UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

Pôle des Formations Paramédicales de Spécialités
Ecole d'Infirmiers Anesthésistes - CHU Caen

DEVENIR IADE :
DES IMAGINAIRES AUX REALITES …

Représentations et motivations d'un parcours choisi

Grégory DALLAIN

Promotion 2014/2016

Mémoire professionnel
en vue du Diplôme d'Etat
Infirmier Anesthésiste et du grade master

Directeur du Mémoire Dr Max-André DOPPIA
Praticien Hospitalier anesthésiste-réanimateur

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **5**

ABREVIATIONS **6**

INTRODUCTION **7**

CADRE THEORIQUE **9**

I. HISTOIRE SINGULIERE DE LA SPECIALISATION DE L'IADE **9**

A. L'ANESTHESIE-REANIMATION, UNE JEUNE SPECIALITE MEDICALE 9

1. Quelques repères temporels de l'histoire de l'anesthésie-réanimation 9
2. Une lutte pour sa reconnaissance et son autonomie 9

B. DE LA 2EME GUERRE MONDIALE JUSQU'A FIN DES ANNEES 1950 : L'AVENEMENT DES PARAMEDICAUX DE L'ANESTHESIE EN FRANCE 10

C. LES PROGRAMMES DE FORMATION : De l'IAA à l'IADE 11

1. Le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Aide Anesthésiste 11
2. Le décret de formation n°72-105 du 24 Janvier 1972 11
3. Le décret de formation n°88-903 du 30 août 1988 11
4. Le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 11
5. L'arrêté de formation du 17 janvier 2002 11

D. TEXTES RELATIFS AUX REGLES ET ACTES PROFESSIONNELS : VERS UNE EXCLUSIVITE DE COMPETENCES 12

1. Le décret n°84-689 du 17 juillet 1984 12
2. Le décret n°93-345 du 15 mars 1993 12
3. Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 12

E. REINGENIERIE EUROPEENNE DU DIPLOME D'IADE : LE GRADE MASTER 13

1. L'arrêté de formation du 23 juillet 2012 13
2. Le décret n°2014-1511 du 15 décembre 2014 14

II. DEVENIR IADE : LE PARCOURS PROFESSIONNEL 15

A. L'IDENTITE PROFESSIONNELLE INFIRMIERE 15
1. L'identité biographique ou identité pour Soi 15
2. L'identité relationnelle ou identité pour Autrui 15
3. Une combinaison de deux dimensions : technique et relationnelle 16

B. PROFIL DES CANDIDATS, CONCOURS ET ACCES A LA FORMATION IADE 16
1. Profil des candidats 16
2. L'organisation du concours 18
3. L'accès à la formation et au financement 18

C. L'INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT 20
1. Un corps infirmier identifié 20
2. L'Anesthésie-Réanimation : imbrication de la technique et de l'humanité 21
3. L'identité professionnelle de l'IADE 22

III. LES DETERMINANTS DU CHOIX 24

A. UNE PART DE DETERMINISME SOCIAL ? 24

B. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'IADE 25
1. Structure des représentations sociales : la théorie du noyau central 25
2. Application de la théorie et hypothèses sur les représentations de l'IADE 27

C. LES MOTIVATIONS 28
1. Définition du concept 28
2. Déclenchement de la motivation 29
3. Les théories de la motivation 29

D. LES HESITATIONS 34
1. Définition 34
2. Les origines de l'hésitation 35

PROBLEMATIQUE PRE-EXPLORATOIRE **36**

IV. ENQUETE PRE-EXPLORATOIRE : « POURQUOI AVOIR CHOISI LA SPECIALISATION D'IADE ? » **37**

A. METHODOLOGIE 37
1. Objectif de l'enquête 37
2. Matériel et Méthodes 37

B. RESULTATS 39
1. Population 39
2. Les candidats et le concours IADE 42
3. Les déterminants du choix 43

C. DISCUSSION 48
1. Profil des candidats 49
2. Les déterminants du choix 50

PROBLEMATIQUE EXPLORATOIRE **53**

METHODOLOGIE ET POPULATION **54**

A. OBJECTIFS DE L'ENQUETE **54**

B. MATERIEL ET METHODES **54**
1. Population cible 54
2. Questionnaire d'enquête des IADE 55
3. Moyen de diffusion du questionnaire et de collecte des résultats 55
4. Analyses statistiques 55

RESULTATS DE L'ENQUÊTE **56**

A. POPULATION 56
1. Caractéristiques propres aux IADE 57
2. Comparaison des caractéristiques de la population cible 57

B. COMPARAISON DES REPRESENTATIONS DU METIER D'IADE 59

C. COMPARAISON DES MOTIVATIONS 62

D. BILAN ET RESSENTI DES IADE SUR LEUR METIER 64

1. Les attentes professionnelles des IADE 64
2. Les motifs de regret du métier 65
3. Le changement d'orientation professionnelle 66

DISCUSSION **67**

A. RESULTATS PRINCIPAUX 67

1. Un profil identique ? 67
2. Les représentations de l'IADE 68
3. Les motivations relatives au métier d'IADE 69

B. RESULTATS SECONDAIRES 70

C. FORCES ET FAIBLESSES 71

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES **73**

CONCLUSION **74**

BIBLIOGRAPHIE **75**

ANNEXE 1 ..... **79**
ANNEXE 2 ..... **81**
ANNEXE 3 ..... **93**
ANNEXE 4 ..... **95**
ANNEXE 5 ..... **105**
ANNEXE 6 ..... **107**

REMERCIEMENTS

Je souhaite en premier lieu remercier l'école d'infirmiers anesthésistes du CHU de Caen pour la qualité de sa formation, et plus particulièrement Madame Isabelle GALLARD pour son professionnalisme, sa disponibilité et son écoute rassurante durant toute la formation.

Je tiens également à remercier le Docteur Max-André DOPPIA, Praticien Hospitalier anesthésiste-réanimateur, d'avoir accepté de diriger ce travail et de ses conseils bienveillants.

Toute ma gratitude va aussi aux personnes qui ont soutenu la diffusion des questionnaires d'enquêtes, notamment :

Les Directions des écoles IADE et leurs cadres formateurs,

Les Directions des établissements hospitaliers publics ou privés, et notamment Monsieur Thomas LE LUDEC, Directeur Général du CHU de Montpellier et Monsieur Raymond LE MOIGN, Directeur Général du CHU de Toulouse,

Les cadres IADE des blocs opératoires,

Erwan GUILLOUËT, Président de la Coordination des Infirmiers Anesthésistes du Calvados et de sa Région.

Je remercie chaleureusement tous les IADE et les candidats à cette spécialisation, qui ont pris le temps de répondre au questionnaire d'enquête que je leur ai soumis.

Mes remerciements vont aussi au Docteur Rémi MORELLO, responsable de l'Unité de biostatistique et recherche clinique, et son assistante, le Docteur Anne Dominique PHAM, qui ont supervisé l'analyse statistique de ces enquêtes.

Je remercie également Messieurs Yann FAURE et Thomas DENISE dont les précieux conseils dans leur domaine de prédilection, la Sociologie, ont enrichi ce travail.

Un grand merci à mes collègues de promotion, et plus particulièrement mes amis Tiphaine, Séverine et Olivier pour ces moments inoubliables…

Je remercie mes parents pour leur soutien inconditionnel depuis toujours, ainsi que mes frères Sébastien et Christophe, si loin mais si près dans mon cœur.

Enfin, merci à toi, Naima, de m'avoir (sup)porté durant ces deux années.

ABREVIATIONS

AR	Anesthésie-Réanimation
ARS	Agence Régionale de Santé
AANA	American Association of Nurse Anesthetists
BO	Bloc Opératoire
CEEIADE	Comité d'Entente des Ecoles des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPA	Consultation Pré-Anesthésique
CSP	Code de Santé Publique
DAR	Département d'Anesthésie-Réanimation
DEIA	Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste
DESAR	Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie-Réanimation
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECN	Epreuves classantes nationales
ECTS	European Credits Transfer System
ERASMUS	European Action Scheme for the Mobility of University Students
HAS	Haute Autorité de Santé
IAA	Infirmier Aide Anesthésiste
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISAR	Infirmier(e) Spécialisé(e) en Anesthésie-Réanimation
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
ONG	Organisation non gouvernementale
PACES	Première année commune aux études de santé
PU-PH	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIA	Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
TAD	Théorie de l'autodétermination

INTRODUCTION

En septembre 2015, alors que j'étais en recherche d'un sujet de mémoire de fin d'études infirmières anesthésistes, j'ai assisté à une communication du Dr Peyrache sur les déterminants du choix des étudiants en médecine pour la spécialité d'anesthésie-réanimation (AR) (1). Cette présentation, dans le cadre du congrès national de la SFAR, m'a amené à réfléchir à mon propre cheminement professionnel et aux circonstances qui ont orienté mon choix d'être IADE [1].

En première année à l'IFSI du CHU de Caen, à l'occasion d'une journée de stage au bloc opératoire (BO), j'ai rencontré un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR). Ce MAR m'a présenté sa spécialité ainsi que la spécialisation d'IADE en des termes très positifs, comme Yann Faure l'a montré dans son travail (2). Cet échange passionnant aura eu une influence déterminante sur ma vie professionnelle. Je ne l'ai su que plus tard… Quelques mois après, dans le cadre d'une présentation sur les spécialisations de la profession IDE, Thierry, un IADE, est venu nous exposer son métier. Cette communication renchérit mon intérêt au point que j'ai fait la demande de mon stage pré-professionnel au bloc des Urgences. Pendant deux mois, j'ai pu approcher le quotidien des IADE: leur gestion des situations de détresse vitale m'a impressionné. Ce stage a confirmé mon désir d'être IADE, un jour…

Diplômé, un poste au service des urgences au CH d'Avranches m'a été proposé. Passer du statut d'étudiant infirmier au statut de professionnel m'a fait prendre conscience de la réalité du métier d'infirmier et de ses exigences. Un jour, une patiente polytraumatisée, victime d'un accident de la route, se trouvait dans un état de détresse vitale extrême. Pour compléter l'équipe du déchocage, un IADE a été appelé. Au cours du débriefing, il m'a dit : « Tu as l'air intéressé par mon métier, pourquoi pas essayer ? ». Deux ans plus tard, mon affectation au service de réanimation m'a permis de travailler avec des MAR. Peu après ma prise de fonctions, la Directrice des Ressources Humaines proposa un financement pour suivre la formation IADE dans le cadre de la promotion professionnelle. J'ai heureusement saisi cette opportunité et obtenu le concours à l'école IADE du CHU de Caen.

Tel a été mon parcours professionnel. Nous pouvons poser l'hypothèse qu'il en existe autant qu'il existe d'IDE. Pour autant, chaque année, quelques 1 350 IDE convergent vers un but commun : celui de devenir IADE en se présentant aux concours organisés dans les 28 écoles de France (3).

[1] IADE et IDE seront considérés au genre masculin pour l'ensemble de ce travail.

En 2014, seuls 570 candidats ont pu commencer cette formation (4). Pourquoi tant d'IDE font-ils ce choix ? L'idée a germé d'en faire le sujet de mon mémoire…

De la même manière qu'il existe des itinéraires singuliers, nous pouvons supposer que les déterminants d'un tel choix sont variés. Toutefois, existe-t-il des caractéristiques communes aux professionnels intéressés par cette spécialisation et lesquelles ? Quels facteurs de motivation poussent un IDE déjà installé dans un statut professionnel à s'intéresser à l'AR, à se remettre en question et à entreprendre une spécialisation à niveau d'exigences élevées ? Au-delà des motivations, s'intéresser aux représentations « positives » ou « négatives » de ce métier, les confronter à sa réalité, est une seconde approche qui nous a paru utile. La technicité dans la pratique de soin anesthésique dans l'environnement particulier du BO serait-elle le moyen de marquer sa distance avec des représentations plus classiques du « prendre soin » ? Choisir de travailler dans ce milieu ne renforcerait-il pas, au contraire, des valeurs humanistes chez le professionnel ?

Ces interrogations nous amènent à une question de départ :

Quels sont les déterminants du choix des infirmiers à souhaiter devenir IADE ?

Dans un premier temps, cette étude dressera un rappel historique de l'avènement des paramédicaux dans la spécialité de l'AR jusqu'au cheminement de la spécialisation d'IADE et son exclusivité de compétences. Aujourd'hui, cette évolution a abouti à une reconnaissance universitaire par la validation d'un grade Master. Est-ce un déterminant du choix ?

Dans un second temps, nous aborderons le parcours de l'IDE jusqu'à l'IADE. Existe-t-il une identité professionnelle propre aux IADE au point d'avoir envie de leur ressembler ? Qu'est-ce qu'être IADE et pourquoi le devient-on ?

Enfin, nous présenterons les résultats d'une enquête pré-exploratoire conduite auprès de candidats au concours et d'étudiants IADE 1ère année : « Pourquoi avoir choisi la spécialisation d'IADE ? ». Ces résultats viendront vérifier les hypothèses que nous formulons sur les déterminants du choix de cette spécialisation.

CADRE THEORIQUE

I. HISTOIRE SINGULIERE DE LA SPECIALISATION DE L'IADE

« *On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire* » (Auguste Comte) (5). De même, connaitre l'IADE nécessite de se pencher sur son histoire singulière. Cette spécialisation infirmière, telle que nous la connaissons aujourd'hui, résulte d'une succession de faits historiques et d'actes réglementaires que nous proposons d'explorer dans cette première partie. Son histoire s'inscrit en complémentarité de celle de l'anesthésie-réanimation (AR) qui a lutté pour sa reconnaissance et son autonomie.

A. L'ANESTHESIE-REANIMATION, UNE JEUNE SPECIALITE MEDICALE

1. Quelques repères temporels de l'histoire de l'anesthésie-réanimation

L'AR trouve un début de reconnaissance académique entre 1830 et 1850 lorsque les premiers dentistes américains (William Green Morton), commencent à utiliser les progrès de la chimie pour rendre les soins dentaires tolérables (2) (6). L'éviction généralisée de la douleur pendant l'acte opératoire n'est cependant pas à l'ordre du jour et la pratique anesthésique est réservée aux cas où la douleur est jugée « intolérable ». De 1853 à 1934, des progrès sont réalisés en matière de dosages, de combinaisons pharmaceutiques et de méthodes d'application (2).

2. Une lutte pour sa reconnaissance et son autonomie

En Grande-Bretagne, dès 1846, la pratique de l'anesthésie est placée sous la responsabilité d'un médecin dédié. En France, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, elle restera sous l'autorité du chirurgien qui confie cette mission à une personne « disponible » (1) (2).

En effet, l'anesthésie n'est pas encore une discipline médicale au début du XXème siècle, mais reste une activité satellite des chirurgiens. Ces derniers opéraient de ferme en ferme et utilisaient, avec l'aide de la casquette de leur chauffeur remplie de chloroforme, la technique dite d'anesthésie « à la reine » en référence à la reine Victoria qui choisit d'en bénéficier pour donner naissance au prince Léopold.

Avec l'arrivée de l'éther et l'invention éponyme du masque d'Ombredanne, les infirmières non spécialisées en anesthésie ont peu à peu remplacé les chauffeurs (7). L'anesthésie française se construisait, alors que Mary Bernard, religieuse américaine, avait été la première infirmière à se spécialiser dès 1877. L'association américaine des infirmières anesthésistes (AANA) a été quant à elle, fondée dès 1931.

Le Masque d'Ombredanne

Louis Ombredanne

L'année 1914 marque le début des grands conflits du XXème siècle. La 1ère Guerre mondiale amène en France, des infirmiers du corps des « Ambulances Américaines » qui apprennent aux infirmières françaises à administrer un mélange d'oxygène-protoxyde d'azote (8).

En 1934, est créée la Société Française d'anesthésiologie et d'analgésie (4% d'anesthésistes) qui forme médecins ou infirmiers en 4 semaines pour satisfaire la demande chirurgicale. En 1940, moins de 20 médecins anesthésistes indépendants pratiquent l'anesthésie générale, qui continue à être réalisée sans réglementation sous la responsabilité exclusive du chirurgien (2).

B. DE LA 2EME GUERRE MONDIALE JUSQU'A FIN DES ANNEES 1950 : L'AVENEMENT DES PARAMEDICAUX DE L'ANESTHESIE EN FRANCE

Il faut attendre la libération de la France par l'armée américaine pour s'apercevoir que dans son corps sanitaire sont présents de nombreux médecins et infirmiers anesthésistes ainsi qu'un matériel médical considérable. Des médecins français ayant acquis un savoir-faire et des connaissances au contact des équipes médicales des armées Alliées vont jouer un rôle significatif et plus particulièrement trois d'entre eux, figures historiques et Résistants : Jean Lassner, Ernest Kern et Guy Vourch'(2). Cet évènement a considérablement bouleversé le regard de l'anesthésie dans notre pays. Sous cette influence, en 1945, la France a ouvert à la faculté de médecine de Paris, un enseignement commun destiné aux médecins et aux infirmiers.

En 1947, est créé le Certificat d'Etude Spéciale en Anesthésie, réservé aux seuls médecins. L'Académie de médecine inscrit l'anesthésie générale sur la liste des actes médicaux devant obligatoirement être exécutés sous la responsabilité d'un médecin, sans qu'il soit reconnu spécialiste pour autant. En 1949, la Faculté de Paris crée, un enseignement destiné aux paramédicaux, sanctionné par une attestation d'aide anesthésiste après la réussite aux épreuves de fin d'études. L'école des infirmières aide anesthésistes de l'hôpital Saint Germain-en-Laye est alors la première à ouvrir ses portes. Les études durent un an (8).

C. LES PROGRAMMES DE FORMATION : De l'IAA à l'IADE

1. Le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Aide Anesthésiste

En 1961, est créé le premier programme d'études en 18 mois destiné aux infirmiers. A l'issue, le **Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Aide Anesthésiste** (CAFIAA) est délivré par le ministère qui inscrit les IAA dans le corps des infirmiers spécialisés (9). Par ailleurs, ils bénéficient d'un organe représentatif officiel, le Syndicat National des Infirmiers Aide Anesthésistes (SNIAA) créé par Anne de Casamajor en 1951 (10).

Parallèlement, les MAR poursuivent leur quête de reconnaissance. La réforme hospitalière de 1958 a créé la première chaire d'anesthésiologie, toutefois dirigée par un chirurgien : le Professeur Jean Baumann (2). En 1964, les Départements d'Anesthésie-Réanimation (DAR) voient le jour permettant aux MAR de se soustraire à la tutelle des chirurgiens. Enfin, l'AR devient une spécialité médicale à part entière en 1966 (1). La structure de l'AR en services engendre une organisation soignante hospitalière composée d'IAA et de cadres titulaires de l'institution. Malgré la volonté du Pr Baumann de supprimer les IAA, un nouveau programme d'études est élaboré par le ministère avec le SNIAA en 1972. Ce dernier obtient un siège de droit au Conseil Supérieur des professions paramédicales (11).

2. Le décret de formation n°72-105 du 24 Janvier 1972

Ce décret étend la durée des études à 24 mois et fixe une durée préalable de l'exercice infirmier à 2 ans minimum (12). Ce délai avant de pouvoir prétendre à la formation spécialisée en AR sera maintenu tout au long de l'évolution des textes. Enfin, ce décret attribue la direction des écoles à un MAR, chef d'un DAR (13).

3. Le décret de formation n°88-903 du 30 août 1988

La publication de ce décret crée un certificat d'aptitude aux fonctions d'**Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation** (ISAR) qui institue l'exclusivité de compétences pour la pratique de l'anesthésie aux IDE titulaires de ce certificat (14). La direction scientifique des écoles revient à un PUPH qualifié en AR. La formation entre donc dans la sphère universitaire.

4. Le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991

Au prix d'une forte mobilisation, les ISAR obtiennent que leurs études soient sanctionnées par un diplôme d'Etat (15). Ils deviennent les **Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat** (IADE).

5. L'arrêté de formation du 17 janvier 2002

La principale nouveauté de cet arrêté réside dans la rédaction d'un « TIP » (travail individuel d'intérêt professionnel) qui doit répondre à une méthodologie de recherche sur un sujet d'ordre professionnel (16).

D. TEXTES RELATIFS AUX REGLES ET ACTES PROFESSIONNELS : VERS UNE EXCLUSIVITE DE COMPETENCES

1. Le décret n°84-689 du 17 juillet 1984

Ce décret, relatif aux actes professionnels de la profession IDE (17), maintient la spécialité de l'anesthésie générale sur la liste des actes infirmiers grâce à une nouvelle mobilisation du SNIA et ce, malgré la volonté de certains MAR de vouloir la retirer (11).

2. Le décret n°93-345 du 15 mars 1993

Si l'article 7 de ce décret relatif aux actes professionnels de la profession IDE (18), réaffirme l'exclusivité de compétences et positionne l'IADE par rapport à un médecin, il ne le place pas dans ce texte, sous la responsabilité exclusive du MAR (**Annexe 1**).

3. Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

Ce décret s'inscrit dans le Code de la Santé Publique (CSP), au livre III (parties IV et V) relatif à l'exercice de la profession infirmière et aux règles professionnelles (19). Etudions plus précisément l'article R. 4311-12 relatif à la spécialisation en anesthésie. Il met en évidence deux conditions indissociables à l'exercice de l'IADE (**Annexe 1**) :

- Il est « seul habilité », ce qui signifie une exclusivité d'exercice. Autrement dit, aucun autre professionnel infirmier ne peut se prévaloir des prérogatives de l'IADE, s'il n'est pas titulaire du diplôme d'Etat sans risquer de se voir poursuivi en justice pour exercice illégal.
- Il réalise les soins en AR sur prescription exclusive du MAR, seul médecin habilité à pratiquer l'AR. Ce point met en avant les relations spécifiques du binôme entre le MAR et l'IADE.

Par ailleurs, notons une phrase qui marque un profond changement. Si dans le décret de 1993, l'IADE n'est qu'habilité « *à **participer à** l'application des techniques d'anesthésie* […] », ce nouveau décret lui confère le droit d'être habilité « ***à appliquer** les techniques d'anesthésie générale, locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un MAR […]* ». Ainsi, l'IADE n'est plus le spectateur privilégié mais l'effecteur après qu'un MAR ait examiné le patient, établi le protocole et à la condition qu'il puisse intervenir à tout moment.

Enfin, les lieux d'exercice des IADE sont définis par le type même de soins qu'ils sont habilités à dispenser dans leur champ de compétences exclusives en AR. Ils travaillent donc majoritairement au bloc opératoire (BO) et en salle de soins post-interventionnelle (SSPI) où leur participation est requise du fait du potentiel de complications au réveil et pour la prise en charge de la douleur. Quelques-uns participent à l'activité du SMUR. Cependant, ces transports sanitaires sont effectués en priorité mais sans exclusivité par les IADE.

Pour terminer cette partie historique, évoquons l'arrêté du 23 juillet 2012 qui a permis aux étudiants, une reconnaissance universitaire par l'obtention d'un grade Master (20), en conformité avec la réglementation communautaire européenne.

E. REINGENIERIE EUROPEENNE DU DIPLOME D'IADE : LE GRADE MASTER

L'entrée du système français dans le « processus de Bologne » de 1999 (21), a été réalisée par le décret 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur (22). La réingénierie des formations paramédicales a débuté par la formation infirmière qui a connu un profond changement par l'arrêté du 31 juillet 2009 (23) permettant une harmonisation entre l'enseignement français supérieur et européen, et des échanges via une mobilité internationale (ERASMUS). En 2009, dans le cadre de la réingénierie du diplôme d'IADE, le Ministère de la Santé avait constitué un groupe de travail composé de MAR et d'IADE en collaboration avec le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmiers Anesthésistes Diplômées d'Etat (CEEIADE) et le SNIA pour établir le nouveau référentiel de formation. Au préalable, ils ont établi un référentiel d'activités (24) et un référentiel de compétences (25).

1. L'arrêté de formation du 23 juillet 2012

Cet arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste arrête :

- Missions des écoles d'infirmiers anesthésistes (préparation au concours, promouvoir la recherche, etc.).
- De l'autorisation des écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste et l'agrément de leur directeur.
- Direction et enseignement.
- Des conditions générales du concours.
- De la scolarité : formation en alternance de 24 mois organisée en 4 semestres universitaires, avec 910 heures de cours magistraux (et/ou travaux dirigés) et 58 semaines de stages. Notons une nouvelle nomenclature des enseignements théoriques fondamentaux et cliniques, et des enseignements pratiques répartis en **unités d'enseignement (U.E.**).
- Modalité d'attribution du Diplôme d'infirmier anesthésiste : nécessité d'obtention des **120 crédits européens** (ECTS) correspondant à l'acquisition des 7 compétences du référentiel (60 crédits européens pour les U.E. et autant pour la formation pratique en stage).
- Du fonctionnement des écoles d'infirmiers anesthésistes.

2. Le décret n°2014-1511 du 15 décembre 2014

Ce décret entre dans le cadre du décret n°2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux (26). Dans la continuité de la formation infirmière qui confère aux diplômés le grade Licence par l'arrêté n°2010-1123 du 23 septembre 2010 (27)**,** ce décret confère le grade master et justifie le rattachement des écoles IADE à l'université (28).
Ainsi, elles dépendent dorénavant d'une triple tutelle : l'hôpital de rattachement, une université et le Conseil Régional, en charge du financement.

Il nous a paru important de retracer ce cadre historique et réglementaire pour mieux comprendre le cheminement de la spécialisation de l'IADE à laquelle souhaitent adhérer de nombreux infirmiers. Pourquoi attire-t-elle de nombreux candidats ? Cette exclusivité d'exercice en collaboration avec les MAR acquise au fur et à mesure de son histoire pourrait constituer un premier déterminant du choix à se spécialiser d'autant plus que la réingénierie des formations paramédicales a abouti à une universitarisation de la spécialisation pour les IADE. Cependant, existe-t-il d'autres spécificités propres à l'IADE ?

Cette seconde partie se propose de retracer de manière chronologique, le parcours professionnel de l'IADE avec une approche de son identité professionnelle. Un IADE est un infirmier qui répond probablement à des critères caractéristiques de cette profession et qui obéit à un parcours professionnel fait de sa propre détermination et de sa propre capacité à souhaiter un changement, intégrant des éléments de formation et d'expériences professionnelles. Cette partie sur son parcours montrera les différentes caractéristiques de son identité d'IADE qui s'est construite dans le temps répondant d'une part, à des valeurs communes et partagées par le groupe et d'autre part, à des valeurs personnelles. Qu'est-ce qui est commun à tous les IADE ? Qu'est-ce qui est différent ?

Même si les IDE ne peuvent pas percevoir l'ensemble des caractéristiques de l'identité professionnelle de l'IADE dans la mesure où ils ne sont pas confrontés à son quotidien professionnel, ils peuvent néanmoins les imaginer ou les supposer… Elles peuvent constituer un attrait pour les professionnels infirmiers et être l'un des déterminants du choix.

II. DEVENIR IADE : LE PARCOURS PROFESSIONNEL

A. L'IDENTITE PROFESSIONNELLE INFIRMIERE

D'après le concept d'identité de Dubar, nous pourrions dire que l'identité professionnelle des IDE serait plurielle (29). Elle serait une des dimensions de l'identité du sujet qui évolue et se construit dans le monde professionnel. L'IDE peut vivre des interactions professionnelles différentes selon son lieu d'exercice, même si celles-ci se fondent sur un socle de valeurs et de repères professionnels communs. L'identité professionnelle s'articule autour de deux pôles identitaires : l'identité biographique (ou identité pour Soi) et l'identité relationnelle (ou identité pour Autrui). Nous verrons également qu'elle est liée aux textes réglementaires.

1. L'identité biographique ou identité pour Soi

Elle se définit par les caractéristiques individuelles que chacun s'attribue (29). Chaque soignant définit son identité selon ses rapports à des normes et à ses valeurs personnelles. L'identité se construit à partir de choix, conscients ou inconscients, pour être en accord dans son exercice professionnel. Soigner, est-ce prendre en charge un « corps objet » ou plutôt « prendre soin *d'un corps sujet*[2] » en considérant la personne dans sa globalité ? Si ce concept du « Caring of » (30) est à l'origine du « rôle propre », l'hôpital d'aujourd'hui est devenu un lieu de recherche de l'efficience lié à l'évolution des contraintes sociétales (budget, qualité, optimisation des ressources). Certains IDE peuvent vivre douloureusement des injonctions et manifester des signes de souffrance au travail. Le manque de temps pour « prendre soin », les soins sur prescriptions médicales exclusives, les tâches administratives envahissantes peuvent prédominer et donner le sentiment d'une autonomie insuffisante et d'un manque de reconnaissance de son rôle propre infirmier. Ceci peut constituer des motifs pour changer de service ou s'engager dans une formation.

2. L'identité relationnelle ou identité pour Autrui

Elle est attribuée par les autres qu'ils soient membres du groupe professionnel ou non. L'IDE se construit d'un point de vue identitaire au travail si les autres acteurs paramédicaux et médicaux le reconnaissent en tant qu'IDE, membre de l'équipe pluridisciplinaire, dans ses rôles, ses fonctions et ses missions. De même, il importe que le statut des IDE soit reconnu par les acteurs sociaux, extérieurs au milieu soignant. Ce système interactionnel qu'il soit professionnel ou social est fondamental dans la construction identitaire (29).

---

[2] HESBEEN W., HONORE B., Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris: InterEditions : Masson; 1997, p.35

3. Une combinaison de deux dimensions : technique et relationnelle

La profession IDE relève d'un double registre : l'exécution quand elle met en œuvre des soins médicalement prescrits, et la responsabilité quand elle assure les actes qui relèvent de son rôle propre. Ali Aït Abdelmalek définit ces deux registres par l'identification et l'identisation (31). L'identification est le processus selon lequel les IDE imitent la complexité d'un modèle médical tandis que l'identisation est définie par le processus par lequel le sujet se différencie et agit, par ses projets sur son entourage social marquant une autonomie et l'affirmation de soi (29). Les actes décrits dans les articles R. 4311-1 et suivants doivent se concevoir en lien avec les dispositions relatives aux règles professionnelles des articles R. 4312-1 et suivants qui ont la même valeur qu'un code de déontologie. Ce dernier devrait voir le jour grâce au Conseil National de l'Ordre Infirmier.

Après avoir défini la profession IDE, intéressons-nous maintenant aux candidats au concours IADE. Qui sont-ils ? Existe-t-il des traits communs ? La réforme de 2012 a-t-elle changé « le paysage » des candidats ?

B. PROFIL DES CANDIDATS, CONCOURS ET ACCES A LA FORMATION IADE

1. Profil des candidats

Nous nous appuierons sur l'enquête « Profil des candidats au concours IADE » (32) menée dans deux écoles IADE (Ecole A en région parisienne et Ecole B en province) entre 2009 et 2014 associée aux enquêtes nationales du C.E.E.I.A.D.E. (33) et de la D.R.E.E.S. de 2014 (4). Les données récoltées étaient : sexe, âge, type de baccalauréat, nombre d'années d'expérience.

Le nombre d'inscrits au concours depuis 2012 a augmenté conformément aux données nationales : + 9,85 % en 2013 et + 12,7 % en 2014 (3). **La répartition par sexe** montre une forte représentation féminine (72 % contre 28 %). Plus de la moitié a un baccalauréat scientifique ou technologique. L'**âge moyen des candidats** se fixe à 32 ans. Les groupes de candidats 26-30 ans et 30-35 ans représentent plus des 2/3 des effectifs (figure 1). L'ensemble de ces résultats sont confirmés par les données nationales (3) (4).

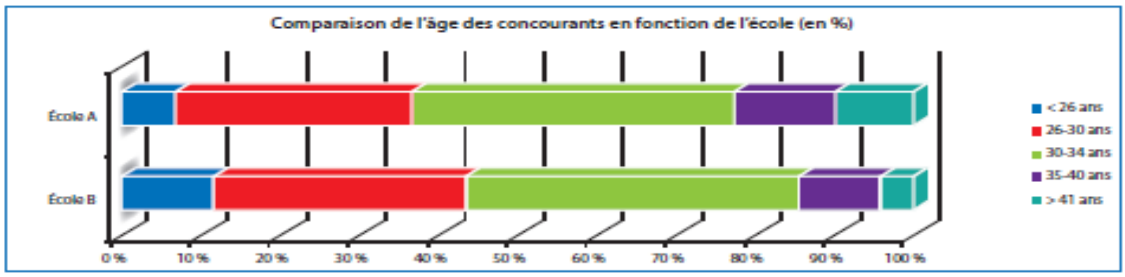


Figure 1. Répartition des inscrits par tranche d'âge par école

Concernant les établissements d'origine des candidats, 70 % viennent du public, 20 % du privé et 10 % de secteurs divers (médico-social ou intérim). La durée moyenne d'expérience professionnelle des candidats se situe à 6,4 années avec une augmentation des candidats de moins de 30 ans ayant entre 2,5 et 5 années d'expérience entre 2012 et 2014 (figure 2).

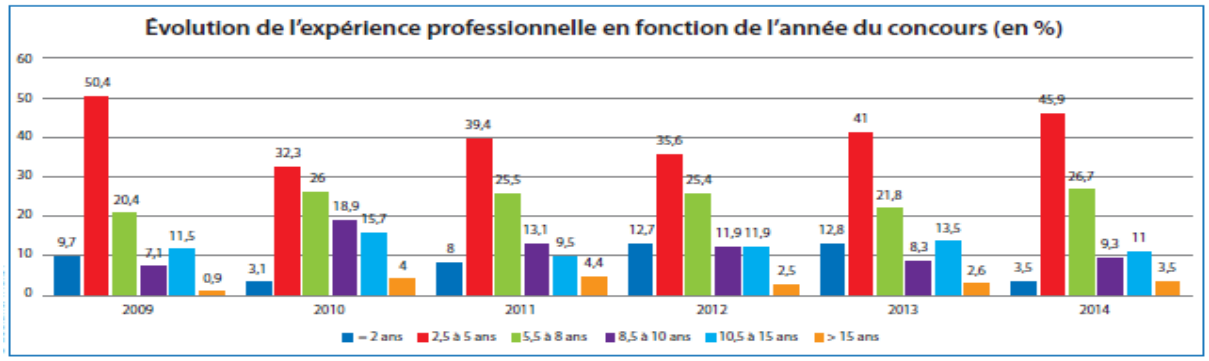


Figure 2. Evolution de l'expérience en fonction de l'année du concours

En conclusion, cette étude montre un rajeunissement des candidats et une diminution de leur exercice professionnel préalable, depuis la mise en place de la réforme des études. Pour les auteurs, la hausse du nombre de candidats, confirmée par les données nationales (33) (4), s'expliquerait par une attractivité accrue pour cette formation depuis l'accès à un grade master en 2014 (28).

Cependant, afin de mieux déterminer le profil de ces candidats, il nous a paru important d'explorer d'autres données manquantes, à la fois dans cette étude et dans la littérature :

- **Leur lieu d'exercice** : proviennent-ils tous du même secteur de soins ? Ces candidats ont-ils un profil à prédominance « technique » ? Les générations précédentes semblaient effectuer leur spécialisation après un certain nombre d'années principalement dans le secteur d'urgences-réanimation où il existe déjà une relative autonomie et réflexion de choix (34).
- **Leur parcours d'études universitaires :** certains ont-ils entrepris d'autres études universitaires auparavant, notamment la 1ère année de médecine (PACES) ? La spécialisation d'IADE offrant la possibilité de partager certains actes avec le MAR, n'y aurait-il pas le souhait implicite pour certains de « toucher du doigt » le métier de médecin ?
- **Leurs conditions sociales** : Suivent-ils une « trajectoire sociale » où ils seraient déterminés par un environnement familial ou social proche du monde de l'anesthésie-réanimation (MAR, IADE, etc…) ?

L'ensemble de ces données seront récoltées dans une enquête pré-exploratoire grâce à un questionnaire. Les principaux résultats que nous avons obtenus feront l'objet d'une présentation.

2. L'organisation du concours

Le référentiel du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au DEIA (20) présente les différentes modalités du concours d'entrée. Soulignons la nouveauté d'évaluer les qualités rédactionnelles du candidat en lien avec l'universitarisation de la formation.

2.1. La préparation aux épreuves

La majorité des écoles dispensent une préparation au concours conformément à l'article 1 du titre Ier du référentiel (20). Combien de candidats y participent et quel est le ratio réussite au concours/suivi d'une « prépa » ? Ces données récoltées dans le questionnaire d'enquête nous fourniront des informations intéressantes quant à leurs motivations.

2.2. Les résultats du concours

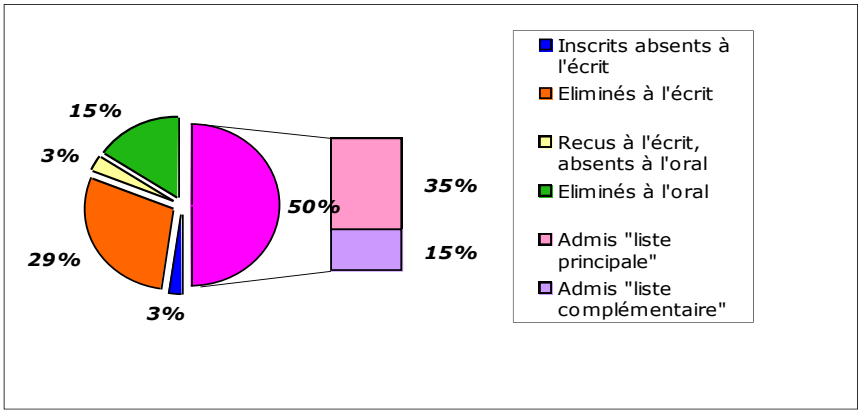
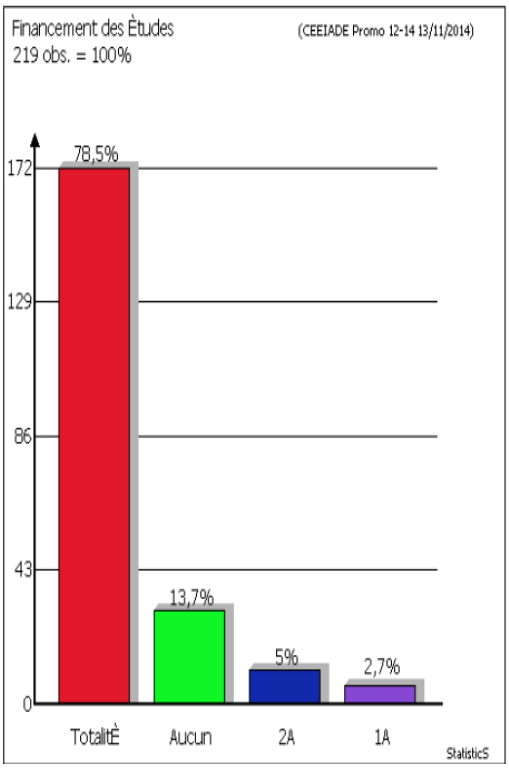


Figure 3. Parcours des candidats (Enquête CEEIADE 2014) (3)

- 2,8 candidats en moyenne pour une place réelle.
- 71% de réussite à l'écrit en moyenne parmi lesquels 79% obtiennent l'oral.
- 50% admis dont 35% sur liste principale et 15 % sur liste complémentaire.

3. L'accès à la formation et au financement

Le financement de la formation est un élément susceptible d'impacter les motivations initiales des candidats. Les écoles étant soumises à l'autorité des régions, il existe une certaine disparité au niveau du coût de formation entre les écoles. Les enquêtes nationales nous exposent ci-dessous les différentes modalités (figure 4) et modes de financements possibles (tableau 1) :



	1ère année	2ème année
Etudiant : bourse du Conseil Régional	11	10
Etudiant : bourse d'un Conseil Général ou d'un autre organisme	1	3
Allocation d'études (infirmiers ou kiné ou manip ERM)	0	0
Salarié du privé : contrat de professionnalisation	5	11
Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle	32	29
Contrat d'apprentissage	0	0
Demandeur d'emploi (qui bénéficie à ce titre d'une indemnité)	35	49
Salarié du privé ou agent de la Fonction Publique : formation continue	24	55
Salarié du privé ou agent de la Fonction Publique : contrat aidé	0	0
Salarié du privé ou agent de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle	373	319
Autre prise en charge	15	9
Demande de prise en charge en cours	8	5
Aucune aide financière	68	47

Figure 4. Modalités de financement (33)

Tableau 1. Modes de prises en charges financières (4)

78% des étudiants sont financés en totalité quand 13% ne le sont pas du tout. 7% sont partiellement financés, soit en 1ère année, soit en 2ème année. Les financements proviennent principalement du secteur public via la formation continue ou la promotion professionnelle. Une part non négligeable des étudiants reçoit un financement grâce au Congé Individuel de Formation (ou Congé de Formation Professionnelle) ou en tant que demandeur d'emploi. 15% se financent eux-mêmes. Par ailleurs, concernant le droit de report de formation conformément à l'article 13 du Titre IV (20), 95% le sont en raison de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle. Notons que les écoles sont remplies à 79% de leur capacité d'accueil (3).

Une fois les candidats admis au concours d'entrée, ils intègrent la formation IADE qui constitue une étape primordiale dans la construction de l'identité professionnelle d'IADE. Notre objectif étant ailleurs, nous ne développerons pas dans ce travail cette construction identitaire qui pourrait faire l'objet d'un travail de recherche à part entière. Nous noterons toutefois que la réingénierie de la formation IADE aboutissant à l'arrêté du 23 juillet 2012 (20), a fait suite à une évolution d'envergure dans le paysage de la formation infirmière : une formation construite sur une logique de compétences. L'annexe III de cet arrêté présente les modalités de ce référentiel (35). Par ailleurs, l'accès à un grade Master constitue un saut en matière de reconnaissance des qualifications et des compétences de l'IADE.

Chaque année, environ 300 nouveaux IADE sont diplômés soit, une augmentation moyenne annuelle de 4,5%. Ainsi, depuis 2001, leur nombre a connu une augmentation de 65%. Aujourd'hui, ils sont 9457 IADE avec 31% d'hommes pour 69% de femmes (36). 91% d'entre eux sont des salariés hospitaliers, 4% sont salariés dans un établissement privé et 5% sont libéraux ou mixtes (37). Dans la mesure où il n'existe pas d'activité IADE libérale, nous supposons que « libéraux » signifie « intérimaires ». Même si, il semble que la spécialisation attire davantage de candidats au concours depuis la réforme de la formation (32), les propositions de financement restent dépendantes du nombre de postes disponibles liées à la régulation des flux des départs en retraite et de la volonté de recrutements des centres hospitaliers liée à leur activité chirurgicale.

Maintenant que l'IDE est devenu IADE, étudions quelles sont les particularités de sa nouvelle identité professionnelle. Qu'est-ce qui différencie l'IADE de l'IDE ?

C. L'INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT

1. Un corps infirmier identifié

Depuis le décret de formation de 1988, au minimum deux années d'expérience infirmière sont requises pour autoriser l'accès à la spécialisation d'IADE. Pour expliquer cette division du travail, nous avancerons les notions de « licence et mandat » développées par E. Hugues. *« La licence constitue l'ensemble des tâches pour lequel un métier est parvenu à faire reconnaître sa compétence […]. Le mandat désigne l'autonomie qui est laissée aux membres pour définir la façon dont doivent être exécutées les tâches faisant partie de leur licence, y compris parfois en exerçant une contrainte sur leurs partenaires »*[3]. L'article R. 4311-12 du décret du 29/07/2004 (19) caractérise bien « la licence » puisque l'IADE est *« seul habilité à appliquer les techniques d'anesthésie […]»*. Quant à la dimension de la contrainte liée au « mandat », nous l'analysons comme l'obligation de se spécialiser pour exercer l'anesthésie. Ainsi, l'IADE, membre du corps professionnel des infirmiers, est bien identifié au vu de son exclusivité d'exercice et de compétences, en collaboration privilégiée avec le MAR. Il est reconnu en tant que tel par les membres de l'équipe pluridisciplinaire du BO ainsi qu'à l'hôpital. Selon C. Dubar, l'identité se construit par étapes dans la vie par des socialisations successives. La formation IADE permet l'enseignement de caractéristiques propres à l'AR et qui font partie de l'identité de l'IADE.

[3] DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V., Sociologie des professions, Paris : A. Colin; 2015, p112

2. L'Anesthésie-Réanimation : imbrication de la technique et de l'humanité

2.1. L'AR et le « prendre soin »

Bien que devenue une spécialité médicale en 1966, ses praticiens furent longtemps considérés par le corps médical comme « les médecins généralistes de l'hôpital » (2). Aujourd'hui, ils bénéficient d'une certaine reconnaissance notamment du fait que leur spécialité s'intéresse **à tous les patients,** sans posséder une clientèle dédiée. La consultation préanesthésique (CPA), devenue obligatoire avant l'acte chirurgical, prend en compte la **globalité du patient.** Elle nécessite des **connaissances médicales transversales** afin d'évaluer le rapport bénéfice/risques de l'anesthésie et de l'intervention pour le patient et sa sécurité. A l'accueil au BO, la lecture partagée du dossier d'anesthésie par le MAR et l'IADE constitue une étape essentielle pour « prendre soin » du patient.

2.2. Une spécialité à risques

L'AR fait partie des spécialités dites « à risques » : l'institution d'une culture particulière et précoce de la sécurité et d'une gestion des risques fait partie de son patrimoine identitaire.

2.2.1. La sécurité

Outre le confort, l'AR s'est particulièrement attachée à la **sécurité** suite à des accidents médiatisés dans les années 1960-80. Ceux-ci ont permis d'aboutir au décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (38). Dans ce cadre, l'IADE joue un rôle central par les vérifications quotidiennes du matériel d'urgence (défibrillateur, chariot d'urgence et d'intubation difficile) et de la salle d'opération (monitorage, ventilation, réchauffement, perfusion, etc.). Cette organisation permet d'intervenir au plus vite pour le patient. La sécurité s'est par ailleurs renforcée par l'instauration de la Check List HAS par l'arrêté du 3 octobre 1995 (39). Elle constitue un temps d'échanges obligatoires et protocolisés entre les équipes anesthésique et chirurgicale permettant de vérifier l'identité, le respect des consignes de jeûne et de préparation cutanée, le côté à opérer et l'existence ou non d'allergies ou autres risques à prendre en compte.

2.2.2. La gestion des risques

L'intérêt principal de ces démarches est la **gestion des risques** en vue de diminuer la morbi-mortalité péri-opératoire d'autant que l'étude « mortalité » de l'INSERM (40) menée en 1999 a révélé l'importance et la fréquence des décès péri-opératoires imputables à l'AR. C'est pourquoi les professionnels de l'AR continuent de parfaire dans le temps, une organisation basée sur l'**anticipation**, la **qualité des soins et le respect des normes** (procédures, protocoles) dictés par les recommandations de la SFAR (41). L'évolution des techniques anesthésiques grâce à une recherche clinique permanente, nécessite pour les professionnels de l'AR, un investissement dans la réactualisation et le perfectionnement de leurs connaissances. Par ailleurs, elle est une spécialité

de **haute maitrise**, où il convient d'acquérir les compétences à mettre en œuvre pour s'adapter et gérer des situations parfois stressantes liées aux complications anesthésiques et/ou chirurgicales.

2.3. L'AR : une rencontre humaine

Au-delà des aspects techniques, l'AR est aussi une rencontre avec une personne qui va subir une intervention chirurgicale, avec une possible appréhension, même lorsqu'elle semble bien contrôlée. Cet échange sera, certes, bref dans le temps, mais intense et basé sur une confiance suffisante pour permettre à l'opéré de confier aux MAR et aux IADE, la **responsabilité** de contrôler sa situation de dépendance complète pour la réalisation de la chirurgie. Dit autrement : « *L'anesthésie est un concentré de confiance pour une dilution de conscience* » (42) qui demandera un important investissement pour les professionnels de l'AR même les plus expérimentés. Enfin, l'AR nécessite un **travail d'équipe** avec une **collaboration** et une **communication** fondées sur le **respect et la confiance** entre MAR et IADE ainsi qu'avec les autres acteurs du BO.

Durant 2 ans, la formation amène l'étudiant à entrer dans cette nouvelle identité pour la faire sienne. Quelles caractéristiques propres de l'IADE lui sont alors transmises ?

3. L'identité professionnelle de l'IADE

3.1. Finalité de la formation IADE

« *La finalité de la formation est de former un infirmier anesthésiste […]* ***responsable et autonome,*** *[…]* ***compétent*** *[…]en anesthésie […], à devenir un praticien* ***réflexif****, […] capable de prendre des décisions dans* ***les limites de son rôle****, […], conduire une réflexion dans le domaine de l'****éthique****, de la* ***sécurité****, de la* ***qualité*** *et de la* ***responsabilité professionnelle*** *[…] capable de répondre aux besoins de santé dans le cadre d'une* ***interdisciplinarité*** » (35).

3.1.1. Une plus grande autonomie et responsabilité

Si le texte ci-dessus est présent dans les référentiels IDE et IADE, une différence subsiste dans le surplus d'autonomie accordée à l'IADE dans sa pratique dans la mesure où le MAR lui fait suffisamment confiance pour le laisser seul en salle (en fonction de la complexité de l'intervention chirurgicale), prendre des décisions et avoir une marge de manœuvre dans la limite de ses compétences durant tout le processus anesthésique. En découle une responsabilité plus prononcée puisqu'il est tenu de répondre de ses actes et de son rôle plus autonome.

3.1.2. L'IADE : le collaborateur privilégié du MAR

Pourquoi une telle reconnaissance ? Les MAR sont des acteurs qui occupent une place prépondérante dans la formation des IADE. Notons d'abord que les cours sont validés par le directeur scientifique de chaque école qui est PU-PH en AR témoignant de la qualité de la formation. De plus, la quasi-totalité des enseignements théoriques sont dispensés par des MAR

dans lesquels le niveau de connaissances médicales est élevé. Ils participent également aux enseignements sur les terrains de stage dans la mesure où l'IADE qui encadre l'étudiant, est le collaborateur privilégié du MAR. Par conséquent, ce dernier a donc connaissance et conscience de l'exigence du niveau d'expertise demandé et des compétences « cœur de métier » d'anticipation, d'organisation, de gestion des risques, de qualité et de sécurité en AR et dans la prise en charge de la douleur apprises pendant 2 ans. Responsable du « binôme », le MAR est néanmoins garant d'un management participatif envers l'IADE lié la reconnaissance de ses compétences offrant plus d'autonomie et de responsabilité ce qui, selon la théorie de « *l'acteur stratégique* » de Michel Crozier (43), favorise un meilleur investissement dans son travail.

3.2. L'IADE : Un technicien « relationnel »

3.2.1. Une dimension technique

Si, comme tout IDE, il accomplit des soins relevant de son rôle propre et de son rôle sur prescription médicale, sa spécialisation lui confère une exclusivité de compétences garantissant le niveau d'expertise nécessaire à la qualité des soins et à la sécurité des patients bénéficiant d'une anesthésie. Ainsi, il a acquis une mise en pratique de compétences plus spécifiques (ventilation, hémodynamique, etc…) avec une meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient (sur prescription médicale ou sur protocole). Son rapport à la technicité et la pression de production présente au BO en font-ils un simple technicien de l'anesthésie ? Ou bien son niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'AR ne sont-elles pas au service d'une personne anesthésiée dont il « prend soin » dans sa globalité ? *« L'anesthésie est un domaine dont l'aspect technique ne doit pas être mis en opposition avec l'approche relationnelle mais bien en complémentarité »*[4]

3.2.2. Une dimension relationnelle

Comme nous l'avons déjà vu, la dimension relationnelle occupe une place primordiale dans le métier de l'IADE. Dès le début, il adopte une attitude rassurante pour « prendre soin » d'une personne anesthésiée sous l'emprise des thérapeutiques sédatives, analgésiques ou narcotiques administrées. Par ailleurs, restant en salle d'intervention, il est un élément central de la communication au BO avec l'équipe chirurgicale dans le cadre d'une interdisciplinarité. Enfin, il joue un rôle capital dans le compagnonnage des étudiants.

[4] NICOLET M., L'infirmier anesthésiste, Paris: Flammarion médecine-sciences; 2003, p.34

Dresser le « portrait » de l'IADE visait à mieux cerner les particularités de cette spécialisation et à imaginer certaines pistes de réflexions quant aux déterminants du choix de se spécialiser. En effet, devenir IADE c'est se décider à se présenter candidat au concours pour un engagement dans une formation de haute exigence. Cette 3ème partie, cœur de notre sujet, se propose de décrire le cheminement des professionnels infirmiers dans leurs déterminants à se spécialiser.

III. LES DETERMINANTS DU CHOIX

A. UNE PART DE DETERMINISME SOCIAL ?

Le terme « choix » sous-entend que ce dernier appartient aux individus. Cependant, nous ne pouvons pas omettre le contexte social dans lequel ils évoluent. N'y aurait-il pas une part de déterminisme familial ou social en prenant cette décision liée à la présence de parents proches MAR/IADE ? Une socialisation auprès de ces professionnels de l'AR dans les secteurs de soins d'urgences-réanimation ou BO ne pourrait-elle pas déterminer le choix ? Même en cas d'un éventuel contexte familial et/ou social « favorable », tous les IDE souhaitent-ils devenir IADE ? A priori non. Il serait donc préférable de parler d'influence plutôt que de déterminisme. Devenir IADE est toujours un choix conscient, mais avec des déterminants qui le sont moins et que nous voulons explorer.

En lien avec cette socialisation professionnelle, nous abordons dans un premier temps la notion de représentations. La représentation de Soi, notamment l'estime de soi, joue un rôle fondamental dans la dynamique d'engagement en formation de l'IDE. Par ailleurs, s'il est reconnu en tant que professionnel compétent dans son service de soins, encouragé par des personnes signifiantes à ses yeux (IADE et/ou MAR) et reconnu capable de suivre cette formation IADE, ces représentations (pour autrui) auront un impact motivant et viendront confirmer sa volonté de se former. Après ces fondamentaux, évoquons les représentations de l'IADE par les candidats au concours, qui constituent un déterminant du choix dans la mesure où elles sont en lien avec leurs expériences professionnelles et que celles-ci influencent leurs comportements et leurs actions. Ont-ils une vision bien réelle de ce professionnel ? Que connaissons-nous d'une spécialisation lorsque nous n'y sommes pas confrontés quotidiennement ?

B. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'IADE

1. Structure des représentations sociales : la théorie du noyau central

Il est généralement considéré trois approches théoriques des représentations sociales. En lien avec notre travail de recherche, nous avons privilégié la théorie du noyau central de JC. Abric (1976) qui avance l'idée que les unités de croyances représentationnelles étaient structurées en une partie centrale et une partie périphérique ayant chacune des caractéristiques distinctes.

Pour expliquer cette théorie, nous nous baserons sur la figure ci-dessous (44):

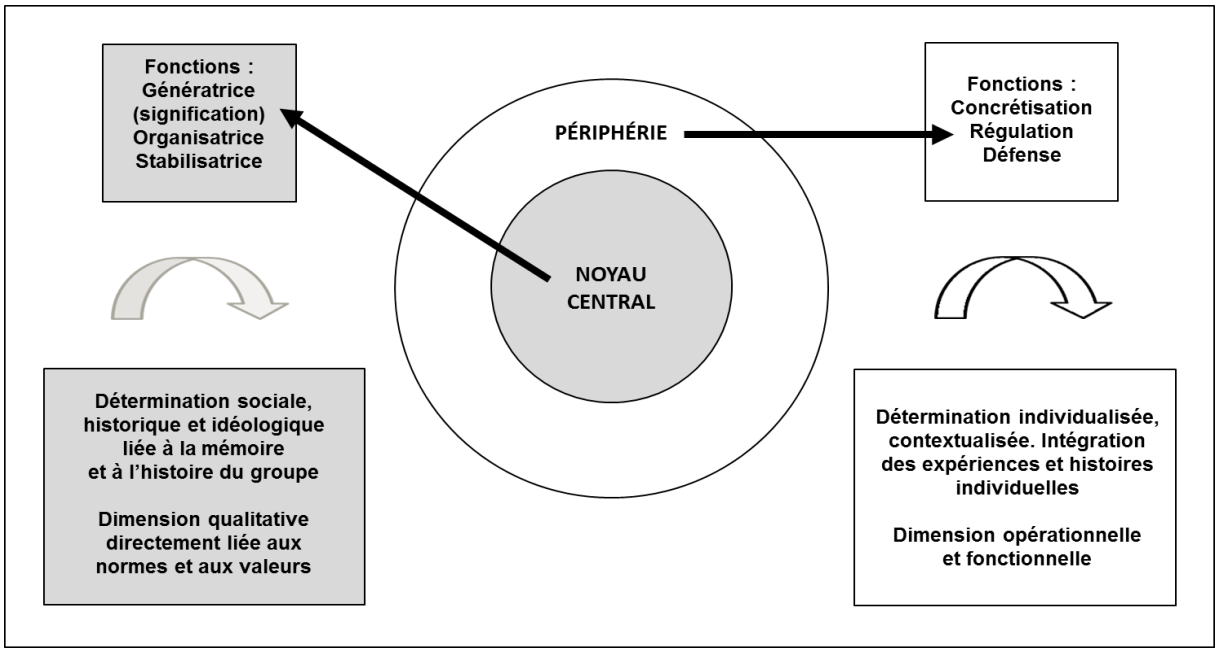


Figure 5 : **Caractéristiques du noyau central et du système périphérique**

Le noyau central et les éléments périphériques fonctionnent comme une entité où chaque partie a un rôle spécifique mais complémentaire de l'autre. Leur organisation, comme leur fonctionnement, est régie par un double système.

1.1. Le noyau central de la représentation

Toute représentation est organisée autour d'un noyau central. Directement associé aux valeurs et aux normes, il est l'élément fondamental de la représentation et assure deux fonctions essentielles:

- **Une fonction génératrice :** Il est ce par quoi les autres éléments constitutifs de la représentation prennent un sens, une valeur.
- **Une fonction organisatrice** qui détermine la nature des liens en unissant entre eux les éléments de la représentation. Le noyau central est l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation.

Toute modification du noyau central entraîne une transformation complète de la représentation. Par ailleurs, il est constitué d'un ou de quelques éléments qui déterminent la signification de la représentation.

1.2. Le système périphérique de la représentation

Autour du noyau central s'organise le système périphérique qui est en relation directe avec lui. Constituant l'essentiel du contenu de la représentation, il est à la fois sa partie la plus accessible et la plus concrète. Ses éléments sont hiérarchisés plus ou moins proches du noyau central. Proches, ils jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification de la représentation. Plus éloignés, ils illustrent ou justifient cette signification. Les éléments du système périphérique jouent un rôle essentiel d'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore la représentation. Ils ont trois fonctions essentielles :

- **Une fonction de concrétisation** permettant l'ancrage de la représentation dans la réalité, ainsi que son habillage en des termes concrets, compréhensibles et transmissibles.
- **Une fonction de régulation** jouant un rôle essentiel dans l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte. Face à la stabilité du noyau central, cette fonction constitue l'aspect mouvant et évolutif de la représentation.
- **Fonction de défense** de la représentation en constituant un « pare choc » dans le but de protéger le noyau central. La transformation d'une représentation s'opérera donc dans la plupart des cas par la transformation de ses éléments périphériques : interprétations nouvelles, intégrations d'éléments contradictoires (supportés dans le système périphérique).

L'existence de ce double système permet de comprendre une des caractéristiques des représentations sociales pouvant apparaitre comme contradictoires : elles sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes parce que nourries des expériences individuelles intégrant les données du vécu, ainsi que l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes.

2. Application de la théorie et hypothèses sur les représentations de l'IADE

En lien avec les éléments développés sur l'IADE dans la 2nde partie et la théorie du noyau central, nous pouvons émettre certaines hypothèses sur les représentations de l'IADE qui seront vérifiées dans le questionnaire d'enquête.

Quelle hypothèse pour définir le noyau central des représentations de l'IADE ? Le contexte du bloc opératoire est différent des services de soins. Son milieu clos, l'existence de matériels sophistiqués, la présence de médecins anesthésistes, de chirurgien(s) et d'infirmiers spécialisés donnent toute la dimension technique de cet environnement (45). Ainsi nous pourrions émettre l'hypothèse que la représentation d'un **métier technique** constitue le noyau central de la représentation de l'IADE. Associés à cette technicité, viendraient en tant qu'éléments associés au noyau central, les normes de **gestion des risques (par un niveau d'organisation et d'anticipation plus élevé)** et de **haute sécurité**. Egalement, la technicité peut s'exprimer par la **variété des actes anesthésiques et des pathologies rencontrés, et un turn-over rapide des patients par rapport à un service de soins** associée à une charge émotionnelle moindre. Enfin, la perception du **partage de certains gestes techniques** par le binôme MAR/IADE comme l'intubation orotrachéale par exemple, pourrait également constituer un des éléments du noyau central des représentations de l'IADE.

Qu'en est-il des éléments du système périphérique des représentations de l'IADE ? En lien avec sa fonction de concrétisation proche du noyau central, l'univers technique passe nécessairement par une formation et l'acquisition de compétences. Nous pourrions dire que les candidats se représenteraient l'IADE comme un professionnel qui a acquis **une mise en pratique de compétences plus spécifiques** (Ventilation, Hémodynamique, etc…) avec **une meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient (sur prescription médicale ou protocole).** La technicité évoluant très vite, **l'exigence de maintenir et de réactualiser ses connaissances transversales** serait également un élément périphérique important de la représentation de l'IADE. De même, confronté à des gestes techniques et chirurgicaux douloureux pour le patient, l'IADE recevrait **une formation plus poussée à la prise en charge de la douleur.** Enfin, pour conclure sur la plus-value des compétences apportées par la formation, l'IADE pouvant être confronté et préparé à des situations de détresse vitale, serait perçu comme un professionnel qui apporterait des **compétences spécialisées pour les urgences pré-hospitalières**. Devenir IADE serait **une possibilité de mieux faire reconnaitre ses compétences propres par l'institution**.

Cependant, faisant toujours parti du système périphérique mais plus éloigné du noyau central, le métier d'IADE pourrait à moindre mesure être perçu comme un métier relationnel. En cela, nous faisons référence à la fonction de régulation et de défense du système périphérique. En effet, cette composante relationnelle serait davantage associée à des caractéristiques individuelles. Dans la mesure où l'IADE est censé posséder des caractéristiques propres de la profession IDE, certains pourraient percevoir que malgré, **l'environnement réputé technique du BO, le « prendre soin » resterait possible** avec **une approche globale du patient dans un temps court**. Une autre composante relationnelle du métier d'IADE serait la transmission de savoirs par **compagnonnage auprès des étudiants**. Enfin, pour conclure avec cette représentation qui pourrait être perçue « contradictoire » par rapport à la composante technique, le métier d'IADE permettrait de pouvoir travailler en binôme avec le MAR et ainsi, **avoir un sentiment de sécurité lié à la possibilité d'y avoir recours en permanence**.

Les représentations constituent-elles le seul déterminant du choix à se spécialiser ? Certains ont beau avoir certaines représentations « positives » de l'IADE au point de souhaiter s'en approcher sans jamais le réaliser. Il reste un déterminant fondamental pour mener à bien le projet de devenir IADE : la motivation. Nous allons maintenant étudier ce déterminant nécessaire pour le choix mais aussi pour maintenir cette volonté dans le temps.

C. LES MOTIVATIONS

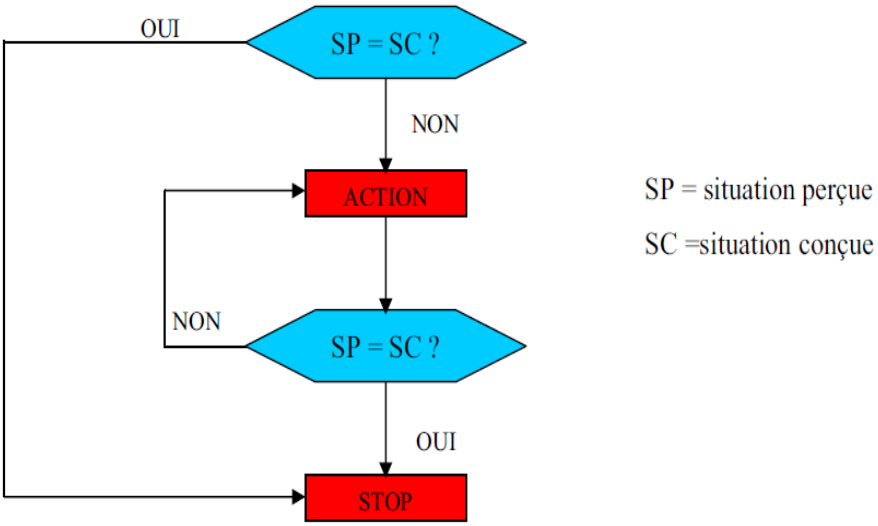
1. Définition du concept

Etymologiquement, le terme « motivation » vient du latin *moveo*, qui introduit l'idée de se mouvoir et qui a donné lieu également à *« motivus »* dont le terme *motif* tire sa source (46). Au vu d'une bibliographie riche, nous avons fait le choix de privilégier la récente définition de Fabien Fenouillet : *« La motivation désigne une […] force intra-individuelle, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action* [5] *»*.

[5] FENOUILLET F. Les théories de la motivation. Paris: Dunod; 2016, p11

2. Déclenchement de la motivation

Le processus fondamental de la motivation a été développé par les chercheurs américains Miller, Galanter et Pribam : le modèle « Tote-Operating-Test-Exit » ou TOTE (47). Ce dernier explique que toute action entreprise par un individu vise à réduire l'écart entre une situation jugée insatisfaisante et une situation finale jugée plus satisfaisante. L'individu perçoit un besoin ou des besoins insatisfaits qui entrainent alors une certaine tension, un certain inconfort qui le pousse à entreprendre une action dans le but d'atteindre un objectif qui satisfait le besoin et diminue la tension. C'est donc ce déséquilibre qui provoque la motivation.



Pour déclencher un processus de motivation, un(e) IDE doit ressentir un manque dans son travail, un besoin et enclencher une démarche pour le combler. Des possibilités existent comme le souhait de devenir cadre de santé ou un IDE spécialisé : IBODE, Puéricultrice ou IADE. Cette motivation entre en relation avec la représentation que le professionnel a du métier choisi. Les motivations pour devenir IADE sont multiples et propres à chaque professionnel IDE.

3. Les théories de la motivation

Les théories qui permettent d'expliquer la motivation de l'individu sont plurielles et pour beaucoup multifactorielles. Dans son livre intitulé « Les théories de la motivation » (48), F. Fenouillet dénombre 101 théories motivationnelles, chacune met l'accent sur tel ou tel aspect de la motivation. En lien avec notre travail, nous avons choisi celles relatives aux besoins psychologiques des IDE qui les poussent à entreprendre la démarche de se former.

3.1. La théorie des besoins de Maslow

Selon A. Maslow, l'homme tend vers un besoin de réalisation ou d'auto-actualisation. Dans cette théorie de 1943 (49), il propose un principe d'organisation hiérarchique des besoins fondamentaux de l'Homme. Ainsi, pour accéder à un besoin de niveau supérieur, les besoins de niveaux inférieurs doivent être satisfaits. Ce sont ces besoins qui créent la motivation afin de les satisfaire. Les contenus sont, dans l'ordre de satisfaction, les suivants :

Figure 6 : La hiérarchie des besoins selon Maslow (49)

Dans notre société actuelle, les **besoins primaires** à savoir les besoins physiologiques et les besoins de sécurité ne constituent pas une réelle motivation. Par contre, les **besoins suivants dits « secondaires »** sont considérés plus appropriés pour motiver les IDE dans leur travail.

Cependant, la théorie de Maslow a fait l'objet de critiques, notamment le fait qu'elle soit centrée sur l'individu. En effet, la satisfaction d'un besoin suppose obligatoirement la satisfaction des besoins inférieurs. Cependant, la satisfaction d'un besoin ne peut-elle pas être déterminée par des facteurs extérieurs à la personne, liés à son environnement (50) ? En effet, l'IDE est en interaction dans son milieu professionnel. C'est pourquoi, nous privilégierons la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan qui prend en compte cette considération.

3.2. La théorie de l'autodétermination (TAD)

3.2.1. Le concept de la TAD

En 1971, Deci a montré que la persistance des individus, durant une période de libre choix, était moins importante pour les sujets récompensés que pour ceux qui ne l'étaient pas. Pour la première fois, il était prouvé que la récompense n'était pas toujours un facteur motivant. Les trois dernières décennies ont vu Deci et Ryan faire évoluer la théorie de l'autodétermination (TAD). La TAD reconnait que l'être humain possède une tendance naturelle vers l'actualisation de soi, mais en ne négligeant pas l'influence de l'environnement dans le développement de celui-ci. Deci et Ryan postulent l'existence de trois besoins psychologiques qui, dans le cadre d'un environnement favorable à leur épanouissement, permettent à l'individu d'atteindre un optimal à la fois en termes d'expérience comportementale et de développement personnel (48).

- Le **besoin d'autodétermination** fait référence au fait d'être à l'origine de son propre comportement. L'autonomie est valorisée lorsque nous agissons par intérêt pour l'activité et en cohérence avec nos valeurs. Autonomes, les individus voient leur comportement comme une expression du *self* (soi), et ce, même quand les actions sont influencées par des sources extérieures.
- Le **besoin de compétence** fait référence à la sensation que peut éprouver l'individu lorsqu'il interagit efficacement avec son environnement et lorsqu'il a l'occasion d'utiliser ses capacités.
- Le **besoin de relations sociales** est lié au fait de se sentir connecté aux autres, d'être attentif à autrui et d'avoir un sentiment d'appartenance aux autres individus. L'idée est de partager avec d'autres membres un sentiment d'unité.

Ainsi, l'environnement social, qui permet la satisfaction des trois besoins psychologiques, soutient la croissance psychologique, alors que l'environnement qui entrave cette satisfaction compromet le développement optimal de celui-ci. Au fil des années, la TAD s'est développée sous la forme de plusieurs sous-théories, chacune étant associée à un processus motivationnel distinct. Collectivement, elles constituent la TAD. D'après cette théorie, Deci et Ryan distinguent trois formes motivationnelles qu'ils présentent selon un *continuum* d'autodétermination.

3.2.2. *Les formes motivationnelles de la TAD*

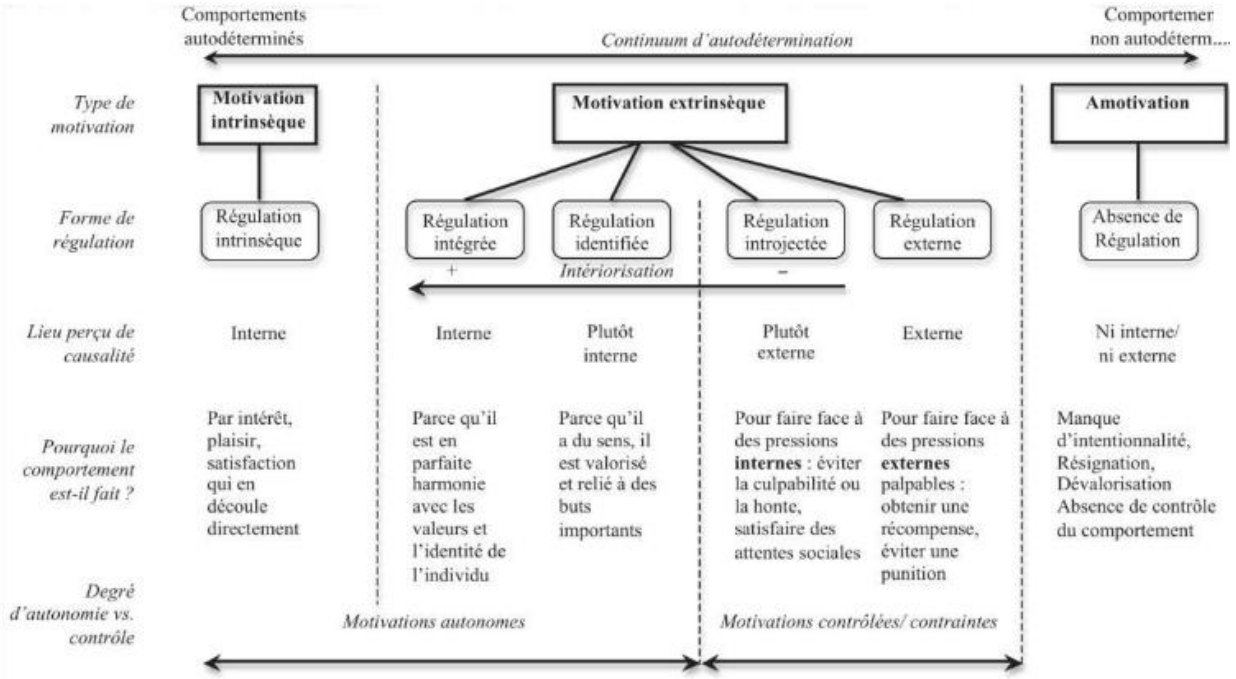


Figure 7 : Le *continuum* de l'autodétermination (48)

3.2.2.1. *L'amotivation*

L'amotivation fait référence à l'absence de régulation du comportement. L'individu ne perçoit pas de relation entre ses comportements (efforts et actions) et les conséquences ou les résultats obtenus. Il ne s'agit pas ici à proprement parler de caractériser une forme motivationnelle mais plutôt d'évoquer son absence.

3.2.2.2. *La motivation extrinsèque*

La motivation extrinsèque provient des incitations et des conséquences environnementales. Au lieu de s'engager dans une activité pour vivre les satisfactions inhérentes qu'elle peut apporter, la motivation extrinsèque provient d'une conséquence qui est distincte de l'activité elle-même (51). La TAD propose une taxonomie des types de régulations pour la motivation extrinsèque pouvant varier selon le degré d'intériorisation dans le soi (52). Les activités qui relèvent de motivations extrinsèques mais qui sont totalement intégrées au *self*, dans le sens où elles font partie des valeurs de l'individu, peuvent être aussi fortement autodéterminées que les activités motivées intrinsèquement. Cette conception aboutit donc à la formulation de différentes formes de motivations extrinsèques qui se différencient en fonction du niveau d'autodétermination et d'autorégulation liée à l'action du *self*. La motivation extrinsèque se décline en quatre « régulations » :

- **La régulation externe**, la moins autodéterminée, est liée à une activité sur laquelle s'exerce un fort contrôle extérieur. L'individu agit soit pour satisfaire une demande externe ou une pression sociale, soit pour éviter quelque chose de désagréable telle une punition ou des conflits. Dans le premier cas, il s'agit du motif prescrit d'engagement (53) dans la formation IADE, cependant, si les employeurs effectuent des propositions de financement, ils n'imposent pas un IDE à se former. Dans le second cas, il s'agit du motif dérivatif où un IDE pourrait s'engager en formation IADE pour quitter une mauvaise ambiance de service.
- **La régulation introjectée** qui n'est pas très éloignée de la précédente dans la mesure où ce sont les mêmes pressions externes qui motivent l'individu. Même si ces dernières sont gérées de manière plus autodéterminée par l'individu, il ne va pas jusqu'à les considérer comme faisant partie de lui-même *(du self).* Le comportement est motivé par les incitations et des pressions internes telles que le sentiment de culpabilité, des menaces adressées à l'estime de soi ou au contraire par des compliments qui vont valoriser son ego. Le résultat visé étant la préservation d'une bonne image de soi (48). Par exemple, **un IDE s'engage en formation IADE pour se prouver ou à autrui qu'il est capable de réussir.**
- **La régulation identifiée** est une motivation qui se démarque des deux formes précédentes. Le comportement n'est plus déclenché par une pression extérieure au *self* mais relève du self lui-même. Elle est donc autodéterminée et s'associe à une activité choisie dont l'individu identifie les résultats à la réalisation d'objectifs de vie ou de valeurs, sans que ceux-ci occupent une place centrale dans le concept de soi. Par rapport à un choix de vie, un(e) IDE pourrait souhaiter être IADE dans le **but d'obtenir de meilleures conditions de vie** (horaires moins décalés, rythmes de travail physiquement moins éprouvants, moins de week-ends). Pour poursuivre dans ce motif instrumental d'engagement, l'IDE pourrait percevoir **une possibilité plus facile de mobilité professionnelle ou une variété d'exercice (SMUR, SSPI ou BO).** Il pourrait être motivé aussi par le motif économique **de percevoir une meilleure rémunération.**

  Par ailleurs, dans le cadre d'une régulation identifiée, le comportement est déclenché car l'individu estime qu'il a du sens, qu'il est valorisé et reconnu correspondant à quelque chose d'important et de valable pour lui (48). Le fait de devoir se former durant 2 ans et développer certaines compétences, l'IDE peut espérer **être mieux reconnu par les corps médical et paramédical.** Il peut imaginer aboutir à un **travail en collaboration permanente avec le MAR fondée sur la confiance mutuelle**. D'autre part, la spécialisation pourrait motiver l'IDE à **avoir le sentiment d'appartenir à un corps professionnel identifié** (exclusivité de compétences). Enfin, il peut **avoir l'envie de progresser dans l'échelle socioprofessionnelle** par l'obtention du DE et du grade Master.

- **La régulation intégrée** constitue la forme la plus autodéterminée de la motivation extrinsèque. Elle fait référence à toutes les valeurs, buts et besoins de l'individu qui définissent la nature même du *self*. A ce niveau, les différentes identifications sont intégrées en un tout cohérent qui permet à l'individu de développer le « sens de soi », au cœur de ce qui le définit comme individu. Ce dernier s'engage spontanément dans des activités qui sont liées à la réalisation de lui-même. Ici, il pourrait s'agir d'un IDE qui se réalise lorsqu'il **est confronté aux situations d'urgences-réanimation** dans la mesure où son métier prend tout son sens à prendre soin de patients les plus démunis. L'IADE pouvant être souvent amené à se confronter à de telles situations dans son exercice, l'IDE souhaite s'en approcher d'autant que la spécialisation lui permettra d'enrichir ses compétences dans ce contexte d'urgences-réanimation.

3.2.2.3. La motivation intrinsèque

D'après Deci et Ryan (2002), la motivation intrinsèque est le prototype de l'autodétermination et représente un engagement par intérêt et plaisir de pratiquer l'activité en elle-même (52). Un IDE pourrait souhaiter devenir IADE **par intérêt pour l'AR** (motif épistémique) ou pour **le plaisir de travailler dans l'environnement technique que représente le BO** (motif hédonique). **Le travail en équipe interprofessionnelle** au BO (motif socio-affectif) peut être également une source de motivation intrinsèque. Pour Vallerand et *al*., la motivation intrinsèque se traduit par un sentiment de réalisation de soi, de développement de connaissances ou de stimulation émotionnelle (48). L'IDE peut aussi avoir envie d'**évoluer,** se réaliser par **l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences** dans un but d'**avoir plus d'autonomie et de responsabilités**.

Malgré la présence de solides motivations, les IDE peuvent émettre certaines hésitations. Ces dernières sont pourtant nécessaires voire même déterminantes dans la maturation du choix, dès lors qu'elles l'amènent à se questionner et à peser le pour et le contre dans cet investissement.

D. LES HESITATIONS

1. Définition

L'hésitation se définit comme un état d'incertitude ou de crainte qui retarde le moment d'une action, d'une décision (54). Les hésitations s'apparentent à une réaction naturelle qui vise à anticiper et se protéger du déséquilibre que peut engendrer le changement de vie professionnelle. En effet, le changement peut susciter chez l'individu de l'anxiété liée au passage d'un état connu à un état inconnu. Les origines des hésitations peuvent être individuelles, collectives et liées à la mise en œuvre du changement.

2. Les origines de l'hésitation

2.1. Origines individuelles

Ses origines individuelles peuvent être multiples :

- **L'intérêt personnel** : lors d'un changement organisationnel, la personne se concentre avant tout sur ses intérêts personnels. Si ceux-ci sont menacés (évolution professionnelle, conditions de travail), la personne aura tendance naturellement à hésiter. Les contraintes du métier d'IADE imposant des **gardes de nuit ou de week-end** peuvent freiner l'envie de se former. Cependant, la perspective de telles contraintes n'est pas une découverte pour un IDE … Par ailleurs, il existe **un haut degré de responsabilité de l'acte anesthésique : les possibles conséquences morales, judiciaires (procès, condamnation)** pourraient induire des craintes.
- **Le manque de confiance en soi ou la peur de ne pas être compétent** peut inhiber la motivation à s'investir dans ce que propose le changement. Ainsi, **la perspective d'une formation de deux années difficiles, à haut degré d'exigence,** peut être source de remise en question devant la crainte de l'inconnu et de ne pas être en capacité de suivre la formation.

2.2. Origines collectives

Parmi les origines collectives, nous pouvons retrouver les points suivants :

- **Des conflits entre membres d'une organisation** : l'IDE peut imaginer vivre en tant qu'IADE des relations parfois conflictuelles avec les chirurgiens et/ou les MAR.
- **La difficulté de quitter ses collègues de travail** : l'IDE faisant partie d'une équipe de soins, il peut être difficile pour lui de partir de son service au vu de ses liens socio-affectifs.

2.3. Origines liées à la mise en œuvre du changement

La mise en œuvre du changement par la formation peut faire hésiter pour ces raisons :

- **La manière de mettre en place le changement** : devenir IADE passant par la case obligatoire de la « formation », l'IDE **passe d'un statut de professionnel reconnu dans un service de soins à un statut d'étudiant**. Ce nouveau statut peut s'avérer difficile à vivre et être perçu comme un manque de reconnaissance durant la formation.
- **Des raisons financières et/ou familiales** : La formation IADE peut engendrer des contraintes financières par perte de salaire mais aussi des contraintes familiales avec le devoir de travailler le soir et le week-end… Être moins disponible pour sa famille nécessite la construction d'un accord fort avec le (la) conjoint(e) et les enfants qui peuvent alors devenir de puissants soutiens par l'image positive qui sera renvoyée.

PROBLEMATIQUE PRE-EXPLORATOIRE

Au vu d'une bibliographie inexistante, nous allons tenter de répondre à la question de départ en lien avec l'ensemble des concepts étudiés et les hypothèses formulées dans le cadre théorique par l'intermédiaire d'une enquête de novo.

Concernant le profil des candidats, nous émettons l'hypothèse que l'environnement social et notamment la socialisation professionnelle en fonction de leur lieu d'exercice, influencent le choix de l'IDE à se spécialiser. Nous supposons également qu'il peut exister des similitudes en cas d'études universitaires antérieures à la formation initiale à l'IFSI avec une probable prédominance d'études en PACES. L'ensemble de ces caractéristiques associées aux données sur le sexe, l'âge et le baccalauréat, mettraient en évidence des traits communs au profil des candidats.

Par ailleurs, concernant les déterminants du choix, nous étudierons dans un premier temps les représentations de l'IADE par les candidats. Nous supposons mettre en évidence la théorie du noyau central en supposant que, comme nous l'avons avancé dans le cadre théorique, les IDE se représentent le métier d'IADE comme principalement technique associé à la nécessité d'acquisition de compétences spécifiques mais avec une dimension relationnelle moins représentative du métier.

Concernant le 2ème déterminant du choix, à savoir, les motivations pour devenir IADE, nous supposons, en nous appuyant sur la théorie de Decci et Ryan, qu'elles tendent vers un degré élevé d'autodétermination.

Enfin, dans la mesure où l'IDE est un professionnel avec un statut reconnu, nous présumons que revenir à un statut d'étudiant et la perspective d'une formation de 2 ans à haut degré d'exigence peuvent constituer les principales sources d'hésitations à s'engager dans la formation et devenir IADE.

IV. ENQUETE PRE-EXPLORATOIRE : « POURQUOI AVOIR CHOISI LA SPECIALISATION D'IADE ? »

A. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude multicentrique, observationnelle, transversale, anonyme et auto-déclarative.

1. Objectif de l'enquête

L'objectif principal était d'analyser les déterminants qui poussent les IDE à choisir la spécialisation d'IADE. Nous avons tenté de répondre à cette question en enquêtant sur leur expérience professionnelle, leur contexte familial, et surtout sur leurs représentations de l'IADE avant de faire leur choix mais aussi sur les motivations qui l'ont poussé à le faire.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Population cible

La population cible était représentée par les candidats se présentant au concours de sélection d'IADE ainsi que les étudiants 1ère année qui avaient commencé leur formation le 1er octobre 2015 dans les écoles IADE rattachées aux CHU de Caen (11 étudiants), Rouen (15 étudiants), Rennes (26 étudiants), Brest (21 étudiants), Nantes (19 étudiants), Montpellier (18 étudiants), Toulouse (25 étudiants) et de la Pitié salpêtrière (93 étudiants).

Concernant les candidats au concours de sélection, seule l'école de Caen a accepté de solliciter l'ensemble des 40 inscrits. L'école de la Pitié salpêtrière a autorisé la participation de ses 113 candidats qui ont suivi la préparation au concours. Ainsi, notre population cible était constituée de 228 étudiants et de 153 candidats inscrits au concours soit au total 381 personnes interrogées.

2.2. Questionnaire d'enquête

Le recueil de données s'est effectué à partir d'un questionnaire élaboré à partir de 3 sources :

- Etude menée du 7 juillet au 1er septembre 2014 dans le cadre d'une thèse intitulée « Pourquoi choisir la spécialité AR après ECN ? » (Dr Peyrache)
- Sources bibliographiques
- Echanges avec des IADE et des MAR intervenant au sein de l'école d'IADE et du pôle d'Anesthésie-Réanimation du CHU de Caen.

Il est composé de 31 questions réparties en 5 sections (**Annexe 2**) :

- La 1° section visait à caractériser le profil de l'enquêté : sexe, âge, parcours d'études, parcours professionnel et contexte familial.
- La 2° section visait à étudier les données relatives au concours : notamment le nombre de tentatives au concours, le suivi d'une préparation au concours et la demande de financement.
- La 3° section visait à évaluer leurs motivations pour devenir IADE. Pour ce faire, nous leur avons demandé d'exprimer leur accord ou leur désaccord pour chaque motivation, permettant d'obtenir une proportion d'accord pour chaque motivation ainsi qu'une hiérarchisation de ces motivations.
- La 4° section visait à évaluer les hésitations qui ont pu freiner leur choix à se spécialiser par l'intermédiaire d'une question à choix multiples
- La 5° section visait à évaluer les représentations du métier d'IADE en utilisant une question avec plusieurs représentations évaluées selon la même méthode décrite plus haute (dans la 3°section des motivations) ainsi qu'une question à choix multiples.
- Le questionnaire comprenait également des questions en texte libre (**Annexe 3**).

2.3. Moyen de diffusion du questionnaire et de collecte des résultats

Le questionnaire a été rédigé à l'aide du logiciel en ligne SURVEYMONKEY® comprenant à la fois des outils pour gérer la diffusion du questionnaire par voie électronique (lien web), ainsi que pour collecter et traiter les données. Le lien web menant au questionnaire a été diffusé à l'ensemble des enquêtés entre le 1er mars et le 1er mai 2016 par le biais des différents formateurs de chaque école après accord de leur direction.

2.4. Analyses statistiques

Les différentes données collectées ont fait l'objet d'un traitement statistique utilisant à la fois les outils intégrés du logiciel SURVEYMONKEY ainsi que le logiciel Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Redmond, USA) pour les variables qualitatives exprimées en effectif et proportion [n(%)]. D'autre part, le logiciel SPSS IBM a permis l'évaluation des variables quantitatives : moyenne (+/- écart type) ou médiane [Q3-Q1] selon le type de distribution observée, minimum et maximum.

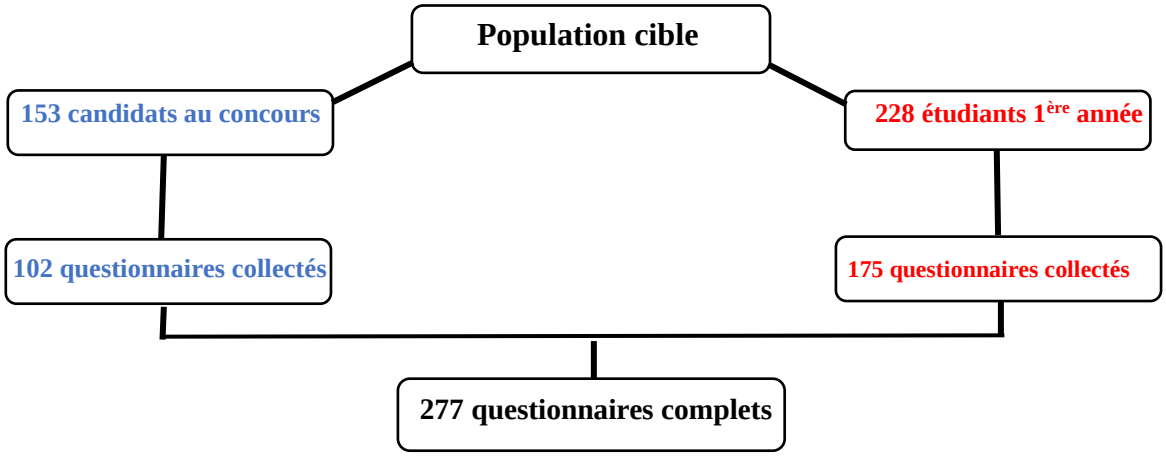
L'ensemble de cette analyse statistique a été supervisé par Docteur Morello, responsable de l'Unité de biostatistique et recherche clinique du CHU de Caen et par son assistante, Docteur Pham.

B. RESULTATS

1. Population

277 personnes ont répondu à l'enquête (**figure 1**). Parmi elles, 102 sont candidats au concours (37%) et 175 sont étudiants 1ère année (63%).

Figure 1 : Nombre de questionnaires collectés auprès des candidats au concours et étudiants 1ère année



Les candidats au concours et les étudiants en début de 1ère année ont participé à l'enquête dans les mêmes proportions : respectivement 71% et 77%. Sur l'ensemble, le taux de participation est de 74%. La répartition des répondants sur l'ensemble des CHU est présentée dans le **tableau I**.

Tableau I : Participation (%) des différents CHU à l'enquête.

CHU	n	%
Caen	44	15,9%
Rouen	15	5,4%
Rennes	26	9,4%
Brest	14	5,1%
Nantes	15	5,4%
la Pitié Salpêtrière	143	51,6%
Toulouse	8	2,9%
Montpellier	12	4,3%

La répartition par sexe montrait une forte représentation féminine : respectivement 176 femmes (63,5%) et 101 hommes (36,5%). L'âge moyen des enquêtés était de 32 ± 5 ans avec une prédominance des classes de 26-29 ans et de 30-34 ans, respectivement 35% et 36,5%. Par rapport au type de baccalauréat, plus de 75% ont un bac scientifique (bac S) ou technologique, respectivement 50,2% et 26,4%. Ils sont 44,8 % à avoir effectué des études universitaires avant la formation infirmière initiale réparties respectivement comme suit : PACES (19,1%), autres études scientifiques (12,3%) et études non scientifiques (13,4%). L'ensemble des caractéristiques de la population sont présentées dans le **tableau II**.

Concernant l'environnement familial, seuls 22,7% des personnes interrogées ont des parents proches (parents, grands-parents, frère/sœur) pratiquant une profession médicale ou paramédicale et dont seulement 9% d'IDE, 3,6% d'IADE et 0,4% de MAR.

En ce qui concerne leur environnement professionnel, près de 80% des infirmiers interrogés proviennent du secteur public avec respectivement 52,7% du CHU et 28,5% en CH. Pour 88% des candidats, le centre de formation (souhaité ou actuel) se situe au plus près de leur établissement d'origine. Relatif à leur statut, 84% des infirmiers étaient titulaires. Les groupes des 26-29 ans et 30-34 ans représentaient 72% des effectifs. 31% et 44% avaient respectivement entre 2,5 et 5 et entre 5 et 10 années d'exercice infirmier au moment de l'inscription au concours. Près de 75% des candidats exerçaient dans les secteurs d'urgences/SMUR (23%) et de réanimation (50%). Parmi les circonstances ayant motivé l'intérêt à la spécialisation IADE, 47,7% avaient évoqué les rencontres ou échanges avec des professionnels tandis que 20% et 22% respectivement avaient signalé une situation d'urgence-réanimation et un stage (ou travail) au BO. En cas d'échanges ou rencontres avec les professionnels, ces derniers étaient à 82% des IADE et 11% des MAR.

Tableau II : Caractéristiques de la population cible

Données générales			
Genre, n (%)	*Masculin*	101	(36,5)
	Féminin	176	(63,5)
Age (ans)	Moyenne+/- écart type [extrêmes]	32 ± 5	[24-55]
Classes d'âge, n (%)	< 26 ans	14	(5,1)
	26-29 ans	98	(35,4)
	30-34 ans	101	(36,5)
	35-39 ans	40	(14,4)
	≥40 ans	24	(8,7)
Baccalauréat, n (%)	Bac S	139	(50,2)
	Bac Technologique	73	(26,4)
	Autres Bacs	65	(23,4)
Etudes universitaires avant IFSI, n (%)	PACES	53	(19,1)
	Autres études scientifiques	34	(12,3)
	Etudes non scientifiques	37	(13,4)
Absence d'études universitaires avant IFSI, n (%)		153	(55,2)
Environnement familial médical/paramédical			
Parents proches pratiquant une profession médicale ou paramédicale, n (%)	Parents médecins	10	(3,6)
	Parents MAR	1	(0,4)
	Parents IADE	7	(2,5)
	Parents IDE	27	(9,8)
	Autre profession paraméd.	18	(6,5)
Parents proches ne pratiquant aucune profession médicale ou paramédicale, n (%)		214	(77,3)
Expérience socio-professionnelle			
Etablissement de soins, n (%)	CHU	146	(52,7)
	CH Public	79	(28,5)
	Etablissement privé	38	(13,7)
	Intérimaire	4	(1,4)
	Sans emploi	10	(3,6)
Etablissement au plus près du centre de formation, n (%)	oui	244	(88,1)
	non	33	(11,9)
Statut, n (%)	Contractuel	20	(7,4)
	Stagiaire	8	(2,9)
	Titulaire	236	(85,2)
	Autofinancement	8	(2,9)
	Demandeur d'emploi	5	(1,8)
Durée d'exercice infirmier à l'inscription au concours, n (%)	< 2,5 ans	9	(3,2)
	[2,5-5 ans [	86	(31,0)
	[5-10 ans [	124	(44,8)
	[10-20 ans [	56	(20,2)
	> 20 ans	2	(0,7)
Secteur de soins le plus exercé, n (%)	Réanimation	147	(53,1)
	Urgences/SMUR	56	(20,2)
	Service de soins médicaux	23	(8,3)
	Service de soins chirurgicaux	14	(5,1)
	Bloc opératoire	12	(4,3)
	SSPI	23	(8,3)
	Psychiatrie	2	(0,7)
« Auriez-vous pu choisir une autre spécialisation ? » , n (%)	oui	35	(12,6)
	non	242	(87,4)
Circonstances ayant motivé l'intérêt à la spécialisation IADE, n (%)	Enseignement à l'IFSI	23	(8,3)
	Rencontres ou échanges avec des professionnels	132	(47,7)
	Une situation d'urgence-réanimation	57	(20,6)
	Un stage ou travail au BO	61	(22,0)
	Lecture (revue professionnelle), films ou séries TV	4	(1,4)
Si rencontres: statut des professionnels, n (%)	MAR	15	(11,4)
	IADE	109	(82,5)
	IDE	8	(6,1)

2. Les candidats et le concours IADE

Concernant le concours, 41% se sont inscrits après conseils d'un professionnel de santé tandis que pour 45% d'entre eux, la lassitude de leur travail IDE a constitué le motif de décision. Une fois le projet d'IADE envisagé, 45% et 38% respectivement ont mis moins de 1 an et moins de 3 ans à s'y inscrire. Notons que 62% d'entre eux et près de 48 % des étudiants ayant obtenu le concours dès la 1ère fois, ont suivi une préparation au concours. En ce qui concerne le nombre de tentatives au concours, près de 70 % ne l'avaient tenté qu'une fois ou le tentaient pour la 1ère fois. En cas d'échec, près de 75% repasseraient ou auraient repassé ce dernier. L'ensemble des données relatives au concours IADE et au financement sont inscrites dans le **tableau III**.

Concernant le financement des études, 86% des candidats avaient fait ou ont fait la demande de financement. Seulement 34% d'entre eux auraient envisagé ou envisageraient d'effectuer les études en cas de refus.

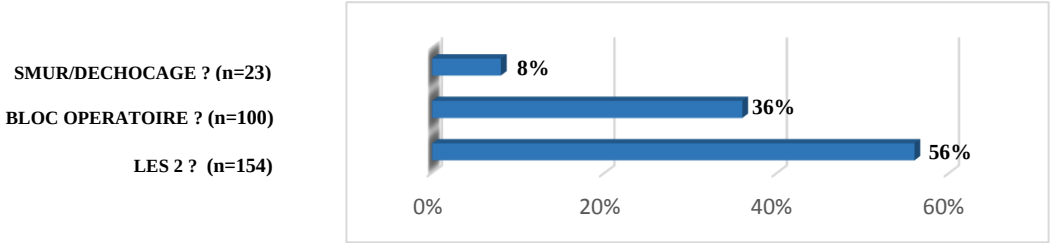
Tableau III : Données relatives au concours et au financement

Données relatives au concours			
Décision de l'inscription au concours, n (%)	Après difficultés ressenties lors d'une PEC d'un patient	9	(3,2)
	Après conseils de professionnels de Santé	115	(41,5)
	Après lassitude dans votre travail IDE	125	(45,1)
	Après conflits récurrents avec vos collègues	10	(3,6)
	Autre	18	(6,5)
Délai d'inscription au concours, n (%)	< 1 ans	124	(44,8)
	< 3 ans	106	(38,3)
	< 5 ans	22	(7,9)
	> 5 ans	23	(8,3)
	> 10 ans	2	(0,7)
Suivi d'une préparation au concours ?, n (%)	Oui	173	(62,5)
	Non	104	(37,5)
Nombre de tentatives au concours (en années), n (%)	1	193	(69,7)
	2	72	(26,0)
	3	12	(4,3)
Nombre d'étudiants ayant suivi une « prépa » et obtenu le concours dès la 1ère tentative, n (%)	oui	55	(48,7)
	non	59	(52,2)
Si échec au concours, quelle solution envisagée ?, n (%)	Je repasse le concours	206	(74,6)
	Je m'oriente vers un DU	7	(2,5)
	Je m'investis dans d'autres domaines	3	(1,1)
	Je change de métier	8	(2,9)
	Je change de service de soins	21	(7,6)
	Je reste dans mon service actuel	31	(11,2)
Données relatives au financement			
Demande d'un financement, n(%)	Oui	238	(85,9)
	Non	39	(14,1)
Si Oui (n=238), études envisagées sans l'obtention de ce financement ?, n (%)	Oui	80	(33,6)
	Non	158	(66,4)

3. Les déterminants du choix

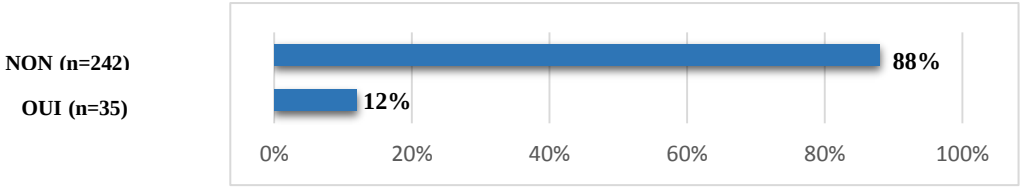
56% des IDE ont choisi la spécialisation d'IADE pour travailler à la fois au BO et au SMUR/Déchocage (**figure 2**). Notons qu'ils sont déjà près de 60 % à avoir une idée où ils veulent exercer plus tard en tant qu'IADE.

Figure 2 : « Avez-vous choisi la spécialisation pour travailler au BO ? SMUR/Déchocage ? Les 2 ? »



88% n'auraient pas pu choisir une autre spécialisation. Parmi les 35 autres IDE, 20, 10 et 5 respectivement auraient pu se diriger vers cadre de santé, puéricultrice et IBODE (**figure 3**).

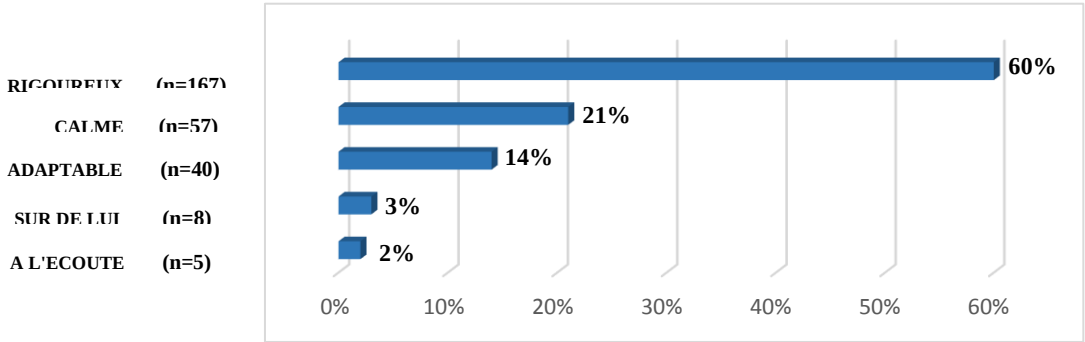
Figure 3 : « Auriez-vous pu choisir une autre spécialisation ? »



Ce choix résultait d'un mélange de représentations du métier IADE, de motivations et parfois d'hésitations.

3.1. Les représentations de l'IADE

Figure 4 : Représentation de l'IADE en « un mot »



En « un mot », l'IADE était un professionnel rigoureux pour 60% des IDE et seulement 2% le percevaient « à l'écoute » (**figure 4**).

Les personnes enquêtées ont évalué l'importance qu'elles donnaient aux différentes représentations du métier d'IADE proposées dans la 5° section de ce questionnaire **(figure 5)**. La spécialisation d'IADE était, en premier lieu, représentée comme un métier technique (99,3%). En 2ème position dans le classement, la mise en pratique de compétences plus spécifiques (ventilation, hémodynamique, etc.) constituait une représentation notable (94,2%) suivie d'une meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient sur prescription médicale anesthésique ou protocole (90,6%).

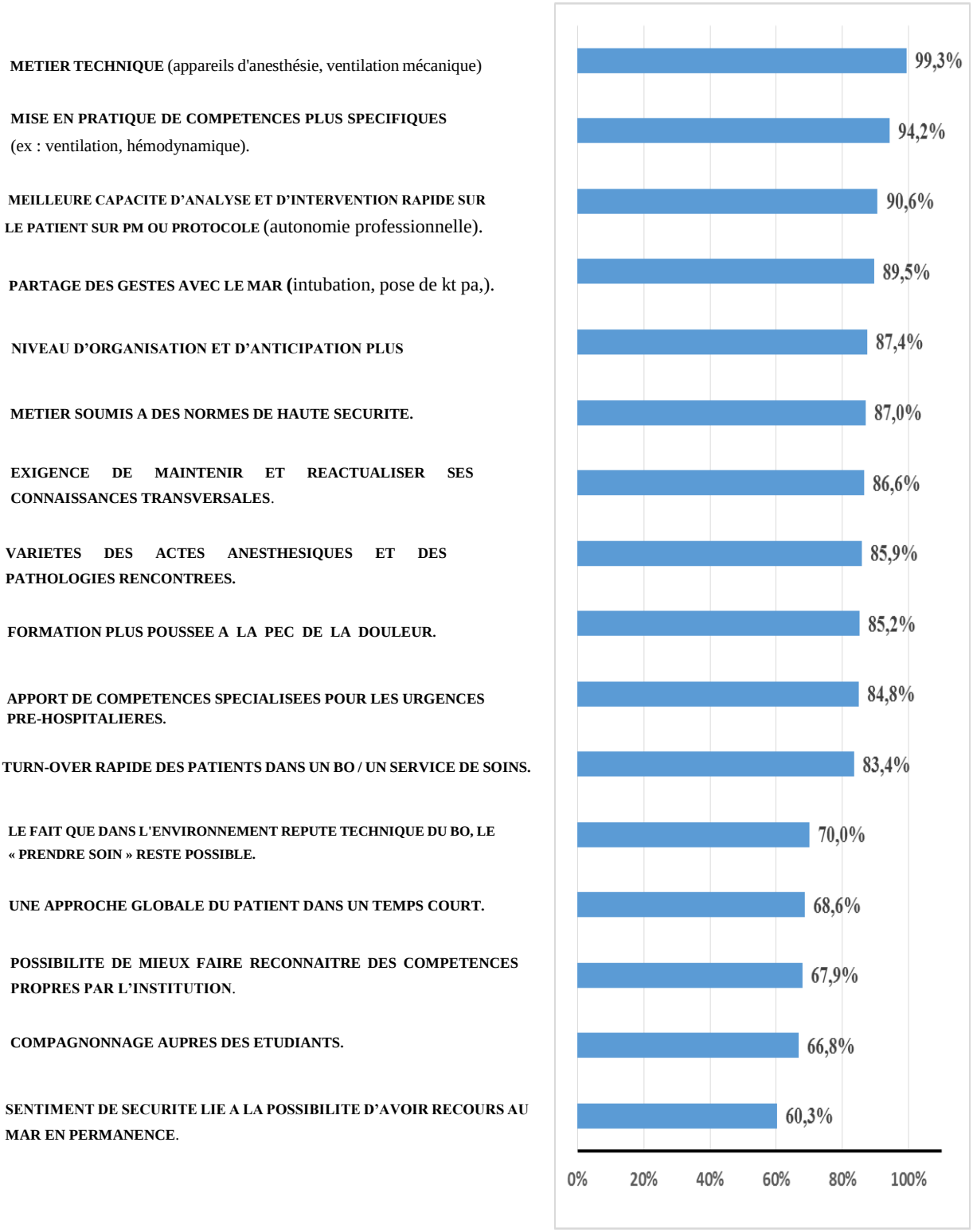
Ensuite, revenaient des notions relatives à la technicité : le partage des gestes techniques avec le MAR (89,5%), un métier à un niveau d'organisation plus élevée (87,4%) et soumis à des normes de sécurité (87,0%). Plus éloignée, la variété des actes anesthésistes et des pathologies rencontrées restait néanmoins une représentation marquante pour les enquêtés (85,9%). Pour finir avec cet aspect technique, le turn-over des patients au BO par rapport à un service de soins est une caractéristique moins représentée du métier (83,4%).

En lien avec les représentations des compétences de l'IADE, nous retrouvons l'exigence de maintenir et réactualiser ses connaissances transversales (86,6%) ; puis un peu plus loin, la formation plus poussée à la prise en charge de la douleur (85,2%) et l'apport de compétences spécialisées pour les urgences pré-hospitalières (84,8%). Par contre, la reconnaissance de ces compétences propres par l'institution ne semble pas être une dimension représentative du métier aux yeux des enquêtés (67,9%).

La dimension relationnelle, notamment le « prendre soin » dans l'univers réputé technique du BO (70,0%) ainsi qu'une approche globale du patient dans un temps court (68,6%), est une composante plus éloignée du métier aux yeux des personnes interrogées. Enfin, le compagnonnage des étudiants (66,8%) et le sentiment de sécurité lié à la possibilité d'avoir recours à un MAR en permanence (60,3%) sont les aspects les moins représentatifs du métier.

Parmi les commentaires libres (**Annexe 3**), certains IDE ont néanmoins mis en avant le « *relationnel important /anxiété et douleur du patient (adulte ou enfants)* » ainsi qu' *« un seul patient en charge donc optimisation de la prise en charge. »*. Un autre a souligné *la « réflexivité et adaptabilité du métier aux situations dynamiques d'anesthésie* ».

Figure 5 : Classement des représentations en fonction du taux d'accord de la population (n=277)



3.2. Les motivations

Les enquêtés ont évalué l'importance qu'elles donnaient aux différentes motivations pour devenir IADE, proposées dans la 3° section de ce questionnaire (**Annexe 2**). Hormis pour le fait de travailler en équipe inter-professionnelle (86,3%) et le plaisir de travailler dans l'environnement technique du bloc opératoire (85,6%), les motifs de la motivation intrinsèque étaient les plus représentés dans le classement des motivations (**figure 6**). En premier lieu, les IDE étaient motivés dans le choix de cette spécialisation par le fait d'évoluer par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences (99,3%). L'intérêt pour la spécialité de l'AR était aussi un aspect décisif (98,2%). Venait ensuite l'envie d'avoir plus de responsabilité et d'autonomie (94,2%).

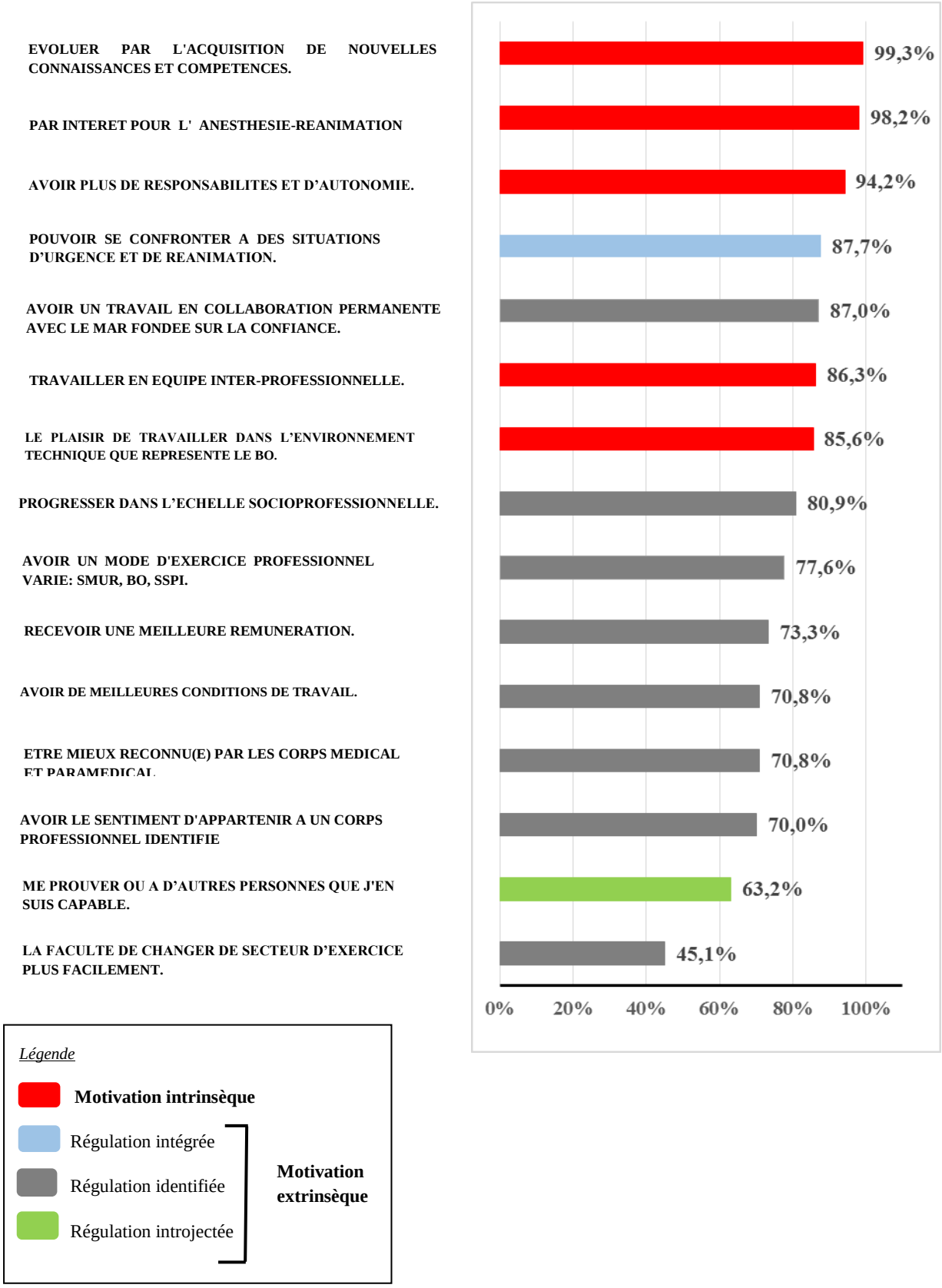
Dans la continuité du classement, étaient représentées ensuite les différentes régulations de la motivation extrinsèque. Le fait de pouvoir se trouver confronté à des situations d'urgences-réanimation dans ce métier, hypothèse posée dans cette enquête comme un motif de régulation intégrée, représente effectivement un attrait marquant pour les enquêtés (87,7%).

Venaient ensuite les nombreux motifs classés ici dans la régulation identifiée de la motivation extrinsèque. Avoir un travail en collaboration permanente avec le MAR fondée sur la confiance, constituait également un intérêt manifeste (87,0%). De façon moins marquée, les enquêtés mettaient également en avant la progression dans l'échelle socioprofessionnelle (80,9%) et le fait d'avoir un mode d'exercice professionnel varié : BO, SMUR, SSPI (77,6%). Recevoir une meilleure rémunération (73,3%), avoir de meilleures conditions de travail (70,8%), obtenir une meilleure reconnaissance par le corps médical et paramédical (70,8%) et avoir le sentiment d'appartenir à un corps professionnel identifié (70,0%) constituaient des motivations de second ordre. La faculté de changer de secteur d'exercice plus facilement n'était pas un argument décisif pour s'engager dans la voie de la spécialisation d'IADE (45,1%).

Enfin, relatif au motif de régulation introjectée, le fait de se prouver, à soi-même ou à autrui, était également faiblement associée à la motivation (63,2%).

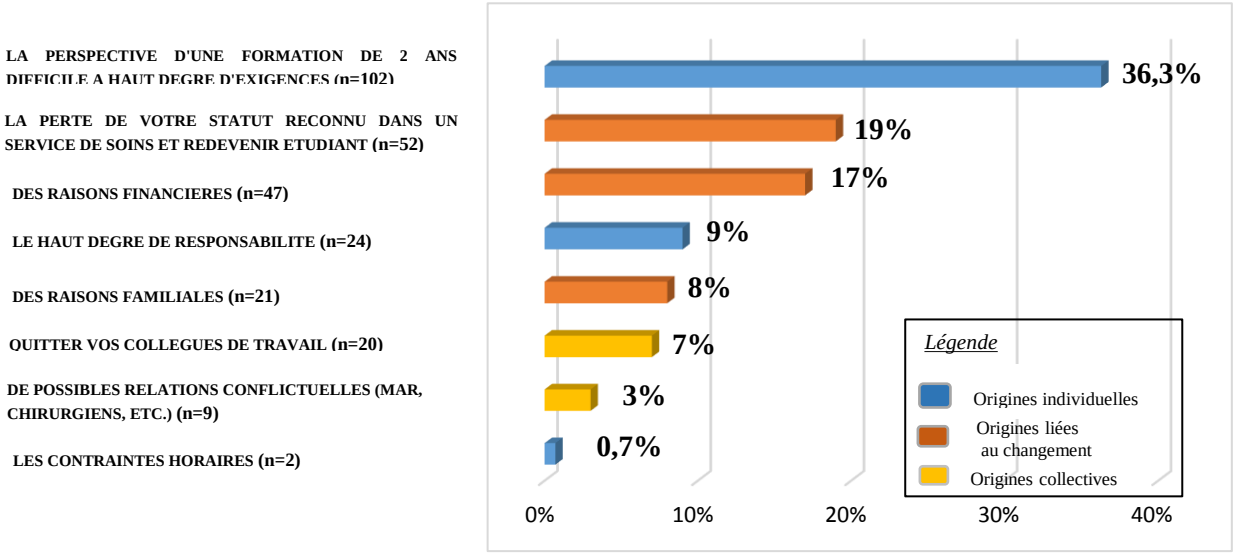
Parmi les commentaires libres (**Annexe 3**), certains IDE avaient surtout souligné l'attractivité de l'universitarisation de la nouvelle formation IADE permettant d'*« avoir l'équivalence master pour une éventuelle reconversion si besoin »*.

Figure 6 : Classement des motivations en fonction du taux d'accord de la population (n=277)



3.3. Les hésitations

Figure 7 : Classement des hésitations en fonction de leur origine



La **figure 7** représente le classement des hésitations pouvant être ressenties par les IDE confrontés lors de leur choix. La perspective d'une formation difficile à haut degré d'exigences constituait la source d'hésitation d'origine individuelle, la plus notable pour 36% des enquêtés. Dans ce contexte de formation orchestrant un changement de vie, venaient ensuite le passage d'un statut reconnu dans un service de soins au statut d'étudiant (19%), des raisons financières (17%) et familiales (8%). En lien aux origines collectives, 7% et 3% respectivement des IDE interrogés avaient hésité à l'idée de quitter leurs collègues de travail et d'être confronté à de possibles relations conflictuelles (MAR, chirurgiens, etc.). En ce qui concerne les autres origines individuelles, 9% et seulement 0,7% respectivement ont eu quelques doutes sur leur choix en lien au haut degré de responsabilité et aux contraintes horaires.

C. DISCUSSION

La jeune spécialisation paramédicale d'IADE, qui a nécessité du temps et des luttes pour être reconnue en tant qu' « exclusive dans l'exercice de l'AR » connaît une recrudescence de candidatures depuis la réforme de la formation en 2012 (32).

Cette étude a donc permis de montrer que les déterminants du choix des professionnels IDE, étaient multiples et prenaient racine dans les représentations (qu'avaient les IDE de cette spécialisation), les motivations (qui les poussaient à s'engager dans cette direction), les hésitations (qui font parties intégrantes du choix) mais aussi dans le parcours d'études et l'expérience professionnelle infirmière.

1. Profil des candidats

La forte représentation féminine, la prédominance des deux classes d'âge 26-29 et 30-34 ans ainsi que l'âge moyen des enquêtés coïncident avec les enquêtes nationales (33) (4).Toutefois, nous ne retrouvons pas la tendance observée dans la littérature sur un rajeunissement des candidats associé à une baisse de l'expérience professionnelle depuis la réingénierie de la formation (32) (4). En effet, si leurs résultats en 2014 ont montré une augmentation des candidats de moins de 30 ans avec une prédominance d'une durée d'exercice IDE de 2,5 à 5 ans, les données de notre enquête révèlent que la classe d'âge 30-34 ans et la durée d'exercice IDE de 5 à 10 ans restent au contraire les plus présentes.

Concernant le parcours d'études, nos résultats confirment la forte proportion des titulaires du baccalauréat scientifique et technologique mais de manière plus marquée que les deux enquêtes citées précédemment. Parmi les études universitaires antérieures à l'IFSI effectuées par moins de la moitié d'entre eux, prédomine la première année de médecine (PACES), débutée par presque 20% des enquêtés. La proximité du binôme MAR/IADE peut expliquer le choix de se rapprocher du médecin et « toucher du doigt » ce métier par le partage de certains actes techniques.

Par ailleurs, à l'image des données nationales (4), l'environnement familial proche des enquêtés ne comptait qu'une faible proportion de professionnels de l'AR : 3,6% d'IADE et 0,4% de MAR. Ainsi, le contexte familial n'influence pas leur choix de se spécialiser.

Par contre, nous avons observé que l'environnement professionnel avait un impact sur le choix des candidats. En effet, nous pouvons déjà constater qu'une très forte majorité des IDE étaient titulaires dans le secteur public, principal initiateur de formation grâce à la formation continue ou la promotion professionnelle (4). L'accès à un financement constitue un déterminant du choix dans la mesure où 66% des enquêtés ayant fait sa demande, déclarent ne pas pouvoir faire la formation sans ce dernier. Par ailleurs, il semble exister un lien notable entre le lieu principal d'exercice infirmier et l'intérêt pour la spécialisation IADE. De fait, ils sont une majorité à révéler que ce dernier est né grâce au fruit d'une rencontre avec un membre d'une équipe d'AR que les services de soins les plus représentés de réanimation, d'urgences/SMUR et du bloc opératoire (BO) les amènent à côtoyer. Parmi ces derniers, 82% étaient des IADE et 11% des MAR. Yann Faure indique dans ses travaux que les MAR entretiennent un discours très positif sur leur spécialité (2), pouvant entrainer un engouement pour les professionnels IDE. De même, la proportion considérable des échanges avec les IADE suscitant l'attrait, prouve que ces derniers savent promouvoir leur spécialisation. Au final, ils sont plus de 40% à avoir pris la décision de s'inscrire

au concours suite à des conseils de ces professionnels signifiants à leurs yeux, qui reconnaissent leur capacité à suivre la formation IADE. L'ensemble de cette analyse vient confirmer les hypothèses relatives au profil des candidats.

2. Les déterminants du choix

2.1. Les représentations de l'IADE

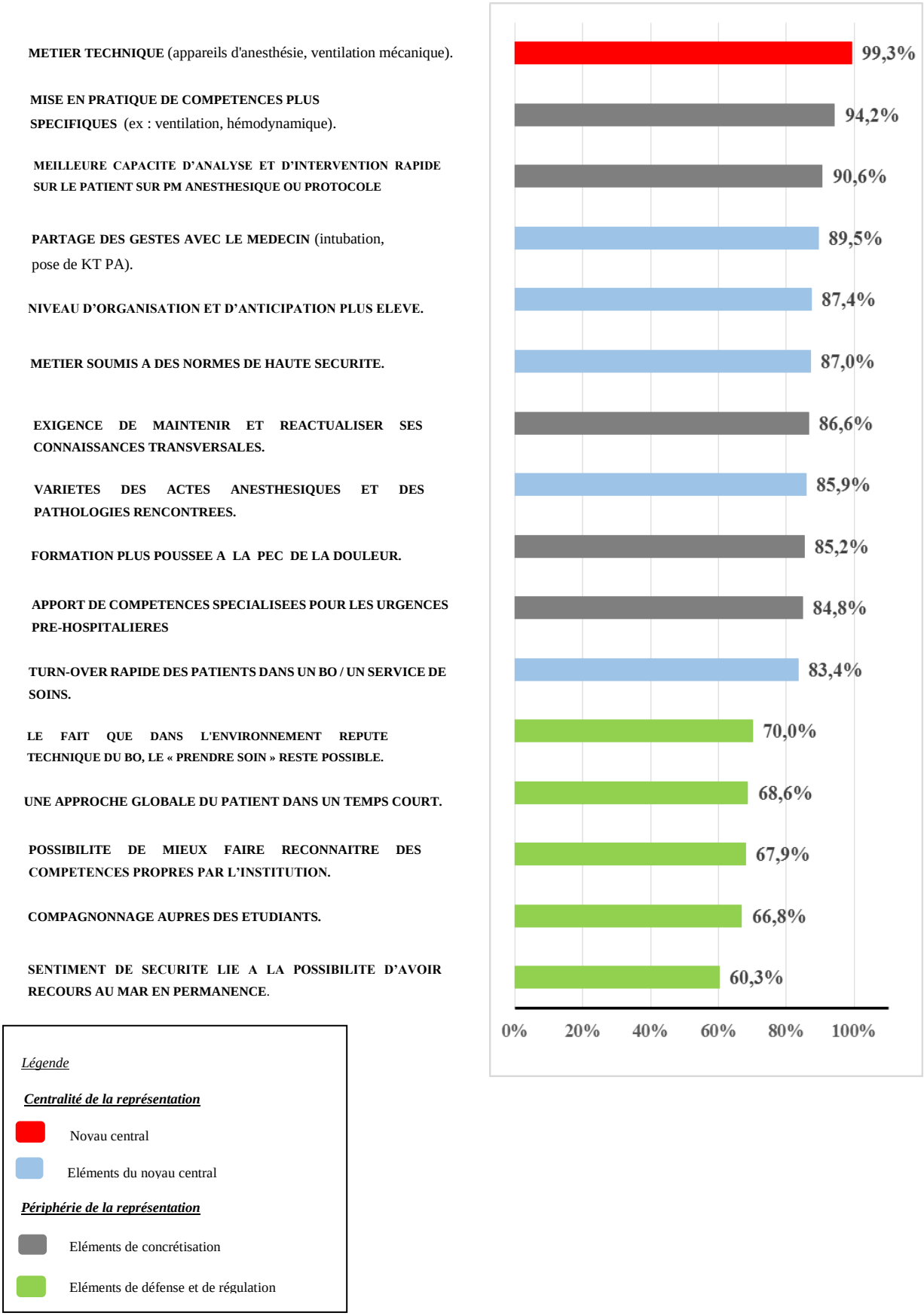
Concernant les représentations de l'IADE, les résultats viennent également confirmer en partie l'hypothèse relative à la théorie du noyau central (55). En effet, l'attrait pour la technicité constitue la plus forte représentation du métier justifiant sa place de noyau central de la représentation d'IADE (**figure 8**). Cette attirance peut s'expliquer par les travaux de l'ethnologue Anne Vega sur les IDE hospitalières, qui ont démontré la valorisation des infirmières techniciennes où perdure l'image gratifiante de la collaboration médicale (29).

Associés à cette technicité « centrale », le partage des gestes techniques, les normes de gestion des risques et de haute sécurité ainsi que la variété des actes anesthésiques et des pathologies rencontrées constituent les éléments de ce noyau central. Seul le turn-over des patients engendrant une charge émotionnelle moindre ne constitue pas une représentation notable aux yeux des enquêtés. La méconnaissance de l'organisation d'un BO peut expliquer ce résultat.

Concernant les éléments périphériques de la représentation, la place prépondérante des compétences de l'IADE dans les représentations des enquêtés, notamment la mise en pratique de compétences plus spécifiques et une meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient sur prescription médicale, révèlent leurs fonctions de concrétisation proches du noyau central. En effet, l'univers technique passe nécessairement par une formation et l'acquisition de compétences. Par contre, la reconnaissance de ces compétences n'est pas un aspect représentatif pour les enquêtés qui ont probablement eu connaissance des récentes revendications des IADE.

Enfin la dimension relationnelle du « prendre soin » dans l'univers réputé technique du BO, est une composante plus éloignée du noyau central de la représentation témoignant de sa fonction de régulation et de défense du système périphérique. Les commentaires libres mettent en évidence la disparité et l'individualité de la dimension relationnelle du métier (**Annexe 3**). S'engagent-ils pour se rapprocher du modèle médical très valorisé au détriment de leur rôle propre du « prendre soin » ? Ou bien sont-ils résignés par leurs conditions d'exercice infirmier qui ne leur permettent pas de « prendre soin » ? Finalement, l'IADE n'est-il qu'à leurs yeux, un simple technicien ?

Figure 8 : Classement des représentations en fonction du taux d'accord de la population (n=277)



2.2. Les motivations

Concernant leurs motivations pour devenir IADE, les résultats vont en faveur de l'hypothèse émise à savoir qu'elles tendent vers un degré élevé d'autodétermination.

En effet, les motifs de la motivation intrinsèque sont situés au sommet du classement. En premier lieu, le fait d'évoluer par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences rejoint la décision de presque la moitié des IDE à s'inscrire au concours suite à une lassitude de leur métier. L'intérêt notable pour l'AR est aussi révélateur de cette autodétermination : 88% ne pourraient pas choisir une autre spécialisation. De plus, le besoin marquant d'obtenir plus d'autonomie va dans le sens de la théorie de l'autodétermination (TAD) (48). Le manque d'autonomie est récurent dans les propos des IDE et certains souhaitent se diriger vers ce métier qui en donne davantage à priori. Par contre, les motivations intrinsèques de travailler en équipe interprofessionnelle et de prendre plaisir à travailler au BO ne constituent pas un attrait majeur. Cependant, pouvons-nous penser à avoir du plaisir à travailler dans un lieu d'exercice inexploré ? De même, nous pourrions également supposer que la méconnaissance du métier d'IADE et l'imaginaire d'un professionnel travaillant « seul » ne permettent pas de percevoir ce travail d'équipe bien que ce besoin de relations sociales soit essentiel aux yeux des auteurs de la théorie de TAD.

Conformément à cette théorie, les motifs de la motivation extrinsèque font suite à la motivation intrinsèque en respectant l'ordre de ces quatre régulations et commençant par « la confrontation aux situations d'urgences », motif de régulation intégrée. La confrontation aux situations d'urgences peut en effet, leur permettre de se réaliser dès lors que leur métier prend tout son sens à prendre soin de patients dans les situations cliniques les plus précaires.

Viennent ensuite les motifs de la régulation identifiée, notamment ce « besoin de collaboration avec le MAR basée sur la confiance ». Les autres motifs de cette régulation paraissent secondaires aussi bien pour le besoin de reconnaissance que pour le sentiment d'appartenir à un corps identifié qui, pourtant, leur permettra une pratique exclusive de l'AR. Avons-nous réellement conscience d'entrer dans ce corps identifié avant de rentrer à l'école IADE ?

Pour conclure, leurs fortes motivations s'illustrent par le court délai d'inscription au concours une fois le projet d'IADE initié, mais aussi par la forte proportion d'entre eux à demander et/ou suivre une préparation au concours. Cette dernière est une aide indéniable. Pour autant, un candidat sur deux ayant réussi le concours dès la première fois, y a participé.

2.3. Les hésitations

Au vu d'une formation rendue plus difficile liée à l'obtention d'un grade master, il parait logique de la craindre. « Vais-je être assez compétent ? Vais-je pouvoir réussir à supporter ce nouveau statut d'étudiant et perdre certains repères professionnels ? »

PROBLEMATIQUE EXPLORATOIRE

Le cadre théorique a permis de montrer que les déterminants du choix des professionnels IDE étaient multiples et prenaient racine d'une part dans le parcours d'études et l'expérience professionnelle infirmière. D'autre part, les enquêtés ont choisi la spécialisation d'IADE selon des représentations centrées sur l'attrait de la technicité et des motivations à fort degré d'autodétermination.

En 2012, la revue Temporalité a publié l'article « *les rythme contradictoires* » (57) issu d'une étude comparative entre la France et le Québec sur une autre catégorie socio-professionnelle : les aides-soignantes. Son auteur Françoise Aubry y traduit précisément un écart entre leurs espoirs exprimés avant la formation et leurs conditions réelles d'exercice une fois diplômés. En effet, ces dernières, en début de formation, attendent beaucoup du relationnel avec le patient d'autant plus compréhensible qu'elles ne peuvent pas être valorisées par un investissement technique. Cependant, lorsqu'elles travaillent en EHPAD une fois diplômées, elles doivent intégrer des normes collectives de rythmes de travail et voient leurs champs de compétences restreint par des injonctions contradictoires : elles doivent aller très vite entre deux soins et aimeraient aller moins vite pour collaborer une toilette avec le patient. La réalité du « prendre soin » les déçoit professionnellement. Certaines nouvelles recrues peuvent être amenées à subir une souffrance éthique consécutive au fait d'accomplir des actes moralement condamnables pour parvenir à respecter les normes temporelles. Leurs motivations initiales peuvent se retrouver également modifiées. Il existe donc un écart entre leurs représentations initiales qui ont rendu leur métier imaginé et celles une fois sur le terrain qui leur font perdre une forme d'illusion.

Nous pouvons aussi supposer qu'il peut exister un écart entre les représentations qu'un IDE se fait du métier d'IADE en début de formation et celles de son métier une fois diplômé. Nous émettons l'hypothèse que le « prendre soin » occupe une place plus importante dans les représentations des IADE. De même, nous pouvons imaginer un écart entre les motivations initiales et les motivations actuelles dans leur métier, notamment sur une plus forte proportion de certaines motivations intrinsèques tel le travail en équipe mais aussi une plus forte représentativité de certaines motivations extrinsèques comme le sentiment d'appartenir à un corps identifié. Il parait donc intéressant d'étudier la confrontation entre les déterminants du choix des candidats et la réalité du métier d'IADE ce qui nous amène à proposer en question de recherche :

Les déterminants du choix des infirmiers souhaitant devenir IADE, correspondent-ils finalement à la réalité du métier ?

METHODOLOGIE ET POPULATION

A. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'objectif principal était de mesurer l'écart entre les déterminants du choix des candidats/étudiants 1ère année et l'expression du vécu des IADE. Nous avons donc enquêté sur ces derniers, en considérant leur expérience professionnelle, leur contexte familial et, surtout, les représentations qu'ils ont de leur spécialisation mais aussi leurs motivations actuelles dans l'exercice de leur métier. Ainsi, nous avons tenté de répondre à cette question en comparant leurs réponses aux données des candidats fournies dans l'enquête pré-exploratoire. L'objectif secondaire était d'exprimer leur ressenti du métier.

B. MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude multicentrique, comparative, observationnelle, transversale, anonyme et auto-déclarative.

1. Population cible

La population cible était représentée par les 381 candidats/étudiants et par les 687 IADE de 16 centres hospitaliers publics et privés issus des régions :

- **Normandie** (**242 IADE**) :
  - ✓ Centres publics : CHU Caen (**75**) et CHU Rouen (**60**), CH Avranches-Granville (**21**), CH Saint-Lô (**22**), CH Cherbourg (**15**), CH Bayeux (**13**), CH Lisieux (**13**)
  - ✓ Etablissements privés : Centre François Baclesse (**10**), Hôpital Privé Saint-Martin (**7**), Clinique de la Miséricorde (**6**)
- **Bretagne** (**120 IADE**): CHU Rennes (**95**) et CHU Brest (**25**)
- **Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (233)** : CHU Toulouse (**83**) et Montpellier (**150**)
- **Pays de la Loire :** CHU de Nantes **(40)**
- **Paris** : CHU de la Pitié salpêtrière (**52**)

Le nombre indiqué entre parenthèses pour chaque centre, correspond au nombre d'IADE sollicités pour l'enquête.

2. Questionnaire d'enquête des IADE

Le recueil de données s'est effectué à partir d'un questionnaire qui comporte des items communs avec celui des candidats/étudiants de manière à pouvoir comparer les deux populations.

Il est composé de 27 questions réparties en 4 sections (**Annexe 4**) :

- La 1° section visait à caractériser le profil de l'enquêté en partie identique à la section 1° du questionnaire candidats/étudiants 1ère année.
- Les sections 2° et 3°, qui visaient respectivement à évaluer leurs motivations actuelles et les représentations de leur métier, sont également identiques aux sections 3° et 5°.
- La 4° section visait à effectuer un bilan de leur métier par des questions à variable binaire (oui/non) et des questions à choix multiples.
- Le questionnaire comprenait également des questions en texte libre (**Annexes 5 et 6**).

3. Moyen de diffusion du questionnaire et de collecte des résultats

Nous avons utilisé le même moyen que celui du questionnaire candidats/étudiants à savoir un lien web (menant au questionnaire IADE) issu du logiciel en ligne SURVEYMONKEY®, diffusé aux enquêtés aux même dates (1er mars au 1er mai 2016) par le biais des différents cadres de santé de BO après accord de leur Direction des Ressources Humaines.

4. Analyses statistiques

Pour les données collectées des IADE non comparées, nous avons utilisé le même traitement statistique pour les variables qualitatives exprimées en effectif et proportion [n(%)] (logiciels SURVEYMONKEY et Microsoft Excel 2013), mais aussi pour l'analyse des variables quantitatives (logiciel SPSS IBM) : moyenne (+/- écart type) ou médiane [Q3-Q1] selon le type de distribution observée, minimum et maximum.

Pour les comparaisons des variables qualitatives entre les deux groupes, les tests réalisés sont des tests du Chi-2 lorsque les conditions de validité étaient remplies ou des tests exacts de Fisher dans le cas contraire. Il existait des différences significatives lorsque la valeur $p \leq 0,05$.

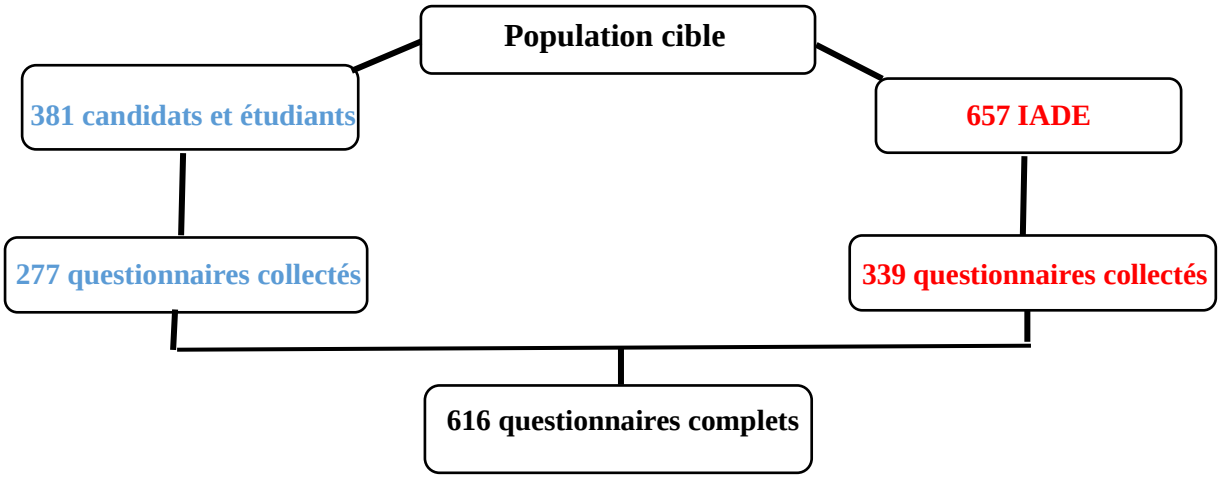
L'ensemble de cette analyse statistique a été également supervisé par le Docteur Morello, responsable de l'Unité de biostatistique et recherche clinique du CHU de Caen et par son assistante, Docteur Pham.

RESULTATS DE L'ENQUÊTE

A. POPULATION

616 personnes ont répondu à l'enquête. Parmi elles, 277 sont candidats au concours (45%) et 339 sont IADE (55%).

Figure 9 : Nombre de questionnaires collectés auprès des candidats/étudiants et des IADE



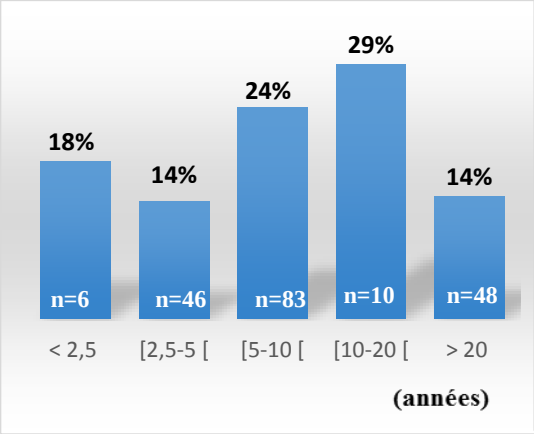
Le taux de réponse des candidats/étudiants et des IADE étaient respectivement de 74% et de 52%. Au total, près de 60% des 1038 personnes interrogées ont répondu à l'enquête. La répartition des répondants IADE sur l'ensemble des régions est présentée dans le tableau 4.

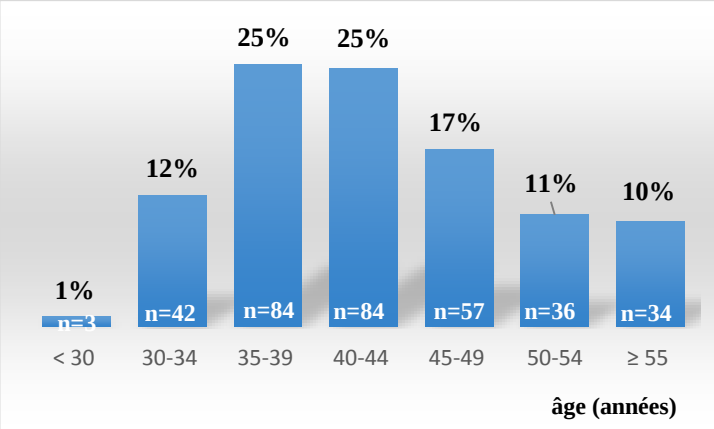
Tableau 4 : Participation (%) des différentes régions à l'enquête IADE.

REGIONS	Villes	n	%
NORMANDIE		**158**	**46,6%**
	Caen	78	23%
	Rouen	33	9,7%
	Avranches	16	4,7%
	Saint-Lô	14	4,1%
	Cherbourg	9	2,7%
	Bayeux	6	1,8%
	Lisieux	2	0,6%
BRETAGNE		**66**	**19,5%**
	Rennes	51	15,0%
	Brest	15	4,5%
PAYS DE LA LOIRE		**9**	**2,7%**
	Nantes	9	2,7%
PARIS		**12**	**3,5%**
LANGUEDOC-ROUSSILLON-MIDI-PYRENNEES		**94**	**27,7%**
	Montpellier	55	16,2%
	Toulouse	39	11,5%

1. Caractéristiques propres aux IADE

Tableau 5 : Répartition de l'ancienneté d'exercice (à gauche) et des classes d'âge (à droite) des IADE





24% et 29% avaient respectivement entre 5 et 10 et entre 10 et 20 années d'exercice d'IADE. En outre, les groupes des 35-39 ans et 40-44 ans représentaient un peu moins de 50 % des IADE.

2. Comparaison des caractéristiques de la population cible

Concernant la comparaison des données générales (**Tableau VI**) entre les candidats et les IADE, l'analyse statistique a permis de mettre en évidence qu'une seule différence significative sur l'âge moyen (32 (±5) ans vs 43 (±8)ans ; $p<0,001$). Par contre, le traitement statistique n'a pas montré de différences significatives ni sur le genre (prédominance féminine à 63,5% vs 61,7%), ni sur le type de baccalauréat : les IADE sont davantage titulaires du baccalauréat scientifique (57,5% vs 50,2%) tandis que plus de candidats sont titulaires d'un baccalauréat technologique (26,4% vs 19,2%). Toutefois, 76% de ces deux sous-populations sont titulaires de l'un de ces deux baccalauréats. Par ailleurs, il n'existe pas non plus d'écart significatif sur le nombre de personnes ayant effectué des études universitaires antérieures à l'IFSI et sur la nature de ces études. 44% des candidats et des IADE en avaient débuté avant l'IFSI en sachant que 19% et 21% respectivement avaient commencé des études en PACES.

En ce qui concerne la comparaison de leur environnement familial, l'analyse statistique n'a pas permis de montrer de différence significative. Seuls 1,8% des IADE et 3,6% des candidats avaient un parent proche IADE et 0,6 % et 0,4% respectivement avaient un parent proche MAR.

Tableau VI. Comparaison des caractéristiques entre les candidats et les IADE

(Sont indiqués en caractères gras les résultats des comparaisons montrant une différence significative).

		Candidats		IADE		p
		N valide	n (%) ou moyenne (± écart-type)	N valide	n (%) ou moyenne (± écart-type)	
Données générales						
Genre	Homme	277	101 (36,5)	339	130 (38,3)	0,631
	Femme		176 (63,5)		209 (61,7)	
Age (ans)		277	32,0 (±5,0)	339	43,0 (±8,0)	**< 0,001**
Baccalauréat	Bac S	277	139 (50,2)	339	195 (57,5)	0,081
	Bac technologique		73 (26,4)		65 (19,2)	
	Autres Bacs		65 (23,4)		79 (23,3)	
Etudes universitaires avant IFSI	PACES	277	53 (19,1)	339	71 (20,9)	0,956
	Autres études scientifiques		34 (12,3)		41 (12,1)	
	Etudes non scientifiques		37 (13,4)		45 (13,3)	
Absence d'études universitaires avant IFSI			153 (55,2)		182 (53,7)	
Environnement familial médical/paramédical						
Parents proches pratiquant une profession médicale ou paramédicale	Parents IDE	277	27 (9,8)	339	20 (5,9)	0,331
	Parents médecins		10 (3,6)		12 (3,5)	
	Parents IADE		7 (2,5)		6 (1,8)	
	Parents MAR		1 (0,4)		2 (0,6)	
	Autre profession paramédicale		18 (6,5)		15 (4,4)	
Parents proches ne pratiquant aucune profession médicale ou paramédicale			214 (77,3)		284 (83,8)	

A propos de la comparaison du contexte socio-professionnel (**Tableau VII**), le traitement statistique a révélé l'existence d'une différence significative sur leur établissement de soins (75% vs 52% en CHU et 2,9% vs 13,7% en établissement privé, p<0,001). Si le rapport statistique n'a pas montré d'écart significatif sur les circonstances ayant motivé l'intérêt à la spécialisation, il en existe un sur le statut du professionnel ayant suscité l'intérêt de la spécialisation dans le cadre d'une rencontre. Pour 24,6% vs 11,4%, les professionnels en question étaient des MAR tandis que pour 67,5% vs 82,6% respectivement, ils étaient des IADE (p=0,001). Enfin, il n'existe pas de différence significative sur leur durée d'exercice IDE. 31% des candidats et 31,9% des IADE avaient entre 2,5 et 5 ans d'expérience IDE tandis 44,8% et 41,3% respectivement avaient entre 5 et 10 ans.

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques entre candidats et IADE de la population cible

(Sont indiqués en caractères gras les résultats des comparaisons montrant une différence significative).

		Candidats			IADE			p
		N valide	n (%)		N valide	n (%)		
Expérience socio-professionnelle								
Etablissement de soins	CHU	277	146	(52,7)	339	254	(74,9)	**<0,001**
	CH Public		79	(28,5)		75	(22,1)	
	Etablissement privé		38	(13,7)		10	(2,9)	
	Intérimaire		4	(1,4)		0	(0,0)	
	Sans emploi		10	(3,6)		0	(0,0)	
Durée d'exercice infirmier	< 2,5 ans	277	9	(3,2)	339	25	(7,4)	0,233
	[2,5-5 ans [		86	(31,0)		108	(31,9)	
	[5-10 ans [		124	(44,8)		140	(41,3)	
	[10-20 ans [		56	(20,2)		63	(18,6)	
	> 20 ans		2	(0,7)		3	(0,9)	
Circonstances ayant motivé l'intérêt à la spécialisation IADE	Enseignement à l'IFSI	277	23	(8,3)	339	21	(6,2)	0,122
	Rencontres avec des professionnels		132	(47,7)		191	(56,2)	
	Situation d'urgence-réanimation		57	(20,6)		57	(16,8)	
	Stage ou travail au BO		61	(22,0)		60	(17,8)	
	Revue professionnelle, série TV, etc...		4	(1,4)		10	(3,0)	
Si rencontre : statut du professionnel	MAR/Interne AR	132	15	(11,4)	191	47	(24,6)	**0,001**
	IADE		109	(82,6)		129	(67,5)	
	IDE		8	(6,0)		8	(4,2)	
	Cadre de santé		0	(0,0)		7	(3,7)	

B. COMPARAISON DES REPRESENTATIONS DU METIER D'IADE

L'étude statistique a montré une différence significative sur le choix de la spécialisation (**tableau VIII**). 36,1% des candidats vs 56,3% des IADE l'ont choisi pour y travailler au BO tandis que 55,6% vs 34,5% respectivement l'ont choisi pour l'alternance BO/SMUR. 76% des IADE avaient déclaré travailler uniquement au BO tandis que 20% alternent le BO et le SMUR. 87,4% vs 81,4% n'auraient pas pu choisir une autre spécialisation (p=0,045). Pour les autres, l'analyse statistique n'a pas montré de différence significative. 58,8% vs 42,2% auraient pu devenir cadre de santé tandis que 11,8% vs 25% auraient pu être IBODE.

Tableau VIII : Comparaison du choix de la spécialité

(Sont indiqués en caractères gras les résultats des comparaisons montrant une différence significative).

		Candidats			IADE			p
		N valide	n (%)		N valide	n (%)		
Choix de cette spécialisation pour travailler au :	Bloc opératoire	277	100	(36,1)	339	191	(56,3)	**<0,001**
	SMUR/Déchocage		23	(8,3)		31	(9,1)	
	Les 2		154	(55,6)		117	(34,5)	
Auriez-vous pu en choisir une autre ?	Oui	277	35	(12,6)	339	63	(18,6)	**0,045**
	Non		242	(87,4)		276	(81,4)	
Si Oui, laquelle ?	IBODE	34	4	(11,8)	64	16	(25,0)	0,195
	Puéricultrice		10	(29,4)		21	(32,8)	
	Cadre de santé		20	(58,8)		27	(42,2)	

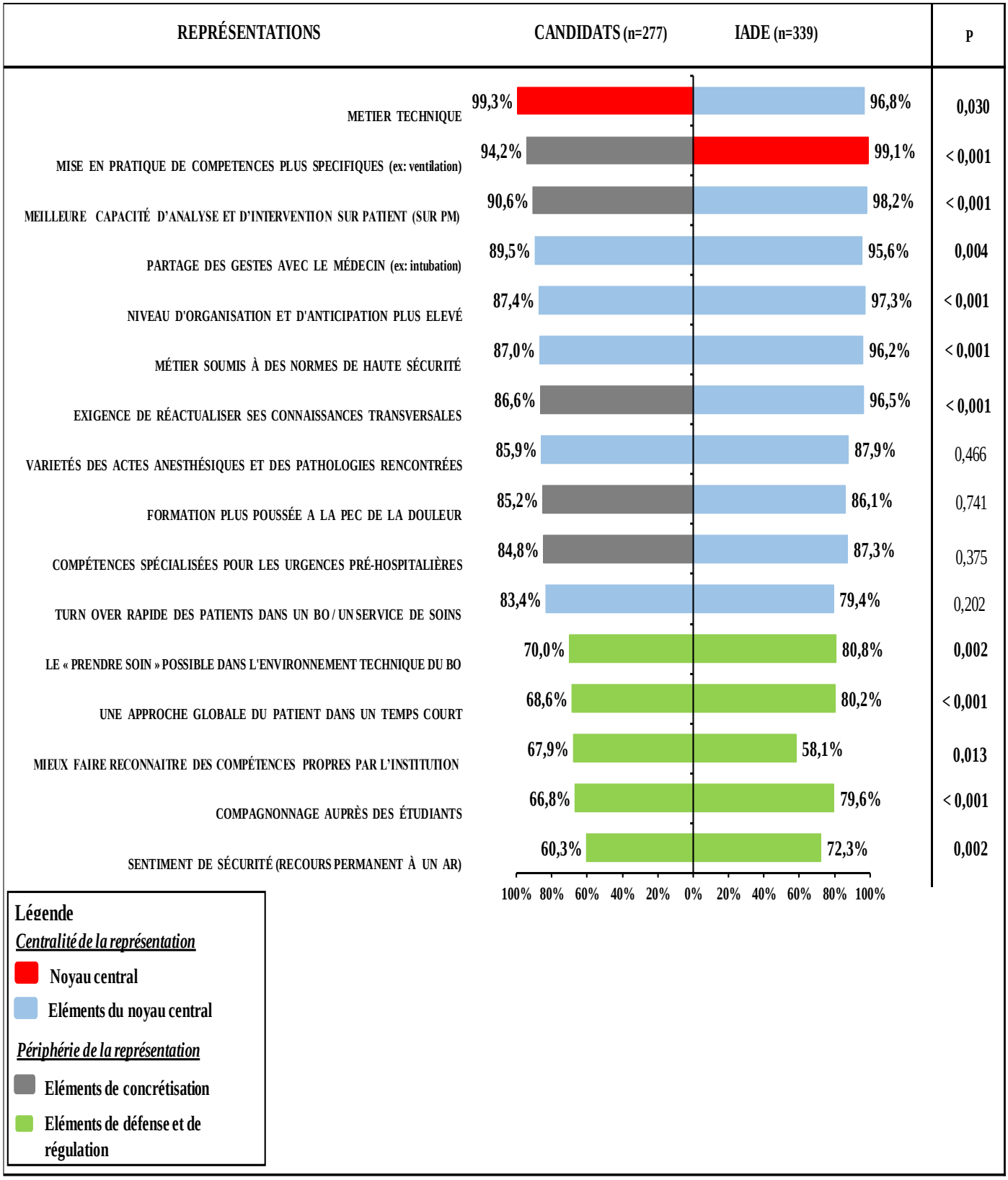
Tableau IX : Comparaison de la représentation de l'IADE en « un mot »

		Candidats			IADE			p
		N valide	n (%)		N valide	n (%)		
En un mot clé, un IADE est un professionnel plutôt:	A l'écoute	277	5	(1,8)	339	0	(0,0)	**< 0,001**
	Calme		57	(20,6)		40	(11,8)	
	Sûr de lui		8	(2,9)		7	(2,1)	
	Rigoureux		167	(60,3)		209	(61,7)	
	Adaptable		40	(14,4)		79	(23,3)	
	Autre		0	(0,0)		4	(1,2)	

Le traitement statistique a montré une différence significative sur la représentation de l'IADE en « un mot » (p<0,001). S'ils sont environ 60% respectivement à le considérer « rigoureux », 14,4%. des candidats vs 23,3% des IADE le trouvent « adaptable » et 20,6% vs 11,8% respectivement le trouvent « calme ». Seuls 1,8% vs aucun IADE le considèrent « à l'écoute » **(Tableau IX)**.

Figure 10 : Comparaison des représentations du métier d'IADE

(Sont indiqués en caractères gras les résultats des comparaisons montrant une différence significative).



L'analyse statistique comparative a permis de mettre en évidence des différences significatives sur les proportions de certaines représentations du métier d'IADE (**Figure 10)**.

En effet, pour les IADE : la mise en pratique de compétences plus spécifiques (99,1% vs 94,2% ; p<0,001), une meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient (98,2% vs 90,6% ; p<0,001), un niveau d'organisation et d'anticipation plus élevé (97,3% vs 87,4% ; p<0,001), l'exigence de maintenir et réactualiser des connaissances transversales (96,5% vs 86,6% ; p<0,001), un métier soumis à des normes de haute sécurité (96,2% vs 87,0% ; p<0,001) et le partage des gestes techniques avec les MAR (95,6% vs 89,5% ; p=0.004) étaient plus importants que pour les candidats. Le fait que le « prendre soin » reste possible au BO (80,8% vs 70,0% ; p=0,002) dans une « approche globale » du patient (80,2% vs 68,6% ; p<0,001), le compagnonnage auprès des étudiants (79,6% vs 66,8% ; p<0,001) ainsi que la sécurité liée à la possibilité d'avoir recours au MAR en permanence (72,3% vs 60,3% ; p=0,002) étaient également plus représentatifs.

Pour les candidats, la représentation du métier technique (99,3% vs 96,8% ; p=0,030) ainsi que la possibilité de mieux faire reconnaitre des compétences propres par l'institution (67,9% vs 58,1% ; p=0,013) étaient plus marquantes.

Par ailleurs, la comparaison statistique des autres représentations n'a pas montré de différence significative. La « variété des actes anesthésiques et des pathologies rencontrées », « la formation plus poussée à la prise en charge de la douleur » ainsi que l'« apport de compétences spécialisées pour les urgences pré-hospitalières » étaient des caractéristiques plus considérées par les IADE que par les candidats. Pour ces derniers, « le turn-over rapide des patients dans un BO par rapport à un service de soins » était plus important que pour les IADE.

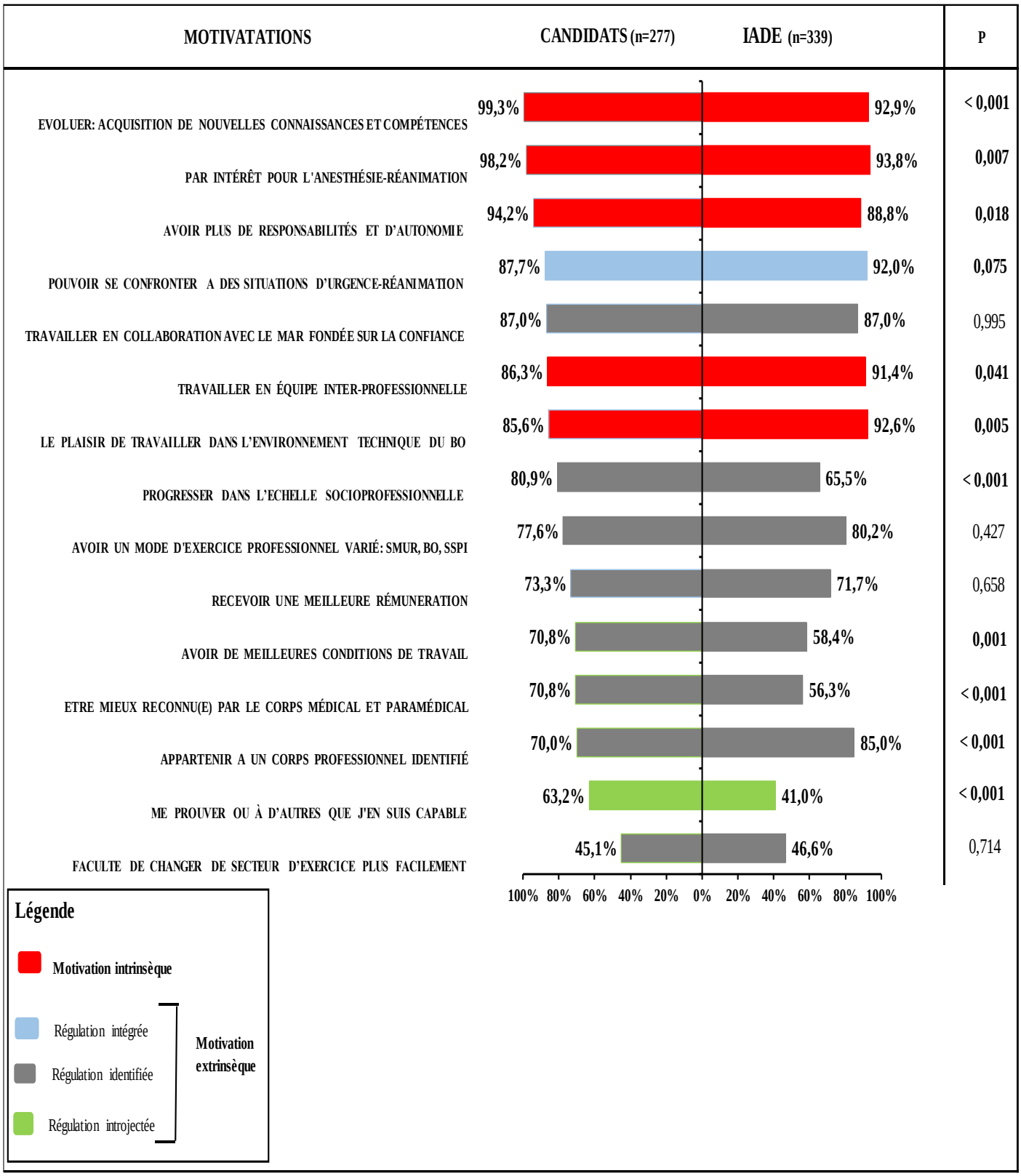
C. COMPARAISON DES MOTIVATIONS

Le traitement statistique comparatif a démontré des différences significatives sur les proportions de certaines motivations pour le métier d'IADE **(Figure 11)**.

En effet, concernant les motifs de la motivation intrinsèque : « évoluer par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences » (99,3% vs 92,9% ; p<0,001), « l'intérêt pour l'AR » (98,2% vs 93,8% ; p=0,007) et « avoir plus d'autonomie et de responsabilités » (94,2% vs 88,8% ; p=0,018) étaient des aspects plus motivants pour les candidats que pour les IADE. Pour ces derniers, « le plaisir de travailler dans l'environnement du BO » (92,6% vs 85,6% ; p=0,005) et « travailler en équipe interprofessionnelle » (91,4% vs 86,3% ; p=0,041) étaient plus importants.

Figure 11 : Comparaison des motivations relatives au métier d'IADE

(Sont indiqués en caractères bleus les résultats des comparaisons montrant une différence significative).



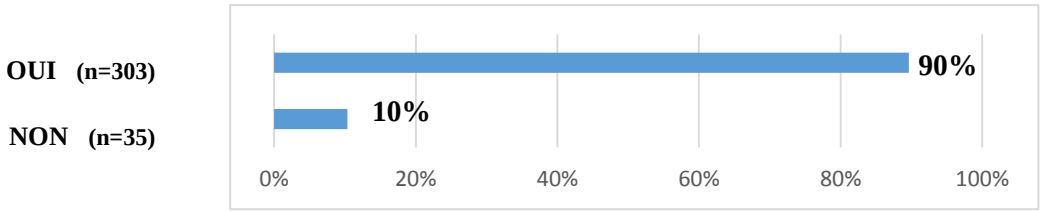
En ce qui concerne la motivation extrinsèque et certains motifs de régulation identifiée : « progresser dans l'échelle socioprofessionnelle » (80,9% vs 65,5%; p<0,001), « avoir de meilleures conditions de travail » (70,8% vs 58,4% ; p=0,001) ainsi qu' « être mieux reconnu(e) par le corps médical et paramédical » (70,8% vs 56,3% ; p<0,001) étaient des caractéristiques plus prises en compte par les candidats que par les IADE. Pour ces derniers, « avoir le sentiment d'appartenir à un corps professionnel identifié (exclusivité de compétences) » était significativement plus motivant (85,0% vs 70,0% ; p<0,001). Par ailleurs, le motif de régulation introjectée de « Me prouver que j'en suis capable » (63,2% vs 41,0% ; p<0,001) était une particularité plus considérée par les candidats que par les IADE.

Enfin, la comparaison statistique des autres motivations n'a pas montré de différence significative. Pour les IADE, le fait de « pouvoir se confronter à des situations d'urgence et de réanimation » (92,0% vs 87,7%), d'« avoir un mode d'exercice professionnel varié» (80,2% vs 77,6%) ainsi que « la faculté de changer de secteur d'exercice plus facilement » (46,6% vs 45,1%) étaient plus motivants que pour les candidats. Ces derniers prenaient davantage en compte le fait de « recevoir une meilleure rémunération » (73,3% vs 71,7%). Enfin, le motif d'« avoir un travail en collaboration permanente avec le MAR fondée sur la confiance » recevait la même importance aux yeux des deux populations (87,0% vs 87,0%).

D. BILAN ET RESSENTI DES IADE SUR LEUR METIER

1. Les attentes professionnelles des IADE

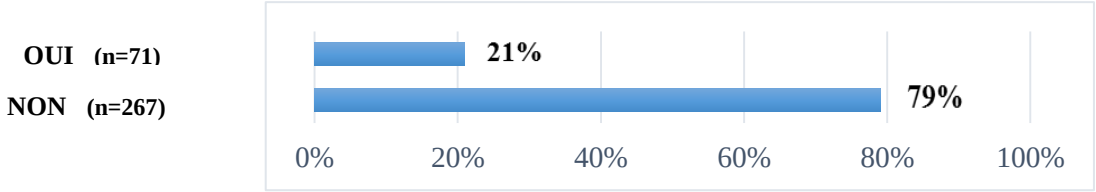
Figure 12 : « Est-ce que le métier IADE a-t-il suffisamment répondu à vos attentes initiales ? »



Près de 90% des IADE estimaient que leur métier avait répondu à leurs attentes initiales (**figure 12**).

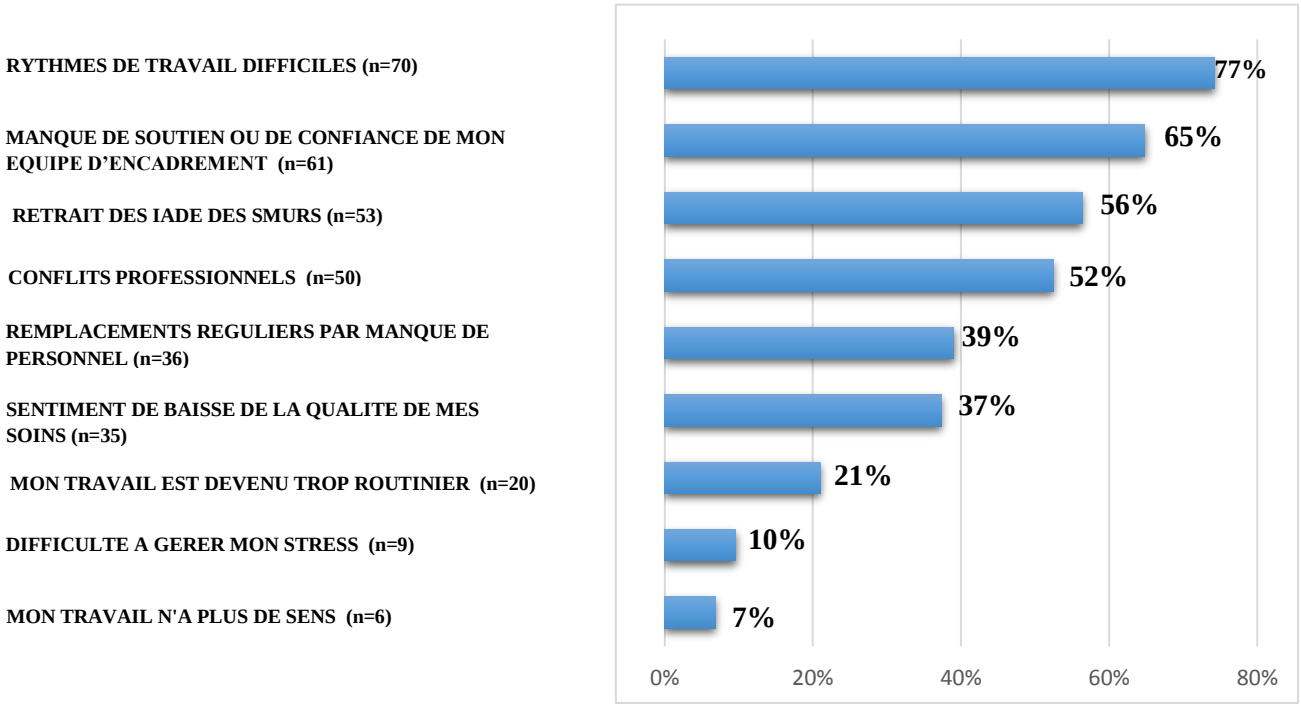
2. <u>Les motifs de regret du métier</u>

Figure 13 : « Avez-vous déjà regretté d'avoir choisi le métier d'IADE ? »



21% des IADE avaient déjà regretté d'avoir choisi leur métier (**figure 13**).

Figure 14 : Répartition des différents motifs de regrets du métier d'IADE (n=94)



Si 71 IADE avaient déclaré avoir déjà regretté leur choix, ils étaient 94 à avoir répondu à cette question relative aux différents motifs de regrets (**figure 14**). Parmi eux, les 4 les plus représentés étaient : « les rythmes de travail difficiles » (77%), « le manque de soutien ou de confiance de mon équipe d'encadrement » (65%), « le retrait des IADE des SMUR » (56%) et « les conflits professionnels » (52%). Les « remplacements réguliers par manque de personnel » (39%) et le « sentiment de baisse de la qualité de mes soins » (37%) étaient des motifs secondaires.

3. Le changement d'orientation professionnelle

Près de 30 % des IADE avaient le projet de changer d'orientation professionnelle (**figure 15**). Parmi eux, 42% et 44% respectivement estimaient y penser tous les mois et tous les ans et 55% privilégiaient de changer de métier (**figure 16**).

Figure 15 : « A ce stade de votre carrière, envisagez-vous de changer d'orientation ? »

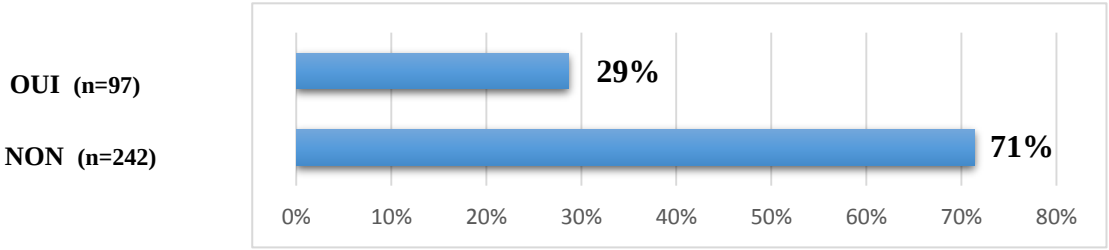
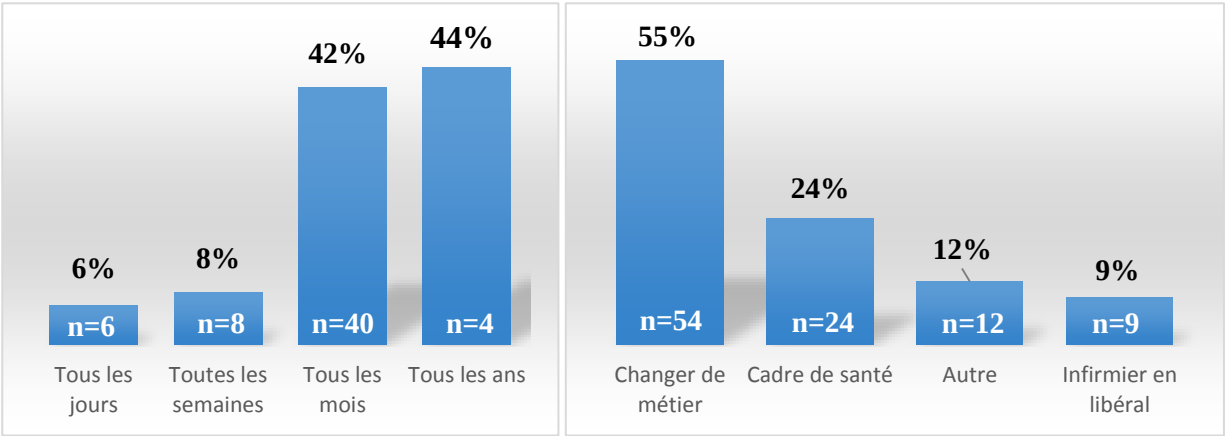


Figure 16 : Répartition de la fréquence de l'envie de changement d'orientation (à gauche) et répartition des différentes orientations souhaitées par les IADE (à droite)



DISCUSSION

A. RESULTATS PRINCIPAUX

Cette étude a permis d'une part, de mesurer l'écart entre les déterminants du choix des candidats et l'expression du vécu des IADE et, d'autre part, d'exprimer leur ressenti du métier.

1. Un profil identique ?

Concernant la répartition démographique, il existe une prédominance féminine confirmée par les enquêtes nationales (37) (4). Leur durée d'exercice infirmier semble similaire avec une prédominance d'expérience professionnelle entre 5 et 10 ans et à moindre mesure entre 2,5 et 5 ans. Bien que ce test ne soit pas significatif, nous ne retrouvons pas la tendance observée dans la littérature sur un rajeunissement des candidats associé à une baisse de l'expérience professionnelle depuis la réingénierie de la formation (32). A propos du parcours d'études, les candidats et les IADE sont majoritairement titulaires d'un baccalauréat scientifique. De plus, ils semblent avoir suivi dans les mêmes proportions des études universitaires antérieures à l'IFSI avec une prédominance en PACES. Au final, presque 20% des deux populations ont commencé des études médicales, probablement pour des raisons similaires à celles rapportées dans l'enquête pré-exploratoire. Pour terminer sur les données propres aux IADE, les résultats relatifs aux classes d'âge montrent une prédominance des 35-39 ans et 40-44 ans alors que les données nationales tendent vers une répartition égale à environ 16% des classes 35-39 ans aux 55-59 ans (37). La réponse à un questionnaire en ligne a pu freiner l'intérêt des plus de 50 ans pour cette enquête.

Contrairement au contexte familial, ne comptant qu'une faible proportion de professionnels de l'anesthésie-réanimation dans les deux populations, l'environnement professionnel a eu un impact dans leur choix. La différence significative concernant la répartition de leurs lieux d'exercice ne témoigne pas de disparités entre eux. Les deux travaillent principalement dans le secteur public : 91% pour les candidats et 97% pour les IADE. En réalité, 91% de ces derniers exercent dans ce secteur en France (37). De plus, les rencontres ou échanges avec les professionnels constituent le motif d'intérêt le plus représenté pour la spécialisation. Si les IADE ont toujours été les professionnels les plus influents, les MAR avaient davantage incité les IADE actuels au moment de leur choix que les candidats d'aujourd'hui. Le corps IADE a probablement mieux réussi à se promouvoir dans le temps.

Au total, la comparaison des différentes caractéristiques a permis de dégager un certain nombre de traits communs à leur profil, ce qui renchérit l'intérêt et la faisabilité de comparer leurs représentations et leurs motivations relatives à la spécialisation.

2. Les représentations de l'IADE

Notre étude comparative a montré un écart modéré sur les représentations de la spécialisation entre les candidats et les IADE. En effet, d'une manière générale, même si la dimension technique prédomine dans la représentation des deux populations (partage des gestes techniques, normes de gestion des risques et de haute sécurité, etc…), quelques nuances subsistent néanmoins. Si les candidats ont considéré la notion du « métier technique » comme le noyau central de la représentation, les IADE ont, quant à eux, mis en avant les « compétences spécifiques de l'IADE ». Cet écart traduit une évolution naturelle de la centralité de la représentation : les candidats qui ne connaissent pas la réalité du métier, aspirent initialement à l'acquisition d'une technicité. Les IADE, professionnels de l'AR ont reçu les clés du métier. Durant la formation, la socialisation au sein du corps bien identifié des IADE, permet une évolution de la centralité technique de la représentation. Les compétences spécifiques étant maitrisées, la capacité d'analyse et d'intervention sur le patient deviennent plus efficaces, la sécurité et la gestion des risques font alors partie de leur patrimoine identitaire : les IADE sont donc moins préoccupés par la technicité acquise mais bien plus par le maintien et le perfectionnement de leurs connaissances et compétences permettant la maitrise de cette technique au service du patient. Cependant, la reconnaissance de ces compétences propres en AR est au cœur des revendications exprimées par les IADE dans le débat actuel sur les pratiques avancées. S'il existe un écart significatif, les candidats sont néanmoins déjà conscients du sentiment de manque de reconnaissance qu'expriment les IADE à travers leur résultat et plusieurs commentaires libres (**Annexe 5**).

Notre étude a révélé également un cheminement dans l'approche des soins en AR. En effet, même si la dimension relationnelle de la spécialisation reste contenue dans la périphérie lointaine de la représentation, les IADE y accordent néanmoins une place plus importante. Ce constat est un résultat essentiel de notre travail de recherche. La considération du « prendre soin » au BO qui sous-tend une « approche globale » du patient semble se dessiner au fil du temps en modifiant quelque peu la représentation initiale. Ainsi, l'acquisition de techniques anesthésiques par l'IADE n'est pas une fin en soi pour devenir un simple exécutant mais plutôt un moyen de se rapprocher des situations les plus humaines qui soient : la douleur, la souffrance, la vie, la mort, le coma, la confiance, etc… Ces techniques lui permettent d'approcher le cœur de son engagement de soignant

et du « prendre soin » : porter aide à l'autre, le soutenir dans une situation sans cela insupportable pour lui…

Enfin, la particularité de la spécialité de l'AR fait de l'IADE le collaborateur privilégié du MAR. L'écart significatif à propos du sentiment de sécurité lié à la possibilité d'avoir recours au MAR en permanence, montre que cette représentation semble être une évidence d'autant plus marquée pour les IADE. D'autre part, la dynamique relationnelle de la spécialisation d'IADE s'exprime également dans le compagnonnage des étudiants. La différence significative sur cet aspect est tout à fait compréhensible : les candidats ne peuvent pas être conscients du rôle majeur de l'IADE et de son investissement dans la formation et la socialisation de ses futurs collègues par la transmission de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

3. Les motivations relatives au métier d'IADE

Au regard de la TAD, notre étude a mis en évidence un faible écart sur les motivations entre les candidats et les IADE, montrant ainsi que l'exercice de la spécialisation modifie très peu les motivations initiales. Les résultats sont mêmes en faveur de l'hypothèse émise à savoir, que les motivations des IADE restent à un degré élevé d'autodétermination et sont même renforcées par leur activité professionnelle.

En effet, d'une part, les motifs de la motivation intrinsèque sont situés au sommet du classement des deux populations, et d'autre part, les différences significatives des motifs intrinsèques du « plaisir de travailler dans l'environnement technique du BO » et en « en équipe interprofessionnelle », confirment nos propos. En outre, l'intérêt notable pour l'AR est un motif marquant de cette autodétermination : 88% des candidats et 81% des IADE n'auraient pas pu choisir une autre spécialisation. Par ailleurs, les différences significatives sur le souhait d'évolution par l'acquisition de nouvelles connaissances et sur la volonté d'une autonomie plus importante, sont compréhensibles pour les candidats. Les données observées chez les IADE montrent bien que la formation IADE n'est pas une fin mais au contraire un tremplin. La spécialité de l'AR évoluant très vite, elle nécessite de réactualiser et perfectionner ses connaissances (58).
Conformément à la TAD, les motifs de la motivation extrinsèque font suite à la motivation intrinsèque en respectant l'ordre de ses régulations excepté pour « la possibilité de se confronter aux situations d'urgences », motif de la régulation intégrée. Son classement supérieur à certains motifs de la motivation intrinsèque permet toutefois de vérifier les propos des auteurs de la TAD (48) à savoir que les deux populations peuvent être plus motivées pour cette forme la plus autodéterminée de la motivation extrinsèque que pour certains motifs de la motivation intrinsèque.

Ensuite, viennent les motifs de la régulation identifiée et en premier lieu, le besoin de collaboration avec l'AR basée sur la confiance, certes sans différence significative, mais signifiante aux yeux des deux populations. En revanche, l'écart significatif relatif au désir d'appartenir à un corps identifié (exclusivité de compétences en AR), est particulièrement marquant et montre que la socialisation durant la formation puis l'exercice quotidien de la spécialisation permettent aux IADE de se sentir intégrés dans ce corps. Par ailleurs, les autres items de cette régulation paraissent secondaires et de manière plus marquée pour les IADE. La différence significative à propos du désir de progresser dans l'échelle socio-professionnelle, parait naturelle pour les candidats : leur projet permettra indirectement d'y parvenir. D'autre part, les IADE s'estiment globalement reconnus par le corps médical et paramédical, et considèrent avoir de bonnes conditions de travail, même si certains de leurs commentaires libres affirment le contraire (**Annexe 6**). La variété du mode d'exercice de l'IADE s'avère être une motivation accessoire pour les deux populations : la volonté des pouvoirs publics qui tend à privilégier l'activité des IADE au BO peut illustrer cette réponse.

En dernier lieu, l'écart significatif sur le fait de « se prouver ou à autrui d'être capable », motif de régulation introjectée, peut se justifier par le besoin de certains candidats de se prouver qu'ils peuvent réussir la formation.

B. RESULTATS SECONDAIRES

Notre étude a fait ressortir que le corps des IADE tire un bilan globalement satisfaisant de leur métier même si certains d'entre eux remettent en cause leur choix ou expriment certains désagréments du métier voire même imaginent changer d'orientation.

Le fait que leur métier ait suffisamment répondu à leurs attentes initiales témoigne de plusieurs causes possibles. Ils peuvent s'être bien renseignés sur la spécialisation avant de s'inscrire au concours d'entrée, notamment auprès des professionnels de l'AR qui, comme nous avons pu le voir, ont une influence majeure dans l'intérêt porté à la spécialité. Par ailleurs, la formation IADE, professionnalisante, joue un rôle essentiel dans la construction identitaire de l'IADE. Enfin, ils peuvent avoir été sélectionnés à bon escient par les jurys du concours qui ont su déceler les capacités des candidats à suivre la formation.

Toutefois, 21% des IADE expriment avoir déjà regretté leur choix. Il existe bien une part d'inconnu entre ce qu'ils s'imaginaient avant d'être diplômés et la réalité du métier. Parfois, cet inconnu peut faire perdre une forme d'illusion et amener à déplorer son choix. Nous pouvons aussi

imaginer que le contexte sociétal et l'évolution des conditions de travail dans un système où la pression de production s'est accrue, peuvent amener à s'épuiser et désapprouver a postériori son choix initial. Une étude comparative en fonction du sexe et de l'âge des IADE pourrait amener d'autres pistes de réflexion. En ce qui concerne les motifs de regrets, nous avons constaté davantage de répondants à cette question qu'il n'y aurait dû en avoir. Il existe donc parmi eux, des personnes qui ne regrettent pas forcément leur choix mais qui expriment à travers leurs réponses, des motifs de mécontentement dans l'exercice quotidien de leur activité professionnelle. Les principaux motifs de regrets ou d'insatisfaction sont d'origine organisationnelle (liée aux rythmes de travail, aux remplacements réguliers ou au sentiment de la baisse de la qualité des soins), d'origine humaine (liée aux conflits professionnels ou manque de soutien : encadrement, MAR, chirurgiens…) et d'origine institutionnelle (liée au retrait des IADE des SMURS).

Hormis la problématique du retrait des SMURS caractéristique de la spécialisation IADE, nous retrouvons les mêmes thèmes d'insatisfaction dans l'étude « Presst-next » (59) relative à la satisfaction des soignants au travail et l'abandon du métier de soignant. Cette étude confirme dans la même proportion de notre étude, qu'un IADE sur trois pense de façon régulière à changer d'orientation professionnelle et que 16% souhaitent même quitter définitivement la profession infirmière, majoritairement après 15-20 ans de carrière aux alentours de 40-45 ans. Les arguments les plus souvent avancés sont la difficulté à concilier les contraintes professionnelles avec les responsabilités familiales et le manque de reconnaissance institutionnelle.

C. FORCES ET FAIBLESSES

Cette étude est un travail original permettant, pour la première fois, de mesurer l'écart entre les déterminants du choix des professionnels IDE qui s'engagent dans la spécialisation d'IADE et la réalité du métier vécue par les IADE. Nous avons choisi de mener une étude multicentrique dans plusieurs régions françaises, afin d'optimiser la représentativité et la validité des résultats. Nous avons fait notamment le choix d'interroger les IADE des CHU rattachés aux écoles IADE sollicitées pour la pré-enquête. La forme électronique du questionnaire garantissait une réponse anonyme et individuelle des enquêtés évitant le biais « d'influence mutuelle » pouvant résulter d'une distribution groupée de questionnaires en format papier. En outre, le recueil en ligne diminuait le biais de réponse de type « biais de désirabilité sociale », c'est-à-dire la tendance, consciente ou inconsciente, consistant à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. La demande de diffusion des questionnaires a été effectuée début février d'une part auprès des Directions de Ressources Humaines des différents établissements de santé, d'autre part auprès des directeurs d'école, peu avant la clôture des inscriptions des candidats. Concernant les

étudiants, nous avons considéré qu'à cette date, leurs représentations de l'IADE étaient peu modifiées par rapport à leur entrée à l'école. Nous avons fait le choix d'un questionnaire concis, dont le temps de réponse ne devait pas excéder 5 min pour maximiser le nombre de questionnaires exploitables. Les IADE étaient notamment sollicités sur leur temps de travail via leur adresse mail professionnelle. Au total, parmi les 1038 candidats et IADE enquêtés, 616 questionnaires ont été récoltés. Le taux de réponse s'élève à 60% (respectivement 74% pour les candidats vs 52% pour les IADE), ce qui constitue un taux de retour très satisfaisant puisqu'il est courant d'obtenir des taux de retour de 10 à 50% dans ce type d'étude (56). Les enquêtés ont donc manifesté un grand intérêt pour cette enquête qui n'analyse pas leurs pratiques ou leurs connaissances, mais les aspects plus personnels, rationnels ou non, touchant pour les uns, leur engagement dans une voie professionnelle exigeante, pour les autres, le maintien de cet engagement.

Les questionnaires étant auto-déclaratifs, il peut donc exister des biais de déclaration, notamment des biais de mémoire. La question qui faisait référence aux circonstances qui ont motivé l'intérêt pour l'AR en est un exemple, d'autant plus vrai concernant les IADE. C'est pour cette raison que nous avons fait le choix de ne pas comparer les hésitations du choix des IADE avec celles des candidats. Par contre, il aurait été intéressant de comparer leurs lieux d'exercice pour peaufiner la comparaison de leur profil même si nous avons suffisamment d'éléments pour affirmer leur similitude. Cette enquête a vu le refus de diffusion de la majorité des directeurs d'école pour les candidats uniquement à cause du manque d'accord préalable de ces derniers. Cette demande aurait dû être intégrée au dossier d'inscription début janvier mais l'avancée de cette étude ne l'a pas permise. Par ailleurs, la diffusion du questionnaire à l'intention des IADE a connu parfois quelques difficultés lorsque les IADE ne possédaient pas une adresse mail professionnelle ou lorsque les cadres de BO étaient difficilement joignables. Les questionnaires d'enquête contenaient essentiellement des questions fermées ou des questions dont les choix de réponses avaient été sélectionnés lors de l'élaboration du questionnaire. Cette limitation dans les réponses était nécessaire compte tenu des contraintes liées au caractère « en ligne » nécessitant une certaine concision, mais aussi pour pouvoir faire une analyse quantitative des réponses. Nous avons indéniablement une perte d'informations et de nuances par rapport à ce que l'on pourrait attendre lors d'entretiens « face à face ». Enfin, il aurait été intéressant de parfaire la comparaison en mesurant l'écart en fonction du sexe et en fonction de l'expérience professionnelle des IADE (notamment entre les jeunes IADE issus de la nouvelle réforme et ceux issus de l'ancienne).

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

La finalité de ce travail était double : connaitre les déterminants du choix des infirmiers de devenir IADE et les confronter à la réalité vécue exprimée par les IADE.

A la fin des questionnaires, nous proposions un compte-rendu des résultats aux personnes enquêtées : 64% des candidats/étudiants 1ère année et 49% des IADE ont souhaité en avoir connaissance en nous laissant leur adresse mail. Ce taux de réponse très satisfaisant témoigne que notre sujet de recherche représentait un intérêt notable pour la spécialisation. La majorité des responsables (Directeurs généraux hospitaliers, directeurs de ressources humaines, directeur d'école IADE, cadres formateurs et cadres de bloc opératoire) ayant autorisé ou permis de relayer les questionnaires auprès des enquêtés, nous ont expressément fait part de leur souhait de recevoir une présentation de notre travail afin de mieux comprendre les caractéristiques des professionnels IADE. La connaissance des motivations au travail et des représentations qu'ont les IADE de leur spécialisation par les directions hospitalières et les équipes d'encadrement, peut leur permettre de mieux appréhender les attentes et les préoccupations des IADE dans le but d'améliorer leur qualité de vie au travail. Il en est de même pour les directions des écoles IADE ainsi que les cadres enseignants qui forment les futurs IADE. Mieux percevoir les déterminants de leur choix pourrait permettre de considérer des améliorations toujours possibles dans la formation, notamment la dimension relationnelle de l'IADE. Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, nous transmettrons notre étude par courriel à toutes ces personnes en proposant sa présentation sur demande.

A titre personnel, ce travail de recherche m'a permis de réfléchir sur mes pratiques au BO. Notre mission infirmière est avant tout de « prendre soin » de patient et cette dimension humaniste reste primordiale au BO. Participer à des « forums des professions » ou rencontrer des étudiants à l'IFSI pourrait représenter un objectif très enrichissant afin de promouvoir cette dimension peu connue de notre spécialisation.

CONCLUSION

Les infirmiers qui ont répondu à l'enquête ont choisi la spécialisation d'IADE selon des représentations centrées sur l'attrait de la technicité, des motivations à fort degré d'autodétermination mais aussi en fonction d'hésitations principalement liées à la perspective d'une formation à un niveau de hautes exigences. Le parcours d'études ainsi que l'expérience professionnelle exercent aussi une influence notable dans ce choix.

Notre étude a mesuré un faible écart entre les déterminants du choix des candidats et la réalité vécue par les IADE, témoignant que les premiers ne se sont pas trompés. L'exercice professionnel modifie peu les motivations initiales et renforce même la motivation intrinsèque. Si la dimension technique prédomine dans leurs représentations, les candidats se focalisent sur l'attrait de la technicité tandis que les IADE mettent en avant leurs compétences spécifiques. La dimension relationnelle reste à la périphérie de la représentation, les IADE y accordant cependant une valeur plus importante. La socialisation au sein du corps bien identifié des IADE durant la formation, permet une évolution de la centralité technique de la représentation. L'acquisition et le maintien de compétences spécifiques permettent de maitriser cette technicité pour « prendre soin » du patient. Les IADE expriment dans l'ensemble une satisfaction au travail même si certains d'entre eux regrettent leur choix voire souhaitent changer de profession.

La promotion de la dimension relationnelle constitue un enjeu pour la spécialisation, y compris auprès des professionnels de l'AR afin de gommer une image de « technicien », trop réductrice au vu des compétences nécessaires au respect des normes et des valeurs professionnelles. La réingénierie de la formation va dans ce sens mais elle nécessite d'être accompagnée d'une volonté institutionnelle. Les résultats de notre étude dessinent une réalité d'aujourd'hui mais à l'avenir, les déterminants du choix pourraient changer et l'écart avec la réalité du métier pourrait être plus marqué.

Ce travail ouvre la possibilité d'autres champs d'investigations. Il pourrait être réalisé une étude comparative entre ce présent travail et le travail de thèse du Dr Peyrache concernant les déterminants du choix à se spécialiser en AR à la recherche d'un nœud commun aux professionnels de l'AR. Si ces derniers influencent le choix des IDE à se spécialiser, ils jouent un rôle capital dans la construction identitaire des étudiants IADE. Cette nouvelle recherche offrirait des perspectives enrichissantes. Questionner les déterminants de la reconnaissance, l'implication dans leurs obligations de DPC ou leur rapport au travail permettrait de mieux comprendre les raisons de changements d'orientation affichées par certains IADE.

BIBLIOGRAPHIE

1. PEYRACHE J. Pourquoi avoir fait le choix de la spécialité anesthésie-réanimation à l'issue de l'examen classant national ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2015.

2. FAURE Y. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. Actes Recherches En Sciences Sociales. 1 mars 2005;(156-157):98-114.

3. Enquête CEEIADE. Recrutement dans les écoles IADE. 2014.

4. Statistiques spécialisation IADE 2014.docx [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr

5. GERARD J.L. Naissance et développement d'une nouvelle spécialité de la médecine « L'Anesthésiologie ». Cours IADE, U.E 1.1 Psycho-socio-anthropologie présenté à; CHU CAEN; Février 2016.

6. ARNULF G. L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie. Paris: Lavauzelle; 1989.

7. BRES G. J'ai peur de ne pas me réveiller: tout ce que vous voudriez savoir sur l'anesthésie avant d'être opéré. Paris: Editions du Seuil; 1988.

8. MÜLLER C, CHEVILLOTTE J, FLETCHER D. Le guide de l'infirmier anesthésiste. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

9. Décret du 9 avril 1960 Création d'un Certificat d'Aide-anesthésiste | Legifrance [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

10. BALAGNY E. Hommage à Anne de Casamajor. Oxymag. avr 2003;(69):16-8.

11. BALAGNY E. Infirmiers anesthésistes, histoire d'un combat. Oxymag. juin 2008;(100):6-9.

12. Décret n°72-105 du 24 janvier 1972 Modification des Art.1er et 2 du 9 avril 1960 | Legifrance [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

13. GUENNEC L, SERVEL L, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.). Institut de Formation des Cadres de Santé. (I.F.C.S.). Paris. FRA / com., Université de Paris 9 Dauphine. Paris. FRA / com. Devenir IADE : la construction identitaire des infirmiers spécialisés en anesthésie. [Paris]: AP-HP; 2012.

14. Décret n°88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation | Legifrance [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

15. Décret n°91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation | Legifrance [Internet]. [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

16. Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste | Legifrance [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

17. Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier | Legifrance [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

18. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier | Legifrance [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

19. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. | Legifrance [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

20. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste | Legifrance [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

21. L'Espace européen de l'Enseignement Supérieur. Déclaration de Bologne 1999 - declarationbologne.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: http://www.hesge.ch/geneve

22. Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur | Legifrance [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

23. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier | Legifrance [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

24. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2012/7 du 15 août 2012. Annexe 1. : 39-44.

25. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2012/7 du 15 août 2012. Annexe 2. : 47-53.

26. Décret n°2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux | Legifrance [Internet]. [cité 20 août 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

27. Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 20 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

28. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master | Legifrance [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

29. LEDESMA L. Identité professionnelle des infirmiers: un détour par les Représentations et le Soi. Savoirs Soins Infirmiers. novembre 2014;9(4):1-6.

30. ROGERS CR, Richon H-G, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin J-M. L'approche centrée sur la personne. Genève: Éditions Ambre; 2013.

31. AÏT ABDELMALEK A. La profession, de la notion au concept sociologique. Soins Cadres Santé. novembre 2008;(68):46-8.

32. MÜLLER C. et LEBLANC J.Y. Profils des candidats au concours Iade de 2009 à 2014. Oxymag. décembre 2015;(145): 14-6.

33. Enquête-ceeiade-2014.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ceeiade.fr

34. HUCHET-GALLAIS S. Pourquoi devient-on infirmière en réanimation. Soins Cadres Santé. novembre 2007;(64):50-3.

35. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2012/7 du 15 août 2012. Annexe 3. : 54-61.

36. Données démographiques - Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: http://www.snia.net

37. Tableau 4. Effectif des infirmiers spécialisés [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr

38. Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 18 juillet 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

39. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 21 janvier 2016]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr

40. AUROY Y. Mortalité en rapport avec l'anesthésie: approche épidémiologique et réflexions sur la maitrise sur la maitrise des risques [Thèse doctorat]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2008.

41. MARTY J. Organisation, qualité, gestion du risque en anesthésie-réanimation. Paris: Masson; 2003.

42. DOPPIA AM. Discours à la remise du prix « ils ont fait progresser l'anesthésie-réanimation » Congrès SFAR. 2014 sept; Palais des congrès, Paris.

43. CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système les contraintes de l'action collective. Paris: Éd. du Seuil; 2014.

44. ROUQUETTE M-L, RATEAU P. Introduction à l'étude des représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 1998.

45. CHAPALAIN E. La représentation sociale du rôle de l'infirmier anesthésiste, une entrave à la communication. Oxymag. août 2008;(101):9-11.

46. FORMARIER M, JOVIC L. Les concepts en sciences infirmières. Lyon: Mallet conseil; 2012. 328 p.

47. NUTTIN J. Théorie de la motivation humaine: du besoin au projet d'action. Paris: Presses universitaires de France; 1991.

48. FENOUILLET F. Les théories de la motivation. Paris: Dunod; 2016.

49. MASLOW AH. L'accomplissement de soi: de la motivation à la plénitude. Paris: Eyrolles; 2003.

50. VALLERAND RJ, THILL E. Introduction à la psychologie de la motivation. Laval, Québec: Éditions Études vivantes; 1993.

51. REEVE J. Psychologie de la motivation et des émotions. Bruxelles: De Boeck; 2012.

52. CARRE P, FENOUILLET F. Traité de psychologie de la motivation. Paris: Dunod; 2008.

53. CARRE P, CASPAR P. Traité des sciences et techniques de la formation. Paris: Dunod; 2011.

54. CALAN D. Le Robert illustré & Dixel: [dictionnaire Internet. Paris: Le Robert; 2011.

55. ABRIC J-C. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses universitaires de France; 2011.

56. Repères méthodologiques-Enquête [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: http://www.lesphinx-developpement.fr

57. AUBRY F. Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: https://temporalites.revues.org

58. Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 8 du 15 septembre 2013 [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0172.pdf

59. Estryn-Behar M, others. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Étude Presst- Partie [Internet]. 2004 [cité 17 août 2016];1. Disponible sur: http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org

ANNEXE 1

TEXTES REGLEMENTAIRES RELATIFS A LA SPECIALISATION D'IADE

Article 7 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier :

*« L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités**, à condition qu'un médecin** puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient et a posé l'indication anesthésique : anesthésie générale ; anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin ; réanimation per-opératoire […]».*

Article R4311-12 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique :

*« L'infirmier anesthésiste est seul habilité, **à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur** puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :*
1° Anesthésie générale ;
2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
3° Réanimation peropératoire.
Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.
En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.
Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.
L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. »

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE DE PRE-ENQUÊTE CANDIDATS/ETUDIANTS 1ERE ANNEE :

« POURQUOI AVOIR CHOISI LA SPECIALISATION D'IADE ? »

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

1. VOTRE PROFIL

* 1. Vous êtes :

◯ UN HOMME

◯ UNE FEMME

* 2. Votre âge:

* 3. Votre Baccalauréat:

Autre (veuillez préciser)

* 4. Avez-vous commencé d'autres études universitaires avant la formation initiale infirmière ?

◯ OUI

◯ NON

Si oui, précisez quelles études:

* 5. Vous êtes :

◯ Candidat concours IADE

◯ Etudiant IADE 1ère année

Si étudiant : Dans quelle école effectuez-vous vos études ?

* 6. Dans quelle école passez-vous le concours ? (Une seule réponse possible)
(cf. information)

* 7. Votre établissement de soin: (cf.information)

Précisez la ville de votre établissement :

* 8. Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmier ?(cf.information)

- < 2.5 ans
- [2.5-5 ans [
- [5-10 ans [
- [10-20 ans [
- > 20 ans

* 9. Dans quel secteur de soin avez-vous le plus longtemps exercé ?

Autre (veuillez préciser):

10. Votre statut actuel: (cf.information):

Autre (veuillez préciser):

11. Avez-vous un parent proche travaillant dans un secteur paramédical ou médical ?

- OUI
- NON
- Si oui, veuillez préciser

12. Parmi ces circonstances, citez celle qui vous a donné l'idée de vous intéresser à cette spécialité.

- ◯ A. Enseignement à l'IFSI .
- ◯ B. Lors de rencontres ou échanges avec des professionnels.
- ◯ C. Lors d'une situation d'urgences-réanimation.
- ◯ D. Lors d'un stage ou travail au bloc opératoire.
- ◯ E. Lecture dans une revue professionnelle, films, séries télé, etc…

Autre (veuillez préciser):

13. Si réponse B. à la question précédente, quel statut avait ce professionnel ?

Autre (veuillez préciser)

14. Vous avez choisi cette spécialité pour travailler plutôt au :

15. Avez-vous déjà une idée où vous souhaiteriez exercer votre métier plus tard ?

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

2. LE CONCOURS

16. A partir de quel moment avez-vous franchi le pas et décidé de passer le concours ?

Autre (veuillez préciser)

17. Pouvez-vous indiquer le délai entre le moment où vous avez eu l'idée de passer le concours et le moment où vous vous êtes inscrit(e)?

18. Avez-vous suivi une préparation au concours dans une école IADE ?

- OUI
- NON

19. Combien de fois l'avez-vous passé ?

Autre (veuillez préciser)

20. Si vous n'êtes pas reçu au concours, que faites-vous ? (une seule réponse possible) (cf. information)

21. Avez-vous demandé ou allez-vous faire la demande d'un financement ? (cf.information)

- OUI
- NON

22. Si Oui, seriez-vous prêt à effectuer vos études sans l'obtention de ce financement ? (Cf information)

- OUI
- NON

* 23. Auriez-vous pu choisir une autre spécialité?

- ◯ OUI
- ◯ NON

24. Si Oui, laquelle ?

- ◯ IBODE.
- ◯ Puéricultrice
- ◯ Cadre de santé

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

3. VOS MOTIVATIONS POUR DEVENIR IADE

* 25. Indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos motivations pour devenir IADE.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Le plaisir de travailler dans l'environnement technique que représente le bloc opératoire.	○	○	○	○
Par intérêt pour l'anesthésie-réanimation.	○	○	○	○
Evoluer par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences.	○	○	○	○
Travailler en équipe inter-professionnelle.	○	○	○	○
Avoir un travail en collaboration permanente avec le MAR fondée sur la confiance mutuelle.	○	○	○	○
Me prouver ou à d'autres personnes que j'en suis capable.	○	○	○	○
Avoir plus de responsabilités et d'autonomie.	○	○	○	○
Etre mieux reconnu(e) par les corps médical et paramédical.	○	○	○	○
Progresser dans l'échelle socioprofessionnelle.	○	○	○	○
Avoir le sentiment d'appartenir à un corps professionnel identifié (exclusivité de compétences)	○	○	○	○

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Avoir un mode d'exercice professionnel varié: SMUR, BO, SSPI.	○	○	○	○
Avoir de meilleures conditions de travail (horaires moins décalés, rythme de travail physiquement moins éprouvant, moins de week-end).	○	○	○	○
Pouvoir se confronter à des situations d'urgence et de réanimation.	○	○	○	○
Recevoir une meilleure rémunération.	○	○	○	○
La faculté de changer de secteur d'exercice plus facilement.	○	○	○	○

26. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

4. VOS HESITATIONS VIS-A-VIS DU METIER IADE

27. Parmi les aspects suivants qui peuvent ou qui ont pu vous faire hésiter avant de déterminer votre choix, citez celui qui vous a le plus concerné.

- ◯ Quitter vos collègues de travail.
- ◯ La perte de votre statut reconnu dans un service de soins et redevenir étudiant.
- ◯ La perspective d'une formation de 2 ans difficile à haut degré d'exigences.
- ◯ Les contraintes horaires (nuits, week-end, dépassement des horaires...).
- ◯ Des relations parfois conflictuelles avec les chirurgiens et/ou les médecins anesthésistes-réanimateurs.
- ◯ Le haut degré de responsabilité de l'acte anesthésique : possibles conséquences morales, judiciaires (procès, condamnation).
- ◯ Des raisons familiales (accord avec conjoint, les enfants...).
- ◯ Des raisons financières.

autre (précisez):

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

5. VOS REPRESENTATIONS DU METIER IADE

* 28. Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos représentations du métier d'IADE.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Turn over rapide des patients dans un bloc opératoire / un service de soins.	○	○	○	○
Variétés des actes anesthésiques et des pathologies rencontrées.	○	○	○	○
Métier technique (Appareils d'anesthésie, ventilation mécanique, etc...).	○	○	○	○
Métier soumis à des normes de haute sécurité.	○	○	○	○
Niveau d'organisation et d'anticipation plus élevé.	○	○	○	○
Exigence de maintenir et réactualiser ses connaissances transversales.	○	○	○	○
Compagnonnage auprès des étudiants.	○	○	○	○
Formation plus poussée à la prise en charge de la douleur.	○	○	○	○
Apport de compétences spécialisées pour les urgences pré-hospitalière.	○	○	○	○
Meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient sur prescription médicale anesthésique ou protocole (autonomie professionnelle).	○	○	○	○

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Mise en pratique de compétences plus spécifiques (ex : Ventilation, Hémodynamique).	○	○	○	○
Partage des gestes avec le médecin (intubation, pose de Kt PA, etc...).	○	○	○	○
Possibilité de mieux faire reconnaître des compétences propres par l'institution.	○	○	○	○
Sentiment de sécurité lié à la possibilité d'avoir recours au MAR en permanence.	○	○	○	○
Une approche globale du patient dans un temps court.	○	○	○	○
Le fait que dans l'environnement réputé technique du bloc opératoire, le « prendre soin » reste possible.	○	○	○	○

29. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

30. Pour vous, en un mot clé, un IADE est un professionnel plutôt:

- ○ A l'écoute
- ○ Calme (gestion de son stress)
- ○ Sûr de lui
- ○ Rigoureux
- ○ Adaptable

Autre (veuillez préciser)

POURQUOI AVOIR CHOISI LE METIER D' IADE ?

COORDONNEES

31. Souhaitez-vous connaitre les résultats de cette étude ?

◯ Oui

◯ Non

Si oui mail :

Merci de votre participation.

Merci de transférer le mail ou diffuser le lien de cette enquête dans votre entourage susceptible d'y répondre:

https://fr.surveymonkey.com/r/MEMOIREGREGDAL1

Pour rappel, cette étude s'adresse aux candidats/Etudiants IADE 1ère année des écoles du Grand Ouest (Caen, Rouen, Rennes, Brest et Nantes) et de l'école du CHU de la Salpêtrières (Paris)

ANNEXE 3

COMMENTAIRES LIBRES SUR LES MOTIVATIONS ET REPRESENTATIONS DE LA SPECIALISATION IADE

(Candidats et étudiants 1ère année)

« POURQUOI AVOIR CHOISI LA SPECIALISATION D'IADE ? »

Q. 26 : Indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos motivations pour devenir IADE. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

Acquérir de nouvelles compétences et être encore plus performant constitue ma principale motivation quoique le besoin d'être reconnu et de réussir (professionnel et financier) fasse parti intégrant de l'être...même avec le salaire que j'avais avant, j'aurais accepté de le faire même à temps plein.
Anticiper l'avenir : puis-je à 50 ans, supporter le rythme et l'usure physique du métier d'IDE?
Avoir 1 seul patient, pas de chronicité
Avoir l'équivalence master pour une éventuelle reconversion si besoin.
Avoir plus des connaissances pour comprendre les démarches de pec médicales des patients.
Avoir un diplôme reconnu bac+5
Découvrir un nouvel environnement
Epuisement face aux horaires d'un service de réanimation en 12 heures avec une alternance jour-nuit tous les deux mois. Pas d'intérêt pour un autre service de soins.
Intensité du relationnel avec le patient Rigueur et sécurité
Ne pas avoir le sentiment que mon bagage (les études suivies avant de devenir IDE) n'ai servi à rien; qu'elles soient exploitées et servent de tremplin vers l'acquisition de ce diplôme d'IADE.
Ne plus avoir à gérer les familles agressives ou ne comprenant pas les priorités dans les soins.
offres de travail plus nombreuses
Opportunités de mobilité géographique
Parce que je suis passionné d'anesthésie et de réanimation .
Trop de manque de reconnaissance en tant qu'IDE. (au niveau de certains médecins, et du corps politique, les patients quant à eux sont plutôt reconnaissants et admiratifs, surtout en réanimation)

Q.29 : Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos représentations du métier d'IADE. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

En tant que militaire être « projeté » en mission extérieure plus fréquemment
Réflexivité et adaptabilité aux situations dynamiques d'anesthésie.
relationnel important / anxiété et douleur du patient (adulte ou enfants).
Un seul patient en charge donc optimisation de la prise en charge

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

« IADE : VOTRE MÉTIER»

IADE: VOTRE METIER

1. VOTRE PROFIL

* 1. Vous êtes :

- ◯ UN HOMME
- ◯ UNE FEMME

* 2. Votre âge:

* 3. Votre Baccalauréat:

Autre (veuillez préciser)

* 4. Avez-vous commencé d'autres études universitaires avant la formation initiale infirmière ?

- ◯ OUI
- ◯ NON

Si oui, précisez quelles études:

* 5. Votre région:

Autre (veuillez préciser)

* 6. Votre établissement de soin:

Précisez la ville de votre établissement :

7. Combien d'années avez-vous été IDE avant de rentrer à l'école IADE ?

- ☐ <2.5 ans
- ☐ [2.5-5 ans [
- ☐ [5-10 ans [
- ☐ [10-20 ans [
- ☐ > 20 ans

8. Avez-vous un parent proche travaillant dans un secteur paramédical ou médical ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si OUI, veuillez préciser :

9. Parmi ces circonstances, citez celle qui vous a donné l'idée de vous intéresser à cette spécialité.

- ☐ A. Enseignement à l'IFSI
- ☐ B. Lors de rencontres ou échanges avec un ou des professionnels de l'anesthésie-réanimation.
- ☐ C. Lors d'une situation d'urgences-réanimation.
- ☐ D. Lors d'un stage ou travail au bloc opératoire.
- ☐ E. Lecture dans une revue professionnelle, films, séries télé, etc…
- ☐ Autre

Autre (veuillez préciser)

10. Si réponse B. à la question précédente, quel statut avait ce professionnel ?

- ☐ MAR/Interne
- ☐ IADE
- ☐ IDE
- ☐ Cadre de santé

Autre (veuillez préciser)

11. Vous êtes IADE depuis :

- ☐ <2.5 ans
- ☐ [2.5-5 ans [
- ☐ [5-10 ans [
- ☐ [10-20 ans [
- ☐ > 20 ans

12. Vous avez choisi cette spécialité pour travailler plutôt au :

13. A l'heure actuelle, votre secteur d'activité est :

14. Auriez-vous pu choisir une autre spécialité?

- ☐ OUI
- ☐ NON

15. Si Oui (à la question précédente), laquelle ?

- ☐ IBODE.
- ☐ Puéricultrice
- ○ Cadre de santé

IADE: VOTRE METIER

2. VOS MOTIVATIONS POUR VOTRE METIER IADE

* 16. Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos motivations actuelles dans votre métier IADE.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Le plaisir de travailler dans l'environnement technique que représente le bloc opératoire.	○	○	○	○
Par intérêt pour l'anesthésie-réanimation.	○	○	○	○
Evoluer par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences.	○	○	○	○
Travailler en équipe inter-professionnelle.	○	○	○	○
Avoir un travail en collaboration permanente avec le MAR fondée sur la confiance mutuelle.	○	○	○	○
Me prouver ou à d'autres personnes que j'en suis capable.	○	○	○	○
Avoir plus de responsabilités et d'autonomie.	○	○	○	○
Etre mieux reconnu(e) par les corps médical et paramédical.	○	○	○	○
Progresser dans l'échelle socioprofessionnelle.	○	○	○	○
Avoir le sentiment d'appartenir à un corps professionnel identifié (exclusivité de compétences).	○	○	○	○

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Avoir un mode d'exercice professionnel varié: SMUR, BO, SSPI.	○	○	○	○
Avoir de meilleures conditions de travail (horaires moins décalés, rythme de travail physiquement moins éprouvant, moins de week-end).	☐	☐	☐	☐
Pouvoir se confronter à des situations d'urgence et de réanimation.	○	○	○	○
Recevoir une meilleure rémunération.	○	○	○	○
La faculté de changer de secteur d'exercice plus facilement.	○	○	○	○

17. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

IADE: VOTRE METIER

3. VOS REPRESENTATIONS DU METIER IADE

*** 18. Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes caractérisant vos représentations de votre métier IADE.**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Turn over rapide des patients dans un bloc opératoire / un service de soins.	○	○	○	○
Variétés des actes anesthésiques et des pathologies rencontrés.	○	○	○	○
Métier technique (Appareils d'anesthésie, ventilation mécanique, etc...).	○	○	○	○
Métier soumis à des normes de haute sécurité.	○	○	○	○
Niveau d'organisation et d'anticipation plus élevé.	○	○	○	○
Exigence de maintenir et réactualiser ses connaissances transversales.	○	○	○	○
Compagnonnage auprès des étudiants.	○	○	○	○
Formation plus poussée à la prise en charge de la douleur.	○	○	○	○
Apport de compétences spécialisées pour les urgences pré-hospitalières.	○	○	○	○
Meilleure capacité d'analyse et d'intervention rapide sur le patient sur prescription médicale anesthésique ou protocole (autonomie professionnelle).	○	○	○	○

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Mise en pratique de compétences plus spécifiques (ex : Ventilation, Hémodynamique).	○	○	○	○
Partage des gestes avec le médecin (intubation, pose de Kt PA, etc...).	○	○	○	○
Possibilité de mieux faire reconnaître des compétences propres par l'institution.	○	○	○	○
Sentiment de sécurité lié à la possibilité d'avoir recours au MAR en permanence.	○	○	○	○
Une approche globale du patient dans un temps court.	○	○	○	○
Le fait que dans l'environnement réputé technique du bloc opératoire, le « prendre soin » reste possible.	○	○	○	○

19. Autres raisons non évoquées : (maximum une phrase)

20. Pour vous, en un mot clé, un IADE est un professionnel plutôt:

○ A l'écoute

○ Calme (gestion du sonstress)

○ Sûr de lui

○ Rigoureux

○ Adaptable

○ Autre

Autre (veuillez préciser)

IADE: VOTRE METIER

4. FINALEMENT…

21. Est-ce que le métier IADE a-t-il suffisamment répondu à vos attentes initiales ?

- ○ OUI
- ○ NON

22. Avez-vous déjà regretté d'avoir choisi le métier d'IADE ?

- ○ OUI
- ○ NON

23. Si oui à la question précédente, parmi ces propositions suivantes, choisissez-en 3 maximum auxquelles vous vous sentez le plus souvent confronté(e).

- ☐ Conflits professionnels
- ☐ Manque de soutien ou de confiance de mon équipe d'encadrement Remplacements
- ☐ réguliers par manque de personnel
- ☐ Rythmes de travail difficiles (gardes, week-end…)
- ☐ Sentiment de baisse de la qualité de mes soins Retrait
- ☐ des IADE des SMUR
- ☐ Mon travail n'a plus de sens
- ☐ Mon travail est devenu trop routinier
- ☐ Difficulté à gérer mon stress
- ☐ Autre (veuillez préciser):

*** 24. A ce stade de votre carrière, envisagez-vous de changer d'orientation ?**

- ○ OUI
- ○ NON

25. Si vous envisagez de changer d'orientation , à quelle fréquence ?

26. Si vous envisagez de changer d'orientation, pour quelle orientation ?

- ◯ Cadre de Santé
- ◯ IDE en libéral
- ◯ Changer de métier
- ◯ Autre

Autre (veuillez préciser)

27. Souhaitez-vous connaitre les résultats de cette étude ?

- ◯ OUI
- ◯ NON

Si oui mail :

Merci de votre participation.

Merci de transférer le mail ou diffuser le lien de cette enquête dans votre entourage susceptible d'y répondre:

https://fr.surveymonkey.com/r/MEMOIREGREGDAL

Pour rappel, cette étude s'adresse au Grand Ouest (Régions Normandie, Bretagne et Pays de la Loire) et au CHU de la Salpêtrières (Paris)

ANNEXE 5

COMMENTAIRES LIBRES SUR LES MOTIVATIONS ET REPRESENTATIONS DE LA SPECIALISATION IADE

« IADE : VOTRE MÉTIER»

Q. 17 : Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes explorant vos motivations actuelles dans votre métier IADE. Autres raisons non évoquées :

Activité douleur
Actuellement plaisir de faire évoluer son métier dans la prise en soins des patients et plaisir de "transmettre "
Apporter une meilleure qualité de soin au patient unique dans des conditions optimales.
AUTONOMIE DE FONCTION
Avoir des connaissances et compétences nécessaires afin d'être la spécialité la plus préparée pour une prise en charge optimale, de qualité, sécurisante et experte du patient (en anesthésie, au déchocage et SMUR)
Avoir tout à portée de main…Petit environnement sécurisant quand on vieilli
Curiosité intellectuelle
En tant que tutrice IADE pour aider à la Formation des étudiants IADE
Etre capable de surmonter une situation d'urgence et être un atout quant à la réanimation du patient bien anticiper les algorythmes...
On voudrait garder notre pluridisciplinarité ++++++
Possibilité de missions transversales (PEC douleur, ...)
Possibilité de travailler dans un pool bloc SMUR
Prendre soin des patients dans un moment très particulier de leur vie
Spécialisation douleur, hypnose transférable dans notre quotidien.
Un relationnel spécifique

Q.19 : Indiquez votre degré d'accord avec les affirmations suivantes caractérisant vos représentations de votre métier IADE Autres raisons non évoquées :

Exercer l'hypnose médicale
Hypnose
Nécessite d'affirmation de soi
Plus de liberté et d'autonomie
Possibilité de créer un lien avec le patient prise en charge technique et psychologique avec empathie même en urgence
Pouvoir agir dans l'urgence de façon adaptée sans mécanismes mais avec les connaissances et de la réflexion propre

ANNEXE 6

COMMENTAIRES LIBRES SUR LES MOTIFS DE REGRETS ET LES CHANGEMENTS D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

« IADE : VOTRE SPECIALISATION»

Q.23 : Autres motifs de regrets d'avoir choisi la spécialisation d'IADE :

Absence d'esprit d'équipe au bloc.
Diminution de l'autonomie au fil des années
LA Rentabilité est à présent essentielle avant la qualité des soins
Le manque de considération de mon travail par les MAR
Manque d'autonomie
Manque de mise en avant du relationnel avec le patient, l'épuisement professionnel face aux situations extrêmes
Manque de reconnaissance
Manque de reconnaissance de la direction
Manque de reconnaissance et donc d'autonomie
Manque de soutien et de reconnaissance alors que l'on rend pas mal de de service à l'institution
Négation de nos compétences pour ne pas nous payer à notre juste valeur et par peur de perdre un pouvoir alors que le métier de MAR est de la supervision.
Reconnaissance salariale
Salaire insuffisant par rapport aux responsabilités
Salaire trop bas
Turn-over important peu conciliable avec l'activité pédiatrique

Q. 26 : Autres projets de changements d'orientations :

Direction de crèche
En institut de formation
Formateur
Formation complémentaire de sophrologie
Formatrice
IADE au CETD
Infirmier coordinateur pour le don d'organes et de tissus
Moniteur IFSI ou cesu ou.....
Perfusionniste
Perfusionniste
Restauration

RESUME

Introduction: Chaque année, quelque 1 300 infirmiers se présentent aux concours IADE organisés en France. Depuis la réforme de la formation en 2012, la spécialisation d'IADE connaît même une recrudescence de candidatures. S'il existe un intérêt à analyser les critères de leur choix, correspondent-ils à la réalité du métier ? L'objectif principal de ce mémoire était de mesurer l'écart entre les déterminants du choix des candidats et l'expression du vécu des IADE.

Matériel et méthodes: Etude multicentrique, comparative, observationnelle, transversale, anonyme et auto-déclarative à l'aide de questionnaires en ligne soumis à 687 IADE et 381 candidats. Le recueil visait à comparer le profil, ainsi que les représentations et les motivations relatives à la spécialisation, étudiées respectivement selon la théorie du noyau central et la théorie de l'autodétermination.

Résultats: Taux de participation à 60% : les 616 questionnaires analysés (339 IADE et 277 candidats) ont montré des profils similaires. Les motivations des enquêtés étaient à un degré élevé d'autodétermination, plus marquée pour les IADE. Si la dimension technique prédominait dans leurs représentations, les candidats se focalisaient sur l'attrait de la technicité tandis que les IADE mettaient plus en avant leurs compétences spécifiques. La dimension relationnelle restait à la périphérie éloignée de la représentation, les IADE y accordant plus d'importance.

Conclusion: Notre étude a mis en évidence un faible écart entre les déterminants du choix des candidats et la réalité du métier vécu. L'exercice professionnel modifie peu les motivations initiales et renforce même la motivation intrinsèque. Pendant la formation, la socialisation au sein d'un corps IADE bien identifié permet une évolution de la représentation. L'acquisition et le maintien de compétences spécifiques permettent de maitriser cette technicité pour « prendre soin » du patient.

Mots clés: Infirmier(e), représentations, motivations, choix, infirmier(e) anesthésiste

ABSTRACT

Introduction: Every year, some 1,300 nurses part to CNRAs competitive entrance examinations held in France. The number of applicants to the CNRA specialization has even increased since the 2012 vocational training reform. If there is an interest in analyzing the criteria of their choice, do they match the CNRA job realities? The main aim of this essay is to measure the gap between CNRA applicants' choice determinants and nurse anesthetists' representations of their work.

Methods: Anonymous, cross-sectional, observational, comparative and multicenter study, based on an on-line questionnaire sent to 687 CNRAs and 381 CNRA applicants. The questionnaire aimed at comparing the profile, as well as indeed interviewees' representations and motivations regarding the CNRA specialization, studied respectively according to the central core theory and the theory of self-determination.

Results: 60% participation rate: the 616 questionnaires analyzed (339 CNRAs and 277 applicants) showed similar profiles. Interviewees displayed a high level of self-determined motivations, more pronounced among CNRAs. Even though the technical aspect prevailed in their representations, applicants focused on technical appeal whereas CNRAs rather highlighted their specific competencies. The rational aspect remained at the distant periphery of the representation even though CNRAs gave more importance to it.

Conclusion: This study brought to light the small gap existing between applicants' choice determinants and CNRAs' own experiences. Professional practice barely modifies initial motivations and even reinforces intrinsic motivation. Socializing with CNRAs during the specialization allows an evolution of the representation. The acquisition and upkeep of specific competencies lead to an expert knowledge of this technicity to « take care » of patients.

Keywords: Nurse, representations, motivations, choices, nurse anesthetist (CNRA)