

IFSI DE DIGNE LES BAINS  
Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers  
Promotion 2009/2012

# De l'identité de l'infirmière à sa singularité professionnelle

Mémoire soutenu par Cécile ANDRIOLO

Guidants du mémoire :

Laurent QUILES, Cadre de Santé formateur

Martine Ocronte, Cadre de Santé formateur.



IFSI DE DIGNE LES BAINS  
Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers  
Promotion 2009/2012

De l'identité de l'infirmière  
à sa singularité professionnelle

Mémoire soutenu par Cécile ANDRIOLO

Guidants du mémoire :

Laurent QUILES, Cadre de Santé formateur

Martine Ocronte, Cadre de Santé formateur.

**Note aux lecteurs :**

*« Il s'agit d'un travail personnel, ne comportant aucun plagiat, effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Digne les Bains. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »*

## **Remerciements**

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à faire que ce mémoire chemine, et existe.

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. CONTEXTE : la question de l'identité professionnelle .....	2
2.1 Naissance d'une vocation.....	2
2.2 De l'identité professionnelle infirmière au sein d'une structure à la singularité de l'infirmière .....	4
3. CADRE THEORIQUE : constitution de l'identité professionnelle.....	5
3.1 Le fondement de l'identité professionnelle des infirmières, partage commun de la profession et base de son identité.....	5
3.2 L'élaboration de l'identité professionnelle.....	8
3.2.1 De l'identité personnelle à l'identité professionnelle.....	8
3.2.2 L'importance du contexte. ....	9
3.3 L'influence des représentations sociales.....	10
3.3.1 Le concept de représentation sociale.....	10
3.3.2 structure et fonctionnement des représentations sociales.....	11
4. L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE.....	13
4.1 Outil de recueil de données : les schèmes cognitifs de base.....	13
4.1.1 Construction de l'outil et choix de la population.....	13
4.1.2 Contenu de l'outil de pré-enquête.....	14
4. 2 Résultats et analyse des entretiens.....	18
4.2.1 Nadine, infirmière au bloc opératoire.....	18
4.2.2 Maryse, infirmière à l' hôpital de jour.....	22
4.2.3 Christine, infirmière aux urgences.....	25
4.2.4 Emeline, infirmière au Pôle mère/enfant.....	29
4.2.5 Analyse groupale :.....	32
5. L'OBJECTIF DE RECHERCHE.....	36

5.1 : Choix de la méthode :.....	36
5.1.1 Choix du terrain de recherche et choix de la population :.....	37
5.1.2 Choix de l'outil :.....	37
5.1.3 Déroulement des entretiens:.....	38
6. CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41

## 1. Introduction.

L'identité est un thème vaste, central, et plutôt commun à chaque humain.

Qui ne s'est pas un jour demandé qui il était en tant que sujet, pour lui même et pour les autres ? Qui peut prétendre avec exactitude se connaître dans son intégralité, à chaque instant ?

Car dans son rapport à l'autre, le sujet se trouve confronté à autrui et aux groupes dans différents contextes, et à fortiori, dans son environnement professionnel.

La question de l'identité dans son activité de travail est en ce sens une question cruciale qui anime chacun d'entre nous, et qui permet d'essayer de se positionner dans sa propre pratique professionnelle, pour peut-être, mieux se connaître et se reconnaître dans sa propre subjectivité.

Ainsi, dans la profession infirmière, où il existe de nombreux champs d'exercice de la profession qui peuvent différer, et où la confrontation avec autrui est au cœur du métier, les infirmiers et étudiants en soins infirmiers sont quotidiennement concernés par l'élaboration de leur propre identité professionnelle de soignant, et sa maturation tout au long de leur pratique.

Ce travail d'initiation à la recherche est en quelque sorte la conséquence d'un questionnement qui est né antérieurement à la formation en soins infirmiers, et qui a pris racine dans ma propre expérience d'étudiante confrontée à ce terrain, et souhaitant comprendre et porter un regard sur sa pratique future.

Ainsi, nous verrons dans une première partie, comment ce questionnement identitaire a pu émerger et son point d'ancrage, illustrés par deux exemples tirés de mon expérience.

Puis, partant de l'identité en général, nous nous attacherons à montrer que l'identité professionnelle des infirmiers, peut trouver sa base dans sa propre histoire, et entrer en jeu dans la construction de l'identité de chaque professionnel.

Ensuite, nous essaierons de comprendre comment s'élabore cette l'identité de soignant appartenant à un groupe, à travers les processus sociaux, l'importance du contexte et l'influence des représentations sociales.

A la suite de notre cadre théorique, nous présenterons l'outil mis en place pour

effectuer notre pré-enquête menée dans le champ d'exercice des soins généraux. Nous ferons une analyse détaillée des résultats obtenus, à partir desquels nous proposerons une réorientation du travail d'initiation à la recherche.

Pour terminer cette étude, avant de conclure, nous exposerons le dispositif de recherche choisis pour mener à bien cette recherche.

## 2. Contexte : la question de l'identité professionnelle.

### **2.1 Naissance d'une vocation.**

J'ai su que je voulais être infirmière en 2008, le jour de la naissance de ma fille. Ce choix s'est révélé en moi, en découvrant à la maternité ce métier qui m'était jusque là encore inconnu. En étant moi-même patiente, j'ai apprécié de recevoir tant d'humanité, au point de vouloir à mon tour le transmettre lors de soins.

A ce moment là, je savais que je voulais être infirmière par cette vocation nouvellement née, et que pour l'être, il me fallait suivre une formation pour obtenir un diplôme, mais je ne savais pas au fond, ce que c'était vraiment qu'être infirmière.

Dès mon entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers, mon projet professionnel s'est orienté vers le service des urgences.

Ce choix était motivé par les représentations sociales que j'avais de cette profession.

En effet, ce métier représentait pour moi une diversité de prise en charge tant au niveau des pathologies que du public rencontré (adulte, enfants, personne âgée...).

C'est l'inattendu, un rythme soutenu, un travail d'équipe indispensable en interprofessionnalité, des soins techniques variés et nombreux, la contribution au diagnostic médical, le port d'un uniforme...

Voilà pourquoi, au premier abord la maîtrise et la pratique des gestes techniques restaient pour moi primordiales.

Cependant, au travers de mes différents stages, j'ai vite compris que la technicité propre à un service était plus rapidement acquise que d'autres compétences relatives à cette profession, restant subtilement plus difficiles à cerner, à comprendre et à développer.

Tout au long de la formation, j'ai ainsi acquis des capacités, des aptitudes infirmières et

nourrit ma posture professionnelle réflexive.

J'ai découvert différentes facettes de ce métier et des secteurs d'activité de la profession que j'ignorais auparavant.

Au cours de ces différentes expériences ce qui m'a le plus questionné, c'est de voir combien le champ d'application de cette profession est étendu, varié et différent, et ce, au sein même d'un de ces champs, comme par exemple, celui des soins généraux à partir duquel je vais vous décrire une situation qui m'a interpellée.

En effet, en fin de troisième année, j'ai effectué un stage en service de maternité d'un hôpital général. Je pensais, en étant en fin de formation et en ayant reçu l'intégralité des enseignements théoriques, être rapidement « opérationnelle ». Mais dès les premières minutes, une infirmière ne m'ayant jamais rencontré m'a regardé, a observé ma blouse puis m'a dit : « Tu es élève infirmière ! ; tu peux me faire un H24 au bébé de la 154 qui a un strepto B sur PP et PV positifs. Puis, si tu veux, tu peux faire le Billi flash au bébé de la 163 ».

Cette infirmière m'a donc reconnu, par la forme et la couleur blanche de ma blouse comme étant une étudiante appartenant à sa catégorie professionnelle. Elle a donc naturellement adapté avec moi une communication verbale sur le même canal professionnel. Cependant, intégrant pour la première fois ce service, il m'a fallu sur l'instant un moment pour traduire et encoder ces informations en vue d'une future restitution. Puis, les jours suivants, cette prise en charge dans ce service pour ce type de patient était évidente.

Voici une situation différente, rencontrée lors d'un stage effectué en début de troisième année au service des urgences d'un hôpital général:

Un matin, Mme M. une patiente âgée de 47 ans, se présente à l'accueil des urgences pour douleurs pelviennes et métrorragies depuis 3 jours. Elle vient de retrouver son stérilet dans les toilettes et se dit très angoissée. L'IAO<sup>1</sup> suspecte une grossesse extra-utérine et la place directement dans le box gynécologique.

J'observe que l'infirmière qui la prend en charge dans le box ne parle pas à la patiente, excepté pour le recueil de données et d'informations.

La soignée qui n'a pas encore vu le médecin est allongée, elle s'agite et se met à pleurer. Elle verbalise des questionnements sur la possibilité d'être ou non enceinte, des sentiments de peur, d'incompréhension (car elle avait un stérilet) et de culpabilité (elle dit souhaiter une IVG<sup>2</sup>).

---

1 IAO: Infirmier d'Accueil et d'Orientation.

2 IVG: Interruption Volontaire de Grossesse.

La soignante qui se tient debout, ne la regarde pas et lui répond verbalement par des phrases directives (« ne bougez plus , tendez le bras... »), tout en préparant son matériel, mais aussi sur un mode de communication analogique par une certaine lassitude (soupirs...) et une sorte de « froideur relationnelle» que l'on peut particulièrement ressentir lorsqu'elle dispense les soins techniques effectués de manière « mécanique » et impersonnelle (pose de la VVP<sup>3</sup>, bilan sanguin...).

Je m'approche de la patiente, m'assoit à sa hauteur, l'écoute et commence à reformuler ses propos. L'infirmière me regarde en levant les yeux au ciel et me tend le bilan à amener au laboratoire en me disant que « cela serait plus utile ».

Après le soin, elle me questionne sur mon attitude professionnelle avec cette patiente puis m'indique que je dois être plus rapide dans mes prises en charge. Je me justifie par le fait que Mme M. verbalisait une certaine angoisse que je devais autant prendre en charge que les soins techniques afin de l'appréhender dans sa globalité. L'infirmière m'indique alors que dans ce genre de situations, une prescription de tranquillisant peut être effectuée afin de réduire l'angoisse de la patiente, et m'explique que selon elle, être infirmière c'est être une technicienne et que je dois orienter mon apprentissage uniquement sur les soins techniques sur ce lieux de stage.

## **2.2 De l'identité professionnelle infirmière au sein d'une structure à la singularité de l'infirmière.**

Je souhaite montrer au delà de ces situations, qu'au sein d'une même structure et d'un même service, les infirmières<sup>4</sup> qui ont pourtant un même diplôme, un même uniforme, un même langage, appartenant à un même groupe partageant les mêmes codes..., exercent toutes une même profession mais de manière différente, elles ont chacune une approche qui leur est propre. Et, il m'a semblé intéressant de discerner ce qui fait la différence entre chaque prise en charge, en fonction de tel ou tel infirmier.

Car en effet, je retiens de mes stages et des enseignements théoriques, qu'il n'existe pas une façon de faire, une technique précise, comme par exemple celle de la toilette. Il n'existe pas de techniques spécifiques, mais plusieurs façons de faire, à s'approprier pour dispenser un

---

3 VVP: Voie Veineuse Périphérique.

4 infirmière(s) : toujours lire infirmier(s), infirmière(s).

soin dans le respect des pratiques professionnelles.

Aussi, durant ces différents stages, il m'a été difficile de confronter différents savoirs et savoirs-faire dans différents contextes, au point de me demander si toutes ces infirmières partageaient quelque chose en commun.

Alors, au fond, qu'est-ce vraiment qu'être infirmière ? Qu'est ce qui fait que l'on puisse être reconnu comme appartenant à ce corps de métier ? Qu'ont toutes ces infirmières en commun ? Qu'est ce qui rassemble et représente cette profession ?

Et à partir de là, on pourrait se demander, quelle est l'identité professionnelle infirmière ? Comment se construit-elle et comment les infirmières se construisent-elles professionnellement à travers elles ?

Et enfin, en quoi le contexte, l'environnement et leurs représentations, façonnent-ils l'identité professionnelle infirmière ?

**Par ce travail de recherche, je souhaite identifier les éléments constituant l'identité professionnelle soignante de l'infirmière exerçant plus particulièrement en soins généraux.**

### 3. Cadre théorique : constitution de l'identité professionnelle.

#### **3.1 Le fondement de l'identité professionnelle des infirmières, partage commun de la profession et base de son identité.**

De nos jours, l'infirmière ou l'infirmier est une « *personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.* »(code de la Santé Publique).

Elle possède donc un rôle prescrit, et un rôle propre, (ou rôle autonome), intimement liés.

Sa profession est définie par le code de la santé publique, réglementée par des lois, des décrets, des règles professionnelles, qui spécifient notamment l'obligation de diplôme pour

exercer cette profession (article L.474 du code de la santé publique<sup>5</sup>).

Mais, cette profession n'est définie et donc reconnue par la société française que depuis 1902, et, est sanctionnée par un diplôme d'Etat à compter de 1922<sup>6</sup>, rendu obligatoire qu'en 1946 et unique depuis 20 ans.

Ce métier, qui a donc un statut social définissant par conséquent un rôle, voilà seulement 74 ans, est pourtant porteur d'une histoire commune à toute professionnelle, et dont le poids de cet héritage religieux et médical reste toujours ancré dans la mémoire collective.

- **Religieux** car, dès le XIX ème siècle, où « *l'appellation officielle d'infirmière a été adoptée* » (Habib H., Nassar J., 2007), la religion organise la profession infirmière, donnant au soin un sens empreint de charité, de dévouement et d'amour de Dieu. L'infirmière est considérée comme une « sainte laïque », jusqu'à la laïcisation des soins.

- **Médical** car les progrès de la sciences du XXème siècle requérant de nouveaux gestes techniques permettent aux soins infirmiers d'évoluer. L'infirmière supplée le médecin, et devient une « *auxiliaire technique du médecin, une piqueuse* » (ibid).

Et même, si la seconde guerre mondiale édifia une image de l'infirmière de la « Croix Rouge » empreinte de courage, de dévouement et de discipline militaire, son rôle reste toujours celui d'auxiliaire.

Il faudra attendre les nombreux bouleversements du XXème siècle dont l'émergence de théories en soins infirmiers (V. Handerson...), pour qu'apparaissent en 1970 la notion de « diagnostic infirmier » ainsi qu'en 1972, l'expression « soins infirmiers ». Et voici 34 ans qu'une nouvelle définition de l'infirmière se dessine, la dotant d'un rôle prescrit et d'un rôle propre, c'est à dire d'une « *zone d'autonomie ou d'indépendance dans l'exercice de leur pratique* » . (Sibiril Y., 2000, P. 55)

Ainsi, il apparaît que la profession a évolué parce que le soin lui même a évolué et qu'il se situe au cœur de ce métier. Mais aussi, parce qu'au fil de son histoire, la profession s'est affranchit de son poids religieux et de son unique fonction « *de pur instrument au service du médecin, (...) et un instrument ne pense pas* » (Poisson M., 2000, P.57.). De part la reconnaissance de son rôle propre, l'infirmière se situe dans sa fonction soignante, sa fonction réflexive, avec sa propre décision, son autonomie.

Et, soulignons que depuis 2009, la formation en soins infirmiers qui s'est universitarisée,

---

5 L'article L. 474 précise que « *Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1.* ».

6 1938 pour la fin des autorisations d'exercice sans diplôme.

induit, au travers de l'acquisition des 10 compétences infirmières, de travailler sur trois niveaux d'apprentissage, permettant à l'apprenant d'adopter une posture professionnelle réflexive dans son parcours de professionnalisation.

« Comprendre, agir, transférer », permettrait de former des professionnels « *exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, (...) capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et sachant s'adapter à des situations variées.* » ( Clément J., 2009).

De part l'histoire qui organise la profession et la législation qui la régleme, les infirmières partagent donc un ensemble commun, une certaine forme de culture<sup>7</sup>, constituant ainsi une part importante de leur identité professionnelle, identité transmise et partagée dès l'apprentissage du futur infirmier en formation, et tout au long de son parcours professionnel. Elles partagent un même langage, ainsi que le port de la blouse blanche, qui, inspiré par les vêtements des sœurs, et critère d'hygiène et de propreté, constitue un véritable attribut, un signe de reconnaissance et d'appartenance, véhiculant pour celles qui la portent, cette culture et ces valeurs, et représentant pour autrui, un rôle attendu de ces professionnelles.

Car l'infirmière s'identifie et se construit face à cet ensemble commun, qui définit toutefois le rôle attendu de ses professionnelles, c'est à dire en quelque sorte leur professionnalité.

Cette professionnalité, organisée par les connaissances, les capacités, les compétences et les savoirs, est propre à une profession. C'est donc « *une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité en situation: manière de se tenir, manière de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet* ». (Clot Y., Faïta D., Fernandez G., Sheller L., 2001, P. 19).

Cependant, il est à noter que « *Chaque individu interprète le modèle que lui transmet le groupe auquel il appartient en fonction de son histoire singulière et de sa personnalité* ». (Mead M. citée par Enyouma M., 2010, P.99).

Ainsi, pour appréhender l'identité professionnelle de l'infirmière, nous devons d'abord définir et comprendre la construction de son identité.

---

7 Culture, du latin *colere* qui signifie « cultiver la terre », entretenir, préserver. la culture est un ensemble de manières de penser, d'agir, de sentir propres à chaque groupe et transmises à chaque membre du groupe

## 3.2 L'élaboration de l'identité professionnelle.

### 3.2.1 De l'identité personnelle à l'identité professionnelle.

L'identité est « *une définition de soi par les autres et des autres par soi-même, c'est ce par quoi je me définis et me connais, me sens accepté et reconnu comme tel par autrui, mes groupes et ma culture d'appartenance.* » (Tap P., cité par Edmond M., 2005, P. 123).

C' est donc la « *connaissance et reconnaissance de ce que l'on est* »<sup>8</sup>.

De par sa définition, ce concept englobe deux dimensions du sujet ; une dimension individuelle et une dimension sociale ou collective.

L'identité propre semble donc se composer de deux pôles, l'un comportant la perception subjective que l'individu a de lui même, appelée l'identité pour soi (Goffman, 1975) ; et l'autre comprenant les identités attribuées par les autres à un individu : l'identité sociale et l'identité personnelle (ibid).

L'identité sociale est liée à ce que fait le sujet, à la façon dont il le fait ; l'identité personnelle, est composée de tous les signes qui rendent compte de la réalité physique d'un individu, mais aussi les éléments de sa biographie, c'est ce que la personne montre et « donne à voir ».

Pour se faire, et ainsi, par delà même, intérioriser sa culture, ses normes et ses valeurs l'individu utilise le processus de socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 1966).

Il est à noter que dans un premier temps, la socialisation primaire s'effectue dans l'environnement familial, puis, s'enclenche le processus secondaire dès que le sujet s'insère dans de nouveaux groupes sociaux (école, clubs sportifs, travail...), ou accède à un nouveau statut social, et ce, tout au long de sa vie.

Lorsqu'il s'active, ce processus permet à la personne qu'une partie de son Moi, le « Moi social », entre dans l'action sociale par le « Je » et s'approprie les rôles sociaux, en se servant des compétences acquises lors des processus de socialisation primaires et secondaires antérieurs. (Ibid).

Par ce procédé, l'individu montre à autrui une part de lui même, il extériorise un « personnage ».

Ce personnage perçu par l'autre se verra attribuer une identité à laquelle le sujet va s'identifier. Ainsi, ce dernier l'intériorise et accroît son stock de connaissances sociales.

---

8 Définition du mot « Identité » sur [www.psychologie.com](http://www.psychologie.com), consulté le 06/03/2012.

Cependant, chacun des acteurs a un rôle dans l'interaction, les actions sociales sont « institutionnalisées ». Le Moi social s'institutionnalise alors en s'engageant et en s'appropriant les rôles sociaux, rôles choisis délibérément par l'acteur (Ibid).

Dans cette interaction, une confirmation ou une infirmation des capacités de l'acteur à tenir son rôle est renvoyée par l'autre ; et lorsqu'il est confirmé et donc par de là même, confirmé dans son identité, ses engagements dans les rôles choisis seront d'autant plus forts. (Ibid).

C'est ainsi que l'identité professionnelle, continuellement en reconstruction, ne peut être définitivement acquise.

### 3.2.2 L'importance du contexte.

Il apparaît ainsi que l'acteur « joue » un personnage différent en fonction du contexte. Rappelons pour exemple que les rapports mère-enfant par lesquels s'ancrent les toutes premières bases de l'identité, sont marqués par le contexte familial.

De la même façon, dans le contexte professionnel, le sujet construit son identité professionnelle. En ce sens, si l'identité sociale est la somme des rôles sociaux, l'identité professionnelle peut être la somme des rôles professionnels, qui s'élaborent donc depuis l'entrée en formation, et tout au long de la carrière professionnelle du sujet.

Ainsi, nous n'avons pas une seule identité mais plusieurs, individuelle, sociale, professionnelle, qui se construisent et se façonnent en fonction du contexte dans lequel le sujet évolue.

L'identité « globale » semble donc être un concept mouvant et dynamique, résultant de l'interaction complexe entre l'individu, autrui, mais aussi le groupe (Edmond M.,2005).

Le groupe est alors bien plus qu'un « *ensemble d'individus en interaction (...), c'est une institution porteuse de valeurs, de normes, de règles qui structurent la perception, les sentiments et les comportements de ses membres* » (Edmond M., 2005, P.101).

Enfin, lorsque le sujet construit son identité professionnelle par le processus secondaire, et qu'il s'approprie et s'implique dans les différents rôles sociaux et professionnels, son « moi social », segment du « Moi », s'objective. (Berger et Luckmann, 1966).

Cette objectivation va permettre la réflexion, c'est à dire la « *capacité à se prendre soi même comme objet d'étude, et qui permet l'apprentissage par l'expérience, l'acquisition des savoirs-*

*faire et savoirs-être. La répétition de l'expérience conforte le savoir-faire alors que la multiplication d'expériences variées développent le savoir-être, c'est à dire l'adaptabilité »* (Martinaud H., 2010).

Car, comme j'ai pu le constater au cours de mes différents stages, pour construire son identité professionnelle dans une structure hospitalière, l'infirmier dans son apprentissage et ses expériences doit mobiliser des savoirs propres à ce système (savoirs théoriques, savoirs procéduraux, savoirs-faire, savoirs-être).

Ainsi, au cours du processus de socialisation, le soignant intègre les différentes strates de la structure sociale, c'est à dire dans notre profession, par analogie, ce sont celles de la structure hospitalière et du service dans lequel le professionnel exerce.

Elles regroupent entre autre la tenue (attitudes, vêtement, l'allure...) ; les normes sociales, les règles, les lois ...

Nous venons de voir comment un sujet peut se construire face à autrui, la famille, notre environnement, la profession, le contexte et autre... Nous pouvons donc nous demander s'il peut également se construire au travers des représentations sociales.

Car, tout comme l'identité propre d'un sujet, l'identité professionnelle évolue aussi à travers les expériences, les formations, les rencontres. *« C'est un ensemble de représentations, de compétences, d'habiletés, de savoirs et de maîtrises pratiques, ainsi que d'envies et d'intérêts »* (Buisson A., 2011, P.9).

A partir de là, il serait intéressant d'aborder comment les représentations sociales peuvent contribuer à l'élaboration de l'identité professionnelle soignante.

### **3.3 L'influence des représentations sociales.**

#### **3.3.1 Le concept de représentation sociale.**

Les représentations sociales sont pour Abric,

*« un ensemble organisé et hiérarchisé des jugements , des attitudes, et des informations qu'un groupe social élabore à propos d'un objet. Elle est le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Elle est une vision fonctionnelle du monde qui permet aux individus et aux groupes de donner un sens à leurs conduites et de comprendre la réalité. »* (Abric, cité par Jodelet D. 1989, P. 206).

Elles sont donc une forme de connaissance courante qui guide nos comportements, nos relations avec les autres, notre vision du monde, c'est à dire nos attitudes, nos savoirs et nos croyances concernant l'environnement qui nous entoure.

Les représentations sociales ont comme particularité d'être partagées, particulièrement par les membres d'un même groupe social et donc d'être construites socialement. Elles se forment à partir des savoirs, des expériences, des modèles de pensée reçus et transmis par les institutions (école...) et ce, dès le plus jeune âge (Abric, 2006).

Elles peuvent être la représentation d'un élément abstrait ou concret, comme par exemple la représentation de l'hygiène hospitalière.

### 3.3.2 structure et fonctionnement des représentations sociales :

Les représentations sociales se composent d'un noyau central, également appelé « noyau dur » car il renferme des éléments stables, partagés et organisateurs, difficilement modifiables. Ce sont des éléments spécifiques et centraux du thème de la représentation, ils sont « *la clé de voûte* » (Abric, 2006, P.25) de la représentation, et de ce fait, ils sont moins nombreux que les éléments périphériques. Si le noyau d'une représentation change, alors il bouleverse toute la représentation sociale.

En revanche, les éléments périphériques organisés autour du noyau central peuvent faire évoluer la représentation sans la transformer totalement, en préservant ce dernier.

Car il existe des liens entre le noyau dur et les éléments périphériques qui permettent au noyau central de rester stable.

Les éléments périphériques sont constitués de plusieurs éléments disposés de manière hiérarchique et revêtent ainsi les termes compréhensibles de la représentation.

Plus un élément est proche du noyau central, plus il concrétise la représentation, et plus un élément est éloigné du noyau central et moins il sera concret, il sera comparable à une illustration, une explication tel un stéréotype ou une croyance par exemple.

Voilà pourquoi, les éléments périphériques d'une représentation sociale sont comparables à une « *interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation* ». (Ibid, P.25).

Ainsi, les éléments périphériques de la représentation sociale assurent une fonction de

concrétisation, de régulation et de défense (Abric, p 25/26). Ce système étant plus souple, permet « *une adaptation, une différenciation en fonction du vécu, une intégration des expériences quotidiennes. Il permet des modulations personnelles vis à vis d'un noyau central commun, générant des représentations sociales individualisées* » (Ibid, P. 28).

L'ancrage dans la réalité de la représentation résulte de l'union du noyau central et des éléments périphériques constituant la représentation sociale.

La représentation sociale apparaît donc à la fois :

« stable et rigide parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagées par les membres d'un groupe, mouvantes et souples parce que nourries des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique, et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes » (Ibid, P.29).

Ensuite, il est important de souligner que pour Abric (Ibid, P.15), les représentations sociales assurent quatre fonctions principales:

- une fonction de savoir, afin d'appréhender la réalité, de la comprendre et en saisir le sens.
- Une fonction identitaire car elle permet de définir l'identité sociale de chaque personne en agissant dans le processus de socialisation expliqué en début de théorie. Ainsi la spécificité des groupes sociaux est sauvegardée .
- Une fonction d'orientation : les représentations sociales permettent au sujet d'anticiper des comportements attendus qui sont donc ainsi guidés.
- Une fonction justificatrice : les représentations sociales servent à justifier les choix et les attitudes d'un sujet ou d'un groupe.

Ainsi, pour Jodelet, la représentation « *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* » (Jodelet, D. citée par Bouchet, Chanton, Kreel, Mazé, Ric, Richard 1996, P. 114.), permettant aux individus et aux groupes de maîtriser et d'agir sur l'environnement. De ce fait, on peut se demander si l'identité professionnelle ainsi reconstruite par les représentations sociales ,existe.

Car l'identité professionnelle serait par conséquent, la représentation que les professionnels se

font de leur identité.

Ainsi, la réalité serait donc une perception ; et la représentation, un assemblage des perceptions. Nous pouvons illustrer cette réflexion par l'allégorie de la caverne de Platon. En effet, selon lui, les hommes ne perçoivent jamais la réalité derrière eux, mais les ombres sur le mur de la caverne qui sont les représentations.

L'étude du concept des représentations sociales, nous montre combien l'identité, et par delà même l'identité professionnelle, est difficile d'appréhension puisqu'on se construit en grande partie, comme nous venons de le voir, à travers nos représentations.

Mais aussi, ce concept nous permet de poser l'hypothèse selon laquelle il existerait un « noyau dur » commun, de la représentation sociale de l'identité professionnelle infirmière qu'ont les infirmières ; et que chaque contexte professionnel différent, c'est à dire, concernant les soins généraux, chaque service différent, et donc chaque groupe professionnel, peut faire émerger d'autres valeurs propres à son contexte, tout en se référant aux représentations sociales de la société elle même.

C'est pourquoi, j'ai fait le choix d'appréhender les composantes de l'identité professionnelle soignante, par le biais des représentations sociales à partir desquelles, grâce à l'outil de pré-enquête des schèmes cognitifs de base, les différentes infirmières vont pouvoir se positionner.

#### 4. L'enquête exploratoire.

##### **4.1 Outil de recueil de données : les schèmes cognitifs de base.**

###### 4.1.1 Construction de l'outil et choix de la population.

Je souhaite effectuer mon enquête auprès d'un public infirmier exerçant sa profession dans une même institution, mais dans différents domaines des soins généraux, dans le but d'obtenir une vision générale et globale des représentations sociales de ce groupe de soignants.

c'est pourquoi je choisis de m'entretenir avec :

- 1 IDE du pôle mère/enfant
- 1 IDE de hôpital de jour (cancérologie)
- 1 IDE du bloc opératoire
- 1 IDE du service des urgences

Je ne souhaite pas prendre en compte d'autres critères autres que celui du champ d'exercice de la profession infirmière en soins généraux, car ils ne m'apparaissent pas pertinents quant au sujet de ma recherche.

Comme outil de pré-enquête, je choisis d'utiliser l'outil de recueil des représentations sociales, selon la méthode des schèmes cognitifs de base, de Abric (Abric, 2006, P.78).

En effet, par ce travail, je souhaite identifier les éléments constituant l'identité professionnelle soignante, je dois donc identifier quelles représentations sont à l'origine de la construction de cette identité professionnelle.

Cet outil présente l'intérêt d'identifier le noyau central et les schèmes cognitifs des représentations sociales des infirmières, par association de mots, dans le cadre d'entretiens semi-directif.

Ces entretiens d'une durée totale de 30 minutes seront menés dans un bureau de la structure, en dehors du temps de travail de l'infirmière. Ceci permettant un cadre facilitateur, favorisant la disponibilité du soignant, et évitant les interruptions.

#### 4.1.2 Contenu de l'outil de pré-enquête.

Objectif : recueillir et identifier une représentation sociale.

Thème : L'Infirmière

1. a) Je propose à l'interrogée d'écrire sur une feuille 10 mots en fonction du mot INFIRMIERE.

Les 10 mots choisis par le professionnel définissent le thème et représentent la totalité de la représentation vis à vis du thème.

b) Je lui demande ensuite de hiérarchiser les 3 mots qui lui semblent les plus importants.

2. Je propose à l'interviewé de hiérarchiser 18 mots par ordre d'importance croissant.

Ces 18 mots sont élaborés en amont de l'entretien et présentés sur une nouvelle feuille.

Ils constituent le noyau central de la représentation sociale.

Ces mots se composent de 12 mots émergeant du cadre conceptuel théorique de la profession infirmière, et de 6 mots se trouvant soit en opposition avec d'autres mots, soit provenant de mes croyances personnelles :

- Règle
- Communication
- Jargon
- Responsabilités
- Armée
- Groupe
- dévouement
- Rire
- Rigueur
- Valeurs
- Diplôme
- Héritage
- Techniques
- Euthanasie
- Sexy
- Prévention
- Education
- Sauveur

3. Sur une nouvelle feuille, je présente 35 mots élaborés également en amont de

l'entretien.

Ils se composent de 29 mots issus du cadre conceptuel, et de 6 mots provenant de nos croyances, ou se trouvant à l'opposé des concepts.

Le but, étant de repérer ce qui est de l'ordre des schèmes, des liens de la structure de la représentation sociale.

→ Je propose à l'infirmier de relier par paires, les mots listés ci-dessous :

- Respect
- Crainte
- Frustration
- Diagnostic
- Violence
- Guide
- Passif
- Saleté
- Raisonnement
- Mort
- Puissance
- Autres
- Métier
- Occupation
- Pensée
- Technique
- Choix
- Passion
- Haine
- Action
- Echange
- Lourd
- Peur
- Responsabilité

- Fierté
- Vie
- Loin
- Entraide
- Règle
- Humain
- Hiérarchie
- Compréhension
- Blancheur
- Odeur
- Ecoute

4. Je demande à l'interviewé de regrouper les paires selon son envie (par deux par trois par quatre...) et de mettre un titre à ces familles ainsi constituées.  
Il peut ne pas utiliser toutes les paires et en laisser quelques unes.

5. Entretien semi-directif :

Je questionne l'infirmière sur ses choix précédents :

a) A la question 1, pourquoi avez-vous choisit ces 3 mots et pourquoi les avez-vous hiérarchisés dans cet ordre? Qu'est ce que cela veut dire pour vous ?

b) A la question 2, pourquoi avez-vous classé les mots dans cet ordre?

c) A la question 3, pourquoi avez-vous choisit ces paires ? et que signifient les titres pour vous ? (items, titre) et pourquoi n'avez-vous pas utilisé ces mots ?

d) Vous a t-il manqué un mot parmi ceux que je vous ai proposé ?

e) et enfin, avez-vous quelque chose à ajouter ?

## 4. 2 Résultats et analyse des entretiens.

### 4.2.1 Nadine, infirmière au bloc opératoire.

Nadine est âgée de 39 ans.

Elle est diplômée depuis 1999 et a exercé 5 ans dans un service des urgences avant d'intégrer le bloc opératoire.

Elle me précise qu'elle n'est pas Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE<sup>9</sup>).

L'entretien s'est déroulé à la fin de son service, en début d'après midi, dans une pièce au calme de l'hôpital. Il est possible que ce fait ait pu avoir une influence sur ses réponses.

La durée de l'enregistrement, c'est à dire uniquement de la question N°5, est de 17 minutes.

- Question N°1 et 2 :

écoute	2
adaptation	1
disponibilité	3
sourire	
Fatigue	
conflit	
varices	
horaires	
punctualité	
efficacité	

- Question N°3 :

<b>Communication</b>	« qui est liée à l'écoute » (ligne 22).
<b>dévouement</b>	« Le dévouement qui est la disponibilité » (ligne 23).
<b>responsabilités</b>	« en tant qu'infirmière nous avons des (...) responsabilités et (...)il faut savoir dire oui quand on peut et non quand on peut pas.

9 Toujours lire Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.

	Quand on est sur le terrain (...) chacun est responsable de ses actes même si on travaille en groupe (...) et c'est parfois même source de conflit. » (ligne 24 à 33)
<b>rigueur</b>	« C'est quand même un métier qui nécessite de la rigueur. On ne peut pas inventer des gestes techniques ». (l.34). « On ne peut pas en discuter ». (l.35).
<b>valeurs</b>	« On a chacun nos valeurs mais il est important de respecter les valeurs des autres » (équipe et patient, L. 37.).

- Question N°4 et 5 :

<b>Écoute-échange</b> <b>compréhension-entraide</b>	Utilise à 3 reprises le mot « ça »	<b>Rôle propre IDE</b>	C'est une base essentielle pour une infirmière. (L. 97/98).
<b>Responsabilité-règle</b> <b>hiérarchie-crainte</b>	On a de plus en plus de responsabilités mais beaucoup de gens ne s'en rendent pas compte. Y'a des règles à suivre , on a envie de passer outre mais on ne peut pas. La hiérarchie, elle est toujours là et il peut même y avoir certaines craintes (l. 103/109). Utilise 3 fois « ça » et 6 « on »	<b>Stress au travail</b>	Ça génère beaucoup de stress au travail (L.102/103).
<b>Peur-mort</b> <b>humain-métier</b>	Euh... ça fait parti du métier d'infirmière. (L.110).	<b>angoisses</b>	Ça génère beaucoup, d'angoisses, c'est un métier angoissant. (L.112).
<b>Technique-raisonnement</b>	Ça permet de raisonner , de comprendre pourquoi on fait les choses (l.114).	<b>Formation continue</b>	C'est important qu'il y ait une formation continue, les techniques évoluent tout le temps (l.113/114).
<b>Pensée-action</b>	Il est important de pouvoir penser et agir comme on le souhaite (l.118).	<b>initiatives</b>	Ça fait du bien de pouvoir prendre des initiatives c'est une reconnaissance de soi aussi. (120/121).

**Mots laissés seuls:** choix-vie-respect-passif-lourd-saleté-loin-diagnostic-puissance-passion-blancher-haine-frustration-autres-guide-odeur-violence-occupation-fierté.

**Mots qui lui ont manqués:**

stress-fatigue-famille-l'équipe-reconnaissance.

Je vous propose à présent d'étudier ces informations par rapport aux concepts étudiés dans la partie théorie de ce travail de recherche.

Nous avons vu précédemment que l'identité est « *la connaissance et reconnaissance de ce que l'on est* ». Or, il apparaît dans le discours de cette première infirmière que la reconnaissance est une notion qu'il manque dans sa profession.

En effet, elle le rajoute dans les mots qui lui auraient manqué pour qualifier le mot « infirmière », mais aussi à plusieurs reprises dans ses propos et notamment par rapport au groupe et à la hiérarchie et non au patient lui même. (ligne 11 : « l'écoute avec son équipe, avec sa hiérarchie » ; ligne 42 : « le groupe ça fait parti de l'adaptation » ligne 132 : « on a besoin d'une petite reconnaissance »...).

Elle déclare même ligne 130 : « Mais qui nous renvoie cette fierté, c'est un peu les autres », illustrant ainsi le processus de socialisation explicité dans le cadre conceptuel.

Nous pouvons donc admettre que de travailler en groupe peut pour elle être une source de stress, voire même « de conflit » (ligne 32), d'autant que la qualité première d'une infirmière est selon elle « l'adaptation » autrement dit, c'est une qualité individuelle de son identité.

D'autant plus que dans une autre définition du terme « reconnaissance », la couleur de la blouse, habituellement blanche de l'infirmière est ici, verte, comme pour tous les autres professionnels exerçant dans ce service.

Or au bloc opératoire se côtoient et travaillent ensemble différents corps de métier et donc identités et identités professionnelles ; comme les chirurgiens, gynécologues obstétriciens, anesthésistes, Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat, sage-femme, infirmiers...où « chacun a ses responsabilités et ses idées » (ligne 44)

Aussi, dans ce lieu, les infirmiers peuvent exercer les fonctions d'IBODE.

Nous voyons donc ainsi, combien le contexte, évoqué dans le cadre théorique prend son importance dans le concept d'identité et dans la construction de l'identité professionnelle.

Cette infirmière mentionne même « le déguisement infirmier » (ligne 87) qui fait référence dans le cadre conceptuel au fait d'avoir différentes identités.

De ce fait, on peut comprendre que l'identification à son groupe d'appartenance soit particulière et semble être délicat.

Ainsi, on constate que dans son discours, l'infirmière souligne à plusieurs reprises les difficultés de travailler en équipe, mais aussi la reconnaissance de la hiérarchie et le fait d'être seuls face à notre propre responsabilité.

Car un manque de reconnaissance peut être lié, si nous nous rapprochons du cadre conceptuel, à ce que me renvoie l'autre, dans une confirmation ou une infirmation des capacités de l'acteur à tenir son rôle.

Tous ces apports m'amènent à réfléchir sur la notion de souffrance. Car bien que cette infirmière explique qu'elle ne soit pas frustrée, il transparaît dans son discours : la « difficulté de travailler ensemble », de ne pas « appliquer son rôle propre », « d'avoir de plus en plus de responsabilités (...) qu'on nous impose (...) c'est parfois même source de conflit » (ligne 24 à 32), « La prévention de conflits, de mal être, de stress » (ligne 48), « l'éducation (...) ressort lors de moments de stress au travail (...) elle joue sur le respect de l'autre (ligne 51 à 55) ; le rire, « c'est un anti-stress » (ligne 55)...

Enfin, les mots qu'elle ajoute et donc intègre à sa représentation sont « stress », « fatigue », « équipe »... pour qualifier le mot « infirmière ».

Et une de ses familles regroupant les mots « hiérarchie » et « les responsabilités » porte pour titre « stress au travail ». Enfin, les liens de sa représentation mettent en avant que ce « métier » lié à l'« humain » est « un métier angoissant » « qui génère beaucoup d'angoisses ».

Et la « reconnaissance » de soi prendrait selon elle, source dans la « pensée » et « l'action », la pensée et l'action connotant ensemble le raisonnement et donc par conséquent, le raisonnement clinique infirmier, permettant la prise d'initiatives et l'autonomie, c'est à dire sa fonction soignante et son rôle propre, qu'elle ne peut semble t-il exercer, l'amenant à une certaine souffrance.

En conclusion, cette infirmière ne se reconnaît pas dans sa représentation du métier, dans la concordance du contexte avec ses propres valeurs, au quotidien dans sa pratique. L'influence du contexte dans l'exercice de sa pratique est ici probante.

#### 4.2.2 Maryse, infirmière à l'hôpital de jour.

Maryse est âgée de 51 ans.

Elle est diplômée depuis 1983.

Son premier poste fut exercé en service de Médecine interne durant 6 ans, puis en libéral 7 ans, avant d'interrompre pendant 5 ans son activité pour élever ses enfants.

Puis, elle a travaillé 8 ans en soins palliatifs et deux ans en chirurgie orthopédique.  
 Depuis 3 mois, elle exerce dans le service de l'hôpital de jour de médecine (cancérologie).

L'entretien s'est déroulé au domicile de l'infirmière en début d'après midi.

L'enregistrement de la question N°5 dure 15 minutes.

- Question N°1 et 2 :

vigilance	1
technique	2
Relation humaine	3
Remise en question	
adaptation	
Remise à niveau	
Ne pas être dans le jugement	
discretion	
pluridisciplinarité	
Psychologie du patient	

- Question N°3 :

<b>diplôme</b>	- « Infirmier est un métier relationnel mais c'est quand même un métier de soignant(...) Il faut d'abord avoir des compétences (...) intellectuelles (...) connaître tout ce qui est théorique. Il est important d'avoir un diplôme. (l. 18 à 23). - emploi du pronom « il » pour parler de la profession (ligne 19 et 23).
<b>rigueur</b>	Découle du diplôme
<b>responsabilité</b>	Découle du diplôme
<b>communication</b>	Regroupe beaucoup de choses. C'est la relation au patient. L'informer, expliquer, pour qu'il se sente en confiance (dit deux fois le mot confiance) (ligne 27 à 35)
<b>technique</b>	Découle du diplôme

• Question N°4 et 5:

<p><b>Vie-respect entraide- humain mort-écoute</b></p>	<p>- Ne prononce jamais le mot « infirmier » pour nommer le métier, mais le mot « soignant » à plusieurs reprises. - Ligne 63 et 80: remplace le mot « humain » par le mot « humanité » à deux reprises. - ligne 64/66 : anaphore « il faut savoir » cité 5 fois. - ligne 82 : parle du patient par le pronom « il » puis ligne 83/84, par le pronom « on ». - ligne 83/84 : anaphore du mot « pouvoir » cité 3 fois. - beaucoup d'interpolation: silences, répétitions de mots lors de l'évocation de ces paires : 11 silences, 7 répétitions de mots.</p>	<p><b>Dignité humaine</b></p>	<p>« je les ai regroupé ensemble parce que pour moi le respect, la notion d'humanité, d'entraide...ça fait parti de la dignité d'un être humain (...) c'est pas parce qu'il est malade qu'il est inférieur. » (ligne 81 à 83.)</p>
<p><b>Diagnostic- compréhension guide-règle responsabilité- raisonnement</b></p>	<p>- emploie 7 fois le mot « voilà » en parlant de ces paires (ligne 93 à 112) - ligne 91 à 94 : cite 4 fois le mot « pourquoi » : anaphore filée.</p>	<p><b>Compétences du soignant</b></p>	<p>Ligne 98/99 : « on est responsable des actes qu'on va engager, il faut savoir pourquoi on les fait... »</p>
<p><b>Odeur-peur violence- échange haine- frustration crainte-lourd</b></p>	<p>-ligne 106 à 107 : emploie 3 fois le pronom « on » en parlant des patients. - ligne 111 et 115 : emploie de « il faut ...» en parlant de professionnels.</p>	<p><b>Prise en charge des angoisses d'un patient</b></p>	<p>Ligne 104/105 : « J'ai regroupé des mots qui pour moi reprenaient un peu la prise en charge des angoisses que les patients peuvent quelque fois rencontrer. »</p>
<p><b>hiérarchie- puissance</b></p>	<p>- « j'ai mis une paire toute seule » (ligne 121) -emploi 3 fois en deux lignes le mot « toujours ». (l.121/122).</p>	<p><b>L'abus de pouvoir</b></p>	<p>- ligne 122 à 123 : « respecter sa hiérarchie mais toujours être vigilant que la hiérarchie (...) ne soit pas toujours la puissance »</p>
<p><b>métier-passion</b></p>		<p><b>Motivation d'un soignant</b></p>	<p>Ligne 125 à 127 : « c'est un métier qui est des fois difficile, où on voit des choses (...) désagréables ou</p>

			qui peuvent un peu rebuter donc il faut avoir un minimum de passion »
--	--	--	---

**Mots laissés seuls:** choix-passif-saleté-loin-pensée-blancher-autres-action-technique-fierte-occupation.

**Mots manquants :** soignant.

Je vous propose de mettre en lien ces données par rapport aux concepts étudiés dans la partie théorie .

Tout d'abord, nous pouvons souligner le fait que cette infirmière a une représentation de ce métier qui est pour elle, une passion, et qui s'organise autour du diplôme.

Pour elle, « il est important d'avoir tous un diplôme pour être compétent dans son domaine » (ligne23). Dans cette phrase apparaît ici le « tous » qui désigne l'ensemble des infirmiers et donc la part collective de l'identité professionnelle, c'est un élément commun.

Cependant, la « vigilance » reste un terme récurrent qu'elle a même classé en premier dans sa deuxième question. Selon elle, ce métier « c'est un métier où il faut toujours être vigilant pour beaucoup de choses » (ligne 147). De plus, cette notion transparaît tout au long de son discours par les « il faut toujours savoir pourquoi » employés neuf fois sous forme de deux anaphores filées (lignes 91 à 94 puis ligne 111 à 115)

Ainsi, de cette « vigilance » et de ce « diplôme », de ces « connaissances » et « compétences » nécessaires semblent découler un aspect du métier, réflexif et mature.

Cet aspect est mis en exergue dans ses propos par des silences, des temps de réflexion, la répétition de mots... Mais aussi en mentionnant ligne 143/144 : « C'est un métier où il ne faut jamais oublier de se remettre en question soi même ».

Elle parle aussi de ce métier en employant souvent le terme « il faut » qui semble donner à l'ensemble de son discours des conseils à un futur professionnel, tel une transmission de savoirs, ce qui induit par conséquent une certaine expérience.

Peut être que nous pouvons rapprocher cet aspect du fait que l'identité professionnelle est mouvante et dynamique et s'enrichit de nos expérience, elle est la somme de nos rôles professionnels, tel que nous l'avons abordé dans le cadre conceptuel.

Ensuite, il apparaît à plusieurs reprises que cette infirmière semble s'identifier aux patients, par l'emploi du pronom « On » (ligne 83 à 86) ; ou du moins, à se mettre à leur place,

peut être à faire preuve d'empathie. Ce qui peut dénoter aussi une indifférenciation.

De plus, elle fait une forme de lapsus en employant le mot « humanité » (ligne 63 et 80) alors qu'il est écrit « humain » dans les questions.

Aussi, une de ses familles de paires porte le nom de « dignité humaine ». Pour cette infirmière, ce métier est un métier qui doit respecter la dignité des personnes.

Enfin, elle cite plusieurs fois le mot « confiance », « communication » et utilise six fois le terme « soignant » pour qualifier le métier d'infirmière. Mais aussi, elle rajoute ce terme en fin d'entretien comme mot manquant. Elle communique aussi lors des soins et se connaît et se reconnaît dans sa fonction soignante et elle est confirmée dans son rôle. Peut être aussi que par manque de différenciation avec l'autre, son identité globale repose en grande partie sur son identité professionnelle.

Et, la fonction soignante d'une infirmière est une « zone d'autonomie » (Sibiri Y., 2000, P.23), d'analyse et de prise de décisions, c'est son « rôle propre », appuyant ainsi l'argumentation précédente.

#### 4.2.3 Christine, infirmière aux urgences.

Christine est âgée de 37ans.

Elle est Infirmière Diplômée d'Etat depuis 1996.

Elle a exercé sa profession durant 3 ans en médecine puis 12 ans en réanimation et soins intensifs dans une clinique privée. Depuis cinq mois, elle exerce dans le service des urgences d'un hôpital de la région PACA.

L'entretien s'est déroulé au domicile de cette professionnelle selon son choix, un jour de repos en milieu d'après-midi.

Ses deux enfants étaient présents et jouaient dans le jardin, leurs cris ont rythmé notre entretien.

Le temps d'enregistrement concernant la dernière question est de 5 minutes.

Voici le résultat de cet entretien :

- Question N°1 et 2 :

gentillesse	2
sourire	
patience	
empathie	
écoute	
hygiène	3
organisation	
énergie	
dextérité	1
fermeté	

- Question N°3 :

responsabilité	- ligne 14/15 : « ça se sont quand même des mots phares... de notre métier ». - ligne 9 : « ça décrit un peu tout ce qui concerne le métier d'infirmière »... » - ligne 12 : « Mais pourquoi les avoir classé comme ça, ... c'est ma logique en même temps »
dévouement	
prévention	
éducation	
rigueur	

- Question N°4 et 5:

respect-mort occupation-frustration violence-haine crainte-humain	- ligne 29 : « le côté psychologique auquel on est confronté » - ligne 31 : « On a tellement de travail qu'on a pas le temps de pouvoir écouter les patients ».	psychologique
Fierté- hiérarchie-puissance		pouvoir
Métier-choix vie-passion action-entraide autres-entraide	« c'est un peu mon état d'esprit » ligne 24.	personnel
Technique- responsabilités odeur-saleté écoute-échange règle-diagnostic	- ligne 25 : « c'est ce que l'on apprend à l'école » - « ce que l'on croise » ligne 26 - « ce qui concerne le pur technique du côté du métier » ligne 27/28.	métier

**Mots laissés seuls:** compréhension-loin-raisonnement-passif-guide-lourd-peur-blancheur-

pensée.

**mots manquants** : professionnel (mot suggéré).

Je vous propose à présent d'interpréter ces données en fonction des concepts étudiés précédemment dans la partie théorie de ce travail de recherche.

Tout d'abord, nous pouvons constater que l'ensemble de la représentation de l'infirmière par cette professionnelle s'organise, si l'on suit l'ordre de ses mots, autour des mots « gentillesse », « sourire », « patience »... Mais elle a souhaité hiérarchiser les mots dans un autre ordre, classant en premier la « dextérité », la « gentillesse » et « l'hygiène ».

La dextérité apparaît donc pour elle, être la qualité primordiale de cette profession.

Cependant, le terme « technique » ne figure qu'en 9ème position à la troisième question.

Mais lorsque je lui demande s'il lui a manqué des mots pour qualifier le mot « infirmière », elle indique (ligne 40) parmi les mots principaux, le terme « technique ».

Son discours est donc paradoxal, alterné entre la communication, qu'elle souligne à plusieurs reprises, et la technique qu'elle introduit également, de manière plus subtile.

En effet, lorsqu'elle justifie à la question N°5 le titre « métier » donné au groupe de paires comportant la paire « écoute-échange », elle déclare (ligne 25 à 28) « c'est ce qui concerne le pur technique du côté du métier ».

Il semblerait donc que dans sa représentation de la profession, « l'écoute », « l'échange », fasse parti de l'aspect technique du métier, bien qu'elle catégorise une autre famille de paires sous le nom « psychologie ».

Son discours apparaît ambivalent, la communication est sans cesse mise en avant (ligne 40 « les principaux sont écoute du patient, empathie » ; ligne 14/15 « communication, ce sont quand même les mots phares de notre métier » ; ligne 30 « La frustration, parce que des fois on a tellement de travail qu'on a pas le temps de pouvoir écouter les patients »...)

L'aspect « technique » apparaît donc secondairement dans son discours, et semble cependant plus important, plus concret dans sa représentation.

De plus, le déroulement de l'entretien appuie cette constatation.

En effet, cette infirmière qui se dit être dans la communication ne répond que très brièvement à mes questions, l'entretien n'a duré que 5 minutes. Elle a communiqué malgré le parasitage permanent des cris de ses enfants.

Ses phrases sont rapides, le rythme des mots l'est également. Elle ne marque pas de silences et

très peu de temps de réflexion.

Elle se comporte donc verbalement telle qu'elle se comporte sur le terrain : dans l'urgence. Mais ceci est également de l'ordre de son rôle attendu en tant que professionnelle dans ce contexte précis que sont les urgences.

Nous avons vu dans la partie théorie que l'identité et donc l'identité professionnelle se construisaient en fonction du contexte, de l'environnement, du groupe... et dans lesquelles interviennent aussi nos représentations.

C'est pourquoi j'émetts l'hypothèse que cette infirmière a une représentation de la profession infirmière orientée sur un modèle organiciste, médical, où sa représentation du « métier » comporte les « règles » du « diagnostic » et la « technique » est une « responsabilité ».

Car elle exerce dans le service des urgences, un service spécifique qui, pour la majorité est synonyme de « technique », pour laquelle la dextérité est une qualité importante, et la communication est souvent parasitée par des bruits extérieurs.

Enfin, il apparaît une part de personnel et de groupal dans l'ensemble de son discours en rapport avec sa représentation de cette profession et plus particulièrement dans les familles de paires.

En effet, la famille « métier » regroupe (ligne 26) « ce que l'on apprend à l'école », il semblerait donc que ce soit ce qui est de commun au groupe infirmière ; Puis la famille « personnel » qui est « plutôt un avis personnel » (1.23), « c'est un peu mon état d'esprit » (1.24).

Le métier d'infirmière regrouperait donc dans sa représentation une part d'individuel et une part de collectif.

#### 4.2.4 Emeline, infirmière au Pôle mère/enfant.

Emeline est âgée de 37 ans.

Elle se présente comme étant débutante dans la profession, et précise qu'elle est diplômée depuis 2010.

Elle a exercé 6 mois en pédopsychiatrie et 1 an en médecine interne. Son ancienneté dans ce service est d'1 mois.

Elle mentionne que son projet professionnel a toujours été le pôle mère/enfant mais que faute

de poste disponible, elle a du exercer dans d'autres services.

L'entretien s'est déroulé le matin dans une pièce au calme du pôle mère/enfant, en dehors des heures de service de l'infirmière.

Le temps d'enregistrement concernant la dernière question est de 13 minutes.

Voici les résultats de cet entretien :

- Question N°1 et 2 :

disponibilité	
empathie	1
patience	
Ouverture d'esprit	
organisation	2
adaptation	3
endurance	
pression	
relation	
émotions	

- Question N°3 :

dévouement	- L'infirmière justifie un par un tous les mots exceptés les 5 premiers de la liste. « Je suis resté sur les 3 premiers mots « empathie », « organisation », « adaptation », donc je suis restée sur la même ligne d'action, donc j'ai parlé de dévouement, valeur, responsabilité communication qui me semblent importants » (l.15/18). - Elle fait une antilogie ligne 19 : « C'est des éléments qu'il faut avoir pour exercer ce métier, que l'on peut acquérir mais qu'il me semble (...) un peu compliqué d'acquérir si on a pas déjà ces éléments là. » (ligne 19 à 21).
valeurs	
responsabilité	
communication	
rigueur	

- Question N°4 et 5:

Vie-mort écoute-échange haine-violence crainte-peur compréhension-autres	- ligne 62/64 : « En donnant la vie on sait que (...)la personne va décéder, donc pour moi c'est (...) le début et la fin. » - ligne 67/68 :« On instaure un échange avec le patient, également avec les collègues »	Métier : côté humain
--	---	----------------------

respect-humain passion-frustration	- ligne 76/77 : « La compréhension des autres, (...) autant des patients que des familles, parfois des collègues ». - ligne 92 : « il faut (...) être passionné pour être motivé ». - Fait des pauses et des silences en abordant surtout les paires vie/mort (7 pauses, ligne 62/64) ; haine/violence (6 pauses, L.69/71). - ne finit pas sa phrase sur la paire crainte/peur (ligne 74)	
Action-technique diagnostic- raisonnement	Ligne 82 à 84 : coupe 5 fois la phrase. « En faisant des soins techniques, (...) on est moins dans l'écoute, on est plus dans l'action »	Métier : côté médical (technique)
Saleté-odeur passif-lourd	- Lapsus ligne 124/125 : « le côté posit...euh négatif » Peut être un aspect positif dans l'aspect nommé négatif.	Côté négatif du métier
métier-responsabilité	« c'est un métier où il y a une responsabilité qui est importante » ligne 65/66.	1 aspect de la profession

**Mots laissés seuls:** choix-règle-blancher-fierté-occupation-guide-puissance-entraide-loin-hiérarchie- pensée.

**Mots manquants :** « sans doute » mais aucune proposition.

Nous pouvons à présent mettre en lien ces données selon les concepts étudiés dans la partie théorique précédente .

Le mot « infirmier » représente pour cette professionnelle un métier composé d'une part individuelle mais commune à chaque professionnelle, c'est à dire « l'empathie », « l'organisation » et « l'adaptation ».

Elle reprend cette idée en précisant que « dévouement, valeurs, responsabilités, communication » découlent des mots précédents, et lui « semble un peu compliqué d'acquiescer si on a pas déjà ces éléments là. » (l.19/21). C'est donc dans l'ensemble de sa représentation, une base nécessaire à l'infirmière et donc à une future infirmière, avant sa confrontation au terrain d'exercice.

« L'organisation » semble cependant être un élément central de sa représentation, ou du moins, important, puisqu'elle précise avoir du mal à s'organiser (ligne 42) et c'est pourquoi selon ses dires, rire en travaillant et être détendu, « n'est pas évident » (l.43). Ce qu'elle

introduit ici m'apparaît être comme quelque chose de plus personnel, individuel mais qui lui échappe encore du fait d'être une jeune diplômée. Il apparaît donc ici l'aspect mouvant et dynamique de l'identité professionnelle.

Aussi, j'ai pu constater tout au long de l'entretien que cette infirmière était très réflexive (68 « Euh » dans son discours), elle marque beaucoup de silences (56) mais aussi se justifie ou du moins cherche à se justifier continuellement par des « c'est vrai que », « donc », « pareil », « on sait que »...

Elle déclare également ligne 83/84 : « En faisant des soins techniques, on est moins dans l'écoute, on est plus dans l'action », elle n'arrive donc pas à lier l'aspect technique et relationnel, peut-être du fait de sa jeune carrière.

Aussi, dans le service depuis seulement 1 mois, il se pourrait que la « connaissance et reconnaissance de ce qu'elle est » soit encore en maturation.

Ensuite, son discours montre une préoccupation groupale, à l'équipe qu'elle vient d'intégrer.

En effet, elle précise ligne 67/68 qu'« on instaure un échange avec le patient, également avec ses collègues ». Puis, par rapport à la « compréhension » (ligne 76/77) elle mentionne qu'elle doit être envers les patients, les familles et les collègues. Enfin, ligne 97/98, elle déclare : l'« Entraide au niveau de l'équipe, ce qui est important et crucial ».

Ceci semblerait donc appuyer le fait que l'identité soit « le résultat des interactions Soi-l'autre-le groupe ».

La dimension groupale est donc ici mise en exergue dans la représentation du métier d'infirmier, en plus de la relation à l'autre : le patient.

Pour finir, dans cet entretien apparaît comme une certaine forme d'entente des termes « vie » et « mort », dans la structure de sa représentation, de ses liens.

En effet, elle indique ligne 62/63 : « En donnant la vie, on sait que la personne va décéder (...) c'est le début et la fin ». Elle semble donc apparenter la naissance à la mort, ce qui m'apparaît être spécifique au niveau de sa représentation, à son service d'exercice. Le « On » de cette phrase pourrait donc désigner les infirmières exerçant au pôle mère/enfant.

On peut aussi penser que cette conception vie/mort et début/fin puisse transparaître dans ses paroles puisque cette infirmière a, à 33 reprises, coupé le début de ses phrases, sans jamais les finir.

#### 4.2.5 Analyse groupale :

Je vous propose à présent d'étudier les résultats de ces entretiens sous forme d'analyse groupale.

Définir une représentation générale du métier d'infirmière apparaît donc délicat au regard des entretiens menés, dans la mesure où, comme nous venons de le voir dans les analyses précédentes, les représentations de la profession de chaque infirmière divergent en fonction de la professionnelle et de son contexte.

Néanmoins, des éléments communs apparaissent.

Tout d'abord, à l'unanimité, les infirmières interrogées excluent de leur représentation les mots « sexy », « armée » et « sauveur », qu'elles peuvent même qualifier de « choses aberrantes<sup>10</sup> », sans comprendre ce qu'ils « viennent faire dans la liste<sup>11</sup> ». Il en va de même pour le terme « blancheur », non utilisé par la totalité des infirmières, et « héritage », hiérarchisé par toutes en fin de liste.

Pourtant, le « dévouement », hérité de l'ensemble du passé religieux et militaire, se présente pour 3 professionnelles sur 4, au moins en deuxième position à la troisième question. On peut donc considérer que ce terme soit inclus dans le noyau dur de la représentation de ces infirmières.

Ceci peut donc s'expliquer par le fait que, comme nous l'avons vu précédemment, les infirmières ont un passé commun, une certaine culture, qui leur a été transmis et qu'elles se sont appropriée différemment.

De plus, il apparaît dans les paires de la question N°4, dans l'identification des liens de la structure, une certaine forme d'héritage du passé médical. Car 3 professionnelles sur 4 utilisent le terme « hiérarchie » pour l'associer avec « crainte » ou « puissance » ; les familles de mots portant les titres « stress au travail », « abus de pouvoir » et « pouvoir ». La seule infirmière qui n'emploie pas le terme hiérarchie en fait cependant référence oralement ligne 111/112 : « *La hiérarchie ben, elle est présente, on le sait, et...elle peut nous mettre la pression mais ça, (silence).* »

Donc à l'unanimité, ce terme, « puissance » est teinté d'une connotation négative.

Nous pouvons le rapprocher en quelque sorte de l'héritage du passé médical, dans sa fonction

---

10 Cf annexe 1, entretien Emeline, infirmière pôle mère/enfant, ligne 24/25.

11 Cf annexe 1, entretien Christine, infirmière aux urgences, ligne 13.

hiérarchique. Car nous avons vu précédemment que l'infirmière, reconnue comme « auxiliaire technique » ou « instrument du médecin qui ne pense pas », s'est progressivement affranchit de la religion et du médecin au cours du XXème siècle, et s'est vu reconnaître un rôle propre en plus de son rôle prescrit.

Reconnue en tant que telle, comme le souligne M. Wenner, « *L'infirmière qui ne peut pas fonctionner qu'à la seule prescription médicale (...) doit repérer et analyser un projet de soin, (...) et se positionne dans son statut d'acteur social. Elle est autonome, responsable, capable de s'affirmer dans sa manière d'être, de penser et d'agir.* » (Wenner M., 2001, P.177).

Ce rôle propre, cette « zone d'autonomie », cette « fonction soignante », cette part de réflexivité attribuée et pourtant au centre de cette profession, ne pouvant être mesurable, ne peut totalement être mis en œuvre sur le terrain face aux attentes hiérarchiques.

C'est pourquoi, il se pourrait bien qu'en retour, un sentiment d'infirmité des capacités à tenir son rôle, soit renvoyé à l'infirmière par sa hiérarchie. Et cet écart entre travail réel et travail prescrit, pourrait justifier les affirmations des infirmières interrogées concernant ce point.

Ensuite, il apparaît communément pour toutes les interrogées, que les autres termes sont classés ou liés de manière plus disparate pour la question n°3 et 4, selon chaque personne et donc chaque contexte, tels que les mots « règles », « groupe », « euthanasie », « éducation »...

Nous pouvons donc penser que ces termes, ainsi classés, sont plus « périphériques » et se positionnent selon le contexte dans lequel le sujet évolue. Ils sont donc peut être relatifs aux valeurs d'un contexte et d'un individu qui peuvent ou non concorder.

Enfin, d'autres éléments communs apparaissent, particulièrement sur la représentation du mot « infirmière », qui semble, en plus du dévouement que nous venons de développer, s'orienter sur les termes « responsabilité », « communication », « rigueur » et « valeur ».

En effet, la totalité des professionnelles classent le mot « responsabilité » au moins dans les trois premiers mots hiérarchisés de la question N°3. Par conséquent, il se pourrait bien que ce terme fasse parti du noyau central de la représentation commune.

Mais bien qu'elles qualifient toutes le métier comme étant une profession à responsabilités, la définition attribuée à ce mot diffère selon les personnes:

Pour Nadine, infirmière au bloc opératoire, la « responsabilité » est associée aux « règles », et est regroupée sous le titre de « stress au travail ». Pour Maryse, la « responsabilité » est liée au « raisonnement » et fait parti des compétences du soignant. Christine, infirmière aux

urgences, unis « responsabilité » à « technique » pour qualifier le « métier ». Emeline regroupe « responsabilité » avec « métier » comme étant « un aspect de la profession ».

Là aussi, il semblerait donc bien que même si ce terme soit commun, il ait une signification, une appropriation différente pour chacune, on peut donc supposer qu'il relève de quelque chose de l'ordre du personnel et qu'il change en fonction du contexte.

D'autant plus que la responsabilité est un terme qui engage la personne tout entière, l'individu qui doit répondre de ses actes.

Concernant le mot « valeur », se situant en moyenne en 5<sup>ème</sup> position pour l'ensemble des infirmières, il occupe une place prépondérante dans la représentation sociale.

Or, nous avons vu en théorie que les valeurs étaient transmises lors des processus de socialisation et présentes dans les représentations sociales. En admettant que ces valeurs varient selon les contextes, (les groupes professionnels et donc les services) il se pourrait donc bien qu'elles varient aussi selon la professionnelle et dans la professionnalisation de chacune.

Et la professionnalisation se différencie justement de la professionnalité, définit dans le cadre théorique ; par son aspect mouvant et dynamique, c'est un processus d'appropriation et de transformation d'une activité de travail.

Nous pouvons ainsi amener le concept de l'ergologie de Yves Schwartz, pour qui une négociation s'instaure dans toute situation de travail (Schwartz Y. Durrive L. ,2009).

Car toute activité humaine, dont fait parti, entre autre, le travail, est une négociation permanente de ce que nous sommes, et des normes du système dans lequel nous vivons.

De ce fait, chaque personne au travail essaie, un tant soit peu, de recomposer son milieu professionnel en fonction de ce qu'il est, et de ce qu'il souhaiterait que ce milieu qui l'entoure soit.

Aussi, selon C. Eymard, « *l'activité conduite est toujours un écart , une réorganisation, une appropriation par rapport à ce qui est dicté dans le référentiel des actions. L'essentiel de l'activité est le travail des valeurs professionnelles incarnées dans le sujet.* (Eymard C., Thuilier O., Vial M., 2011, P.94).

Il se dessine ainsi l'image d'une infirmière par les professionnelles, « responsable », « dévouée », « communicante » et portant en elle certaines « valeurs » ; et donc organisée centralement autour du rôle attendu de la professionnelle et donc de sa professionnalité.

Mais dont les éléments périphériques tels que « rire », « technique », « euthanasie »,

« prévention », « éducation », sont propres au contexte, et au service et dépendent de l'ordre de sa professionnalisation.

Nous voyons ici au travers de la construction de l'identité professionnelle soignante que le contexte et l'expérience enrichissent nos représentations sociales, et combien ces dernières influencent et guident nos actions et donc notre identité de soignante.

Il apparaît aussi qu'en fonction de leur travail, et du contexte, les infirmières ajoutent des valeurs spécifiques à leur pratique, chaque contexte professionnel pouvant à son tour, induire, faire émerger, d'autres valeurs.

A partir de là, nous avons pu constater que l'identité professionnelle varie en fonction du contexte, par conséquent les infirmières n'ont pas toutes la même approche, elles ne sont pas des clones.

Car comme nous l'avons abordé dans la partie théorique, elles vont chacune construire leur propre identité professionnelle à partir de leurs expériences, et plus particulièrement à partir de leur propre identité personnelle. En effet, dans les analyses, nous pouvons constater qu'il se dégage à plusieurs reprises, une certaine appropriation du métier, et s'impose une part personnelle à la pratique de la soignante. Ainsi on peut en déduire que l'identité première reste présente, elle transparaît au travers de l'identité professionnelle.

De plus, ces analyses font apparaître combien les représentations sociales de l'autre peuvent avoir une influence sur l'identité de l'infirmière, dans un service donné.

Ces représentations pouvant être celles de l'infirmière elle-même, du patient, des professionnels de santé, mais aussi plus généralement de la société, face auxquelles et à travers lesquelles l'identité infirmière va se construire.

Ma question de départ découlant d'interrogations sur l'identité professionnelle infirmière visait à identifier les composantes de cette identité professionnelle.

Cependant l'éclairage théorique et l'analyse des représentations sociales des infirmières interrogées en pré-enquête, conduisent à l'émergence du concept d'activité de travail et m'amènent à me questionner sur la singularité de l'infirmière dans son identité professionnelle.

Alors comment une infirmière s'approprié et négocie t-elle une activité de travail relevant de sa professionnalité ?

Qu'est-ce qui relève de la professionnalité et de la professionnalisation dans une activité de travail, et particulièrement lorsque cette dernière est protocolisée ?

Comment l'infirmière exprime t-elle sa singularité dans une activité de travail dictant les normes des rôles attendus, des rôles relevant de sa professionnalité ?

## 5. L'objectif de recherche.

Au vu des éléments développés, recueillis et analysés précédemment lors de la pré-enquête, il apparaît intéressant de réorienter ce travail de recherche en ayant pour objectif, **d'identifier les éléments de professionnalisation des IBODE lors de la mise en œuvre de la Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »**<sup>12</sup>.

### **5.1 : Choix de la méthode :**

Pour se faire, la méthode clinique de l'activité ou des situations est celle que je souhaite retenir.

En effet, cette recherche s'intéresse aux comportements d'un sujet dans une activité de travail, à ce qu'il fait et à la façon dont il le fait (ce qui fait référence aux deux exemples présentés en première partie.).

Et, cette méthode permet justement de saisir « *l'activité d'un sujet dans un agir professionnel (...)* » ( Eymard C., Thuilier O., Vial M., 2011, P. 93) à travers l'interprétation de son discours.

Elle est centrée sur le sujet, et lui permet de raconter son vécu tout en témoignant de sa singularité ; elle est donc tout à fait adaptée à cette recherche.

#### **5.1.1 Choix du terrain de recherche et choix de la population :**

Je souhaite cibler la population sur 4 IBODE exerçant au bloc opératoire d'un même

---

12 Cf annexes N°2, Check-list Sécurité du patient au bloc opératoire.

hôpital et donc par conséquent, d'un même contexte.

Tout d'abord, parce que le bloc opératoire est un lieu d'exercice de la profession, exigeant et très technique, comportant de nombreuses activités de travail protocolisées.

Ensuite, parce que tout comme nous l'avons vu lors de l'analyse des représentations sociales de Nadine, le bloc opératoire présente la particularité d'être fréquenté par différents professionnels de santé, et donc, diverses identités professionnelles, portant tous le même uniforme, une blouse verte, un masque, une charlotte... conduisant ainsi à l'effacement de son identité personnelle.

Enfin, parce que le bloc opératoire est un lieu qui offre aux IBODE la possibilité d'exercer des actes qui leurs sont propres et uniques au service. Elles ne font donc pas le même travail que les Infirmières Diplômées d'Etat et possèdent un code commun d'autant plus fort.

### 5.1.2 Choix de l'outil :

Nous venons de voir que la méthode clinique des situations, est une méthode qualitative, fondée sur l'écoute et le sens, et permettant au chercheur de recueillir le récit du sujet qui se raconte, pour ensuite l'interpréter et l'analyser.

Il serait donc par conséquent important de privilégier comme outil, l'entretien, et plus précisément, l'entretien d'explicitation de Vermesh - outil qualitatif - afin de recueillir cette négociation, cette appropriation de l'activité de travail.

Car ce type d'entretien permet au sujet de décrire le vécu de l'action et donc, en quelque sorte, de se remémorer l'action, de la revoir et la revivre et ainsi, mettre en exergue son activité à travers son récit.

Pour se faire, il est important lors des entretiens de toujours faire verbaliser l'IBODE sur « comment elle s'y prend », afin qu'elle soit toujours au niveau de son discours, dans l'action de son activité.

Le choix du protocole s'est porté sur la check list « sécurité du patient au bloc opératoire » car c'est une activité de travail que seuls les IBODE peuvent exécuter. Ce n'est donc pas le choix du protocole qui est important, mais plutôt comment les IBODE se l'approprient.

### 5.1.3 Déroulement des entretiens:

Je choisis d'effectuer les entretiens et de les enregistrer avec accord de l'interrogé, dans une pièce au calme de l'hôpital, de préférence en dehors de leur temps de travail afin de favoriser le cadre d'écoute et d'échange.

Chaque entretien aura une durée moyenne comprise entre 20 et 30 minutes et débutera par la même question inaugurale:

- Il vous est demandé par l'HAS<sup>13</sup> d'appliquer la Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », avant chaque intervention .  
Si vous êtes d'accord, pouvez vous me raconter comment vous vous y prenez pour appliquer ce protocole?

Cette question pouvant amener des réponses rapides ou bien évasives, je prévois des questions de relance, visant à recentrer l'IBODE interrogée sur son activité, du type:

- Qu'est ce que vous faites au début? À la fin?
- Comment vous y prenez vous pour faire...?
- Quand la prise en charge se termine-t-elle pour vous ? Comment faites-vous pour la terminer? ...

---

13 Haute Autorité en Santé.

## 6. Conclusion.

Ce travail de recherche a débuté par un questionnement autour de la profession infirmière, de ce que les infirmières partagent en commun, de la construction de leur identité professionnelle dans un certain contexte tel que les services généraux, et a aboutit, après la pré-enquête, à la mise en évidence d'une singularité professionnelle au travers d'une appropriation de leur activité de travail.

Concernant la pré-enquête, il m'apparaît après analyse, que la pertinence de l'outil utilisé pour étudier les représentations sociales par les Schèmes cognitifs de base est à discuter.

En effet, j'ai pu me rendre compte au travers des résultats et analyses des entretiens, que cet outil, construit sur ma propre représentation du métier a pu influencer des éléments de réponses, et que nous n'avons pas pu explorer certains champs, comme celui de l'organisation du travail par exemple, dans la représentation du métier d'infirmière par les infirmières.

Ainsi, les représentations sociales ne sont peut être pas comprises dans leur intégralité.

Cependant, toutes les interrogées concourent en un même et seul résultat, celui de la question de l'activité au travail et de la singularité professionnelle.

Ensuite, ce travail m'a permis de nourrir mon questionnement et d'apporter une certaine réflexion quant-à celui-ci, mais aussi sur ma propre professionnalité et professionnalisation.

Car des interrogations sur le sujet n'ont cessé de raisonner en moi, dès les premiers enseignements reçus en Instituts de Formation en Soins Infirmiers ; dès ma première journée de stage ; en somme dès mes premières confrontations au métier et à la construction de ma propre identité professionnelle infirmière.

Et j'ai pu découvrir, à travers mes recherches et mes lectures de nouvelles théories et de nouveaux concepts empruntés à la sociologie, que je méconnaissais, et qui m'ont passionné.

A présent, je porte un regard nouveau sur cette profession, sur la manière de réaliser une activité de travail de façon différente selon les professionnelles, en y mettant une part de soi, de son histoire et de son expérience.

Et le professionnel m'apparaît plus compréhensif dans son travail en tenant compte de son

histoire.

J'espère pouvoir maintenant appliquer ce fait dans ma pratique future avec les différents professionnels, mais aussi, le transposer dans les soins, avec les patients, car au final, ce travail m'a permis d'éclaircir mon questionnement de départ, de me connaître un peu plus moi-même, et ainsi d'amorcer l'élaboration de ma propre identité infirmière.

## BIBLIOGRAPHIE

- Livres :

- Abric (2006) *Pratiques sociales et représentations*. Edition Puf.
- Berger et Luckmann (1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris.
- Bouchet, Chanton, Kreel, Mazé, Ric, Richard (1996). *Psychologie sociale, approche du sujet social et des relations interpersonnelles*. Édition Bréal.
- Clot Y., Faïta D., Fernandez G., Sheller L. (2001) *entretiens en auto confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité*. Education permanente.
- Collière M. F. (1982). *Promouvoir la vie*. Masson.
- Edmond M. (2005), *Psychologie de l'Identité, Soi et le groupe*. Edition Dunod.
- Enyouma M. (2010). *Cahier des sciences infirmières, psychologie, sociologie, anthropologie*. Elsevier Masson.
- Eymard C., Thuilier O., Vial M. (2011). *Le travail de fin d'études, 2ème édition*. Editions Lamarre.
- Goffman E. (1975) *stigmates, les usages sociaux du handicap*. Editions de minuit.
- JODELET D. (1989). *Les représentations sociales*. Collection Sociologie d'aujourd'hui, Presses. Universitaires de France.
- Schwartz Yves, Durrive L. (2009). *L'activité en dialogue: entretien sur l'activité humaine*. Editions Octares.

- Wenner M. (2001). *Sociologie et culture infirmière*. Edition Seli Arslan.

- Revue professionnelle :

- Buisson A., *La construction de l'identité professionnelle*. L'aide soignante N°127, Mai 2011.

- Poisson M., *Urgent, rôle propre cherche pensée même impure*. Soins, N°645, Mai 2000.

- Sibiril Y., *20 ans de rôle propre*. Soins, N°645, Mai 2000.

- Sites internet :

- *Article L4311-1 du code de la Santé Publique*. Consulté le 23/04/2012 sur:  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGIARTI000017832771&cidTexte=>

- Clément J.(2009) *Formation infirmière, nouveau programme*. Consulté le 02/05/2012 sur:  
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/la-formation-en-ifsil/formation-infirmiere-nouveau-programme.html>.

- Habib H., Nassar J. (2007). *L'image de l'infirmière aujourd'hui*. Consulté le 06/03/2012, sur:  
<http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2007/arti7.pdf>

- Définition du mot « *Identité* » (2010). Consulté le 06/03/2012 sur  
<http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Identite>.

- Cours IFSI

- Martinaud. H. (2010). *Psychologie, Sociologie, Anthropologie*. U.E. 1.1 semestre 2.

## Résumé :

Dans une même culture, les infirmiers respectent les rôles sociaux et professionnels relevant de leur professionnalité. Outre sa qualification, chaque infirmier peut se connaître et se reconnaître au sein des mêmes, contexte, service, uniforme, et partager la même identité professionnelle.

La pré-enquête réalisée dans le champ des soins généraux met en évidence que les infirmiers se construisent professionnellement à travers les processus de socialisation et les représentations sociales du soignant et de son groupe d'appartenance.

L'enquête exploratoire montre pourtant qu'à partir d'une même technicité, chaque infirmier possède une approche personnelle.

Alors si une identité professionnelle s'élabore à travers une activité de travail qui tend à gommer toute singularité comme dans un bloc opératoire, l'infirmier peut-il parvenir à exprimer son identité propre ?

## Mots clés:

Infirmier, professionnalité, identité, contexte, représentation sociale, professionnalisation.

## Abstract:

Within a same culture, nurses respect the social and professional roles inherent to their professionalism. Apart from his/her qualification, each nurse can know and recognize him/herself within a same context, ward, uniform and share the same professional identity.

The preliminary survey carried out in a general care ward, highlights the fact that nurses develop professionally through socialization processes and the social representations of the caregiver and the group he/she belongs to.

The results, however, also show that implementing a same technicality, each nurse holds his/her personal approach. Therefore, if a professional identity is formed through a work activity that tends to erase all singularity such as in the theatre block, can a nurse succeed in revealing his/her personal identity?

Key words: nurse, professionalism, identity, context, social representation, professionalization.

