖ LOUART P. *MASLOW, HERZBERG et les théories du contenu motivationnel*. Cahier de la recherche, UPRESA CNRS 8020, 2002.
- ❖ MONTESINOS A. *Motivation, indifférence et démotivation des infirmières*. SOINS, N° 614, Avril 1997, P° 37 – 43.
- ❖ ROUSSEL P. *La motivation au travail : concepts et théories*. LIHRE, Université Toulouse Sciences Sociales, note N° 326, Octobre 2000.
- ❖ Revue OXYMAG N° 79 ; Décembre 2004.
- ❖ Revue OXYMAG N° 85; Décembre 2005.

B. Textes Législatifs

- ❖ Projet pédagogique - école d'infirmiers anesthésistes - octobre 2004, promotion 2004/2006, page 28.
- ❖ Rapport de sécurité anesthésique de novembre 1993 du haut comité de la santé publique. Art. 6.3.
- ❖ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, du code de la santé publique. Titre 1^{er} Profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre 1^{er}. Exercice de la profession.

- ❖ Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005, du code de la santé publique. Chapitre IV : condition techniques de fonctionnement. Section 1 : activité de soins. Sous section 5 : anesthésie.

C. Livres

- ❖ JUFFE M. *Pouvoirs et valeurs dans l'entreprise* ; ESKA 1996.
- ❖ GONNET F. *L'hôpital en question(s)*. LAMARRE 1992. 359 p.
- ❖ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ministère santé et protection sociale, ENSP 2004.

D. Articles électroniques

- ❖ ACTUPSY. *La motivation au travail : tour d'horizon des grandes théories*. [En ligne]. Disponible sur : <http://actupsy.free.fr/motiv.htm> (consulté le 16/06/2005)
- ❖ CROZIER M. *l'acteur et le système : synthèse du livre et réflexion*. [En ligne]. Disponible sur : <http://perso.wanadoo.fr/lemiroir/crozier.html> (Consulté le 04/06/2005)

E. Mémoires

- ❖ MOISY Marie-Claude. *L'infirmier, formateur de ses pairs : réalités et perspectives*; consultable sur <http://Infirmier.com>.
- ❖ VAN MOOLERGHEN REGIS ; *La place de l'IADE en SSPI*. Consultable sur <http://LARYNGO.COM>

Bibliographie

A. Articles et revues

- ❖ MERKLING J. *De la motivation des soignants*. Objectifs soins, N°116, Janvier 2003, P° II à VII.
- ❖ POCHELU B. *Motivation, réservoir d'énergie*. Objectifs soins, N° 87, 2000, cahier du management P° V à VIII.
- ❖ TOCHE D. *La motivation du personnel soignant en gériatrie : entre posture et valeur*. Recherche en soins infirmiers, N° 71, décembre 2002.
- ❖ MC AREE C – BALAGNY E. *Organisation et gestion de la SSPI*. JEPU 2005.

B. Livres

JARROSSON B. *100 ans du MANAGEMENT*. DUNOD 2000. 156 p.

ADAM E. *ETRE INFIRMIERE, un modèle conceptuel*. MALOINE 151 p.

C. Articles électroniques

- ❖ ALBERGNE G. *l'école des relations humaines*. [En ligne].
Disponible sur : <http://genevieve.albergne.free.fr/livres/management/p1chap2.htm>
(Consulté le 04/06/2005)
- ❖ FONT A. *La théorie des attentes : VROOM*. [En ligne].
Disponible sur : <http://andre.font.free.fr/Font/vroomm.htm> (consulté le 16/06/2005)
- ❖ NIMIER J. *qu'Est-ce que la motivation ?* [En ligne].
Disponible sur : <http://perso.wanadoo.fr/jacques.nimier/page2101.htm> (consulté le 16/06/2005)

❖ UNIVERSITE DE REIMS, LABOS. *Théories de la motivation au travail*. [En ligne]. Disponible sur : www.univ-reims.fr/labos/LERI/membre/bittar/motivation/html (Consulté le 04/03/2005)

D. Sites Internet

Le journal du MANAGEMENT. Dossier motivation. [En ligne].

Disponible sur : <http://management.journaldunet.com/dossiers/040123motivation/shtml> (Consulté le 03/04/2005 et le 16/06/2005).

Annexes

Annexe 1

Les questions de l'entretien :

1. Pour vous qu'est ce qui vous motive à prendre en charge les patients de SSPI ?

Relances :

1. Quels sont pour vous les soins et les actes qui pourraient vous motiver ?
2. Quelle valeur attribuez vous au travail effectué en SSPI ?
2. Si seuls les IADE pouvaient prendre en charge les soins en SSPI, ce poste de travail gagnerait-il en intérêt ?
3. *Si je n'ai pas obtenu les réponses aux questions précédentes :*

Je vais vous poser une (des) question (s) directe (s) :

1. Pensez vous que le travail en SSPI soit moins ou plus représentatif du travail d'IADE ?
2. Diriez vous que vous devez fournir plus d'effort en SSPI ou en Salle d'intervention ?
3. Diriez vous que vous êtes plus efficace en SSPI ou en salle d'intervention ?
4. pensez vous que le travail en SSPI soit reconnu ?

Annexe 2

Les tableaux suivants reprennent les réponses en fonction des thèmes ressortis suivant les objectifs du guide d'entretien.

La troisième colonne cite un exemple.

Les tableaux sont classés en fonction des sous questions aux quels ils répondent en rapport avec l'analyse.

Si seuls les IADE pouvaient prendre en charge les soins en SSPI, ce poste de travail gagnerait-il en intérêt ?

Intérêt de l'Ide	C D	<i>IDE peut être tout aussi efficace qu'un IADE (D)</i>
Intérêt de l'IADE	E	<i>Il est bien évident que tu ne peux pas demander à un ide d'appliquer des cours ou des théories qu'il n'a pas reçues (E)</i>
Intérêt des deux	A E	<i>présence de l'IADE est importante en SSPI, mais qu'elle n'est pas exclusive (E)</i>

Pensez vous que le travail en SSPI soit moins ou plus représentatif du travail d'IADE ?

Le réveil fait partie du travail de l'IADE	B C D E F	<i>C'est représentatif du travail de l'IADE (E)</i>
Le réveil ne fait pas partie du travail de l'IADE	A	<i>pas besoin de faire 2 ans pour faire du réveil (A)</i>
Ni plus représentatif, ni moins représentatif.	B C D	<i>Ni l'un ni l'autre (B)</i>
Obligation, décret	D F	<i>C'est représentatif dans la fiche de poste, dans notre décret (D)</i>
Représentatif par la douleur	A D F	<i>C'est représentatif de la prise en charge de la douleur (C)</i>
C'est une continuité de soins	E	<i>C'est une continuité (F)</i>
Réveil est une vigilance	F	

Diriez vous que vous devez fournir plus d'effort en SSPI ou en Salle d'intervention ?

C'est plus fatigant	B C D E F	<i>plus d'effort au réveil, c'est beaucoup plus fatigant (C)</i>
C'est plus physique	A B D E	<i>Au niveau physique, tu bouges sans arrêt. (A)</i>
Plus d'effort moral	B D E	<i>En réveil, beaucoup plus d'effort physique ou moral. D'où l'épuisement moral (E)</i>
Une plus grande charge de w	A C E F	<i>C'est une grosse charge de travail (C)</i>
Manque de temps, course après le temps	A E F	<i>on a le temps de rien ; Il faudrait pouvoir passer plus de temps, avec chaque patient (F)</i>
Difficulté de travail	B F	<i>C'est sur qu'au réveil, c'est plus dur (F)</i>
Pénibilité	B F	<i>Au réveil. C'est + <u>pénible</u> (B)</i>

Diriez vous que vous êtes plus efficace en SSPI ou en salle d'intervention ?

Ni plus efficace, ni moins efficace	A B C E F	<i>Mais je pense que c'est pareil pour les deux. (A)</i>
Nécessité d'être efficace	A C F	<i>Il faut que tu sois efficace, en plus tu es seul, tu peux pas refiler le bébé a quelqu'un d'autre (A)</i>
Se sentent efficace	A C E F	<i>Et je suis efficace, parce que je réponds à leurs besoins, (F)</i>
Se sentent plus utiles	C E	<i>tu es efficace, tu es utile (C)</i>
Inutile mais efficace	A	<i>plus utile, non, plus efficace, oui. La spécialisation est plus utile en salle. (A)</i>

Quelle valeur attribuez vous au travail effectué en SSPI ?

C'est un poste important	A B E F	<i>La place du réveil est importante (E)</i>
Ce n'est pas intéressant	A B F	<i>je pense que non, ce n'est pas intéressant. (B)</i>
C'est un poste apprécié	C D E	<i>J'aime beaucoup le réveil (C) ; J'aime bien faire du réveil (D)</i>
C'est un poste non apprécié	B F	<i>Ce n'est pas un poste que j'affectionne (B)</i>
C'est une obligation	B F	<i>C'est une obligation. Une vigilance (F)</i>
Contact humain	C D E	<i>Tout le coté finesse, humain, confort, attention, contact avec les gens (D)</i>
Notion de rôle propre	C D	<i>notre rôle propre avec les notions de communication, le relationnel que l'on a perdu en salle (D)</i>
Le réveil c'est une poubelle	A	<i>C'est la poubelle le réveil</i>
Charge de travail	F	<i>que cela pourrait être très intéressant dans de bonnes conditions de travail</i>
Difficulté	E	<i>le boulot du réveil est dur, ça on le reconnaît</i>
C'est un poste péjoratif	D	<i>c'est très péjoratif</i>

Pensez vous que le travail en SSPI soit reconnu ?

Travail non reconnu par les IADE	A B E F	<i>C'est un manque de reconnaissance global des autres IADE, même si on tourne au réveil (B)</i>
Reconnu par les patients	C D E F	<i>C'est super de laisser partir un patient qui te dis qu'il n'a plus mal, et qui te dis merci (F)</i>
Reconnu par les MAR	E	<i>Peut être que si ils ne passent pas au réveil, c'est qu'ils ont confiance en nous, et donc c'est un travail reconnu</i>
Se faire respecter	D	<i>On n'est pas dans l'ombre, il faut se faire respecter dans son travail.</i>
C'est un travail ingrat	A	<i>Travail ingrat et pas reconnu</i>

Qu'est ce qui vous motive dans le poste du réveil

Prise en charge de la douleur	A B C E F	<i>c'est la douleur. La prise en charge de la douleur des patients (F)</i>
Se sentent motivé	B C D	<i>je trouve que c'est très varié et très agréable (B)</i>
Accompagnement	D F	<i>d'accompagnement humain, accompagner, écouter, c'est presque le plus important (D)</i>
Sécurité	D E	<i>La sécurité</i>
Soins infirmiers	C D	<i>Au réveil tu fais des soins IDE comme on faisait avant. (C)</i>
Ne se sentent pas motivé	A	<i>rien, aucun soin</i>
Intubation	A	<i>éventuellement un patient intubé ou qui a besoin de l'être.</i>
Contact	C	<i>Tu as le contact avec les patients</i>
Continuité des soins	E	<i>Anesthésie de qualité, c'est un réveil en salle avec arrivé en SSPI patient extubé surveillé les suite de la qualité de l'anesthésie. C'est une continuité.</i>
Rassurer	F	<i>c'est les rassurer</i>