



HAL
open science

De l'art de soigner à la recherche en soins. Esquisse ethnographique : un rite professionnalisant symbole de remaniement identitaire infirmier ?

Isabelle Ballanger

► To cite this version:

Isabelle Ballanger. De l'art de soigner à la recherche en soins. Esquisse ethnographique : un rite professionnalisant symbole de remaniement identitaire infirmier ?. Sciences de l'Homme et Société. 2019. dumas-02959691

HAL Id: dumas-02959691

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02959691>

Submitted on 7 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Mémoire de Master 2

Mention : Civilisations, Cultures, Sociétés

Spécialité : Ethnologie

DE L'ART DE SOIGNER A LA RECHERCHE EN SOINS.

Esquisse ethnographique : un rite professionnalisant symbole de remaniement identitaire infirmier ?

Isabelle BALLANGER

Sous la direction : Monsieur Philippe PESTEIL

Soutenu le lundi 30 septembre 2019

Devant un jury présidé par : Monsieur Philippe PESTEIL

Mes remerciements sont avant tout adressés à Monsieur Philippe Pesteil pour la direction de ce travail, son accompagnement bienveillant, ses conseils, et son soutien dans les périodes de doute.

Je remercie également, par avance, la personne qui aura accepté de prendre le temps de porter attention à mon travail et de participer au jury aux cotés de Monsieur Pesteil.

Enfin, merci à toutes celles et tous ceux qui ont contribué, chacun dans sa singularité, à la réalisation de ce travail.

*« Les anthropologues ont apporté à l'Histoire un questionnement sur la vie quotidienne qui structure les sociétés ; les historiens ont apporté aux anthropologues une vision dans la longue durée, permettant ainsi de remonter le temps et d'en dégager l'histoire des mentalités qui rend compte de phénomènes culturels. Mais **l'Histoire est écriture**, aussi convient-il d'élucider le pouvoir exercé par les gens de l'écriture sur les pratiques soignantes et celles qui demeurent véhiculées par la tradition orale. »*

COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner ... le premier art de la vie*. InterEditions, 1996, p.68

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	4
2	AUX PORTES DE LA RECHERCHE ...	9
3	PARTIE 1 : 2009, un contexte à dimensions plurielles	17
3.1	Naissance ou renaissance de la recherche infirmière ?	17
3.2	Chapitre 1 : Officialisation de la recherche infirmière, contexte économique et politique	17
3.2.1	L'avant 2009	17
3.2.1.1	Des ordonnances de 1996 aux réformes de 2009	17
3.2.1.2	Rapport « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » - 2007	19
3.2.1.3	Rapport "Concertation sur les missions de l'hôpital" - 2008	24
3.2.2	La loi "Hôpital Patient, Santé, Territoire" (HPST) – 2009	25
3.2.3	Prescriptions des modes opérationnels	26
3.2.3.1	Les Projets Hospitaliers de Recherche Infirmière - 2009	26
3.2.3.2	La formation des infirmières françaises dans le respect d'un cadre européen - 2009	28
3.2.4	La science infirmière ici et ailleurs, les infirmier.e.s français.es et les « Autres »	30
3.3	Chapitre 2 : Genèse internationale de la science infirmière, contexte historique et culturel	31
3.3.1	Quelques repères dans la dynamique internationale	31
3.3.2	Rendre aux infirmières françaises ce qui leur appartient	32
3.4	Discussion : Et alors ? Questionnement initial épistémologique	36
4	PARTIE 2 : Bricolages de la mise en œuvre	38
4.1	Quand tout ne va pas de soi !	38
4.2	Chapitre 1 : Réception des textes et projections initiales dans un IFSI	38
4.2.1	Observation participante	39

4.2.2	Des entretiens formalisés auprès de formateurs	41
4.2.2.1	Présentation de l'enquête par entretiens	41
4.2.2.2	L'accueil du nouveau programme de formation	43
4.2.2.3	La profession infirmière en construction	45
4.2.2.4	Connaissance et impact des réformes sur les pratiques infirmières	50
4.2.2.5	Sens donné à la recherche infirmière	53
4.2.3	Consultation par questionnaires d'étudiants en soins infirmiers	57
4.2.4	Le changement est-il amorcé ?	62
4.3	Chapitre 2 : Au fil du temps ...	64
4.3.1	Bilan des cinq premières années de PHRI(P)	64
4.3.2	Références méthodologiques pour la recherche infirmière	68
4.3.2.1	L'Evidence Based Nursing (EBN)	68
4.3.2.2	Collaboration Cochrane	69
4.4	Discussion : Conscientisation de la recherche infirmière	69
5	<i>PARTIE 3 : La fabrique de la recherche infirmière, comme elle se vit et comme elle se raconte</i>	71
5.1	Trajectoires individuelles et interrelations	71
5.2	Chapitre 1 : L'enquête, de la préparation à son exploitation	71
5.3	Chapitre 2 : Regards croisés d'informatrices que presque tout oppose	77
5.3.1	« Mission accomplie » pour une cadre de santé	77
5.3.2	Une infirmière aux influences anglaises	83
5.4	Chapitre 3 : Deux informateurs en surplomb	86
5.4.1	Un infirmier docteur de philosophie de sciences et épistémologie	86
5.4.2	Une ingénieure en recherche : ouverture internationale en Suisse	90
5.5	Chapitre 4 : Un CHU et des porteurs de projets de recherche infirmière	91
5.5.1	Zoom sur un CHU épicentre de recherche infirmière	91
5.5.1.1	Présentation des professionnel.le.s	91
5.5.1.2	Contexte des rencontres	92

5.5.2	Mise en perspective des discours	93
5.6	Discussion : Recherche infirmière, un rite professionnalisant ?	96
6	CONCLUSION	100
	BIBLIOGRAPHIE	103
	LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	108
	ANNEXES	110

1 INTRODUCTION

Portant intérêt aux évolutions professionnelles des infirmier.es, les réformes de 2009 m'invitent à revisiter une histoire et un cheminement professionnels personnels et collectifs. Elles représentent le point d'ancrage de ce travail de Master. Ma démarche exploratoire questionne le sens que les infirmier.e.s donnent aux textes législatifs régissant l'activité de recherche pour laquelle ils/elles sont sollicité.e.s, et en miroir m'interpelle dans mon propre rapport à la recherche dans ma conception de la profession infirmière.

J'ai choisi d'explorer l'officialisation de la recherche dans la discipline infirmière en m'inscrivant dans une approche ethnographique, descriptive et narrative.

Ce choix amène à deux objectifs, l'un consistant à étudier une situation annoncée comme processus innovant dans un secteur professionnel, l'autre à me familiariser au recueil et à l'analyse qualitative des données, elles-mêmes qualitatives.

« L'enquête est dite « qualitative » principalement dans deux sens : d'abord, dans le sens que les instruments et les méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentage ou en statistiques) ; l'enquête est aussi dite qualitative dans un deuxième sens, qui signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situations artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages. »¹

On peut se demander si ces deux objectifs sont compatibles et si la thématique ne renverrait pas plus facilement à une démarche journalistique présentant une actualité ou politique sous l'angle du management stratégique de la recherche, sociologique par les caractéristiques d'un groupe professionnel (sociologie des professions et/ou sociologie des organisations), ou enfin à l'histoire d'une profession. Des éléments issus de ces disciplines étayeront le travail.

« On ne peut en effet se satisfaire d'une vision traditionnelle de la culture comme seul champ d'intervention de l'anthropologue : soit l'on ouvre largement la focale en considérant que les complexes culturels dans lesquels vivent les individus sont des constructions sociales, économiques et politiques [Amselle, 2001], soit on limite la culture à des références linguistiques et identitaires ou à un ensemble de « valeurs » (que l'on se garde bien souvent de définir ...), et dans ce cas l'anthropologue ne travaille pas que sur les cultures ainsi définies. »²

Me situant à une échelle micro par rapport à l'ampleur du travail de l'anthropologue Anne Véga, ses constats me font tout de même écho :

« Poser un regard anthropologique sur l'hôpital est une démarche encore assez inhabituelle en France. [...] Afin de couvrir l'énorme champ d'investigation que supposait une analyse qualitative du

¹ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} Ed. Malakoff : Editions Armand Colin, 2016, p. 13

² VIDAL, Laurent. *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*. Paris : Editions La Découverte, Collection « Recherches », Série « Terrains anthropologiques », 2010, p.8

groupe des infirmières hospitalières françaises, j'ai finalement utilisé différents modes d'approche liés aux différentes étapes de ma recherche. »³

Mon intention reste centrée sur la démarche anthropologique, sous l'éclairage de Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue franco-américain d'origine hongroise [1908-1985] :

« Une science du comportement qui soit scientifique doit commencer par l'examen de la matrice complexe des significations dans lesquelles prennent racine toutes les données utiles, et par la spécification des moyens susceptibles de donner au chercheur l'accès à un aussi grand nombre de possible de ces significations, ou de lui permettre de les tirer au clair. »⁴

Le travail présenté ici se décompose ainsi en plusieurs temps, avec des apports issus de la législation et de la littérature avant le récit et l'exploitation des rencontres et entretiens menés au cours de ces dernières.

2009 : le déploiement d'axes stratégiques réformant le système de santé français

2009, la loi « *Hôpital Patient Santé Territoire* » (HPST)⁵ proposée par Madame Bachelot, Ministre de la santé est promulguée le 21 juillet. Cette loi s'inscrit dans une succession de réformes du système de santé français. Elle donne les directives pour réguler les moyens matériels et les ressources humaines de l'offre de soins dans un contexte économique de maîtrise des dépenses de santé.

Au cours de l'été 2009, les infirmier.e.s diplômé.e.s d'état (IDE) sont sollicité.e.s, pour la première fois, par le Ministère de la santé pour répondre à un appel à projet dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI)⁶.

Celui-ci deviendra l'année suivante le PHRIIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale⁷, élargissant son champ d'application à l'ensemble des professionnels paramédicaux.

³ VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000, p.13

⁴ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Editions Flammarion, Collection Champs essais, 2012, p.29

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶ Circulaire n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_280909-2...

⁷ CIRCULAIRE N°DGOS/PF4/2011/420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIIP, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer

2009, c'est aussi une réforme du programme des études en soins infirmiers fixant le contenu et les axes pédagogiques d'un nouveau référentiel de formation⁸. Il détermine une méthodologie et une nouvelle approche de la professionnalisation par l'introduction de la logique de compétences (dites cœur de métier pour certaines et contributives pour d'autres), la formalisation de la posture réflexive et la construction des savoirs théoriques basés sur des processus anatomo-physio-pathologiques. D'autre part, il donne ou redonne leurs lettres de noblesse à des domaines sanitaires et sociaux à travers des unités d'enseignement spécifiques : « *santé publique et économie de la santé* », « *soins éducatifs et préventifs* », « *rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité* », « *qualité des soins, évaluation des pratiques* ». Enfin, il concrétise « *l'initiation à la démarche de recherche* » pour la compétence « *Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques* ».

Le rapport « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* » apporte un éclairage aux orientations du référentiel 2009 et ouvre sur les modalités de développement de la recherche infirmière alors que la France n'est pas encore dotée, à la différence d'autres pays étrangers, d'une science infirmière.

L'analyse de ces textes est insuffisante pour cerner la genèse de la recherche infirmière. Si l'histoire de la profession Outre-Manche et Outre-Atlantique en est une référence, celle des infirmières françaises y apporte également des éléments constitutifs.

La recherche infirmière, source de questionnement épistémologique

Chemin faisant, la notion de temporalité me paraît importante dans les étapes chronologiques de l'appropriation des textes de réforme : recevabilité, compréhension, interprétation, représentation, et projection des professionnel.le.s dans un nouveau champ de possibles.

Initialement, lors de la première année de Master « *Dynamiques identitaires Cultures et Sociétés* »⁹, en 2011-2012, je me suis intéressée à mon environnement proche : les étudiant.e.s et l'équipe pédagogique d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), celui-là même où j'exerce la fonction de formatrice. Mon objectif a été d'observer la compréhension, l'appropriation et la mise en application de cette prescription pédagogique à l'heure où les cadres de santé formateurs et formatrices, et la première promotion (2009-2012) d'étudiant.e.s en soins infirmiers, de formation initiale, s'y confrontaient. L'étude reste centrée sur la formation initiale des infirmier.e.s et exclut les formations de spécialisation infirmière (infirmier.e.s de bloc opératoire, infirmier.e.s anesthésistes, infirmier.e.s puériculteurs/trices).

En se décentrant de ce premier terrain, les initiatives diverses qui se sont mises en place sur l'ensemble de l'Hexagone donnent à voir des acteurs qui s'engagent, ouvrent la voie, se

⁸*Profession infirmier*, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, Réf.531 200, Edition Berger-Levrault, 2009 : référentiel d'activité infirmière, référentiel de compétences infirmière, référentiel de formation infirmière.

<https://www.legifrance.gouv.fr>

⁹ Master 1, Université de Bretagne Occidentale, filière ethnologie

rencontrent, dessinent les contours de l'activité de recherche et transmettent leurs productions. Des institutions structurent les orientations de l'activité et les choix méthodologiques, et bilantent les avancées. Ces initiatives posent les fondations de la recherche infirmière en France aujourd'hui.

La recherche infirmière, à la rencontre de professionnels infirmiers

Au-delà du premier temps exploratoire en IFSI, révélateur d'étonnement, de questionnement et de tâtonnement, mon but est, à distance, d'approcher la réalité de celles et ceux qui mettent en application les textes ou, pour reprendre leur expression, « *se sont lancés dans l'aventure* » en devenant porteurs de projets de recherche infirmière dans les établissements de soins.

J'ai fait le choix de m'éloigner de la ville où je vis actuellement depuis dix-huit ans. D'une part, aucun PHRIP n'y est piloté à ce jour. D'autre part il m'importait de ne pas rester centrée sur une vision localement restreinte. Je souhaitais approcher le dynamisme et les manières de faire dans une des régions où j'ai eu l'occasion de travailler, une autre choisie en regard du rôle moteur d'infirmier.e.s du Centre Hospitalier Universitaire dans le partage des actualités en termes de recherche infirmière, et enfin rencontrer deux informateurs isolés de ces lieux.

Allant ainsi à la rencontre de porteurs de projets, je présenterai deux séries de trois entretiens à teneur différente. En effet, la singularité de chacun d'entre eux permet de croiser des regards portés sur la recherche infirmière, avec des points de convergence et des caractéristiques plus personnelles de motivation et d'engagement dans la démarche. Ainsi, les positionnements et points de vue des uns et des autres, à cette petite échelle de sept personnes, ouvrent des questionnements autour de l'identité qu'ils élaborent individuellement, pour eux-mêmes, et de leur positionnement dans différents collectifs qu'ils côtoient.

Les transformations vécues par les professionnel.le.s engagé.e.s dans la recherche infirmière

Le gouvernement français a officialisé la recherche infirmière et paramédicale en mettant en place des modes opératoires tant pour les infirmier.e.s sollicité.e.s que pour les étudiant.e.s en soins infirmiers contraints de valider les deux unités d'enseignement d'initiation à la démarche de recherche pour l'obtention de leur Diplôme d'Etat d'Infirmier nécessaire à l'exercice professionnel.

Je vois dans ces dispositions une dynamique de changement sur la base du volontariat des infirmier.e.s déjà diplômé.e.s et sur le caractère obligatoire, pour tous les infirmier.e.s en devenir.

Viennent alors quelques questions autour des transformations professionnelles vécues par les infirmier.e.s. Que peuvent-ils en dire ? et que peut-on en comprendre ? J'ai souhaité, à partir des discours, travailler autour des notions de professionnalisation, d'identité et de culture professionnelle, et, de positionnement et rapport au pouvoir dans leur contexte social d'appartenance professionnelle.

Comment les infirmier.e.s conçoivent leur exercice professionnel pendant et après une expérience de recherche ? Cette expérience leur permet-elle une professionnalisation spécifique ? Si oui, de quelle sorte ? Peut-elle être utile aux étudiants ? Comment peut-elle se transmettre ?

De par cette professionnalisation, les composantes traditionnelles de la culture sont-elles maintenues ? En tout ou partie ? Les caractéristiques identitaires des infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche changent-ils ? Les infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche sont-ils légitimé.es ? Remettent-ils en cause les symboles entourant le rôle soignant ? Développent-ils une activité autonome ? Si oui dans quelles mesures ?

Les démarches initialement individuelles des porteurs de projet sont-elles partagées ? Comment ? Avec qui ? Pourquoi ? La professionnalisation et le changement identitaire affectent-ils l'environnement proche des porteurs de projet ? Ou cette dynamique de transformation les isole-t-ils/elles ? De nouvelles interrelations se construisent-elles ? Avec qui et comment ? Des tensions et des conflits apparaissent-ils ? Si oui, que révèlent-ils d'une éventuelle rupture avec l'ordre antérieur ? Et le positionnement induit par l'expérience de recherche amorce-t-il des relations d'alliance ? de pouvoir ?

Ainsi ma question de départ prend forme :

Dans le processus de mise en œuvre d'une activité de recherche par les infirmier.e.s français.es, que révèlent-ils/elles d'eux/elles-mêmes par le sens qu'ils/elles lui attribuent et la manière dont ils/elles la construisent en se positionnant dans le contexte actuel sociétal et le système de soin ?

2 AUX PORTES DE LA RECHERCHE ...

Me voilà aux portes de la recherche telle qu'elle est menée par quelques infirmier.e.s français.e.s aujourd'hui, mais aussi aux portes de ma propre recherche dans le cadre du master « Civilisation, Cultures et Sociétés ».

« [...] il est également clair pour nous que tout chercheur aborde un terrain de recherche avec des a priori et des connaissances de diverses natures. Nous croyons que cette posture théorique de départ devrait faire l'objet d'une réflexion systématique et être exposée au lecteur. »¹⁰

Etant moi-même initialement infirmière, mon projet de recherche sur les recherches en soin menées par des collègues du même groupe d'appartenance professionnelle peut laisser craindre la confusion sur ma posture et éventuellement mes partis pris.

Je me retrouve, très modestement, un peu dans la situation que décrit Anne Véga :

« Pour embrasser le monde hospitalier, il me fallait croiser mes regards, ceux du dedans (comme agent ou enseignante) puis ceux du dehors (comme chercheur) et attendre le moment où ils se seraient formés pour en saisir les détails les plus infimes »¹¹.

Je me souviens de la réaction des enseignants-chercheurs universitaires en septembre 2011 lors de la présentation des thèmes de travail des étudiants. Les uns visiblement enthousiastes soulignaient un réel intérêt à mon exposé, les autres peut-être plus prévenant pointaient la complexité de la tâche. Comme ils avaient raison ! Les doutes et les incertitudes quant à mes capacités d'honorer mon idée première m'ont fidèlement accompagnée, paralysant parfois certaines étapes de la production du travail.

Mais puisque je me suis entêtée sur ce chemin, se pose d'emblée la question des raisons de mon entreprise.

Des Journées Portes Ouvertes de l'Université de Bretagne Occidentale en 2011, me projetant dans ma reprise d'études dans le Master « Dynamiques identitaires », je me souviens aussi de ma première rencontre avec un enseignant chercheur et de nos premiers échanges : « *Qui êtes-vous ? D'où venez-vous ? ...* ». Il m'aura fallu du temps pour dépasser ma première impression : une curiosité ressentie excessive, comme une réelle intrusion. J'y vois, a posteriori, l'expérience émotionnelle qui suscite d'une part à s'interroger sur soi-même (se connaître et se donner à voir) et d'autre part à ressentir ce qu'un chercheur peut provoquer chez l'Autre selon la manière de l'aborder.

« *Qui expose s'expose* » me mettait en garde à la même époque une ancienne collègue qu'on retrouvera lors d'un entretien sous le pseudonyme de Jeanne-Marie.

¹⁰ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} Ed. Malakoff : Editions Armand Colin, 2016, p.25

¹¹ VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000, p.11

Georges Devereux, invite chacun à son auto observation : « [...] c'est d'abord sur lui-même que l'analyste du comportement doit porter son regard critique (insight) »¹².

Ceci me renvoie à ma personnalité et à ma socialisation, du cercle familial et personnel au milieu professionnel.

« La seconde étape [d'une science du comportement] consiste en l'étude de l'engagement personnel du savant dans son matériau et des déformations de la réalité qui résultent de ses réactions de « contre-transfert », puisque le plus grand obstacle à la création d'une science du comportement qui soit scientifique est le fait, mal exploité, que le chercheur est émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie ; ce qui, en dernière analyse, rend l'angoisse inévitable. »¹³

Que vais-je laisser paraître ? Quels éléments relèvent de l'intime, de la pudeur ? Quoi de personnel mais que je peux livrer dans un cadre extérieur ? Que met au grand jour mon activité sociale ? Et qu'est ce qui est tellement « naturel » ? « Incorporé » ? que je ne pense pas spontanément à nommer et à exploiter ? ... avec la préoccupation de l'impact de mes représentations et interprétations au fil de mon étude.

Pierre Pariseau-Legault, infirmier et professeur à l'Université du Québec en Outaouais, propose l'idée que :

« ... l'auto-ethnographie semble particulièrement adaptée au contexte professionnel et académique dans lequel évoluent plusieurs infirmières. En tant qu'outil réflexif, elle peut notamment favoriser le développement de la conscience de soi du (futur) chercheur, proposer des outils analytiques lui permettant de mieux comprendre son rôle et rendre compte de la transition qu'il opère entre ses différentes identités professionnelles. La résultante de ce processus semble ainsi clarifier le positionnement du chercheur vis-à-vis de sa recherche, identifier les différentes motivations qu'il poursuit et soutenir une plus grande vigilance interprétative à cet égard. »¹⁴

Positionnement vis-à-vis de ma recherche

Connaissance du monde hospitalier et des soignants

Je connais le monde hospitalier et la vie d'équipes soignantes depuis un certain nombre d'années et dans des établissements variés par leur taille et leur région. Mon parcours professionnel a débuté comme infirmière en réanimation neurotraumatologique en 1990. Questionnant les pratiques, les pathologies et les traitements, je me suis rapidement dirigée vers des études complémentaires d'infirmière anesthésiste. Ma curiosité y a été assouvie tant intellectuellement que dans un exercice aux blocs opératoires, en salle de surveillance post-

¹² DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Editions Flammarion, Collection Champs essais, 2012, p.12

¹³Ibid. p.30

¹⁴ PARISEAU-LEGAULT, Pierre. « De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières ». *Recherche en soins infirmiers*, n°135, décembre 2018, p.39

interventionnelle, et dans la prise en charge des urgences préhospitalières en SMUR¹⁵, dans deux régions bien distinctes géographiquement.

Anne Vega fait apparaître les représentations associées à ces infirmier.e.s :

« L'hôpital fait partie de mon enfance. J'y retrouvais ma mère et son amie, infirmière anesthésiste, laquelle jouissait apparemment à ce titre de nombreux privilèges : l'expertise des noms compliqués des médicaments, celle des hommes en blouse blanche et la propension à faire la fête en salle de garde. »¹⁶.

La notion de privilèges catégorise. L'expertise pharmacologique peut être sous-entendue comme permettant des soins plus nobles que ceux effectués par les infirmier.e.s non spécialisé.e.s dans le domaine de l'anesthésie, sachant que cette spécialisation est la plus longue des trois existantes, puéricultrice et infirmier.e de bloc opératoire (aide chirurgien) en étant les deux autres. D'autre part, les privilèges sont également axés sur la proximité des infirmier.es anesthésistes avec les médecins sacralisés « *hommes en blouse blanche* ». Et de ce fait, les infirmier.es anesthésistes semblent ne plus faire vraiment partie du groupe commun des infirmier.e.s. Et pour autant, dans l'expérience d'Anne Véga, infirmière spécialisée et non spécialisée peuvent néanmoins rester amies quand la relation se vit entre deux personnes et non dans un environnement où les statuts classent et divisent. De mon expérience et de celle relatée par Anne Véga, je m'interroge sur la place des infirmier.e.s qui s'impliquent dans la recherche infirmière, en regard de leur groupe d'appartenance d'infirmier.e.s d'un service dans lequel ils/elles exercent leur profession au même titre que leurs collègues. Quel regard est porté sur eux/elles ? De leur côté sont-ils/elles en demande de reconnaissance ? Par qui ? Quels sont leurs liens avec les soignants médicaux ?

« A posteriori, les infirmières partagent même avec les autres groupes de professionnels hospitaliers cette propension à se considérer comme des représentants de communautés historiques complexes, fortement hiérarchisées, localisées, voire cloisonnées. »¹⁷

Ma connaissance du monde hospitalier passe aussi par la formation de cadre de santé qui m'a permis d'accompagner les équipes soignantes d'un EHPAD¹⁸ avant de devenir formatrice en Institut de Formation des Professionnels de Santé.

Enfin, une mobilité géographique entre plusieurs villes et structures de soin m'ont permis de découvrir des organisations différentes basées sur des mentalités et des positionnements spécifiques.

¹⁵ Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

¹⁶ VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000, p.7

¹⁷Ibid. p.14

¹⁸ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Lien à la recherche infirmière

Si ma curiosité m'a conduit vers les études d'anesthésie, celle-ci s'était déjà manifestée auparavant, notamment lors de mon travail de fin d'études d'infirmière en 1990. Il s'agissait d'une étude comparative entre deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'un était doté d'une infirmière coordinatrice de prélèvements d'organes, et l'autre non. Mon questionnaire portait sur la plus-value, sous l'angle relationnel, d'une infirmière coordinatrice dans l'accompagnement des familles vivant l'épreuve de l'annonce de la mort cérébrale d'un des leurs et la demande des équipes médicales d'autorisation de prélèvements d'organes en vue de greffes pour des patients en attente de ce don pour continuer à vivre.

Puis, infirmière récemment diplômée, j'ai débuté mon cheminement professionnel avec l'idée qu'un jour, j'aurai peut-être la possibilité de participer à des actions de recherche infirmière, ayant lu des ouvrages à ce sujet et connaissant l'existence de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur à Lyon. Au cours de mon travail en réanimation, j'étais, comme mes collègues, sollicitée pour des relevés de données physiopathologiques alimentant des études menées par les médecins. En parallèle, je me suis intéressée rapidement aux possibilités de recherche en soins infirmiers. Ayant suivi en 1993 la formation « *Clinique et cliniciens, des concepts aux pratiques.* » dispensée par l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI), j'ai réalisé à la suite de celle-ci un travail d'évaluation de protocole de soin, dans le domaine de la qualité des soins. Abonnée alors à la revue de l'ARSI, je me suis interrogée sur les possibilités de développer des compétences dans ce domaine de recherche axée sur la pratique infirmière. Face aux difficultés rencontrées, j'ai choisi d'autres options de développement professionnel qui m'intéressaient également fortement et que j'ai pu plus facilement concrétiser : spécialisation d'anesthésie, exercée en France et au Burundi au cours d'une mission humanitaire de chirurgie dans un contexte de guerre civile.

En dernier lieu, mon travail de recherche corrélé à l'obtention du diplôme cadre de santé et simultanément de licence Sciences Sanitaires et Sociales, s'intitulait « De la dynamique de mobilité ». L'orientation était sociologique avec une méthodologie hypothético-déductive, en référence à l'ouvrage de Raymond Quivy et Luc Campenhoudt¹⁹. Le thème abordait le positionnement du cadre de santé dans l'accompagnement des professionnels soignants pour les inviter à vivre positivement des changements d'affectation de services imposés institutionnellement. Une réflexivité sur mes expériences professionnelles diverses de mobilité en a été le point d'ancrage.

Je regarde cette mobilité que j'ai vécue volontairement comme un reflet de ma curiosité professionnelle et cognitive, et comme source de professionnalisation tant par des exercices professionnels divers que par des rencontres de collègues et de personnes soignées dans des contextes variés. Ma conception de la recherche infirmière se compose tout d'abord de cet esprit de curiosité et d'allant vers des espaces à découvrir sur la discipline, les préoccupations et les savoirs infirmiers. Cette conception de la recherche infirmière questionne de ce qui reviendrait aux infirmier.e.s comme sujets et méthodes d'études. Il s'agit pour moi de développer une fiabilité dans

¹⁹ QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Editions Dunod, 2006.

les réflexions infirmières autour de leur rôle dit « propre », celui qui ne répond pas de prescriptions médicales mais dont ils/elles ont légitimement l'initiative.

Le Code de la Santé Publique, Art. L.4311-1, précise les contours législatifs de l'exercice de la profession :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. ».

L'art.R.4311-3 des textes réglementaires de ce même exercice définit ce rôle propre :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre des initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R.4311-5, R.4311-5-1 et R.4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre des actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Il revient ainsi aux infirmier.e.s d'apprécier par le raisonnement clinique le rapport des patients à la santé et à la maladie, dans leur environnement de vie et d'élaborer des projets de soins et/ou des projets de vie tenant compte de ces éléments. Des recherches infirmières dans ces optiques seraient ainsi paramédicales, dans le sens autour, à côté, de façon ni compétitive ni détachée des actes et recherches médicales mais d'une approche autre pour une prise en soins globale et humaine. Les contextes actuels de santé publique et d'éducation thérapeutique des patients, ainsi que l'accompagnement infirmier sur des périodes longues liées à la chronicité de la maladie me semblent des sujets de recherche à explorer tout en respectant le champ de compétence et d'action des infirmier.e.s. La prévention à différents niveaux (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire), la rééducation et la réadaptation après un accident de la vie me semblent des exemples caractéristiques mais d'autres pistes peuvent être pensées comme l'accompagnement dans quelque « *chemin clinique* » qui soit, construit aussi sur une base d'économie de la santé. Le virage ambulatoire récent satisfait par ses résultats économiques mais est-il si simple à vivre par les patients ? Il suffit de le vivre soi-même pour être moins enthousiaste que les documentaires peuvent donner à voir !

Motivations

Edward Deci, psychologue américain, propose une théorie de la motivation selon deux voies pour présenter le concept d'auto-détermination : la motivation extrinsèque provoquée par des obligations extérieures à la volonté de l'individu et la motivation intrinsèque qui relate de l'intérêt de l'individu lui permettant d'atteindre une relative autonomie.

Mon inscription au Master répond à ces deux motivations, la première ayant été intégrée permet à la seconde de s'exprimer.

L'universitarisation des études d'infirmier.e.s est à l'origine de la commande institutionnelle visant une qualification universitaire des cadres de santé formateurs à un niveau master, sans en spécifier jusqu'à présent la nature. Les critères de libre choix du domaine ou de la discipline m'ont d'emblée permis d'envisager l'orientation de ma poursuite d'études. A l'heure du développement de la recherche infirmière dans un objectif de construction d'une science infirmière, il me paraissait pertinent de m'inscrire dans un master recherche d'une discipline académique. J'attendais de ce choix une approche et un apprentissage différents de la recherche que celle que j'avais pu mener pour mon mémoire de formation cadre de santé dans une optique professionnalisante.

Dix-sept ans après ma première approche de la recherche en soins infirmiers, les textes 2009 concernant l'émergence de la recherche infirmière m'ont surprise. Alors que je pensais cette voie de la recherche infirmière définitivement impossible en France, je me suis demandée quel était le facteur déclenchant subitement l'intérêt qu'elle suscite, jusqu'alors marginale en France.

Au-delà de la surprise, cette annonce m'a enthousiasmée et redonnée de l'élan par de nouvelles perspectives professionnelles que je souhaitais saisir. Alors cadre de santé en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), j'envisageais deux orientations pour l'avenir proche : creuser les possibilités de recherche infirmière dans ce contexte médico-social ou m'orienter vers la formation infirmière pour participer à la mise en œuvre de la démarche de recherche avec les étudiant.e.s infirmier.e.s.

J'ai positionné l'introduction des compétences dans le nouveau référentiel de formation au cœur de ma candidature à un poste de cadre de santé formateur alors récemment vacant (2009), et plus particulièrement celles « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » et « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ». Il m'importe ainsi de me tenir au fait de l'actualité et de la comprendre au-delà des publications, dans un premier temps à un niveau local (terrain en 2011-2012) puis plus largement au-delà de la région où j'exerce (terrain en 2018-2019).

Mais pourquoi avoir choisi le chemin de l'ethnographie et de l'anthropologie ? Il s'agit là de ma volonté de découvrir le sens que les infirmières donnent à cette activité de recherche plutôt connotée d'un certain prestige quant aux capacités intellectuelles nécessaires pour s'y engager ; alors qu'elles font partie d'une profession suscitant des représentations plus ou moins valorisantes de femmes soumises aux médecins, de filles faciles, de bonnes sœurs, de gentilles au sens positif ou négatif du terme, d'un métier plus manuel qu'intellectuel ...

« Un point est de dire que l'anthropologue n'est pas le seul à « questionner » l'altérité, un autre est d'ajouter que toute altérité n'est pas équivalente. Cela signifie que l'anthropologue ne s'intéresse pas qu'au lointain, qu'à l'extrême exotique : plus exactement pour comprendre « qui est l'autre » il est nécessaire de savoir à quelle distance de soi – anthropologue – on le situe. Dans son imprécision,

l'altérité recouvre une palette de distances qui, si elle n'est pas clairement détaillée, rend inévitablement confus l'exercice de l'anthropologie. »²⁰

Vigilance interprétative

Mes espoirs lors de l'annonce des PHRI ont fait écho à mon engagement dans la profession, à ma conception de la veille professionnelle et à la participation des infirmier.e.s à la production de savoirs et manières de soigner, à mon attrait pour l'Ecole Internationale Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon, aux mobilisations infirmières de 1988 lors du mouvement de revendications « *ni nonnes, ni bonnes, ni connes* », ... Mais il ne s'agit pas pour moi d'être dans une position militante défendant la cause des infirmier.e.s.

« C'est par un accident de l'histoire – et non par une inéluctable nécessité, comme j'espère le montrer - que l'implication affective de l'homme dans les phénomènes qu'il étudie l'empêche souvent de les considérer objectivement. »²¹

Menant mon parcours en Master tout en exerçant mon activité professionnelle de formatrice à temps complet, il m'est bénéfique de connaître le langage, l'activité de soin, la vie hospitalière, l'organisation des services, ... et de ne pas avoir besoin d'un temps d'immersion pour apprivoiser des propos tenus lors des entretiens. Néanmoins, il me faut être vigilante à ne pas interpréter trop rapidement les discours et permettre aux interlocuteurs de les expliciter pour ne pas nier par négligence le sens qu'ils y mettent.

En effet, le sujet que j'aborde est en lien direct avec mon exercice professionnel actuel de formatrice en soins infirmiers. De plus, comme je l'ai précisé précédemment, la recherche infirmière a déjà suscité antérieurement ma curiosité et a eu un impact sur mon évolution, mes représentations et mes engagements professionnels. L'approche de l'objet d'étude que j'ai choisi ne peut pas être neutre sans un effort particulier de distanciation par rapport à mon expérience, ma perception, mes valeurs, mes intentions, ma propre conception de la recherche infirmière, tant sur le choix des thématiques que sur la posture des soignants.

Il s'agit donc de me positionner dans une démarche descriptive d'un phénomène actuel étudié ici à une micro échelle auprès de quelques formateurs et soignants.

« Ainsi, la recherche que vont conduire des infirmières peut souvent être assimilée à une « recherche de l'intérieur ». Comparativement à un sociologue, un anthropologue ou à un ethnologue « professionnels », les infirmières vont pouvoir s'épargner des mois d'immersion dans un milieu, d'entretiens préparatoires pour cerner les us et coutumes, le langage, les codes de la profession ou du travail étudié. Pour certains, cette appartenance au milieu analysé peut être considérée comme un biais de la recherche, les soignants pouvant ne pas parvenir, par exemple, à faire s'exprimer des collègues dont ils sont trop proches, ou à mettre en évidence les points saillants d'un terrain trop

²⁰ VIDAL, Laurent. *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*. Paris : Editions La Découverte, Collection « Recherches », Série « Terrains anthropologiques », 2010, p.8

²¹ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Editions Flammarion, Collection Champs essais, 2012, p.26

connu – tandis que les soignants pourront reprocher à des sociologues ou autres anthropologues se penchant sur les pratiques soignantes d’être trop à distance du sujet étudié ... »²²

Mes repères en tant que formatrice sont avant tout le référentiel 2009 de formation dans lequel deux Unités d’Enseignement sont consacrées à l’initiation à la démarche de recherche et un référentiel élaboré par un groupe régional de représentants des formateurs, déclinant les modalités de rédaction des Mémoires d’Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI) des étudiant.e.s infirmier.e.s. Un livret de Guidance des MIRSI a été rédigé pour donner une cohésion entre les formateurs de la région lors de l’accompagnement des étudiant.e.s au cours de l’élaboration de leurs Mémoires. Les Mémoires sont rédigés en dernière année de formation. Le guide régional résulte des réflexions et conceptions d’un groupe de travail constitué de formateurs de divers IFSI de la région. Ce livret reprend les préconisations du référentiel national de formation et décline les attendus des MIRSI par une analyse de situation de soin selon une démarche réflexive apportant des éléments de connaissances, d’expériences antérieures mobilisables, de ressentis et de perceptions de l’étudiant.e au cours de la situation vécue en stage. Le questionnement professionnel doit ensuite apparaître afin d’orienter un choix de concepts à éclairer de lectures professionnelles. Des entretiens semi-directifs doivent ensuite être conduits et analysés. Il est enfin attendu des étudiant.e.s un retour sur la situation initiale pour en tirer des axes d’amélioration de leur pratique, transférables à d’autres situations à venir dans leur exercice professionnel. J’ai pu certaines années être référente de ces unités d’enseignement et m’interroger sur l’intérêt ou désintérêt que les étudiant.e.s portent à cet exercice, en ayant moi-même un regard critique vis-à-vis de ces prescriptions méthodologiques.

Dernièrement, les formatrices ayant en charge l’organisation de ces unités d’enseignement, ont proposé aux étudiants une journée de présentation de travaux de recherche. Quelques formateurs ont relaté leur expérience d’élaboration de leur mémoire réalisé pour l’obtention de leur diplôme de cadre de santé ou de licence ou de master. Un cadre supérieur de santé a représenté un centre hospitalier du territoire impliqué comme centre de recueil de données pour des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale multicentriques et pilotés par des porteurs de projets exerçant dans un CHU d’une région limitrophe.

Installée parmi le public, cette expérience me conforte dans l’idée qu’un travail de réflexion est nécessaire au sein de l’IFSI pour faire évoluer le dispositif actuel. D’autres que moi ont certainement dû aboutir au même constat puisqu’un nouveau groupe de représentants d’IFSI (directeurs, coordonnateurs pédagogiques et formateurs) s’est constitué en fin d’année universitaire 2018-2019 pour débiter à la rentrée 2019-2020 une évaluation et une réflexion sur la conduite des travaux d’initiation à la recherche des étudiant.e.s infirmier.e.s. Il me tarde de suivre leur cheminement et connaître leurs conclusions et décisions pour l’avenir !

²² MICHAUX, Lise. *Être soignant chercheur*, dans : Collectif. *Être infirmière à l’ère universitaire. Enjeux, débats et évolutions*. Paris : Editions Seli Arslan, 2013, pp.71-72

3 PARTIE 1 : 2009, un contexte à dimensions plurielles

3.1 Naissance ou renaissance de la recherche infirmière ?

Le gouvernement français officialise la recherche infirmière en 2009. Le choix de cette institutionnalisation prend son origine dans des constats portés sur des critères d'évolution de la santé de la population, un bilan économique du système de santé et dans un contexte politique européen. Ces décisions ont été prises dans un continuum de l'histoire qui apporte son éclairage tant national qu'international sur des initiatives soignantes non relayées et légitimées en France dans les années 1980 – 1990.

3.2 Chapitre 1 : Officialisation de la recherche infirmière, contexte économique et politique

La formation a pour vocation de préparer de futur.e.s infirmier.e.s compétent.e.s dans leurs pratiques et activités et adapté.e.s au contexte d'exercice professionnel. Celui-ci s'est singulièrement modifié au fur et à mesure de réformes successives depuis le milieu du XXème Siècle et plus spécifiquement depuis 1996. Ainsi, revisitons quelques réformes et leurs objectifs pour comprendre les changements introduits dans l'exercice professionnel et déterminant le référentiel de formation infirmière en 2009.

3.2.1 L'avant 2009

3.2.1.1 *Des ordonnances de 1996 aux réformes de 2009*

L'histoire actuelle du monde de la santé et le cadre d'exercice professionnel des infirmier.e.s français.es s'inscrit dans un contexte de réformes depuis les lois de réforme hospitalière de 1970 et 1991, et celle concernant la maîtrise budgétaire de l'augmentation des dépenses des hôpitaux en 1983.

Les ordonnances de 1996 dites « *ordonnances Juppé* », en référence à Alain Juppé alors Premier Ministre, marquent un moment clé : la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et l'obligation pour les établissements de santé de s'inscrire dans un processus d'évaluation, d'accréditation puis de certification, avec pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en adéquation avec un référentiel support d'évaluation des résultats.

D'autres axes découlent de cette orientation : les contrats d'objectifs et moyens, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) créées en 1997 et relayées en avril 2010 par les Agences Régionales de Santé (ARS) représentant la Haute Autorité de Santé (HAS), le financement des établissements de santé, l'organisation et les équipements sanitaires, et enfin la coopération entre établissements publics et privés de santé.

La Loi de Finance de la Sécurité Sociale (LFSS) date également de 1996. Elle deviendra en 2005 la Loi Organique relative aux Lois de Financement (LOLF) de la Sécurité Sociale.

L'accompagnement des mesures prises se concrétisent en 2002 par le « Plan hôpital 2007 » ayant pour mission la mise en place de la tarification à l'activité, la MAINH : Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier, et la MEAH : Mission nationale d'Expertise d'Audit Hospitalier.

Simultanément les Droits des Malades sont reconnus et placés au cœur de la loi du 4 mars 2002²³.

En 2004, la loi de réforme de la santé publique instaure des plans nationaux et régionaux pour adapter l'offre de prévention et de soins aux populations selon leurs besoins spécifiques, en lien avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

L'efficience devient le maître mot des organisations. Selon le dictionnaire Petit Larousse 1991, l'efficience se définit comme une « *capacité de rendement, performance* ».

Henry Mintzberg, professeur de management à l'université McGill de Montréal, précise que :

« Dans la pratique, l'efficience ne signifie pas le plus grand bénéfice pour un coût donné ; il signifie le plus grand bénéfice mesurable pour un coût donné mesurable. En d'autres termes, l'efficience signifie une efficience démontrée, une efficience prouvée et surtout une efficience calculée. »²⁴

Dès lors, la politique de santé se décline économiquement par le chiffrage des moyens et résultats attendus.

Plusieurs commissions de travail ont été sollicitées pour évaluer les moyens humains et leurs compétences permettant de développer ce volet d'efficience. Je me suis plus particulièrement attachée à deux d'entre elles.

La première a donné lieu au rapport présidé par le professeur Yvon Berland « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* »²⁵ en 2007, la seconde au rapport « *Concertation sur les missions de l'hôpital* »²⁶ sous la présidence de Gérard Larcher en 2008.

²³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, paru au JORF du 5 mars 2002 p.4118
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&...>

²⁴ Henry MINTZBERG. *Le management, voyage au centre des organisations*. 3ème édition, Eyrolles Editions d'Organisation, 2004, p.591

²⁵ BERLAND, Yvon. « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* ». 2007 : https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf

²⁶ LARCHER, Gérard. « *Concertation sur les missions de l'hôpital* ». 2008 : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

3.2.1.2 Rapport « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » - 2007

La commission ayant rédigé ce rapport est présidée par le Professeur Yvon Berland, néphrologue, Président de l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé depuis 2003, et élu Président du conseil d'administration de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) en juillet 2011. Le rapporteur, Marie-Ange Coudray est alors conseillère pédagogique nationale à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), en charge de la refonte des filières de formation des professions paramédicales, co-auteur en 2009 de l'ouvrage « *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières* »²⁷. Parmi les membres de la mission, on retrouve Ljiljana Jovic, directrice de soins, conseillère technique régionale et membre du comité scientifique de l'ARSI.

Dans l'introduction, les auteurs citent des travaux préalables sur lesquels ils s'appuient : les rapports de « *Démographie des professions de santé* »²⁸ en 2002 et de « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* »²⁹ en 2003. La coopération entre médecins et professions paramédicales alimentait la réflexion sur les organisations à élaborer pour maintenir la qualité des soins. En conséquence les formations et l'évolution des métiers émergent au cœur des débats en se centrant principalement sur la profession infirmière mais aussi celle de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Dans un premier temps, un éclairage est porté sur les notions de profession et de métier. Les activités soignantes ont été répertoriées en référentiel d'activités permettant d'élaborer la fiche support dans le répertoire des métiers³⁰. De là a pu être établi le référentiel de compétences nécessaires à la réalisation de ces actes et activités qui doivent être acquis lors de la formation. La formation permet ainsi une professionnalisation par la construction et l'acquisition de compétences par les étudiants, professionnels en devenir.

La suite de la restitution de ma lecture de ce rapport cible les éléments spécifiques à la profession infirmière.

La présentation de la profession infirmière sous forme d'un état des lieux permet de la caractériser. Les professions d'auxiliaires médicaux, dont les infirmier(e)s, représentent une des trois catégories des professions de santé telles qu'elles sont répertoriées dans le Code de la Santé Publique. Les deux autres correspondent aux professions médicales et professions de la pharmacie. Les infirmier.e.s exercent leur profession après obtention de leur DEI (Diplôme d'Etat Infirmier) et selon la législation en vigueur.

²⁷ Marie-Ange COUDRAY, Catherine GAY. *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Editions Masson, 2009.

²⁸ <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>

²⁹ <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619>

³⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de...>

La loi n°2006-1668³¹ du 21 décembre 2006 a officialisé la création d'un Ordre National Infirmier (ONI). Selon le Code de la Santé Publique :

- Art. L.4312-1 : « Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France. L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. »
- Art. L.4312-2 : « L'ordre national des infirmiers assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier. Il en assure la promotion. »

La formation d'infirmier.e relève d'une formation initiale généraliste qui peut être complétée par une formation de spécialité : Infirmier.e Anesthésiste Diplômé.e d'Etat - IADE, Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat - IBODE, Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat - IPDE.

La formation d'encadrement de soins est également secondaire à la formation initiale et permet d'exercer les fonctions de cadre de santé dans les services de soins, les directions de soins et les instituts de formation.

Concernant l'exercice de la profession, le rapport rappelle l'autonomie limitée des infirmier.e.s et le rapport à une double hiérarchie : l'une professionnelle administrative, l'autre fonctionnelle médicale par le travail sur prescription.

Il est également mis en exergue que :

*« Quel que soit le lieu de l'exercice, la nature des activités de l'infirmière évolue dans le sens d'une plus grande autonomie (prise de décisions, résolution de problème ...) et d'un travail de plus en plus relié à celui de nombreux autres intervenants sur le champ de la santé. »*³²

Le rapport dresse un panorama d'expériences et de compétences professionnelles infirmières qui se développent en dehors du cadre précité, en marge de celui-ci, sans reconnaissance formalisée, pour répondre aux évolutions de la société et/ou des organisations de travail.

Les infirmier.e.s à domicile s'occupent de patients dans des parcours de soins plus variés et parfois plus « chaotiques » qu'auparavant du fait par exemple de retours à domicile précoces après une hospitalisation, de la prise en charge de la dépendance évolutive des personnes âgées ou des prises en soins de patients ayant plusieurs pathologies associées. Les soins se complexifient, les différents professionnels à domicile se multiplient et la compétence de coordination s'avère primordiale à l'heure où les réseaux d'intervenants, aux fonctions complémentaires, se développent :

« Le temps de coordination passé à la communication, aux transmissions des informations est essentiel pour la continuité et la qualité du suivi de la personne soignée. Par ailleurs le rôle social, voire d'alerte dans les cas de multiples difficultés est essentiel, et ne peut aller qu'en augmentant dans une société qui vieillit et qui isole. [...] Les conseils donnés (prévention des risques ou

³¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000790702&...>

³² BERLAND, Yvon. « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ». 2007 : https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf, p.12

complications ...), le temps passé en éducation, relation thérapeutique, ou les initiatives diverses qui évitent qu'une situation se dégrade ou qu'un médecin soit appelé en urgence, sont une nouvelle valeur ajoutée au rôle de l'infirmière. »³³

Pour les infirmier.e.s du secteur hospitalier,

« Les compétences les plus longues à acquérir correspondent à des savoir-faire qui nécessitent une approche plus globale du patient, une compréhension des troubles du comportement ou encore une incapacité à trouver des solutions inédites à des situations inédites ou complexes. [...] Certaines spécialités médicales exigent des aptitudes particulières et l'apprentissage de savoir-faire relativement spécifiques qui confèrent une expertise certaine aux infirmiers y exerçant. »³⁴

Le rapport relate aussi des infirmiers ayant développé une expertise ciblée relevant de compétences acquises par une formation universitaire et la participation à des temps de réunions d'experts :

« Dans cette catégorie, on pourrait placer les infirmiers qui réalisent des consultations infirmières de conseil et d'éducation, les infirmiers dans les services d'exploration fonctionnelle ou auprès de patients spécifiques : maladies rares, etc.

D'autres infirmiers deviennent référents sur un thème précis, ils sont souvent placés en mission transversale au sein de leur unité, sur un secteur voire sur l'établissement (hygiène-sécurité, plaies et cicatrisations, soins palliatifs, maladies mentales dégénératives, troubles du comportement, etc.). »³⁵

Les infirmiers de recherche clinique occupent un rôle d'assistant lors de la réalisation de travaux de recherche médicale. Il s'agit « rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers. »³⁶

Les infirmiers coordonnateurs assurent une position et des activités d'interface entre les professionnels et les institutions impliquées dans les parcours de soin des patients afin d'éviter les pertes de temps et les dysfonctionnements.

Les infirmiers de « pratique avancée » dits cliniciens sont formés par des organismes privés sans contrôle du ministère de la santé :

« Ils sont souvent positionnés dans les services comme une aide aux équipes pour analyser des situations complexes de soins, et peuvent être amenés à faire des consultations dites "infirmières" »

³³ BERLAND, Yvon. « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ». 2007 : https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf, p.13

³⁴Ibid., p.14

³⁵ Ibid., p.15

³⁶Ibid., p.15

auprès de patients pour des entretiens de conseils, d'information, d'éducation, d'aide, de soutien, de suivi de la personne dans ses conditions de vie avec une pathologie ou un handicap.

Ainsi on trouve des consultations auprès de personnes diabétiques, asthmatiques, ayant des problèmes d'accompagnement lors de maladies cancéreuses etc. Ils ont aussi à conduire des projets d'amélioration de la qualité des soins ou de changement dans l'organisation des soins. Des référentiels de compétences ont été élaborés au Québec, en Suisse ... »³⁷

Enfin les infirmiers « *de pratique avancée* », comprenant la réalisation d'actes médicaux supplémentaires. Les auteurs se réfèrent à la définition du Comité International des Infirmières (CII) en 2002 :

« Infirmière diplômée ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions complexes et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel elle sera accréditée. »³⁸

Dans un second temps, la commission s'est intéressée à l'évolution des modes d'exercice des auxiliaires médicaux.

Concernant les infirmier.e.s, elle cite la position de l'Organisation Mondiale de la Santé :

« L'OMS préconise le passage de certaines activités médicales aux infirmiers et le renforcement des compétences pour tous les professionnels de santé en fonction des besoins des populations du XXIème siècle »³⁹.

On voit ici apparaître la prise en compte de la population et de la santé publique et communautaire.

Les auteurs du rapport ciblent la nécessité d'évolution des infirmier.e.s du fait de l'impact de leur exercice par des facteurs qui le modifient. Il s'agit du vieillissement de la population et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées voire très âgées, mais aussi de l'augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires). Les autres facteurs concernent la modification de la demande des personnes, l'évolution de la démographie médicale et paramédicale et la répartition des professionnels sur le territoire, enfin l'évolution du contexte organisationnel.

La modification de la demande des personnes s'oriente vers :

« La demande d'information et d'explications, participation à la décision et au processus de soin. [...] Il faut composer avec les cultures, les représentations, les exigences, toute attitude qui demande

³⁷ BERLAND, Yvon. « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* ». 2007 : https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf, p.16

³⁸Ibid, p.43

³⁹Ibid., p.41

souvent une expertise et parfois une bonne supervision afin de confronter ses pratiques dans des débats, la remettre en cause et savoir faire appel aux notions de valeurs et d'éthique »⁴⁰

Quant au contexte organisationnel,

« Trois points sont évoqués : l'apparition de nouveaux modes organisationnels de la prise en charge, la prise en compte des contraintes économiques et des contraintes de sécurité. »⁴¹

L'évolution de la formation des infirmier.e.s a trait directement aux Accords de Bologne signés en 1999 dont une des finalités :

« [...] est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel. »⁴²

Qui plus est :

*« **La France vit un « handicap » en termes de formalisation des savoirs autour de la notion de « soin ».** En effet, il n'existe pas de domaines disciplinaires reconnus pour les professions paramédicales comme ceux développés dans d'autres pays. La « science infirmière » est, en France, un concept qui fait appel à ce qui se passe à l'étranger, les savoirs infirmiers ne sont pas construits et répertoriés comme tels. Il faut cependant souligner que, si une discipline enseignée est considérée comme « science » dans un pays, cette reconnaissance ne peut s'arrêter aux frontières, elle interroge donc l'organisation de la formation en France. »⁴³*

Les auteurs précisent ensuite l'implication des infirmier.e.s au cours de situations de soins complexes dans des contextes à chaque fois différents. Il serait également nécessaire que ces professionnels possèdent un « socle » minimum de savoirs et soient capables de « s'adapter au développement de la connaissance ». Ils abordent en dernier lieu « la question « du cœur de métier » » et les compétences partagées entre plusieurs disciplines du soin.⁴⁴

⁴⁰ BERLAND, Yvon. « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ». 2007 : https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf, p.52

⁴¹ Ibid., p.55

⁴² Ibid., p.70

⁴³ Ibid., p.81

⁴⁴ Ibid., p.82-83

3.2.1.3 Rapport "Concertation sur les missions de l'hôpital" - 2008

En octobre 2007, Nicolas Sarkozy, Président de la République, sollicite Gérard Larcher pour conduire une commission de concertation « *sur les missions de l'hôpital, entendu comme l'ensemble des établissements de santé* »⁴⁵, citant les récentes réformes sur la base desquelles :

« [...] *un nouvel élan doit être trouvé. Les progrès que l'hôpital accomplit dans son fonctionnement interne seraient vains s'ils ne s'accompagnaient pas d'un réexamen approfondi de ses missions, avec un double objectif de qualité des soins et d'optimisation des moyens* »⁴⁶.

Le but consiste à élaborer « *des dispositifs innovants de permanence des soins [...] pour désengorger les urgences de l'hôpital* »⁴⁷ par l'organisation et la mutualisation des établissements publics et privés, sur les territoires de santé. Les objectifs concernent également l'amélioration des relais de soins à domicile pour les prises en charge de patients dont les durées de séjour à l'hôpital sont réduites, et des réponses aux besoins de soutien des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les trois autres axes d'étude concernent la gouvernance des établissements de soins, le management des ressources humaines, et le développement de l'enseignement et de la recherche permettant à tous de s'impliquer "*dans des projets innovants*"⁴⁸

Ce rapport dit « *rapport Larcher* » présente les propositions de la commission. Elles sont au nombre de seize, répertoriées en quatre orientations principales :

- « *Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge* » (organisation du parcours du patient avec la notion de travail pluridisciplinaire des professionnels de soins) ;
- « *Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût* » (notions d'efficience et de territorialité) ;
- « *Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme* » (notions de gouvernance interne, d'efficience et de développement de nouveaux métiers dans une optique de coordination) ;
- Et enfin « *développer l'enseignement et la recherche* ».

L'introduction de cette quatrième orientation met l'accent sur l'impact de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement sur la qualité des soins. On voit donc ici une des finalités de leur développement. Il est aussi précisé la rapidité des progrès en termes de connaissances, avec la nécessité d'adaptation rapide et d'une certaine réactivité. Ces deux termes, « *adaptation* » et

⁴⁵ LARCHER, Gérard. « *Concertation sur les missions de l'hôpital* ». 2008 : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>, p.66

⁴⁶ Ibid., p.66

⁴⁷ Ibid., p.66

⁴⁸ Ibid. p.67

« *réactivité* », sont associés à celui de « *cohérence* » et tous trois utilisés pour caractériser le pilotage de l'enseignement et de la recherche.

Le rapport évoque tant le domaine médical que paramédical. Il fait référence au programme hospitalier de recherche clinique qui existe depuis 1993. On verra ultérieurement l'application des préconisations du présent rapport, notamment dans un nouveau programme dont le nom est à l'image de celui suscité : le programme hospitalier de recherche infirmière.

Concernant l'enseignement, le rapport préconise la mise en place du cursus Licence-Maîtrise-Doctorat pour :

« [...] revaloriser les métiers de l'hôpital et faciliter les évolutions professionnelles (délégations d'actes et de compétences, mise en place de passerelles). L'universitarisation des formations doit renforcer la richesse des formations professionnelles actuelles sans altérer leur réussite dans le cadre d'écoles professionnelles. »⁴⁹

Pour ce faire, il est stipulé que les référentiels des métiers et compétences et les référentiels de formation doivent constituer les fondations des cursus et des maquettes de formation.

L'enrichissement des enseignements est annoncé comme une nécessité :

« [...] tant pour les formations médicales que paramédicales : préparation à la recherche, sciences humaines et sociales, économie, éthique, langues vivantes, TIC ... Cet enrichissement appelle parallèlement à revisiter les autres enseignements afin de vérifier leur adéquation aux besoins actuels.

Les nouvelles formes d'exercice doivent également pouvoir être prises en compte : exercice pluridisciplinaire, délégations, maintien à domicile, ainsi que les nouveaux métiers (notamment pour le handicap, la dépendance et l'éducation thérapeutique). Celles-ci sont susceptibles de conduire à la spécialisation de certaines formations et au développement de nouveaux métiers paramédicaux. »⁵⁰

3.2.2 La loi "Hôpital Patient, Santé, Territoire" (HPST) – 2009

Contenu

Pour appréhender le contenu de cette Loi n°2009-879 dite Loi HPST, je me suis appuyée sur « *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre* »⁵¹. Il s'agit d'un guide composé de quarante-sept fiches pédagogiques ayant

⁴⁹ LARCHER, Gérard. « *Concertation sur les missions de l'hôpital* ». 2008 : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>, p.45

⁵⁰Ibid., p.46

⁵¹ « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » : <https://www.anap.fr/.../detail/actualites/la-loi-hpst-a-lhopital-les-cles-pour-comprendre>

« [...] pour objectif de mettre la loi et ses textes réglementaires à portée de tous, parce que la modernisation des établissements publics de santé relève de l'ensemble des professionnels de la communauté hospitalière »⁵².

J'ai choisi ce document pour deux raisons. La première tient au fait qu'il émane du ministère de la santé et des sports, évitant ainsi une interprétation éventuellement erronée du texte original. Pour ne pas risquer moi-même cet écueil, il m'est apparu plus simple et sécurisant d'utiliser ce guide que le texte de loi dans son intégralité.

Les trois chapitres concernent l'organisation interne à l'hôpital, les relations avec l'Agence Régionale de Santé et l'organisation de l'offre de soins, et la coopération entre établissements de santé.

Cohésion avec les rapports préalables

Elle met en valeur la territorialisation pour une réorganisation des soins liée à la progression des maladies chroniques et le vieillissement de la population, les actions de prévention, les réponses aux besoins de la population.

Elle développe les questions liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients, avec la mise en place d'un suivi par indicateurs.

Elle rappelle que « les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins permettront d'agir sur la qualité des prises en charge, et sur la maîtrise des dépenses de santé. »⁵³

Elle formalise la responsabilisation des acteurs hospitaliers.

3.2.3 Prescriptions des modes opérationnels

3.2.3.1 Les Projets Hospitaliers de Recherche Infirmière - 2009

Le 28 septembre 2009, une circulaire ministérielle est communiquée sur le thème du programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) pour 2010. Elle annonce la volonté du ministère chargé de la santé d'accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers. Seul.e.s les infirmier.e.s peuvent y répondre.

« Son objectif est d'impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins infirmiers à l'image de ce qui s'est développé dans certains pays, sans toutefois que ces modèles soient considérés comme exclusifs d'autres approches. Même si elle concerne un domaine propre, les soins infirmiers dans les établissements de santé, l'approche de cette recherche doit être

⁵² ANASTASY, Christian, directeur général de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). Préface de « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre »

⁵³ « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » : <https://www.anap.fr/.../detail/actualites/la-loi-hpst-a-lhopital-les-cles-pour-comprendre> , fiche 33

interdisciplinaire et concerne aussi les aspects de besoins de santé, d'organisation et de management au sein des établissements ou d'évaluation du système de santé.

Le champ de la recherche hospitalière infirmière doit s'attacher à tous les aspects de la recherche dans ce domaine, incluant notamment la qualité et la sécurité des activités et services de soins, l'organisation et la gestion des services, l'évaluation des organisations, l'impact des politiques de santé et des outils de régulation et de formation sur la qualité et l'efficacité des pratiques et des organisations des soins infirmiers.

Le programme de recherche infirmière couvre également la recherche relative à l'évaluation des interventions visant à l'amélioration des pratiques professionnelles infirmières et des comportements dans les établissements de santé et notamment l'élaboration et la validation de nouveaux référentiels infirmiers »⁵⁴.

La circulaire précise six thèmes retenus pour ce premier appel de projets. Il s'agit de la qualité et sécurité des soins, de la dépendance des personnes et le maintien de leur autonomie, des soins à visée palliative, de la maladie d'Alzheimer, de la prévention et dépistage de la maltraitance et de l'information du patient et de son entourage. Il y a aussi la possibilité de présenter des projets en dehors de ces thèmes sous des restrictions précises.

La circulaire transmet les modalités de soumission et de sélection des dossiers ainsi que le financement des projets qu'ils soient inscrits dans la discipline infirmière ou qu'ils soient menés par d'autres professions de la santé.

Outre les PHRI, d'autres programmes de recherche sont également pilotés par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) tels que :

- Les PHRC, Programme Hospitalier de Recherche Clinique – domaine médical
- Les PRME, Programme de Recherche Médico-Economique
- Les PREPS, Programme de Recherche sur la Performance du Système de soins

Concernant les PHRI, l'objectif est de fournir des connaissances scientifiquement fondées contribuant à l'amélioration continue de la qualité des soins paramédicaux. Cette démarche permet en outre une évolution du collectif professionnel ainsi qu'une évolution professionnelle individuelle des acteurs engagés dans la dynamique.

L'orientation choisie est d'inciter au renforcement de la recherche sur les soins, à l'instar de ce qui se passe, par exemple, au Canada mais aussi dans d'autres pays. Pour se faire, les projets sont tout d'abord présentés sous forme de lettre d'intention qui sera examinée dans la première étape de présélection.

Ce premier PHRI deviendra en 2010 un PHRI élargi à toutes les disciplines paramédicales, le PHRIIP : programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale pour les projets débutant en 2011.

⁵⁴ Circulaire n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_280909-2.pdf

Le cadrage des PHRIP s'effectue par l'application d'une procédure déroulée de la lettre d'intention au financement du projet. La lettre d'intention est déposée par les porteurs des projets auprès de la DGOS qui en détermine la recevabilité. Si l'étape de recevabilité n'est pas validée, les porteurs de projets en sont avertis avec des précisions sur les axes d'amélioration à apporter au document initial. Pour ceux dont la lettre d'intention est jugée recevable, le processus se poursuit par une présélection des projets, certains étant retenus, d'autres n'en recevant pas l'aval. A l'issue de la présélection précédente, les projets retenus sont présentés à la DGOS et des experts sont désignés afin d'établir la liste des projets recevables, leur classement ainsi que le nombre de projets financés. Les porteurs de projets sont informés des délibérations, les résultats sont publiés et notifiés aux établissements coordonnateurs. La phase de sélection est alors achevée.

Les méthodes proposées pour la conduite de la recherche peuvent être selon les projets de type quantitative, qualitative ou mixte.

Les méthodes quantitatives sont basées sur des données chiffrées. Elles utilisent des analyses descriptives, des tableaux et graphiques, des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables ou facteurs, des analyses de corrélation ou d'association, etc.

Avec les méthodes qualitatives, le chercheur part d'une situation concrète comportant un phénomène particulier qu'il s'agit de comprendre et non de démontrer. Il fournit des données de contenu, et non des chiffres.

Les méthodes mixtes combinent les deux précédentes afin de cerner le phénomène dans toutes ses dimensions.

Ainsi, les approches méthodologiques peuvent être empruntées aux domaines épidémiologique, ethnographique, phénoménologique, statistique, ...

3.2.3.2 La formation des infirmières françaises dans le respect d'un cadre européen - 2009

Les Accords européens de Bologne signés par la France ont un impact sur la formation infirmière et sur les autres formations paramédicales. Ils entraînent de fait un partenariat avec l'université par l'entrée dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat).

Celui-ci devrait permettre d'améliorer les contenus, les conceptions et les méthodes d'apprentissage en décloisonnant les filières de formations. De ce fait, il favoriserait le partage de connaissances et un langage commun de futurs professionnels qui seront amenés à travailler en réseaux, interdisciplinarité et coopération sur un territoire donné. Il favoriserait également les échanges entre pays européens ce qui enrichirait la culture professionnelle. Un des objectifs consiste aussi à développer la recherche clinique infirmière et construire les bases d'une science infirmière.

La logique de compétence au cœur du dispositif de formation initiale infirmière

Le nouveau référentiel de formation est bâti sur la logique de compétences en lien avec le référentiel d'activités et le référentiel de compétences du métier.

Il couvre six champs disciplinaires : sciences humaines, sociales et droit ; sciences biologiques et médicales ; sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ; sciences et techniques infirmières, interventions ; intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ; méthodes de travail.

Il décline dix compétences : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner les interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Les UE (Unités d'Enseignement) apportent des éléments de connaissances qui sont remobilisés dans les UI (Unités d'Intégration) en utilisant et le raisonnement clinique et la pratique réflexive comme méthode d'appropriation et de professionnalisation des étudiants, sous-tendue la trilogie « agir-comprendre-transférer » d'une situation à une autre.

L'analyse de situations de soins rencontrées en stage ou fictives en IFSI sont au centre de la démarche pédagogique.

Zoom sur l'initiation à la démarche de recherche infirmière

Les programmes précédents de formation s'achevaient par un « travail de fin d'études » (TFE) avec une méthodologie et une finalité propre. Le programme actuel impose un « travail d'initiation à la recherche » avec des consignes différentes que celles du TFE. Les travaux des étudiants sont toujours réalisés en fin de formation mais leur dénomination et leur composition diffèrent.

Marie-Ange Coudray et Catherine Gay donnent le sens, les objectifs, les moyens et les résultats attendus de la nouvelle ingénierie de la formation infirmière en regard de la recherche :

« L'apprentissage de la réflexion, de l'analyse critique des pratiques professionnelles, de l'exercice du jugement clinique, va dans le sens de la prise de recul et de hauteur afin de mieux discerner la justesse des actions et des pratiques. Les notions de « praticien réflexif » et « d'implication » ou « d'engagement dans les soins » sont en parfaite adéquation avec la volonté de former des infirmiers qui agissent de façon autonome dans leur champ d'action, et soient capables d'argumenter leur pratique et de la faire évoluer en la confrontant aux données de la recherche. »⁵⁵

L'initiation à la démarche de recherche infirmière introduit une construction et des outils méthodologiques précisés dans le référentiel de formation.

Le référentiel de formation fixe des objectifs pédagogiques pour les unités d'enseignement « initiation à la démarche de recherche » :

⁵⁵ COUDRAY, Marie-Ange, GAY, Catherine. *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris : Editions Masson 2009, p.10

Au semestre 4, il s'agit de :

"identifier les ressources documentaires scientifiques dans le domaine des soins et de la santé, expliciter l'utilisation des méthodes quantitatives et qualitatives dans le domaine de la recherche, expliciter l'intérêt d'une démarche de recherche dans le domaine des soins et de la santé, analyser les résultats d'une étude de recherche dans le domaine des soins et de la santé et argumenter les outils utilisés"⁵⁶.

Les éléments de contenu renvoient aux cadres législatif et éthique des recherches, et aux méthodologies utilisées en épidémiologie - santé publique (statistiques, échantillonnage, variables), en démarche qualité et gestion des risques (Evidence Based Nursing - EBN - utilisation de données probantes).

Pour le semestre 6, la finalité est :

« Expliciter les liens existants entre la théorie, la recherche, et l'évolution de la pratique infirmière ; repérer les modes d'organisation de la recherche ; repérer des éléments de veille professionnelle dans le domaine de la recherche en soins infirmiers ; utiliser le questionnement de la recherche pour la réalisation d'un travail d'intérêt professionnel. »⁵⁷

Pour atteindre ces objectifs, il est attendu que les apports pédagogiques soient orientés vers la constitution et la nature de la recherche infirmière en France et dans le monde, son utilisation en lien avec les pratiques infirmières, les différentes méthodes de recherche dans le secteur de la santé (médicale, clinique, essais thérapeutiques).

3.2.4 La science infirmière ici et ailleurs, les infirmier.e.s français.es et les « Autres »

Dans les textes présentés ci-dessus, et notamment le rapport « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* » les dirigeants politiques admettent l'absence de reconnaissance de la discipline infirmière en tant que science, ce qui démarque la France d'autres pays étrangers. Le contexte européen, avec les Accords de Bologne signés dix ans plus tôt, favorise en 2009 l'accès à la recherche pour et par les infirmier.e.s. Cette recherche infirmière est sollicitée tant au cours de l'activité professionnelle que de la formation.

La comparaison avec les « Autres », à l'image du Grand Partage, peut être un moyen de s'autodéterminer par des éléments de similitude, de distorsion et/ou d'opposition, en nommant ses caractéristiques identitaires d'aujourd'hui et en se projetant dans un processus d'élaboration à venir : les questions du sens, des normes, et des valeurs à faire vivre permettent d'en poser les fondations.

Ainsi, les infirmier.e.s voient s'ouvrir officiellement les portes d'accès à la recherche en soins. La science infirmière, ailleurs, en pays étrangers, peut-elle révéler aux infirmier.e.s français.es une part de leur propre culture ? histoire ? héritage immatériel ?

⁵⁶ Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, Réf.531 200, Edition Berger-Levrault : 2009, p.88

⁵⁷ Ibid., p.89

Existe-t-il donc une abysse culturelle entre les infirmier.e.s français.es et les « Autres » hors Hexagone ? Peut-il y avoir des différences mais aussi des similitudes ? une partie commune dans l'histoire du développement de la recherche par ces professionnel.le.s ? Une cohésion est-elle concevable ? Le passé nous donne-t-il à voir un enrichissement mutuel hors frontières ?

Quelle est la genèse de la science infirmière ?

3.3 Chapitre 2 : Genèse internationale de la science infirmière, contexte historique et culturel

Par les textes vus précédemment, les pays anglo-saxons sont reconnus comme référence en matière de recherche infirmière. De leur côté de l'Atlantique, les infirmier.e.s français.es ne sont pas restée.e.s desoeuvré.e.s et ont peut-être, par leurs actions de l'époque, préparé un terreau permettant aux dirigeants politiques de penser en 2009 l'implantation et l'ancrage de la recherche en soin.

3.3.1 Quelques repères dans la dynamique internationale

Des infirmières font référence en termes de recherches à l'origine de théories de soins. C'est le cas de Florence Nightingale [1820-1910] en Angleterre, de Virginia Henderson [1897-1996], Hildegard Peplau [1909-1999], Dorothea Orem [1914-2007], Martha Rogers [1914-1994], Madeleine Leininger [1925-2012] et Castilla Roy [1939-] aux Etats-Unis ...

Des institutions ont ouvert leurs portes : création de l'Institut de Recherche en Soins Infirmiers à l'université de Columbia en 1953 et de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS) à Lyon en 1965.

Les écrits sont diffusés par les revues américaine Nursing Research à partir de 1952 et française Recherche en Soins Infirmiers à partir de 1985.

Et pourtant c'est le Canada qui, dans les représentations des professionnel.le.s, semble symboliser le plus fréquemment la recherche infirmière par la représentation de « moteur » dans son développement. En 1962 y a été créée la Faculté de nursing orientant la formation vers l'université. Elle deviendra la Faculté des sciences infirmières en 1978. La formation universitaire se dessine : 1965, c'est la création d'un programme de deuxième cycle avec deux spécialités (Administration du nursing et Education du nursing) pour l'obtention du premier diplôme de maîtrise en sciences infirmières de langue française au monde. 1980 marque le développement de la mission de recherche à la Faculté et l'obtention de subventions de plus en plus importantes octroyées par des organismes de recherche. En 1993, l'Université de Montréal devient la première université francophone au Canada et au monde à proposer le doctorat en sciences infirmières dont le programme a été élaboré avec l'Université de McGill. La première chaire de recherche en soins infirmiers est inaugurée en 1998, centrée sur la prise en soin des personnes âgées et de la famille. Le centre de formation et d'expertise en recherche, en administration des services infirmiers dédié à la promotion de la recherche appliquée, en administration des services infirmiers voit le jour en

2001. Le GRISIM, Groupe de Recherche Interuniversitaire en Sciences Infirmières de Montréal, se rapproche de l'Université McGill en 2003 pour promouvoir la recherche clinique en soins infirmiers, et devient en 2008 avec les Universités de Laval et de Sherbrooke le GRIISIQ : Groupe de Recherche Interuniversitaire en Interventions en Sciences Infirmières du Québec. Le déploiement se poursuit par l'inauguration en 2006 de la chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers auprès des personnes vivant avec un problème de santé chronique, en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, des corporations privées et l'Ordre des infirmier.e.s du Québec. Le terme d'innovation apparaît en 2007 avec le CIFI : Centre d'Innovation en Formation Infirmière ayant pour objectif le développement, l'évaluation et la diffusion d'innovations pour l'enseignement et l'apprentissage des meilleures pratiques de soins, à tous les niveaux de formation, incluant la formation continue. Enfin, en 2010, le CESIF : Centre d'Excellence en Soins Infirmiers à la Famille, est créé ; il encourage le développement des connaissances et de la pratique infirmière en approche systémique familiale.

Pour la Suisse, la dynamique enclenchée entre 2006 et 2009 va permettre à la Haute Ecole de Santé de Suisse Occidentale (Genève) de délivrer le premier diplôme en soins infirmiers niveau bachelor. Le doctorat en sciences infirmières est créé en 2008 à l'institut universitaire de recherche et formation en soins rattaché à la faculté de médecine et biologie de l'université de Lausanne ainsi que la maîtrise en sciences infirmières, conjointement avec la Haute Ecole de Santé de Suisse Occidentale en 2009.

Pour la France, Michel Poisson invite à « *relativiser le fameux retard des infirmières françaises souvent évoqué avec culpabilité dans le milieu professionnel.* »⁵⁸

3.3.2 Rendre aux infirmières françaises ce qui leur appartient

La dynamique de travail des chercheurs de l'EIEIS : un héritage ?

Michel Poisson, infirmier cadre de santé, a consacré sa thèse d'Histoire à « L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur, Lyon (1965-1995). Fabrique d'une élite et d'un creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXème siècle. »

La conclusion de son exercice de thèse dresse les grandes époques de l'EIEIS, de sa conception à sa fermeture. Il nous fait ainsi part des évènements suivants.

Il relate la similitude des modèles de formation infirmière en Angleterre, aux Etats-Unis et en France jusque dans les années 1950, si ce n'est l'accès à l'université et la recherche non abordable pour les infirmières à cette période en France. Elles « *étaient en effet cantonnées à une place étroitement délimitée en raison de la division technique du travail médical. Contrairement à leurs collègues anglaises et*

⁵⁸ POISSON, Michel. *L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995) : fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle.* Thèse de doctorat : Histoire : Université Le Havre Normandie : 2018. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01951900>, p.599

américaines, il leur était impossible d'envisager le monde des soins, et donc leur travail, autrement qu'à travers ce prisme obligé, par ailleurs précisément consigné dans la loi. »⁵⁹

Dans les années 1960, la création de l'EIEIS a émané de l'OMS, d'un acteur clé au Ministère de la Santé publique, impliquant les Hospices Civils de Lyon, l'Université de Lyon, et le Ministère de l'Education Nationale : « Dès les travaux préparatoires, les différents acteurs mobilisés, quel que fût leur milieu d'appartenance, furent intéressés et enthousiastes. Cette réaction signifiait vraisemblablement que, confrontés à ce qui était jusqu'alors difficilement pensable, ils avaient, pour certains, déjà commencé à modifier leurs représentations de la profession d'infirmière. »⁶⁰

De leur côté, les médecins réagissaient plus ou moins favorablement, mais n'ont à aucun moment contré l'entreprise même si celle-ci risquait de faire bouger les lignes : « de nombreux médecins étaient animés par des préoccupations de santé publique, au risque d'agacer leurs confrères plus sourcilleux quant au maintien de l'ordre établi. »⁶¹

Par contre la formation des Infirmières Générales (statut le plus élevé de la hiérarchie administrative infirmière), confiée à l'Ecole Nationale de Santé Publique, fit de l'ombre à l'EIEIS qui poursuivit malgré tout ses activités et « œuvra sans relâche, par ses interventions et ses publications, à la structuration du service infirmier et à la transformation des pratiques professionnelles, mais aussi des représentations que les infirmières avaient d'elles-mêmes et de leur profession. L'Ecole contribua ainsi, pour une part non négligeable, à leur prise de conscience de leur appartenance à un même groupe professionnel. Elles se montrèrent d'ailleurs capables de rassembler et de coordonner cet immense collectif pour une lutte mémorable à la fin des années 1980, alors même que leurs élites avaient échoué dans cette tâche. »⁶²

Le collectif infirmier a pu bénéficier de retombées internationales de cette Ecole qui pourtant ne sera pas épargnée de la dévalorisation de ses objectifs disciplinaires par les politiques et de difficultés financières inhérentes à son fonctionnement, déstabilisée jusqu'à sa fermeture.

Même si « le programme de formation en soins infirmiers de 1992 prenait en compte toutes les avancées initiées par l'EIEIS depuis trente ans. [...] Il restait notamment à travailler et à clarifier la question de l'objet de connaissance des infirmières, et par là-même, celle du rapport des soins infirmiers aux sciences préexistants avant de songer à produire de la connaissance de première main dans un second temps. »⁶³

La fermeture de l'EIEIS correspondrait à l'extinction d'un courant de pensée, à l'étouffement d'une dynamique. Michel Poisson cible l'Etat et les nouvelles élites de la profession « en rupture avec les idéaux de l'EIEIS [...] plus attirées par la lumière du New Public Management que par la construction disciplinaire des soins infirmiers. »⁶⁴

⁵⁹ POISSON, Michel. *L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995) : fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle*. Thèse de doctorat : Histoire : Université Le Havre Normandie : 2018. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01951900>, p.595

⁶⁰ Ibid., p.595

⁶¹ Ibid., p.596

⁶² Ibid., p.596

⁶³ Ibid., p.597

⁶⁴ Ibid., p.598

Ainsi, Michel Poisson permet de recontextualiser ce qui se passe aujourd'hui en termes de recherche infirmière en France, avec une antériorité historique, des orientations et un pouvoir politiques, une évolution des représentations des infirmier.e.s sur leur métier, un changement sociétal, des problématiques économiques, un accord européen (Bologne, juin 1999).

L'AMIEC, association des AMIs de l'ECole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, a laissé une collection d'ouvrages permettant la transmission de leurs travaux de réflexions et leurs séminaires. On peut retrouver « *Les soins infirmiers et la recherche* » dans « Les cahiers de l'AMIEC », en 1975.

Une littérature française en 1988

Les éditions Lamarre-Poinat ont permis l'expression d'infirmières françaises moteurs dans l'histoire des années 80-90. Elles publient en 1988 une collection « Recherche infirmière » dont trois ouvrages aux titres évocateurs d'une activité intellectuelle française dans l'esprit d'une science infirmière en construction : « *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* » de Micheline Wenner, « *Le savoir infirmier* » de Béatrice Walter et « *Initiation à la recherche en soins infirmiers* » de Monique Formarier et Geneviève Poirier-Coutansais.

Les mêmes éditions publient également en 1988 « *Ras la seringue* » témoignant l'action collective de la Coordination Infirmière en faveur de l'évolution de la profession, sous l'angle de la reconnaissance salariale mais surtout celle des capacités et compétences.

Que ce soit les travaux académiques des trois auteurs diplômées d'université ou l'expression plus populaire des professionnelles dans la rue, l'heure est en 1988 en France à une mobilisation des infirmier.e.s pour s'émanciper des divers pouvoirs et déterminer un espace d'autonomie.

L'actualité dans l'Hexagone fait écho à celle des pays étrangers. Les infirmières françaises affichaient bel et bien leur motivation et ne restaient pas en retrait d'un mouvement international.

- « Initiation à la recherche en soins infirmiers »

Dans l'avant-propos de leur ouvrage, Monique Formarier et Geneviève Poirier-Coutansais resituent la recherche infirmière dans l'exercice professionnel et le respect des valeurs :

« Avant d'aborder le contenu de ce livre, nous voulons signaler au lecteur que, si nous sommes convaincues que la recherche est une composante des soins infirmiers qui enrichit notre pratique d'un support scientifique, nous sommes tout aussi convaincues que la créativité, l'art de soigner et la relation inter-personnelle resteront les valeurs sûres des soins infirmiers.

*La recherche vient renforcer ces dimensions fondamentales : elle ne doit rien détruire ni menacer. »*⁶⁵

⁶⁵ FORMARIER, Monique, POIRIER-COUTANSAIS, Geneviève. *Initiation à la recherche en soins infirmiers*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1988.

Justifiant la recherche infirmière par l'amélioration à apporter aux soins et une adaptation aux besoins des soignés et des soignants, elles abordent la conception de la recherche en soins infirmiers par l'intérêt du questionnement sur les pratiques par chaque professionnel.le.s, tous secteurs confondus.

Elles précisent les sources d'information nécessaires à l'élaboration d'un cadre conceptuel de recherche, les méthodes et outils utiles à la recherche en soins infirmiers, l'analyse des données, les infirmier.e.s acteurs/actrices et l'éthique de la recherche qu'elles caractérisent par :

« La complexité des soins infirmiers qui s'enracinent à la fois dans les relations humaines et dans la technicité explique son originalité »⁶⁶

Elles dressent cinq objectifs à la recherche en soins infirmiers : *« Formaliser les connaissances infirmières », « Poser des bases scientifiques à notre pratique », « Elever le niveau de qualité des prestations », « Améliorer les conditions de travail des soignants », « Perfectionner et standardiser les méthodes de recherche ».*⁶⁷

Elles en identifient des particularités : complémentaire d'autres disciplines, liée à la pratique de chaque infirmière, réalisée par les infirmières, scientifique sous réserve d'une méthodologie rigoureuse, descriptive ou comparative, quasi-expérimentale ou expérimentale, recherche-action ou recherche historique.⁶⁸

Elles abordent également différents niveaux possibles d'implication des infirmier.e.s dans la recherche. Ainsi, il y aurait le premier niveau, celui où l'infirmier.e. ayant reçu une formation spécifique, dirige la recherche et *« se porte garante de la méthode »*⁶⁹. Au niveau suivant, il s'agit d'infirmier.e.s qui sont en cours d'apprentissage dans la démarche, supervisé.e.s par un chercheur reconnu. Le troisième niveau concerne les infirmier.e.s participant au recueils des données nécessaires à l'étude portée par le chercheur. Enfin, au dernier et quatrième niveau : *« La recherche est l'affaire de toutes les infirmières. Elle n'est pas réservée à une élite. Il faut se méfier, spécialement dans notre profession, de favoriser un certain ésotérisme qui voue la science à un petit nombre et la ferme à d'autres. [...] La recherche, nous l'avons déjà souligné, est surtout un état d'esprit basé sur le questionnement et la remise en cause de ses idées. [...] Nous constatons que beaucoup d'infirmières se sentent ni concernées ni capables de participer à des recherches. »*⁷⁰

Enfin, dans le même esprit de cohésion entre les infirmier.e.s, elles précisent la nécessité de ne *« pas opposer : Pratique et Recherche, Terrain et Théorie. Ces quatre pôles sont complémentaires et indissociables. C'est leur union qui permet, seule, l'éclosion de la recherche. »*⁷¹

⁶⁶ FORMARIER, Monique, POIRIER-COUTANSAIS, Geneviève. *Initiation à la recherche en soins infirmiers*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1988., p.17

⁶⁷ Ibid, pp. 24-27

⁶⁸ Ibid., p.31

⁶⁹ Ibid., p.130

⁷⁰ Ibid., pp.130-131

⁷¹ Ibid., p.135

- « Le savoir infirmier »

Béatrice Walter replace en 1988 le « Savoir infirmier » en lien avec l'EIEIS :

« En 1965, s'ouvre à Lyon une école d'enseignement infirmier supérieur : EIEIS, qui devient en 1978 un département d'enseignement infirmier supérieur de l'IFSCS et, de rattachée au ministère qu'elle était, elle devient indépendante des Hospices Civils de Lyon. Le « savoir-infirmier » fait un bond. Il n'est plus uniquement lié à un enseignement médical mais génère sa propre recherche et pousse à une réflexion sur le rôle propre des soins et des professionnelles dans la profession infirmière. Le soin cherche son sens et sa raison d'exister. »⁷²

Elle le met en lien avec l'identité de l'infirmière, enracinant « le soin infirmier dans la notion de recherche, d'efficacité, de formation, de progrès social, de responsabilité, de communication interdisciplinaire, d'information de coût de santé, problème économique de notre siècle. »⁷³

3.4 Discussion : Et alors ? Questionnement initial épistémologique

Faisant référence à l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon, à Marie-Françoise Collière infirmière anthropologue et à Elisabeth Stussi, René Magnon questionne :

« Qu'est devenu ce formidable levier qu'était cet enseignement unique et original dans la recherche d'un savoir nouveau pouvant éclairer et guider les pratiques soignantes ? Comme nous l'avons vu plus haut, faute d'une volonté en haut lieu et de la profession elle-même, cet enseignement a disparu. Sa disparition aura sans doute contribué au retard pris dans la recherche infirmière et notamment dans celle relative aux théories en soins infirmiers. Cela ne veut pas dire que des équipes sur le terrain ou en formation continue ne soient pas capable de s'engager dans des processus de recherche, mais quand elles le font, toutes dénoncent le manque de formation, de méthodes, de moyens humains et matériels auxquels elles sont confrontées »⁷⁴

L'ensemble des rapports ministériels porte un regard sur les infirmier.e.s avec une attente en termes de normes tant sur les productions de recherche que sur une évolution du positionnement infirmier dans le contexte de restructuration du système de santé en 2009. Celui-ci pointe une culture professionnelle à remanier.

Ainsi, les référentiels d'activités, de compétences et de formation amènent à reconsidérer l'exercice soignant infirmier, le déplaçant d'un statut de métier à celui de profession. La notion d'autonomie est clairement nommée pour amorcer un changement dans une optique d'émancipation des infirmier.e.s, leur autonomie étant jusqu'alors restreinte par une double hiérarchie administrative et fonctionnelle par le travail sur prescriptions médicales.

⁷² WALTER, Béatrice. *Le savoir infirmier. Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1988, p.95

⁷³ Ibid., pp.72-73

⁷⁴ MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, Le bilan d'un siècle*. Saint Germain : Editions Masson, 2001, p.98

Les contextes sanitaires et sociaux des pathologies chroniques, du vieillissement de la population, des situations de handicap et des progrès médicaux apportent leur lot de complexité. Les infirmier.e.s ne peuvent y répondre qu'en effectuant une veille professionnelle pour une actualisation permanente des connaissances et en affirmant des compétences « *cœur de métier* » tout en se positionnant dans une relation d'interdisciplinarité avec les autres professionnels de soin. Les acteurs de la formation initiale sont invités à entraîner les étudiant.e.s dans une démarche de questionnement et d'ouverture à la recherche et à l'innovation pour qu'ils soient en capacité d'adaptation, de réactivité et de cohérence permettant une qualité optimale des soins et la sécurité des patients. Ceci renvoie à l'ingénierie de formation initiale dans l'optique de rejoindre une conception internationale de « *science infirmière* ».

Les Accords de Bologne ont introduit la dimension politique européenne d'universitarisation des formations (dont les formations paramédicales) facilitant la conception d'une science infirmière et l'officialisation de la recherche en soins infirmiers. Ces démarches législatives rejoignent des initiatives menées antérieurement par des infirmières à l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon et laissées vaines par les pouvoirs publics.

Parlant de Rousseau, Georges Balandier aborde la genèse d'événements dans leur contexte social :

« Il reprend à son compte le relativisme de De l'esprit des lois et reconnaît que l'étude comparative des sociétés permet de mieux comprendre chacune d'elles. Il élabore une interprétation en termes de genèse : l'inégalité et les rapports de production sont les moteurs de l'histoire. Il reconnaît à la fois, la spécificité et le déséquilibre de tout système social, le débat permanent entre la « force des choses » et la « force de la législation ». »⁷⁵

De la simultanéité temporelle des événements de 2009, je me suis interrogée sur la portée des réformes ministérielles d'exercice professionnel et de formation. En ciblant plus spécifiquement la démarche de recherche infirmière (RI), je me suis demandée comment ces directives ont été communiquées. Comment ont-elles été entendues, perçues, comprises, investies et appliquées par des cadres de santé formateurs et des étudiants dans la démarche de recherche ?

⁷⁵ BALANDIER, Georges. *Anthropologie politique*. 6^{ème} édition « Quadrige », Paris : Presses Universitaires de France, 2018. p.8

4 PARTIE 2 : Bricolages de la mise en œuvre

4.1 Quand tout ne va pas de soi !

Institutionnaliser la recherche infirmière et établir un cadre législatif contenant des règles prescrites serait-il suffisant pour une mise en application effective et rapide ?

« La compréhension qu'un acteur a d'une injonction ou d'une opération technique ne relève pas essentiellement d'un savoir intellectuel qui circulerait de façon transparente du conseiller à son interlocuteur. Cet acteur prend des décisions en fonction d'images, de mémorisations, d'un capital de savoirs personnels, d'une estimation complexe des bénéfices économiques mais aussi affectifs qu'il pensera pouvoir retirer de cette décision : tout ceci forme des représentations et agit comme filtre. »⁷⁶

Est-ce qu'en 2009 les infirmières sont dans le même état d'esprit que leurs consœurs « pionnières » expérimentant la recherche comme on a pu le voir dans le chapitre précédent ? Connaissent-elles et se souviennent-elles de cette partie de leur histoire ?

Les textes ministériels de 2009 peuvent-ils insuffler des axes de développement professionnel ? Mon fil conducteur s'est décliné dans un premier temps en 2011 sous l'angle de la formation initiale infirmière.

L'idée serait d'apprécier la cohérence et les écarts entre prescriptions du pouvoir politique – « *force de la législation* » mise en vigueur, et perceptions des formateurs et étudiants pour concevoir la recherche infirmière et leur capacité à « bricoler » pour la faire vivre dans un contexte de changement de conception – « *force des choses* »⁷⁷ établies jusqu'alors.

Cette question a posé la difficulté de la contemporanéité de la mise en application des textes législatifs, ce qu'on pouvait en voir, en dire et en comprendre au cours de l'année 2011-2012 en se gardant de prédictions hâtives concernant d'éventuelles conséquences dans les années futures.

4.2 Chapitre 1 : Réception des textes et projections initiales dans un IFSI

En effet, les événements vécus à ce moment-là représentaient les prémices de la dynamique de mise en œuvre de la réforme de formation. Il me semblait important de collecter des informations en lien avec cette période spécifique pour retracer dès le début de l'histoire le cheminement des acteurs au cours d'une étape décisive de l'évolution de la profession : les

⁷⁶ SORIANO, Véronique. « La recherche action en anthropologie pour chercher, pour faire quoi ? ». *Bulletin de l'Association française des anthropologues*, n°26-27, Décembre 1986-Mars 1987. pp.53-64

⁷⁷ BALANDIER, Georges. *Anthropologie politique*. 6^{ème} Editions Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, 2018, p.8

premières orientations, les difficultés, les satisfactions et les surprises inhérentes aux appréhensions et aux initiatives entreprises. C'est donc en ce sens que je me suis projetée dans une observation en temps réel, des balbutiements à une déclinaison ultérieure.

Cet institut statutairement Groupement d'Intérêt Général (GIP) rassemble des formateurs et formatrices rattachés administrativement à trois établissements publics de soins. Deux d'entre eux sont des Centres Hospitaliers de soins généraux (CH), et le troisième un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM).

Les formateurs et formatrices sont au nombre de vingt, pour répondre aux besoins pédagogiques de l'IFSI travaillant en collaboration avec l'Institut de Formation des aides-soignantes (IFAS).

Cet établissement accueille annuellement des promotions de cent cinq étudiants par année d'études en soins infirmiers et une moyenne de soixante-quinze étudiants aides-soignants.

4.2.1 Observation participante

Le groupe projet "recherche"

Contexte

En tout début d'année scolaire 2010-2011, dès septembre, la directrice de l'IFSI a demandé la constitution de groupes restreints de formateurs pour réfléchir collectivement sur des thèmes de travail au cœur de la réforme de formation : groupes projets dits « international » (développement d'échanges internationaux pour les étudiants), « informatique » (développement vers les nouvelles TIC : technologies d'information et de communication, site web, espace numérique de travail, vidéoconférence), et « recherche » (développement de la démarche de recherche infirmière).

Organisation

Sur la base du volontariat, un groupe de sept formateurs s'est ainsi constitué autour du thème de la recherche infirmière. Parmi ces formateurs étaient présentes les deux formatrices « référentes » des unités d'enseignement « initiation à la démarche de recherche » (compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques », domaine 3 « sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ») des semestres 4 et 6, ainsi que de l'unité d'intégration des compétences 7 et 8 « analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles » du semestre 6.

Le groupe s'est réuni une première fois le 1er octobre 2010 en présence seulement de ces deux formatrices et moi-même, par manque de disponibilité des collègues.

Les réunions se sont ensuite enchaînées à un rythme irrégulier. Il y a eu au total cinq réunions ; chacune ayant fait l'objet d'un compte-rendu.

L'état d'avancement du groupe a été présenté à l'ensemble de l'équipe pédagogique en février 2011 avec pour support un diaporama utilisant le logiciel Power Point.

Dynamique de groupe

A aucune réunion, le groupe n'a été complet. La dernière réunion a eu lieu sans qu'elle ait été formalisée comme telle. Le groupe s'est ensuite délité. Il n'y a eu à aucun moment de coordonnateur du groupe comme l'avait demandé la directrice qui souhaitait avoir un interlocuteur de référence. Ce choix interpelle sur les raisons du positionnement de la majorité des membres du groupe face à sa hiérarchie et le sens qui est donné à la communication des échanges.

L'unité d'enseignement du semestre 4 a été construite sur la base de vingt heures d'intervention d'un sociologue universitaire. Les deux formatrices, avec l'aval de la directrice, lui avaient confié l'enseignement de la méthodologie de recherche. Le modèle utilisé a été celui développé par Raymond Quivy et Luc Campenhoudt⁷⁸.

L'ouverture vers une nouvelle conception des recherches exploitant des enseignements et méthodes adaptées à l'étude des populations et la santé publique, l'éducation thérapeutique au patient (ETP) ou la gestion des risques s'est alors rétrécie.

A cette époque, mon projet de reprise d'étude en master Sciences Humaines et Sociales prenait forme. Je réfléchissais au thème de mon mémoire. L'orientant vers le sujet que je traite aujourd'hui, j'ai alors décidé de me mettre en retrait du groupe afin d'être moins impliquée directement et de me positionner dans l'observation.

Analyse

Le document présenté à l'équipe complète relevait les questions que s'étaient posés les formateurs du groupe projet recherche.

Dans un premier temps, les constats ont été établis autour des nouvelles conceptions pédagogiques du référentiel de formation de 2009. S'est alors posée la question « qu'entend-on par « recherche » dans les référentiels activité, métier, formation ? ». Les représentations de la recherche infirmière semblaient être particulièrement différentes et variées.

Les pistes de réflexion à mener tant sur l'historique, la méthodologie, les personnes ressources, les thématiques à développer se sont rapidement effacées devant l'urgence de la construction de l'unité d'enseignement.

La participation de l'ensemble de l'équipe de formateurs

La méthodologie des mémoires des étudiants de la première promotion formée selon le nouveau référentiel est restée la même que celle utilisée pour les travaux écrits de fin d'études des étudiants de l'ancien programme de formation.

⁷⁸ QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Editions Dunod : 2006

Les guidances des mémoires ont été conduites par l'ensemble de l'équipe de formateurs.

Les grilles d'évaluation ont changé en fonction des critères imposés dans la fiche pédagogique du référentiel de 2009.

L'équipe de formateurs a suivi une formation « la pratique réflexive » menée par un sociologue. Elle a duré quatre jours, deux consécutifs en mars 2012 puis à distance, deux autres également consécutifs en mai 2012. L'exploitation de cette formation reste à déterminer en collectif. Il semblerait que l'analyse de situation vécue en stage soit un outil pédagogique utile pour la professionnalisation, la réflexivité selon le modèle de D.Schön ... et le mémoire, ce qui donne à réfléchir sur des innovations à créer.

4.2.2 Des entretiens formalisés auprès de formateurs

4.2.2.1 *Présentation de l'enquête par entretiens*

Objectif

J'ai établi un guide d'entretien⁷⁹ en quatre parties : présentation professionnelle de la personne interviewée, représentations de la profession infirmière, représentations du système de soins et représentations de la recherche en général et de la recherche infirmière.

Mon objectif était de permettre l'expression des représentations sur ces thèmes qui me paraissent en lien entre eux pour éclairer l'approche et le sens que les formateurs et formatrices donnent, à ce jour, à l'initiation à la démarche de recherche auprès des étudiant.e.s infirmier.e.s.

J'avais bon espoir que leur parcours professionnel et leurs domaines d'enseignement se complètent par leur variété et enrichissent mon analyse qualitative de la mise en œuvre du nouveau programme de formation.

L'autorisation de réaliser ces entretiens au sein de l'établissement avait été au préalable demandée et acceptée par la directrice de l'institution.

Echantillonnage

L'IFSI et l'IFAS comptent vingt formateurs et formatrices, dont moi-même. Quatre sont détachés à l'IFAS et seize à l'IFSI.

J'ai décidé d'en interroger neuf ; il aurait été profitable de réaliser un entretien supplémentaire pour obtenir une pleine moitié.

J'ai établi un panel selon des critères que j'ai déterminés spécifiquement pour obtenir une certaine représentativité de l'équipe.

⁷⁹ Annexe 1 : Guide d'entretien terrain IFSI 2012

Pour respecter le prorata IFAS / IFSI, j'ai interviewé deux représentants de l'IFAS et sept de l'IFSI.

Par choix institutionnel, les vingt formateurs participent aux temps de guidance des étudiants pour la réalisation de leur mémoire. Ainsi toutes les personnes interrogées sont impliquées dans la démarche de recherche. Cette implication reste plus ou moins spécifique en fonction d'autres déterminants.

Ainsi, le panel comporte les trois formatrices référentes des deux unités d'enseignement d'initiation à la démarche de recherche. L'échantillonnage comporte également quatre formatrices ayant participé au groupe de réflexion préalable à la mise en œuvre de ces unités d'enseignement, appelé « groupe projet recherche ».

Cinq des neuf formateurs sollicités pour un entretien sont déjà diplômés à un niveau supérieur à un grade licence ou en cours de validation des acquis et de l'expérience (VAE) pour reprise d'études en master. Le prorata est respecté par rapport à l'ensemble de l'équipe.

Enfin, concernant la parité du genre, l'équipe est composée de quatre formateurs et seize formatrices. L'échantillonnage comporte un formateur et huit formatrices. Là encore un entretien supplémentaire auprès d'un formateur aurait pu respecter le prorata de l'équipe.

Conditions d'entretien

Après avoir préparé mon guide d'entretien, j'ai choisi le panel des formateurs que je souhaitais interroger. Je leur ai soumis le projet individuellement en choisissant des temps où il me semblait qu'ils étaient disponibles sans les importuner dans leur travail. Je n'ai essuyé aucun refus d'interview même après avoir précisé qu'il faudrait prévoir une bonne heure de face-à-face. Les dates de rendez-vous ont été fixées entre le 16 et le 29 mars 2012. Avant de prendre congé, je demandais à chacun de choisir un prénom d'emprunt pour le jour de l'entretien, dans un souci d'anonymat. Les temps de rencontre se sont déroulés sur le temps de travail des formateurs sollicités, dans leur bureau professionnel ou le mien en fonction de leur souhait.

L'accord de l'enregistrement des propos tenus a été oral en début d'entretien. Ces entretiens ont duré d'une heure à une heure et demie. J'ai choisi arbitrairement d'en exploiter trois qui me semblent se compléter. Je vais donc présenter et analyser les paroles de Jeanne-Marie, Lisa et Youna.

Analyse

En regard des matériaux recueillis, je propose de les regarder sous quatre angles. Cette analyse thématifiée aborde dans un premier temps l'accueil du nouveau programme de formation. Puis je me suis intéressée au fait que la profession infirmière semble vivre un moment particulier dans la construction de son identité. En troisième partie, je tente de cerner dans quelle mesure les réformes du système de santé sont connues et impactent la pratique infirmière. Enfin, j'approche la recherche infirmière par le sens que les formatrices lui donnent.

4.2.2.2 *L'accueil du nouveau programme de formation*

Données recueillies

Une révolution

Jeanne-Marie présente dès le début de l'entretien son sentiment général vis-à-vis du nouveau programme, ainsi que les intérêts et les inconvénients qu'elle en dégage. Elle le caractérise en termes de « révolution » marquant « une rupture qui s'installe, entre un avant et un après » avec les « inconvénients d'un changement : pertes de repères, ça bouscule un petit peu la reconnaissance identitaire ». Les mots utilisés sont très forts donnant l'image d'un passé révolu et obsolète, et un présent et un avenir à construire. Je m'interroge sur le caractère radical de ce changement. L'avant et l'après s'opposent-ils, l'un annulant l'autre ? Ou peut-on se demander si l'un n'aurait pas préparé l'émergence de l'autre ?

Youna fait référence aux revendications des années 1980 - 1990 lorsqu'elle parle de la réforme actuelle de la formation infirmière : « ce statut universitaire dont on a rêvé depuis longtemps ».

La pratique réflexive comme méthode pédagogique

Jeanne-Marie cible dans le nouveau programme les « processus d'apprentissage » et aborde les notions d'« analyse de pratique » et d'« analyse de situation » pour développer le « questionnement » et la « curiosité » des étudiants en regard de la complexité des individus et de leur prise en charge lorsqu'ils rencontrent un problème de santé. La réflexivité des étudiants est sollicitée et implique celle des formateurs. Pour ceux-ci, il ne s'agirait plus d'être dans une posture d'enseignant mais d'« accompagner » des étudiants qui deviendraient « co-auteurs » de leur projet de formation dans une perspective d'« autonomie ». Jeanne-Marie préconise donc le développement de qualités spécifiques des formateurs : « réflexifs », « curieux », « en questionnement », « en relation les uns avec les autres », devant « travailler de manière collective » avec la « notion de débat d'idées, de critique, de co-construction » et la « capacité à conscientiser où il [le formateur] en est lui, à se situer [...] à réfléchir qu'est-ce que former ? »

Lisa parle de pratique réflexive, de pédagogie de la découverte et la nécessité d'un accompagnement à tous les temps de la formation.

Youna utilise aussi les termes d'accompagnement, d'encadrement, d'« une autre approche, un autre fonctionnement, une autre logique et ils s'investissent plus ».

L'autonomie comme objectif

Lisa précise que le nouveau programme « est centré sur l'autonomisation quand même des infirmiers. D'abord l'autonomie des étudiants et voilà, amener vers l'autonomie du professionnel infirmier. ». Elle lie l'autonomie à la pratique réflexive. D'autre part elle associe l'autonomie à la compétence par le raisonnement clinique infirmier (c'est à dire la capacité d'observer, analyser, agir et rendre compte d'une situation de soins) et par l'expertise infirmière. Cette expertise permettra à

l'étudiant.e, futur.e professionnel.le reconnu.e, de se positionner dans une équipe et de travailler en collaboration pour optimiser les prises en charges des personnes soignées.

L'alternance

Lisa évoque les exigences du nouveau programme de formation tant sur les terrains de stage qu'en enseignement à l'institut de formation.

L'ouverture au monde

Youna se réjouit de l'évolution du cursus de formation et « *qu'enfin il devenait universitaire, qu'il s'inscrivait dans un contexte européen et un peu plus international aussi [...] une bonne évolution je trouve même si les choses ont des difficultés à se mettre en place, et que ça ne se fera pas du jour au lendemain* ».

La difficulté de mise en œuvre

Youna développe la mise en œuvre du nouveau programme de formation et les difficultés rencontrées liées à un manque d'anticipation alors que cette réforme, « *c'est quelque chose de grande envergure hein ! [...] il semblerait que la charrue a été mis avant les bœufs et que les terrains n'aient pas été bien préparés, donc le contexte général et notamment les IFSI, les professionnels de terrain [...] on tâtonne au fur et à mesure* ». Elle pose des questions sur l'information et la formation des formateurs et des tuteurs de terrain c'est-à-dire les professionnels qui accompagnent les étudiants en stage selon les nouvelles modalités d'acquisition de savoirs et la logique de compétences. Youna interroge aussi ce que signifie une formation par compétence, les interprétations qu'on peut en faire et exprime la nécessité de faire une évaluation « *parce que là ça va faire trois ans, une évaluation, je sais pas si elle est prévue mais faire une évaluation dans les IFSI mais au niveau national, ce serait bienvenu quoi ! [...] elle est indispensable pour des réajustements* »

Synthèse

La sensibilité de chacune des formatrices oriente leur approche personnelle du nouveau programme de formation soit par le développement personnel de l'étudiant co-auteur de sa formation (Jeanne-Marie), soit par une projection de l'étudiant comme professionnel autonome, réflexif, expert infirmier travaillant en collaboration dans une équipe pluridisciplinaire (Lisa) ou encore en introduisant l'ouverture de la formation et de la profession à un contexte européen et international, évolution attendue par les infirmier(e)s depuis la fin des années 1980 (Youna).

Eclairage théorique

La réflexivité consiste à analyser une situation en fonction de ses propres représentations, ses ressentis, sa compréhension et ses connaissances acquises et recherchées, ce qui semble bénéfique à la professionnalisation.

« Acquérir les assises d'un métier, c'est passer de la tâche assignée – quelle qu'en soit sa nature – à la capacité d'identifier, de nommer, d'explicitier l'activité que représentent les soins infirmiers. C'est en faire apparaître les effets, tant socio-sanitaires qu'économiques, et en dégager des savoirs »⁸⁰

La posture réflexive semble une révolution et vient bousculer les méthodes pédagogiques du programme précédent de formation, et de ce fait la culture d'apprentissage.

« L'acculturation est le phénomène d'assimilation, d'intériorisation d'une culture. Le terme est réservé aux situations de rencontre des différentes cultures chez un individu ou un groupe. Il concerne donc les phénomènes d'influence, de métissage, d'échange de cultures différentes »⁸¹

L'analyse de situations et l'analyse des pratiques sollicitent l'écriture :

« L'écriture émerge, et avec elle d'autres façons de se représenter le monde, au point d'influencer toute l'histoire de l'humanité. Peu à peu, **seul ce qui est écrit sera considéré comme sacré**, tandis que les savoirs empiriques, communiqués par la parole, deviendront **profanes** au regard des détenteurs de l'écriture que sont les prêtres et les clercs, et, à leur suite, les médecins et les juges. Ainsi commence à se creuser le fossé entre l'immense diversité et la mouvance des savoirs populaires, issus des pratiques quotidiennes, et les **savoirs doctes** des écrits »⁸²

4.2.2.3 La profession infirmière en construction

Données recueillies

Un héritage culturel

Les trois formatrices interviewées ne relatent pas les mêmes événements marquants dans l'histoire infirmière.

Jeanne-Marie cite la fusion en 1992 du diplôme infirmier de secteur psychiatrique et du diplôme infirmier de soins généraux créant un « *nouveau métier* » avec la problématique identitaire et de reconnaissance.

Mais une période particulière est présente dans le discours des trois formatrices : Jeanne-Marie parle de « *la place des religieuses* » ; Lisa nomme « *l'impact à la fois religieux et très dépendant aux médecins, qui a quand même perduré pendant plusieurs années. Donc une sorte d'aliénation entre guillemets à ça et donc une conception de soins qui en a découlé [...] ce carcan religieux* ». Enfin Youna évoque « *Le soin charitable [...] très attaché à la religion avec les sœurs [...] on a traîné longtemps une image [...] je pense*

⁸⁰ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner ... le premier art de la vie*. InterEditions : 1996, p.197

⁸¹ MERLING, Jacky, LANGENFELD, Solange. *Psychologie Sociologie Anthropologie, Unité d'Enseignement 1.1*, Editions Elsevier Masson : 2010, p.219

⁸² COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner ... le premier art de la vie*. InterEditions : 1996, p.77

que ça reste encore dans les mentalités que l'infirmière doit être dévouée ... c'est une vocation [...] après, la progression, on la voit mais lentement, très lentement ».

Lisa précise le travail à la tâche avant que des théoriciennes apportent des conceptions de soins infirmiers.

Elle fait référence à des infirmières d'Outre-manche : Florence Nightingale, Virginia Henderson et plus largement « *en tout cas toutes ces théoriciennes ont apporté une pierre à l'édifice* ». Le programme de formation infirmière de 2009 représente pour Lisa « *une autre conception de soins qui a permis surtout une libération de la pensée infirmière au-delà du médecin et au-delà de ce carcan religieux !* ».

Les années 1980-90

Youna évoque la fin des années 1980 où les infirmier(e)s étaient en demande de reconnaissance et l'ont exprimé de façon publique par des manifestations.

Elle replace l'importance des récents progrès thérapeutiques et techniques qui avaient fait oublier la prévention. Mais à partir des années 80, la santé publique redevient une préoccupation majeure de par « *les grandes crises de la fin du XXème siècle [...] ces grandes crises sanitaires et notamment le sang contaminé, l'histoire de la vache folle et puis l'épidémie, pandémie de SIDA qui, euh, là, a fait bouger énormément de choses ! Voilà, l'approche des soins, la thérapeutique, le préventif, la façon de ... la participation du patient [...] donc l'approche des soins change un peu* ». Ces événements détermineront les évolutions futures de l'organisation des soins et de l'exercice infirmier : « *les années 80-90 du XXème siècle ont fait un grand raz-de-marée, une prise de conscience et des changements qui se sont mis en place ... à la fin des années 90 et jusqu'à maintenant là !* »

Et aujourd'hui ?

Jeanne-Marie voit les infirmières « *perdues* », « *posant beaucoup de questions, cherchant des repères, ne sachant plus comment former* ». Son discours cerne le rôle des pairs dans la formation des étudiantes infirmières. On perçoit ici l'idée du compagnonnage dans la transmission des savoir-faire nécessaires à l'exercice professionnel.

Dans l'exercice des soins auprès des patients, Jeanne-Marie décrit encore une fois les infirmières comme « *perdues* » mais insiste aussi sur le fait qu'elles soient « *pressées, compressées [...] et peu centrées sur le patient comme un réel partenaire, comme co-auteur de son projet de soin [...] préoccupées par des questions institutionnelles ou politiques* ».

Le contexte d'exercice professionnel

Jeanne-Marie évoque l'antinomie de la gestion économique de la santé et de l'approche « *de l'humain* », l'insécurité que ce contexte produit et la difficulté des infirmières à répondre à leurs missions essentielles qu'elle définit par : « *Je dirais que la mission essentielle de l'infirmière serait d'accompagner, pour moi en tout cas où j'en suis dans ma recherche, d'accompagner un patient, un individu patient à un moment donné dans son parcours de vie, l'accompagner en tant que co-auteur de son projet de vie et de son projet de soin. Pour moi c'est ça la mission de l'infirmière, c'est celle-là !* »

Pour Lisa, l'évolution de la pensée infirmière se concrétise aujourd'hui dans le référentiel 2009 de formation. Mais elle rend compte aussi de la réalité du terrain où les infirmières travaillent au quotidien : « *le contexte difficile* », « *la pression politique* », « *la tarification à l'activité* », « *les restrictions budgétaires* », « *un souci économique dans l'utilisation du matériel* », « *les priorités de santé publique* ». Selon Lisa, face à ce contexte de travail, les infirmières se scindent en deux profils : celles qui ont et celles qui n'ont pas intégré le raisonnement clinique infirmier, avec des répercussions notables sur la qualité des soins. Elle relativise l'excuse du temps pour mener des réflexions professionnelles ; il semblerait que le questionnement soit plutôt personne-dépendante.

Youna évoque l'actualité en la comparant « *notamment par rapport à y a une vingtaine d'années* ». Elle précise que certaines choses ont changé mais que d'autres « *restent les mêmes, des questionnements, les positionnements de l'infirmier par rapport à la profession médicale, la reconnaissance de la profession, les revendications salariales, les conditions de travail.* »

Synthèse

L'héritage culturel semble marqué par la soumission aux religieuses et aux médecins. Les différentes théories de soins venues d'Outre-manche sont évoquées.

La santé publique apparaît dans les discours de Lisa et Youna.

Le mouvement social d'octobre 1988 est cité par une seule formatrice.

Eclairage théorique

L'identification d'une profession s'inscrit dans une histoire. Elle entre de ce fait dans un processus d'évolution de son exercice, tout en gardant l'héritage de son passé comme en ont témoigné Michel Poisson⁸³, René Magnon⁸⁴ et Françoise Acker⁸⁵ au cours d'une émission radiophonique « *La fabrique de l'histoire* »⁸⁶.

Animée par Emmanuel Laurentin, l'émission du 8 décembre 2010 était consacrée à la profession infirmière et son évolution depuis la fin du XIX^{ème} Siècle.

Pendant une heure, les invités se sont appuyés sur trois archives audiophoniques qu'ils ont commentées. L'une, en date du 3 juin 1967, permettait d'entendre Mademoiselle Martin, directrice des infirmières de la Croix Rouge Française (CRF), exprimer sa vision de l'infirmière de l'an 2000.

⁸³ Infirmier – Cadre supérieur de santé, enseignant à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes

⁸⁴ Infirmier Général (IG), Directeur de Services de Soins Infirmiers (DSSI) en retraite, enseignant et directeur technique du programme de maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales de l'université Lumière II de 1978 à 1985, auteur de nombreux ouvrages concernant les infirmières

⁸⁵ Sociologue au Centre de Recherche Médecine, Sciences, santé et société (CERMES)

⁸⁶ Site www.franceculture.fr/emission-la-fabrique-de-l-histoire-10-11-histoire-de-l-hopital-34-2010-12-08, consulté le 9 avril 2012

Pour la seconde archive, il s'agit des paroles de la directrice de la Fondation Chaptal, en date du 7 mai 1953. Enfin, la dernière, chronique des syndicats, date de février 1945.

Ce voyage à travers le temps a permis d'éclairer plusieurs facettes de la profession : la place de la technicité et du rapport au « faire », l'approche humaine du patient, des effectifs insuffisants, les axes de formation, la laïcisation et la création du lien de subordination aux médecins, le profil social des infirmières laïques et leur faible niveau d'instruction, la hiérarchie religieuse, la vocation, l'accès à la formation, la soumission aux médecins et aux religieuses.

Dans l'archive du 3 juin 1967, la directrice des infirmières de la CRF expliquait qu'elle imaginait l'infirmière de l'an 2000 « *plus centrée sur le malade que sur la maladie* ».

Elle précisait que les soins de chirurgie, « *attentifs et complexes* » monopolisaient le temps de l'infirmière qui ne pouvait pas s'occuper des répercussions traumatisantes de ces soins sur le psychisme des patients. Elle regrettait que l'infirmière d'alors exerçait uniquement son rôle de « *technicienne* ». Elle envisageait une infirmière de l'an 2000 formée aux sciences humaines telles que la psychologie et la sociologie, et centrée sur les problèmes de la personne humaine en regard des traumatismes psychiques et moraux liés aux techniques.

Cette description a permis à Françoise Acker de pointer la présence dès 1967 de toutes les tensions qui se retrouvent aujourd'hui dans l'exercice de la profession d'infirmière, à savoir : la technicité, les effectifs insuffisants, le dilemme entre approche humaine et approche technique du patient, le contenu de la formation initiale et de la formation continue.

L'évocation de la formation a donné l'occasion à René Magnon d'exposer l'orientation du programme 1972 de formation des infirmières qu'il nomme comme « *pierre angulaire du soin sur la personne et pas de la maladie* ». Il poursuit par la formation actuelle qui va en ce sens mais la réalité « *des contraintes d'exercice ne permettent pas à l'infirmière de se consacrer autour du patient* ».

La question de la centration de l'infirmière sur la personne a été alors resituée dans le XXème Siècle par Michel Poisson. Il raconte la fin du XIXème Siècle où le médecin Bourneville créant la première école laïque municipale d'infirmières, était préoccupé par la relation de l'infirmière non au patient mais au service du médecin, ce qui apparaissait sur les diplômes sous la devise « *sois bonne, courageuse, dévouée* ».

Je retiens un mot prononcé au cours de cette émission et qui me semble essentiel : la confusion. De celle-ci émergent les rapports au patient, au corps médical, à la hiérarchie d'une part, et d'autre part le rapport au « faire », aux savoirs, aux valeurs soignantes, à l'écriture, à l'autonomie et à la valorisation de la profession.

La question du genre peut être abordée dans l'approche de la profession infirmière du fait de sa forte féminisation et éclairer le terme de vocation.

Marcelle Stroobants⁸⁷ fait état des qualités requises pour les ouvrières dans l'industrie et plus généralement pour les travailleuses avant de s'arrêter sur le cas des infirmières en citant Danièle Kergoat dans son ouvrage « les infirmières et leur coordination » :

« Or, ce sont des compétences acquises, typiquement par l'expérience des tâches domestiques, par définition routinières, ou par la pratique des travaux à l'aiguille minutieux. De manière analogue, le dévouement sollicité dans les soins aux personnes a longtemps été traité comme une vocation des métiers particulièrement féminisés. Ce qui semblait aller de soi a cependant dû être rappelé haut et fort dans les revendications des infirmières pour qu'elles parviennent à faire reconnaître cette « propension » en termes de qualification. »

Pierre Bourdieu a conceptualisé la notion d'habitus, l'utilise dans son analyse de la division du travail et éclaire lui aussi la notion de vocation :

« C'est sans doute dans la rencontre avec les « attentes objectives » qui sont inscrites, surtout à l'état implicite, dans les positions offertes aux femmes par la structure, encore très fortement sexuée, de la division du travail que les dispositions dites « féminines » inculquées par la famille et par tout l'ordre social peuvent s'accomplir, ou même s'épanouir, et se trouver du même coup récompensées, contribuant ainsi à renforcer la dichotomie sexuelle fondamentale, tant dans les postes, qui semblent appeler la soumission et le besoin de sécurité, que dans leurs occupants, identifiés à des positions dans lesquelles, enchantés ou aliénés, ils se retrouvent et se perdent tout à la fois. La logique, essentiellement sociale, de ce que l'on appelle la « vocation » a pour effet de produire de telles rencontres harmonieuses entre les dispositions et les positions qui font que les victimes de la domination symbolique peuvent accomplir avec bonheur (au double sens) les tâches subalternes ou subordonnées qui sont assignées à leurs vertus de soumission, de gentillesse, de docilité et d'abnégation. »⁸⁸

Il présente également les organisations et la distribution des rôles des professionnels :

« Le monde du travail est ainsi rempli de petits isolats professionnels (service d'hôpital, bureau de ministère, etc.) fonctionnant comme des quasi-familles où le chef de service, presque toujours un homme, exerce une autorité paternaliste, fondée sur l'enveloppement affectif ou la séduction, et, à la fois surchargé de travail et prenant en charge tout ce qui se passe dans l'institution, offre une protection généralisée à un personnel subalterne principalement féminin (infirmières, assistantes, secrétaires), ainsi encouragé à un investissement intense, parfois pathologique, dans l'institution et celui qui l'incarne. »⁸⁹

⁸⁷ STROOBANTS, Marcelle. *Sociologie du travail*, 2^{ème} édition refondue. Editions Armand Colin, Collection 128, 2007, p.86

⁸⁸ BOURDIEU, Pierre. *La domination masculine*. Editions du seuil : 1998, p.83

⁸⁹ Ibid., p.84

4.2.2.4 Connaissance et impact des réformes sur les pratiques infirmières

Données recueillies

Les réformes connues et citées

Pour Jeanne-Marie, il s'agit de « *Hôpital 2007, la tarification à l'activité, le PMSI où on a commencé à justifier de l'activité pour obtenir des moyens* ».

Lisa nomme la loi de réforme hospitalière en hésitant sur la date de 1994 au lieu de 1996. Elle l'identifie par les projets d'établissement et de soins qui caractérisent en partie la nouvelle gouvernance de l'époque.

Elle cite également la loi de mars 2002 concernant les droits des patients qu'elle développe avec aisance, en lien avec son expérience de permanencière à une commission de conciliation.

La loi HPST est annoncée même si le sigle devient pour Lisa HSTP. Elle y associe la notion de territorialité, de collaboration entre établissements avec mobilité éventuellement future des personnels, « *une refonte du système santé quoi ! [...] une révolution aussi paramédicale à venir* ». Sa remarque « *une recherche d'efficience aussi !* » rappelle les notions d'économie et de qualité « *mais qualité, ça veut dire dans la gestion des risques quoi !* », et de se souvenir comme Youna des « *événements malheureux de santé qui a pu avoir : la vache folle, euh ... le sang contaminé* ».

Jeanne-Marie ne se prononce pas sur l'impact que les réformes du système de santé peuvent avoir sur les pratiques infirmières : « *le lien avec le système de santé, je ne sais pas* ».

Impact des réformes

Youna ne cite pas de réformes en particulier mais expose les impacts qu'elles ont en pratique au quotidien tant dans l'exercice professionnel et l'organisation du système, que pour les patients et la population.

Elle évoque la prédominance des prises en charges curatives même si la santé publique a été réorganisée grâce à la décentralisation. Il y aurait selon elle une ouverture sur des services extérieurs à l'hôpital, la création de réseaux et de collaboration.

Elle montre les inégalités sociales dans l'accès aux soins malgré une volonté politique de protection sociale élargie. Elle nomme la précarité, le contexte de crise, les prises en charge financière de sécurité sociale et de mutuelle et donne les exemples du ticket modérateur, du déremboursement des médicaments, de la santé infantile, de la prise en charge partielle des soins dentaires et des lunettes comme difficulté d'accès aux soins.

Elle parle également des réorganisations de travail et des transferts de compétences des infirmières vers les aides-soignants et des médecins vers les infirmier.e.s. S'étant expatriée de nombreuses années et revenue en France depuis quelques mois, elle donne son sentiment : « *je m'aperçois avec grand étonnement et effroi* » que les conditions de travail se sont empirées, que les soins relationnels et personnalisés ne peuvent pas être réalisés à la hauteur de ce que souhaiteraient les soignants et

que ceux-ci vivent « *de grandes frustrations* ». Elle apporte des explications en lien avec la tarification à l'activité et aux objectifs auxquels doivent répondre les cadres de santé.

Synthèse

Les réformes législatives semblent connues et datées de façon imprécise mais les impacts sont relatés. Dans l'entretien, Youna parle à plusieurs reprises des années 1980-90 comme d'un moment fort où les infirmières réagissaient aux décisions politiques concernant la santé.

Eclairage théorique

En 1988, les infirmières françaises se rassemblent en une coordination indépendante et engagent un mouvement social. Elles surprendront les patients et leurs familles, les bien-portants mais susceptibles d'être un jour de ceux-là, le gouvernement, et les syndicats. Se sont-elles surprises elles-mêmes ? En tout cas, c'était la première fois qu'elles exprimaient publiquement leur colère, rassemblées dans un mouvement et cela sans couleur politique.

« Une coordination peut être définie comme une forme d'organisation temporaire, faisant son apparition au cours de périodes de mobilisation sociale, et se donnant pour fonction d'organiser et de représenter si possible sur le plan national, des personnes appartenant à une même catégorie socioprofessionnelle en vue d'une action collective. Toutes les coordinations se sont jusqu'à présent présentées comme des structures assurant l'unité des acteurs mobilisés par-delà les tendances politiques ou syndicales. »⁹⁰

Le décret Barzach du 23 décembre 1987 (de Michèle Barzach, secrétaire d'Etat à la Santé du précédent gouvernement) a été à l'origine des revendications infirmières et de la Coordination Nationale Infirmière (CNI), organisation indépendante des syndicats. Anticipant les besoins à couvrir en personnel soignant des années futures, Madame Barzach proposait d'abaisser le niveau de concours d'accès aux écoles d'infirmières : le baccalauréat ne serait plus une condition nécessaire pour se présenter au concours d'entrée ; il suffirait d'avoir cotisé cinq années à la Sécurité Sociale pour avoir droit à s'inscrire.

Les infirmières anesthésistes déjà engagées en coordination pour faire reconnaître la valeur de leur spécialisation et de leurs responsabilités seront présentes dès le début du mouvement qui rassemblera l'ensemble des infirmier(e)s de soins généraux, de spécialités et de secteur psychiatrique.

« Tant que l'infirmière ne dit rien, on croit qu'elle accepte ; tant que l'infirmière ne réclame pas, on croit qu'elle accepte ; tant que l'infirmière ne proteste pas, on croit qu'elle accepte. Et lorsqu'elle se décide à parler, on ne l'entend pas. On n'était pas à son écoute quand elle ne disait rien, pourquoi l'entendrait-on quand elle parle ? Et elle en arrive au recours de toute société démocratique : la

⁹⁰ Didier LESCHI, « Les coordinations, filles des années 1968 » dans *Clio*, numéro 3, 1996, *Métiers, Corporations, Syndicalisme*, [en ligne], mis en ligne le 01 janvier 2005. URL : <http://clio.revues.org/index467.html>, consulté le 07 janvier 2012

grève ; pour que vous vous rendiez compte de la qualité et de l'importance de mon travail, il faut que j'arrête de travailler. »⁹¹

Lors des grèves d'octobre 1988, les plus connus des slogans affichaient « *ni bonnes, ni connes, ni nonnes* » (ce qui n'est pas sans rappeler la devise citée précédemment du docteur Bourneville : « *sois bonne, courageuse, dévouée* »), « *ras la seringue* » signant la colère et faisant le titre de l'ouvrage de Martine Schachtel et Alain Rebours⁹², « *nous voulons être reconnues* ». Les revendications portaient sur le statut : « *infirmière oui, religieuse non* », la formation : « *notre profession n'est pas une poubelle* », les salaires : « *toutes dévouées, mal payées* », ...

Par leurs slogans, les infirmières interpellaient les usagers quant à la sécurité des soins qui pouvaient leur être prodigués : « *infirmières sacrifiées, santé en danger* », « *infirmières débordées, malades en danger* », « *on n'est pas assez, c'est vous qui trinquez* », « *attention danger infirmières surmenées* ». De ce fait, elles sollicitaient aussi leur soutien et leur implication pour défendre le plus massivement possible la qualité des soins : « *l'hôpital c'est votre affaire, soutenez les infirmières* », « *on vous soigne, soignez-nous* », ... Les slogans concernant les conditions de travail et leur rémunération étaient destinés au gouvernement : « *Barzach du blé sinon on va craquer* », « *Evin, Evin, hé tiens toi bien ...* » (sur l'air de *Etienne Etienne Etienne* de Guesh Patti).



Photographie d'un tract, extraite de l'ouvrage « *Ras la seringue* »⁹³

⁹¹ SCHWARTZENBERG, Léon. Préface de « *Ras la seringue, histoire d'un mouvement* », Editions Lamarre-Poinat, 1989, p.7

⁹² SCHACHTEL, Martine, REBOURS, Alain. *Ras la seringue, histoire d'un mouvement*. Editions Lamarre-Poinat, 1989

⁹³ Ibid., pages centrales

Sur ce tract signé de la coordination infirmière et affiché sur un support vitré, peut-être une fenêtre ou une porte d'hôpital, le graphisme utilise les techniques de bande dessinée laissant une large place à l'expression orale par les « bulles ». Des objets spécifiant des lieux de soins sont visibles : lit, potence à perfusion, pancarte de paramètres (température, pulsations cardiaques, pression artérielle). Le vocabulaire est professionnel, spécifique du domaine de la santé.

Les infirmières ont réagi aux premières réformes des années 80 et ont inscrit en 1988 un virage historique dans leur positionnement professionnel, révélant leur identité à elles-mêmes et à l'ensemble de la population.

« Les événements de l'automne 1988 témoignent pour la première fois d'une mobilisation générale, de dimension nationale, dans une profession « féminine ». Ce sont bien les infirmières de toute la France (non pas les infirmiers) qui ont pris l'initiative et qui ont gardé la direction de la révolte, les médias l'ont souligné, l'opinion s'en est émue »⁹⁴

4.2.2.5 Sens donné à la recherche infirmière

Données recueillies

Conception de la recherche

Pour Jeanne-Marie, la recherche correspond à « une posture, à un processus, à une méthodologie ».

Elle précise la posture de praticien-chercheur qui serait une « posture décalée qui permet un petit peu d'observer, d'interroger, de chercher à comprendre ce qui se passe dans l'environnement ».

Le processus renvoie pour elle à « un processus de formation mais processus de rencontre, de choix, des autres et du monde ».

Elle évoque également plusieurs méthodologies possibles pour différentes orientations. Elle cite les « méthodes hypothéticodéductives [...] méthodes plutôt cliniques [...] la méthode dérivée et la méthode clinique appliquée [...] méthodologie ethnologique et on va retrouver des orientations plutôt du côté de l'ethnométhodologie [...] des orientations sociologiques. »

Pour Lisa, « ben démarche de recherche pour moi c'est questionnement [...] avec des éclairages multiples ! ». Elle livre des éléments clés : « savoir l'existant », « gros travail », « capacités à faire des recherches », « capacités à avoir l'esprit synthétique », « une méthodologie de recherche », « et l'écriture aussi qui est importante ».

⁹⁴ KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XXème siècle*. Editions Hachette Littératures, 2008, p.389

Représentation de la recherche infirmière

À la question « le terme de « recherche infirmière », ça t'évoque quoi ? », Jeanne-Marie répond de prime abord « Ben pas grand-chose ! ». Dans la mesure où elle est référente des unités d'enseignement « initiation à la démarche de recherche », sa réponse m'a surpris et j'ai de ce fait tenté des relances pour qu'indirectement elle puisse m'en dire quelque chose.

Elle fait alors référence au groupe projet recherche que j'ai présenté dans le paragraphe d'observation participante. Elle en a retenu « de la recherche clinique couplée avec des médecins sur des techniques infirmières précises sur des protocoles », interprétant ceci comme n'étant pas de la recherche infirmière. L'expérience de ce groupe ne semble pas lui avoir été positive, déçue de ne pas en voir ce qu'elle en espérait : « un espace de réflexion, de pensée, un espace critique, un entre-deux [...]. Je trouvais que c'était en faire un micro-laboratoire de recherche à l'IFSI ». Elle émet des hypothèses quant à la non réalisation de ce qu'elle avait imaginé : temps et énergie déployés à l'appropriation du nouveau référentiel, un certain nombre de formateurs en reprise d'études, la représentation de la recherche pour chacun et son implication propre, de nombreux projets en cours simultanément.

Lisa exprime son ressenti par rapport à ce groupe : « je ne me suis pas sentie à l'aise, en sécurité [...] y a eu des échanges, j'en garde pas un souvenir [...] j'y allais aussi un peu contrainte [...] j'en ai rien retiré ! [...] et je ne suis pas sûre qu'il y ait eu un retour sur investissement au niveau des étudiants. »

Lisa relate le rapport à l'écriture des infirmier(e)s : « l'infirmier, il est dans le « faire »; donc l'écriture, la rédaction n'est pas la priorité ». Elle explique les difficultés rencontrées depuis l'obligation de traçabilité dans le cadre de la gestion des risques et la nécessité d'accompagnement des professionnels pour s'approprier les modes d'écriture.

La recherche infirmière lui semble difficile à mettre en œuvre auprès des infirmier(e)s : « y a un long chemin à faire par rapport à ça ! ». Par contre les étudiants actuels seront sensibilisés avant d'être diplômés et en activité.

La recherche infirmière : « ça aussi ça fait partie des grands changements et une des grandes avancées, parce que c'est très bénéfique ! » dit Youna. Elle parle de prise de conscience de l'importance de la recherche infirmière depuis surtout dix ans en France. Elle relativise ce que la recherche infirmière a pu être dans notre pays : une place marginale malgré la volonté de quelques personnes « précurseurs ». Comme Lisa, elle « pense qu'on en est encore loin, qu'il y a du chemin, mais il y a des choses quand même quoi voilà qui sont reconnues à l'Ecole de Santé Publique de Rennes [...] y a des appels à ... y a l'ARSI ... y a des appels à projets ; enfin, y a plein de choses même si les équipes au sein des hôpitaux ont toujours travaillé sur les projets, un peu de recherche, l'amélioration des soins ». Mais elle replace le contexte moins organisé et moins officialisé, marginalisé et local. Elle voit la possibilité de partager des expériences, de se sensibiliser, de se former et de développer une place à la démarche de recherche « qui est essentielle à la qualité des soins et l'amélioration des pratiques ». Elle connaît les pratiques de recherche au Canada et aux Etats-Unis où « on est dans une autre tradition, une autre culture et un autre historique du soin infirmier ». Elle fait référence à la santé publique, la santé communautaire, au nursing (qui devient dans le nouveau programme de formation la compétence n°3 : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens). Elle retient la nécessité de « réfléchir sur son soin, prendre le temps de s'arrêter et travailler sur des domaines plus spécifiques, des sujets qui nous intéressent, des sujets qui vont améliorer notre exercice quotidien ou qui vont aiguiser nos capacités intellectuelles et euh ... voilà, avoir des visions différentes ». Son enthousiasme n'occulte cependant pas la réalité de terrain : elle envisage aussi les difficultés, les contraintes, la charge de travail et les limites que les soignants atteindront « d'autant plus si ce n'est pas institutionnalisé [...] ça c'est une grosse limite, je pense, à des projets de

recherche au sein des structures. ». De son expérience elle en garde les aspects positifs d'un questionnement et d'une construction collectifs avec la richesse des échanges et la dynamique que cela impulse dans la pratique quotidienne.

Démarche de recherche en IFSI

En recentrant l'entretien sur le référentiel de formation 2009 et les unités d'enseignement « initiation à la démarche de recherche », Jeanne-Marie rebondit sur le terme d'initiation et développe l'invitation à la curiosité. Il me faudra cibler encore plus précisément mes questions pour obtenir quelques éléments concrets. Ainsi, selon Jeanne-Marie, les temps pédagogiques spécifiques seraient d'une part les analyses de pratiques à partir de situations de soins vécues en stage, et d'autre part les unités d'intégration menées en IFSI où les étudiant.e.s sont amené.e.s à analyser une situation complexe de soins.

Les enseignements théoriques ont été majoritairement menés par un docteur en sociologie en semestre 4, ce qui ouvre l'IFSI dans son partenariat avec l'université : « *on sort de l'IFSI, on rencontre des universitaires, on rencontre d'autres milieux* ». La méthodologie de référence se rapportait à celle de recherche en sciences sociales développées par Raymond Quivy et Luc Campenhoudt.

Pour le semestre 6, Jeanne-Marie retient des apports théoriques ciblés dans le programme : « *je crois qu'il est question de la recherche infirmière en France ... euh, il est question des laboratoires de recherche ... euh ... dans le programme. [...] Voilà ce que j'ai de mémoire et sûrement ce que j'ai sélectionné* ».

En la sollicitant sur d'autres unités d'enseignement susceptibles de favoriser la démarche de recherche, les liens ne semblent pas établis.

Elle évoque enfin l'intérêt de « *la pédagogie autogestionnaire, pédagogie institutionnelle comme on peut l'appeler* ».

Elle parle plus aisément des temps d'accompagnement dans la guidance des mémoires en fonction des besoins exprimés par les étudiants

Lisa relie l'initiation à la démarche de recherche en IFSI à l'évolution du métier et donne l'exemple de compétences infirmières à valoriser, de consultations infirmières, et de démographie médicale.

Par rapport aux étudiants de la première promotion du nouveau référentiel, la méthodologie ne lui semble pas acquise par les étudiants. Mais ceux-ci semblent être dans le questionnement et certains sur des thèmes innovants en regard des promotions précédentes : « *une étudiante qui s'interroge sur les fiches d'événements indésirables remplies/non remplies etc. c'est assez novateur ça !* », et « *les risques psycho-sociaux liés au travail* » relié à la santé publique.

Pour Youna, « *on leur demande beaucoup de travaux de recherche, de recherche d'information et quelle information, voilà de cibler leur ... non seulement bon, petit à petit de cibler, de devenir de plus en plus pointu dans leur recherche d'information. Donc voilà plusieurs niveaux : des TD, des travaux de groupe, des recherches individuelles ... on leur demande beaucoup d'analyses de situation, analyses de pratique ... euh ... et sous différents angles ! Et donc ça, c'est profitable !* ».

Synthèse

Au temps de cette enquête, la science infirmière n'existe pas en France comme discipline universitaire. L'Association de Recherche en Soins Infirmiers et l'École des Hautes Etudes de Santé Publique ne sont citées que par une formatrice, sous sa précédente dénomination d'École Nationale de Santé Publique. Et c'est cette même formatrice qui connaît les travaux de recherche d'autres pays comme le Canada.

Eclairage théorique

A aucun moment il n'est fait allusion à l'institut international de formation des cadres supérieur de santé de Lyon.

« Depuis 1972 pourtant, les étudiants en soins infirmiers reçoivent dans leur formation de base une initiation à la « recherche en soins infirmiers » et doivent réaliser un travail de fin d'études. Ce dernier leur donne l'occasion, contrairement à toutes les générations précédentes, de porter un regard critique sur leur propre discipline, sur les organisations ou autres problèmes de leur choix. Les étudiants cadres ont, depuis 1958, l'obligation de produire un « mémoire de fin d'études ». Pendant 30 ans, les étudiants formés à l'encadrement et à l'administration des services ou de l'enseignement à Lyon, ont rédigé un mémoire pour l'obtention de leur diplôme universitaire ou de leur maîtrise. Depuis, dans les autres maîtrises qui se sont développées en région parisienne comme dans beaucoup d'autres provinces, des travaux ont été également produits. Que deviennent-ils ? Pratiquement ignorés, ils dorment sur des rayons de bibliothèque, alors qu'ils pourraient témoigner, s'ils étaient évalués, répertoriés dans des banques de données, de ce savoir infirmier accumulé depuis tant d'années et qui témoigne de l'existence d'un art spécifique. »⁹⁵

Alors qu'elle semble un concept très flou,

« En fait, la recherche infirmière appartient en grande partie au champ de la recherche dite « appliquée », qui vise à trouver des solutions à des problèmes cliniques et à induire des changements dans les pratiques des soins. Elle permet plus précisément d'explorer, de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes qui présentent un intérêt pour la discipline, et elle a pour finalité la santé, en améliorant la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins infirmiers. »⁹⁶

Pour Carmen G.Loisselle et Joanne Profetta-McGrath, auteures québécoises de « Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives » :

*« La **recherche en sciences infirmières** est une investigation systématique destinée à enrichir les connaissances portant sur des questions d'importance pour la discipline et à établir une base de connaissances pour la pratique infirmière.*

*Les infirmières qui travaillent dans différents milieux s'orientent vers l'exercice d'une **pratique fondée sur des résultats probants** ; elles tiennent de plus en plus compte des résultats de recherche dans la prise de décisions et dans leurs rapports avec les personnes qui reçoivent les soins.*

⁹⁵ MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, Le bilan d'un siècle*. Editions Masson, 2001, p.98-99

⁹⁶ PEPIN, Jacinthe, KEROUAC, Suzanne, DUCHARME, Francine. *La pensée infirmière*. 3^{ème} éd., Edition Chenelière Education, 2010, p.109

Le fait de connaître les méthodes employées en recherche améliore la pratique professionnelle des infirmières, tant chez celles qui utilisent des travaux de recherche (qui lisent, évaluent et utilisent les études) que chez celles qui conçoivent les projets de recherche (qui mettent au point et mènent à bien ces études).

La recherche en sciences infirmières a débuté avec Florence Nightingale et elle s'est ensuite développée lentement avant de connaître une évolution fulgurante à partir des années 1950. Depuis les années 1970, la recherche en sciences infirmières met l'accent sur les problèmes liés à la pratique clinique. »⁹⁷

La pratique fondée sur les résultats probants fait partie des éléments de contenus pédagogiques de l'unité d'enseignement d'initiation à la recherche du programme de formation 2009. En effet, au semestre 4, on retrouve « L'analyse de résultats de recherche (utilisation de données probantes, Evidence Based Nursing ...) »

Marc Catanas, directeur de soins à Rennes présente la méthodologie de l'Evidence Based Nursing :

« Formuler une question de départ en lien avec une pratique de soin qui semble poser problème ou insuffisante.

Recenser la littérature sur le sujet : c'est le point important : s'intéresser à la littérature portant sur des expériences similaires à la question étudiée (études randomisées, de cohorte ... etc.). Il ne s'agit pas ici d'aller chercher une quelconque théorie.

Lire et critiquer ces études d'un point de vue méthodologique.

Se demander si le contexte de réalisation de l'étude est pertinent dans la pratique et transposable aux patients. »⁹⁸

4.2.3 Consultation par questionnaires d'étudiants en soins infirmiers

Objectifs et moyens

Je souhaitais que les étudiants s'expriment sur leurs représentations de la recherche infirmière. Le panel que j'ai choisi correspond à la première promotion d'étudiants en soins infirmiers formés selon les modalités du programme 2009, dans le même IFSI que celui où exercent les formateurs et formatrices interviewés.

Pour ce faire, j'ai utilisé la méthode du questionnaire afin d'avoir un maximum de réponses. Cette méthode était envisageable du fait du nombre de cent deux étudiants dans cette promotion.

⁹⁷ LOISELLE, Carmen G., McGRAPH, Joanne Profetta. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Polit et Beck, St Laurent Québec, Editions du Renouveau Pédagogique Inc, p.28

⁹⁸ CATANAS, Marc "La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Nursing, un instrument de recherche indispensable au soignant", 7 juin 2010, <https://www.cadredesante.com/invision/topic/17622-la-pratique-fondée...>, consulté le 10 juin 2012

Ainsi, après accord oral de la directrice de l'institution à qui j'ai présenté le document que je souhaitais distribuer aux étudiants, les questionnaires ont été diffusés le 11 mai 2012.

Ce questionnaire⁹⁹ comporte une introduction présentant sommairement l'objet de mon étude et une demande de participation.

Il est anonyme, comporte sept questions et après avoir réalisé un test avec une étudiante, nécessite entre quatre et cinq minutes pour y répondre.

Cinq des sept questions sont des questions fermées avec possibilité d'apposer des commentaires et/ou précisions et/ou annotations.

Les deux autres, ouvertes, questionnent d'une part le thème et la problématique traités par l'étudiant dans son mémoire, et d'autre part sa représentation personnelle de la recherche infirmière à ce stade ultime de sa formation.

Les questions fermées sont orientées sur les appréhensions des étudiants vis-à-vis du travail d'initiation à la recherche, l'intérêt que ce travail peut susciter pour l'étudiant, les difficultés éventuelles rencontrées, les ressources pédagogiques et les méthodes d'apprentissage mobilisés pour le réaliser.

Résultats

Quatre-vingt-trois questionnaires ont été remplis et restitués dans une manière prévue à cet effet le 11 mai 2012 à 17 heures. La participation atteint ainsi une proportion importante de 81%.

Le caractère non obligatoire et anonyme à participer m'invite à envisager d'une part le reflet de l'intérêt que les étudiants portent au sujet, et d'autre part d'un lien de travail et de confiance établi depuis deux ans et demi avec cette promotion. J'ai particulièrement apprécié les encouragements annotés à la fin de quelques questionnaires et remercie les étudiants qui m'ont témoigné leur soutien.

Les résultats sont quantifiés en valeur absolue de réponses et exprimés en pourcentage sur la base de quatre-vingt-trois restitutions.

Je propose d'analyser ces résultats selon trois niveaux. Le premier concerne le vécu des étudiants en lien avec la réalisation de leur mémoire. Le second exploite les ressources pédagogiques utilisées par les étudiants pour répondre à cet exercice. Enfin, le dernier interroge la représentation (perception) des étudiants en regard de la recherche infirmière et de la portée de leurs travaux.

⁹⁹ Annexe 2 : Questionnaire Etudiant.e.s en Soins Infirmiers / Promotion 2009-2012

Le vécu des étudiants

Concernant l'existence d'appréhensions vis-à-vis du travail d'initiation à la démarche de recherche, une large majorité d'étudiants (92%) répond « oui ».

Parmi ces appréhensions, on retrouve six thèmes principaux: la charge de travail que représente la réalisation du mémoire, l'organisation et la gestion du temps, les capacités littéraires dont les lectures et le rapport à l'écriture (« *j'ai des difficultés à retranscrire à l'écrit mes idées* », « *mes difficultés d'écriture* », « *peur de la page blanche* »), l'appropriation de la méthodologie (« *la méthodologie* », « *cours trop complexes sur l'initiation à la recherche* », « *faire du hors sujet* », « *la problématisation* », « *le choix des concepts* », « *faire l'analyse* »), la capacité à mener une réflexion personnelle et à susciter l'intérêt des professionnels (entretiens d'exploration, jury de soutenance), et enfin répondre aux critères d'évaluation (« *ne pas être à la hauteur des exigences* »).

Malgré ces appréhensions, le mémoire ne représente pas seulement une contrainte nécessaire à la validation obligatoire d'une unité d'enseignement pour l'obtention du diplôme d'état infirmier. En effet, la troisième question « le travail d'initiation à la démarche de recherche représente pour vous ... » est à choix multiple et fait ressortir en premier lieu « *l'opportunité de développer une réflexion professionnelle sur un sujet qui vous intéresse tout particulièrement* » à hauteur de 77%. L'« *intérêt professionnel* » suit de près (65%), puis l'« *intérêt intellectuel* » (52%). La contrainte de validation d'unité d'enseignement préoccupe 34% des étudiants soit un sur trois. La capacité à saisir "une opportunité" de traiter un sujet de leur choix est plus exprimée que la contrainte de validation d'unité d'enseignement, ce qui me laisse percevoir une dynamique volontaire pour s'inscrire dans un engagement professionnel.

Huit étudiants, soit un sur dix s'exprime également librement dans la rubrique « *autre* ». Il en ressort cinq notions : l'inquiétude (« *du stress* », « *beaucoup de temps et de stress dépensé* »), la réflexivité (« *une opportunité de refaire le point sur mon chemin de construction professionnelle à trouver, ces 3 années d'études, et d'axer un futur domaine de pratique éventuel* », « *un bilan sur soi* »), la projection professionnelle (« *développer un thème qui nous intéresse en vue de notre projet professionnel* »), la temporalité (« *des normes à respecter qui prennent beaucoup de temps* », « *dur d'organiser son temps par rapport aux attentes* ») et l'expérimentation (« *s'essayer à la recherche* »).

La question portant sur les actions faciles et difficiles des différents temps de la recherche a suscité un non-respect des consignes pour quatorze étudiants (16,87% des questionnaires restitués). Ce non-respect des consignes fausse les résultats dans le sens où les étudiants ont cochés toutes les cases en distinguant les temps les plus faciles et ceux plus difficiles alors qu'il était demandé de ne répondre qu'à deux propositions au maximum. J'ai malgré tout opté pour tenir compte de toutes les réponses.

Les items proposés étaient : « *choisir le sujet* », « *rechercher des références théoriques en lien avec votre sujet* », « *énoncer la problématique* », « *cibler le cadre théorique* », « *réaliser les entretiens* », « *analyser les entretiens* », « *rédiger votre document* ».

Le choix du sujet se révèle le temps le plus facile pour 61% des étudiants ; le plus difficile correspondant à l'énonciation de la problématique pour 54% d'entre eux.

Il serait bénéfique d'approfondir l'analyse des réponses recueillies dans ce tableau.

Je retiens de ce premier paragraphe que les étudiant(e)s saisissent les opportunités de développer leur réflexion professionnelle, leur réflexivité et ont un sens de l'expérimentation. Ils s'inscrivent également dans la poursuite de leur questionnement dans la durée, évoquent leur projection professionnelle et espèrent l'intérêt de leurs à leur égard.

Ne montrent-ils pas ici leur curiosité et leur engagement ? J'envisage dans un temps ultérieur de comparer les mémoires écrits par cette promotion et les travaux écrits de fin d'étude des deux dernières années de l'ancien programme de formation. Je projette d'étudier les thèmes choisis ainsi que les titres, problématiques et mots clés de quatrième de couverture.

Ressources pédagogiques utilisées

Les cinquième et sixième questions permettent d'observer les ressources que les étudiants ont exploitées pour réaliser leur mémoire.

Concernant les connaissances, les unités d'intégration n'ont jamais été citées.

83% des étudiants ont remobilisé des apports pédagogiques et des connaissances acquises au cours d'unités d'enseignement en lien avec leur thème de mémoire.

60% des étudiants se sont appuyés sur les analyses de situations en stage pour mener leur réflexion.

Les travaux de groupe ne sont pas reconnus par les étudiants comme source profitable pour le mémoire.

Par contre la rédaction de dossiers depuis le début de la formation, dès le premier semestre, semble une aide pour 54% des étudiants.

Ici les étudiant.e.s s'appuient sur leurs expériences en stage et reconnaissent l'entraînement nécessaire à l'écriture par les dossiers réalisés dès leur entrée en formation. La démarche individuelle semble prédominante en regard de la non exploitation des travaux de groupe pour la réalisation de leur mémoire.

Représentations de la recherche infirmière

En dernier lieu, j'ai présenté la question sous la forme d'une question ouverte : « *En quelques mots, que représente pour vous la « recherche infirmière » ?* ».

Cinq étudiant.e.s n'ont pas répondu, un.e autre s'est exprimé par « ? » et deux autres « *du stress pour pas grand-chose* »

90% des questionnaires restitués apportent des éléments variés. Il faudrait établir une grille comprenant des rubriques et des thèmes¹⁰⁰ pour affiner l'analyse des réponses car il existe souvent dans celles-ci des détails, une expression personnalisée et des éléments intriqués.

Néanmoins, les rubriques itératives principales seraient : une méthodologie de travail, l'actualisation de connaissances, la gestion de la qualité, le questionnement sur les pratiques soignantes, le positionnement professionnel et une dynamique à conserver tout au long de sa carrière.

Les thèmes suscités montrent les orientations qui animent les étudiant.e.s. On peut souligner leur souci de la qualité des soins et la recherche de positionnement professionnel. Les questions de la socialisation professionnelle, professionnalisation et construction identitaire seraient-elle sous-jacentes ?

Eclairage culturel

L'identité a été le domaine d'investigation de Jean Piaget, Emile Durkheim, Leurs travaux ont été mis à l'honneur par Claude Dubar dans son ouvrage « *La socialisation* »¹⁰¹.

Renaud Sainsaulieu a quant à lui écrit plus spécifiquement « *L'identité au travail* »

Alain Penven, sociologue enseignant à l'Université de Bretagne Occidentale, a fait référence lors du second semestre de master 1 « Cultures et sociétés » à l'ouvrage plus récent « *Le déclin des institutions* ». Son auteur, François Dubet, présente l'évolution de la construction et du positionnement de l'individu dans la société en trois logiques. La première serait celle de l'interaction selon une approche fonctionnaliste : la socialisation s'effectuerait donc par un processus d'apprentissage et d'intégration de valeurs, normes, savoirs pratiques, la codification des rôles et statuts des acteurs selon des règles, des logiques et des clés de lecture permettant la promotion sociale. La logique de stratégie développée par Michel Crozier¹⁰² positionne l'individu comme un acteur stratège jouant dans un système pour développer ses propres capacités et marges de manœuvre. Enfin, Alain Touraine propose la logique de subjectivation de construction de soi comme sujet réflexif, pensant et engagé dans son positionnement vis-à-vis de la société et de l'institution.

Ces trois logiques de construction de l'individu, transférées dans le monde du travail, montrent le glissement de la qualification à la compétence qui nécessite une mobilisation permanente des ressources de l'acteur. Jean-Michel Saussois introduit l'idée de la contractualisation des rapports entre l'individu et l'entreprise et la fin de la solidarité mécanique.

¹⁰⁰ Selon Pierre Paillé et Alex Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} éd, Malakoff : Editions Armand Colin, p.18 :« La rubrique renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse, mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos. [...] Le thème renvoie à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos (la notion de thème est prise ici dans un sens générique et comprend les diverses composantes d'un énoncé descriptif : aspects, affectations, assimilations, etc.). »

¹⁰¹ DUBAR, Claude. *La socialisation*. 3^{ème} Ed., Editions Armand Colin, Collection U : 2010

¹⁰² CROZIER, Michel, FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil : 1977

« L'entreprise ne procure plus l'emploi mais assure l'employabilité, c'est-à-dire la capacité pour un individu de se maintenir en permanence sur le marché du travail, toujours en alerte pour maintenir ses connaissances à niveau. »¹⁰³.

Deux professeurs de management, B. Pauget et A. Dammak¹⁰⁴, décrivent la génération Y et étudient les éventuels impacts de leur arrivée dans le monde du travail.

En introduction de leur article paru dans la revue « Pratiques et Organisation des Soins » en janvier 2012, ils évoquent la rencontre entre cette génération et les organisations sanitaires et sociales :

« On décrit traditionnellement la génération Y, c'est-à-dire les personnes nées entre 1977 et 1995, comme revêche à l'autorité. Or, les organisations sanitaires et sociales françaises se sont bâties comme des bureaucraties professionnelles, basées sur une autorité forte et un management souvent directif. »¹⁰⁵

Un peu plus avancé dans l'article :

« La génération Y est intéressée par des trajectoires de vies différentes de la sienne. Toute expérience, même si elle n'est pas forcément liée à son cœur de métier, est bonne à prendre. La génération Y mêle de nouvelles idées et des pratiques en associant des univers différents et apparemment contradictoires. La génération Y est aussi plus curieuse que ses devancières : elle cherche, voire se disperse. »¹⁰⁶

Ces deux extraits veulent-ils dire que les étudiants infirmiers de la génération Y risqueraient de se confronter à un management établi sur d'autres valeurs et modes de fonctionnement que les leurs ? Comment la rencontre se fera-t-elle ? Les futurs professionnels de cette génération Y seront-ils force de proposition permettant aux organisations d'évoluer ? Seront-ils les acteurs des « projets innovants » sollicités dans le rapport Larcher ?

Il me semble ainsi qu'il serait intéressant d'étudier les parcours et activités professionnels des représentants infirmiers de la génération Y et leur contribution à la construction identitaire de la profession.

4.2.4 Le changement est-il amorcé ?

Les textes législatifs de 2009 réforment le système de santé par la loi « Hôpital Patient Santé Territoire », ouvrent la voie à la recherche en soins infirmiers par le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et permettent à la formation initiale d'accéder au cursus Licence-Master-Doctorat en respectant les Accords européens de Bologne.

¹⁰³ SAUSSOIS, Jean-Michel. « Coordonner, coopérer, adhérer ». *Les organisations. Etat des savoirs*. Coordonné par Philippe CABIN et Bruno CHOC, Sciences Humaines Editions : 2005, p.108

¹⁰⁴ PAUGET B, DAMMAK A, « L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? » dans *Pratiques et organisation des Soins*, janvier-mars 2012, volume 43 n°1, pp.25-33

¹⁰⁵ Ibid, p.26

¹⁰⁶ Ibid., p.27

Dans ce contexte, la professionnalisation des infirmières est repensée en lien avec les évolutions sociétales, les besoins des populations, la santé publique, l'éducation thérapeutique, la gestion des risques, l'évolution de l'organisation territoriale de la santé, l'évolution spontanée des exercices professionnels infirmiers liée aux organisations de travail, le développement constant et rapide des connaissances.

La question du « cœur de métier » est posée et la logique de compétences est introduite dans le référentiel 2009 de formation. L'adaptabilité et la réflexivité deviennent centrales pour répondre à la recherche d'efficience du système de santé.

Menant une enquête de terrain dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai observé l'approche de ces changements d'une part auprès de l'équipe pédagogique et d'autre part auprès des étudiants de la première promotion formée selon le nouveau référentiel par compétences.

L'initiation à la démarche de recherche soulève des questionnements et interroge l'orientation à lui donner.

Les représentations de trois formatrices apportent des éléments différents. L'une d'entre elle axe son discours sur la philosophie de la recherche. Une autre concrétise sa réflexion dans des activités de terrain (services de soins). Enfin la troisième ouvre le champ d'expériences internationales pour réfléchir sur ce que pourrait devenir la recherche infirmière en France.

Les textes législatifs supports sont partiellement connus de ces formatrices, ce qui laisse l'impression de flou dans l'institutionnalisation de l'activité de recherche infirmière mise aujourd'hui à l'honneur.

Jacques Lombard fait référence à la théorie et la méthode fonctionnalistes de Bronislaw Malinowski pour présenter l'institution :

« L'institution est à la base de la culture, et c'est par elle qu'on doit étudier la société. Cette étude va se réaliser par l'analyse de ses six éléments constitutifs :

La charte ou le statut de l'institution, qui est le « système des valeurs » ;

Le personnel, qui la fait fonctionner d'après ses valeurs ;

Les règles ou les normes propres à l'institution et qui s'imposent au groupe, en application des valeurs qui sont les siennes ;

Les entours matériels, c'est-à-dire l'appareil matériel, les instruments, les techniques ;

Les activités, c'est-à-dire les rôles joués par l'institution ;

Enfin, la fonction, c'est-à-dire les rôles joués par l'institution sur l'ensemble social. »¹⁰⁷

La recherche infirmière semble se confronter à une culture professionnelle.

¹⁰⁷ LOMBARD, Jacques. *Introduction à l'ethnologie*. 3^e Ed., Editions Armand Colin, Paris : 2008, p.111

Selon Didier Lecordier¹⁰⁸, B.Malinowski aurait inspiré la déclaration de l'UNESCO¹⁰⁹ :

« La culture doit être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances. ».¹¹⁰

Les étudiants se sont quant à eux exprimés par le biais d'un questionnaire. L'approche de la recherche par l'initiation qu'ils ont pu développer dans leur mémoire semble montrer l'intérêt qu'au moins certains y portent en lien avec leur projection professionnelle.

4.3 Chapitre 2 : Au fil du temps ...

Les infirmier.e.s sont directement interpellées par le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière pour participer à la formalisation des savoirs autour de la notion du soin et à l'émergence d'une science infirmière.

Comment se positionnent-ils/elles dans l'espace qui leur a été officiellement attribué pour faire de la recherche ? Quelles capacités développent-ils/elles ? Quels domaines investissent-ils/elles ? Quelles compétences acquièrent-ils/elles ?

4.3.1 Bilan des cinq premières années de PHRI(P)

La revue Recherche en Soins infirmiers a publié en juin 2015 un article faisant état du bilan des cinq premières années de mise en œuvre des PHRI(P)¹¹¹. Il en ressort des résultats quantitatifs concernant les financements accordés en fonction de l'état d'avancement des travaux et des résultats qualitatifs évoquant les professions des porteurs de projets, les thèmes des projets de recherche et les catégories des établissements de santé coordonnateurs des projets de recherche paramédicale.

Ce bilan dessine le paysage de développement des recherches paramédicales.

¹⁰⁸ FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana (sous la direction de), *Les concepts en sciences infirmières*, Editions Mallet Conseil : 2009, p.130

¹⁰⁹ UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)

¹¹⁰ MERLING, Jacky Merling, LANGENFELD, Solange. *Psychologie Sociologie Anthropologie, Unité d'Enseignement 1.1*, 2010, Editions Elsevier Masson, p.218

¹¹¹ STUWE, Louisa, PARENT, Malorie, LOUVET, Olivier. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRI(P)) : quels enjeux ? quels défis ? ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n°121, pp.64-71

Les moyens financiers dégagés par la DGOS¹¹² ont été initialement de 951 000 euros en 2010 et se sont accrus jusqu'à 4 418 369 euros en 2014, soit une multiplication des engagements de 4,6 entre 2010 et 2014. Selon les années, de 16 à 28 projets ont reçu l'aval du jury pour financement et mise en œuvre. Les projets sont à des stades d'avancement différents en fonction des années et selon les tranches identifiées par le recrutement de patients ou le recueil de données. En 2015, aucun des projets déjà en cours entre 2012 et 2014 n'avait atteint le stade de diffusion d'article dans une revue scientifique à comité de lecture.

Sur cette période 2010-2014, les infirmiers représentent la moitié des porteurs de projets, l'autre moitié rassemblant les autres professions paramédicales : masseurs-kinésithérapeutes (profession la plus investie dans la démarche de recherche après les infirmières, à hauteur de 20% des projets financés et menés), diététiciennes et cadres de santé représentant chacune 7% des projets, et une population moins nombreuse de professionnels de rééducation-réadaptation (orthophonistes, orthoptistes et ergothérapeutes) cependant représentée à hauteur de 10% de la totalité des projets.

Les cadres de santé sont minoritaires à représenter le secteur infirmier comme porteur de projet, rôle plutôt investi par les infirmier.e.s. A la lecture de ce rapport, je m'interroge sur le fait que cette notion perdure dans le temps et la manière dont les infirmier.e.s font vivre cette activité.

Apparaît d'autre part la notion de collaboration entre différentes professions, par exemple de la rééducation, chacune apportant son angle de vue spécifique pour éclairer plus finement une problématique commune.

Pour ce qui est des thèmes prévalents aux programmes de recherche, les auteurs de ce bilan notent que :

« La moitié des projets concernent l'évaluation de la qualité des soins. La qualité de vie du patient, mais aussi celle de ses proches, intéresse également près d'un tiers des recherches. Enfin, près d'une recherche sur cinq porte sur l'éducation thérapeutique ou la prise en charge de la douleur »¹¹³

Je retiens de ces quelques lignes que la qualité des soins est prédominante (52%), alimentant la gestion des risques même si celle-ci n'est pas nommée en tant que telle.

L'éducation thérapeutique (12% des projets), comme les consultations infirmières (14% des projets) me semblent quant à elles relever aussi des pratiques avancées dans la prise en soin des patients porteurs de pathologies chroniques. La recherche et les pratiques avancées seraient-elles complémentaires ? Si oui, de quelle manière s'articulent-elles ?

Enfin, les établissements de santé coordonnateurs du projet de recherche sont très majoritairement (89%) les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), devançant les Centres Hospitaliers (CH) et quelques établissements de santé privés à but non lucratif.

¹¹² Direction Générale de l'Offre de Soins

¹¹³ STUWE, Louisa, PARENT, Malorie, LOUVET, Olivier. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux ? quels défis ? ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n°121, p.68.

Ma réflexion porte sur : pourquoi cette prédominance des CHU ? A quoi cela tient-il ? Les professionnels de CH se sentent-ils moins légitimes à entreprendre des projets de recherche ? Se positionnent-ils plutôt comme pouvant seulement être sollicités par des équipes de CHU épicerie d'études multicentriques ? L'organisation et répartition des soins par territoire avec un établissement référent renforcent-elles un schéma d'établissements pilotes, moteurs, entourés d'établissements périphériques apportant une contribution partielle dans les études multicentriques ? Est-ce une question de dynamisme ou de répartition des missions ? Un état d'esprit ou une réalité de moyens liée aux infrastructures ? Les infrastructures des CHU sont-elles facilitatrices pour la mise en œuvre d'études et la production de nouveaux savoirs ?

Les auteurs de l'article ouvrent la discussion sur plusieurs points :

L'investissement financier :

« L'augmentation continue du volume financier dédié à ce programme témoigne de la volonté du ministère en charge de la santé d'amplifier le soutien à la recherche infirmière et paramédicale »¹¹⁴

Des orientations politiques réaffirmées vis-à-vis de la recherche paramédicale avec un axe de travail redéfini :

« Leur rôle [infirmiers et paramédicaux] dans la recherche doit ainsi se voir renforcé et encouragé, en coordination avec les managers hospitaliers, les médecins et l'ensemble des professions de santé »¹¹⁵

La reconnaissance d'initiatives dans la diffusion et le partage des recherches et des savoirs :

« Par ailleurs, au-delà du PHRIP, un mouvement national et régional s'est amorcé, tenant compte des événements et publications des différents Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation [...] CHU Angers [...] Assistance publique des hôpitaux de Paris [...] Université Aix-Marseille/ Assistance publique des hôpitaux de Marseille »¹¹⁶

La nécessité de supports divers méthodologiques :

« Ceci montre la nécessité d'appuyer les porteurs de projet du point de vue méthodologique, administratif et technique, notamment à travers leur recours possible aux dispositifs d'appui à la recherche des établissements de santé »¹¹⁷

¹¹⁴ STUWE, Louisa, PARENT, Malorie, LOUVET, Olivier. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux ? quels défis ? ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n°121, p. 70

¹¹⁵ Ibid p.70

¹¹⁶ Ibid p.70

¹¹⁷ Ibid p.70

L'objectif d'amélioration de la qualité des soins - soins primaires¹¹⁸ et interdisciplinarité :

« Conformément à la stratégie nationale de santé, la recherche en soins primaires est une priorité pour l'intégralité des programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins. [...] Ceci souligne le besoin de prioriser la recherche sur les soins primaires par les paramédicaux en France, à l'instar de ce qui se passe, par exemple, au Canada. Au Canada, les principes de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires constituent la base des démarches professionnelles à l'étendue du système quant aux politiques, aux programmes et aux services liés aux soins de santé primaires. »¹¹⁹

Des enjeux pour les paramédicaux :

« Beaucoup de projets de recherche sont porteurs d'enjeux d'avenir : la diversité disciplinaire, l'engagement conjoint des professionnels de proximité et des managers de service, la recherche centrée sur le patient et la pratique réflexive »¹²⁰

En fin d'année 2018, 24 PHRIP ont été retenus pour être financés. Les financements s'élèvent de 110 446 euros à 466 114 euros. Les engagements financiers se montrent encore en hausse par rapport aux années étudiées dans le bilan 2010-2015. A quoi sont dues ces augmentations de financements ? Les premiers projets ont-ils été sous-estimés financièrement ? Les études sont-elles aujourd'hui plus ambitieuses et nécessitent-elles plus de financements ? Les paramédicaux, dont les infirmier(e)s mesurent-ils de façon plus précises leurs besoins ? Les projets paramédicaux englobent-ils, dans un esprit de collaboration et de coordination, une partie de leur étude menée par et avec des professionnels médicaux ? Ces questions amènent à réfléchir sur l'ampleur que les infirmier.e.s et paramédicaux donnent et font reconnaître de leur activité de recherche, le positionnement qu'ils/elles adoptent dans leur rôle et place de porteur de projet paramédical, les enjeux qui les concernent.

13 projets sont portés par 9 CHU (3 par le CHU de Rennes, dont le projet au financement le plus élevé, et 2 par les CHU de Montpellier et de Nantes). L'AP-HP¹²¹ porte 4 projets, les HCL¹²² 3 projets. L'AP-HP et les HCL peuvent être considérés ayant des infrastructures similaires aux CHU et y être

¹¹⁸ Selon la déclaration d'Alma-Ata en 1978, « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

¹¹⁹ STUWE, Louisa, PARENT, Malorie, LOUVET, Olivier. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux ? quels défis ? ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n°121, p.70

¹²⁰ Ibid., p.71

¹²¹ AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

¹²² HCL : Hospices Civils de Lyon

apparentés dans une classification de projets par type d'établissement. Ainsi, il reste 2 projets portés par les CH de grande envergure Ste Anne (Paris) et Le Vinatier (Lyon), situés dans une métropole, 1 projet porté par une clinique (Lodève – Hérault), et 1 par un institut de cancérologie situé sur deux sites (Angers et Nantes). C'est dans les CHU et hôpitaux apparentés qu'on retrouve de façon encore plus marquée que dans le bilan 2010-2015 les équipes paramédicales investies dans la recherche en soins. L'hypothèse que des financements plus élevés des projets seraient révélateurs d'études plus abouties alimenterait-elle une seconde : la nécessité d'infrastructures présentes dans les CHU et d'intervention d'experts ?

4.3.2 Références méthodologiques pour la recherche infirmière

4.3.2.1 L'Evidence Based Nursing (EBN)

L'EBN est un modèle intégré à un modèle plus large, l'Evidence Based Practice (EBP) : « *la pratique de soins fondée sur les preuves* ». L'EBP concerne ainsi les infirmier(e)s selon l'EBN - Evidence Based Nursing, le corps médical par l'EBM - Evidence Based Medicine, les kinésithérapeutes par l'Evidence Based Physiotherapy, les dentistes par l'Evidence Based Dentistry, ...

L'EBM a été le premier modèle développé dans la tendance EBP. A l'origine, au début des années 1980, des épidémiologistes canadiens de la McMaster Medical School l'ont utilisé comme stratégie d'apprentissage face à un accroissement constant des publications scientifiques à assimiler et intégrer dans leur pratique. Ultérieurement, cette méthode a été intégrée à la pratique médicale.

« R. Bogdan et S.K. Biklen font état, dès les pages préliminaires de l'édition de 2007 de leur ouvrage publié pour la première fois en 1982, d'un fort courant de repli vers la recherche dite « *evidence-based* », à savoir essentiellement la recherche hypothético-déductive quantitative ou la recherche basée sur des cadres théoriques éprouvés. »¹²³

L'EBN, et plus largement l'EBP, entraînent les infirmier.e.s à adopter un comportement utilisant les preuves issues des études.

Les preuves sont constituées des résultats validés d'études appropriées et applicables dans la pratique courante telles que des essais contrôlés randomisés ou des revues systématiques.

Les infirmier.e.s peuvent utiliser des données actualisées de la recherche ou en faire émerger en respectant quatre étapes : formuler une question claire, rechercher les preuves, les évaluer et les appliquer au patient.

L'EBN serait un outil d'aide à la décision clinique permettant de compléter le jugement clinique, l'expérience professionnelle et la pratique de soins traditionnelle, sans la remplacer. Elle permettrait de suivre les développements de la science et améliorer la prise en charge des patients. Ainsi l'EBN serait composée de l'expertise clinique de l'infirmier.e, des préférences du patient et des données actualisées de la recherche.

¹²³ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} éd, Malakoff : Editions Armand Colin, p.126

Utiliser les preuves invite l'ensemble des professionnel.le.s à faire des choix thérapeutiques, réduire la variabilité des pratiques de soins non justifiées, suivre l'évolution rapide des connaissances et gérer le volume d'information, écarter les résultats d'études inappropriées propices à des conséquences importantes sur la pratique, réduire le délai entre les résultats de la recherche et l'intégration à la pratique (susceptible de causer une perte de chance pour les patients).

Selon le Centre Cochrane Français, l'EBN est « *l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* »¹²⁴.

4.3.2.2 Collaboration Cochrane

Fondée en 1993, il s'agit d'une organisation internationale, indépendante, à but non lucratif, constituée de 15 centres. Elle vise à promouvoir la médecine fondée sur les preuves et diffuser des informations actualisées de haute qualité sur l'efficacité des interventions en santé, afin d'aider à la prise de décision. Elle propose des revues disponibles en lignes, Cochrane library (six bases de données fondées sur les preuves, dont l'HAS¹²⁵) : résumés (abstracts) en ligne et textes intégraux sur abonnement. Elle tient également un registre des essais contrôlés, registre Cochrane, avec une référence bibliographique de centaines de milliers d'essais cliniques.

Le Centre Cochrane Français a été créé en 2010 à l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Il coordonne les activités de la collaboration Cochrane en France et dans certains pays francophones. Les revues systématiques Cochrane permettent de synthétiser toutes les études d'un sujet donné pour répondre à une question précise dans les champs de la prévention, du diagnostic, de la thérapeutique et de la rééducation. La qualité méthodologique des études publiées est évaluée permettant de sélectionner des études pour en extraire des données et synthétiser les résultats. Ainsi, il aide les praticiens à s'y retrouver dans le nombre exorbitant de publications scientifiques.

4.4 Discussion : Conscientisation de la recherche infirmière

La recherche en soins infirmiers se formalise en France depuis 2009 dans un contexte socio-économique et politique spécifique lui permettant de s'inscrire officiellement dans l'histoire de la profession, dans une pluridisciplinarité avec les autres professionnels du soin, dans la formation dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, et dans les institutions de soin.

¹²⁴ <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-à-levidence-based-nursing>, consulté le 07/04/2016

¹²⁵ Haute Autorité de Santé

Dans son discours d'ouverture des Journées Francophones de Recherche en Soins (JFRS) à Angers en 2013, Yann Dubien, promoteur du PHRI puis PHRIIP dans le cadre de ses missions au ministère de la Santé et directeur général du CHU d'Angers, éclaire l'axe stratégique de la recherche en soins :

« Chaque maillon de la chaîne des soins doit tendre vers l'excellence et contribuer à rendre les traitements plus efficaces, plus sûrs et mieux tolérés. En organisant cette rencontre francophone Angers offre une vitrine internationale aux chercheurs paramédicaux. Par ce congrès Angers soutient une dimension importante de la recherche, sa diffusion auprès du plus grand nombre, et fait vivre la culture de la qualité optimale. »

A ces mêmes JFRS, Patrice François, Professeur de Santé Publique, apporte quant à lui le regard médical sur cette activité en devenir :

« La recherche sur les services de santé a besoin d'une approche interdisciplinaire. Sa finalité doit être opérationnelle et tournée vers l'amélioration de l'offre de soins. Les professions paramédicales doivent trouver leur place dans ce champ. »

Si d'autres pays l'ont appréhendée, reconnue et développée plus précocement, le développement de la recherche en soins infirmiers est à mettre en corrélation avec l'investissement intellectuel et la culture des professionnels du soin, les moyens logistiques et financiers des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicales (PHRIIP) et la sensibilisation en IFSI des futurs professionnels.

C'est une démarche évolutive, en cours de maturation dans un cadre de construction et de reconnaissance d'une science infirmière. Les références méthodologiques utilisées renvoient aux représentations sociales de la scientificité, prenant exemple sur les sciences médicales.

5 PARTIE 3 : La fabrique de la recherche infirmière, comme elle se vit et comme elle se raconte

5.1 Trajectoires individuelles et interrelations

Qui sont ces infirmier.e.s expérimentant leur exercice professionnel par l'angle de la recherche ? Redéfinissent-ils un paradigme ? En quoi consiste la recherche infirmière aujourd'hui en France ?

Ma recherche en deuxième année de master, à distance de la première année et première enquête en 2011-2012, est orientée de sorte que je me détache de la posture de formateur s'interrogeant sur le déploiement d'enseignement liée à l'initiation à la démarche de recherche en formation initiale infirmière.

Il s'agit quelques années plus tard de me focaliser par une description ethnographique sur la manière dont les infirmier.e.s mettent en scène dans leur récit leur expérience de recherche.

Sur quels points insistent-ils plus particulièrement ? pourquoi ?

Que révèlent-ils de leur conception de l'exercice professionnel infirmier ? de la recherche ? du soin ? des patients ? des relations professionnelles ?

Quel processus identitaire est enclenché par l'activité de recherche ? Comment évoluent-ils entre l'avant, le pendant et l'après expérience de recherche ? Quelle transformation ressentent-ils ? Cette expérience de recherche représente-t-elle pour eux-mêmes une rupture entre un avant et un après ? Une évolution personnelle ? Partagée collectivement ?

5.2 Chapitre 1 : L'enquête, de la préparation à son exploitation

C'est en conciliant les contraintes de ma vie professionnelle et familiale, le calendrier universitaire et le souhait d'aller à la rencontre de professionnel.le.s hors de la région où j'exerce que j'ai préparé, mené et exploité l'enquête de 2018-2019.

Délimitations temporelles et géographiques

Deux périodes d'enquête ont été concentrées sur les vacances scolaires de Toussaint 2018 et d'hiver 2019, l'une dans le Sud-Est et l'Île de France, l'autre en Suisse puis dans le Grand Ouest. Le choix de ces trois régions tient à des attraits différents mais avec des objectifs initialement relativement similaires. Cependant, ils m'ont offert des éléments beaucoup plus disparates que je ne l'imaginai.

Si je ne connaissais pas les établissements où travaillent les informateurs que je choisissais d'interviewer, je me suis orientée vers des régions qui ne m'étaient pas inconnues. Ces choix ont

été aussi renforcés par la lecture d'un dossier traitant le déploiement de la recherche paramédicale dans la Revue hospitalière de France¹²⁶.

J'ai aussi réfléchi à d'autres pistes de terrain. Je n'ai obtenu aucune réponse, malgré des relances, de personnes animant diverses activités dans des institutions de la région PACA¹²⁷, institutions dédiées au développement de la recherche et des sciences infirmières en France. Je pouvais concevoir plusieurs raisons à une réponse défavorable à un entretien : la présentation de mon travail a-t-elle été insuffisamment explicite, précise et pertinente pour retenir leur attention ? ont-ils considéré que d'autres personnes susceptibles d'être sollicitées pouvaient répondre à mon questionnement ? ont-ils involontairement négligé mes sollicitations par oubli parmi d'autres sujets prioritaires ? Ce qui m'a surpris a été leur non-réponse et donc leur silence. Que dit-il ? Etais-je naïve de penser que travaillant sur un sujet au cœur de leur activité allait « évidemment » conduire à un début de communication ?

J'ai également sollicité un Docteur en Philosophie des sciences et épistémologie. J'avais assisté à sa présentation orale sur l'intérêt des méthodes qualitatives d'enquête lors d'une conférence aux JFRS d'Angers. Sa réponse favorable a permis nos échanges.

Enfin, une infirmière, Docteur en Santé publique et recherche infirmière, ingénieure de recherche, m'a également reçue à Genève en février 2019.

Prises de contact, planification et modalités des rencontres

La première étape a consisté à solliciter d'une part des personnes représentant des institutions ou organisations visiblement centrales dans le domaine de la recherche infirmière, et d'autre part des infirmier.e.s « pilotes de projet » recensé.e.s dans les listings de PHRIP des années passées.

Utilisant les adresses électroniques, j'ai sollicité quelques personnes par voie de mail professionnel. Je me suis présentée par mon identité administrative (nom et prénom) et professionnelle. J'ai décliné ma profession infirmière spécialisée et cadre de santé formatrice. J'ai également précisé mon travail en master de sciences humaines et sociales, le thème de la recherche infirmière et des professionnel.le.s engagé.e.s dans cette dynamique. Pour planifier les temps de rencontre, j'ai été amenée à préciser les conditions dans lesquelles je réalise ma formation universitaire : temps personnel, plus facilement disponible pour me déplacer lors des vacances scolaires.

« En outre, l'observateur doit non seulement comprendre sa propre valeur de stimulus, mais encore se comporter en conséquence dans les situations d'observation, d'expérimentation, d'enquête ou de thérapie. »¹²⁸

De cette présentation, je donnais ainsi à voir mon appartenance au monde hospitalier et mon parcours en termes de statut professionnel, mais sans précision sur mes expériences.

¹²⁶ Revue hospitalière de France, n°546, mai-juin 2012.

¹²⁷ Provence – Alpes - Côte d'Azur

¹²⁸ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Editions Flammarion, Collection Champs essais : 2012. p.56

Mes mails ont suscité soit des réponses rapides, au plus tard dans les vingt-quatre heures suivantes, soit aucune réponse même après relance environ dix jours plus tard.

J'ai entretenu une correspondance avec les interlocuteurs favorables pour proposer des temps de rencontre (dates, lieux et modalités selon nos plannings respectifs) et les solliciter pour d'autres contacts. Un coordonnateur de recherche infirmière m'a ainsi fourni les adresses électroniques professionnelles de neuf infirmier.e.s. Deux d'entre eux m'ont répondu m'expliquant leur indisponibilité par une charge de travail trop soutenue, quatre n'ont donné aucune suite et enfin trois se sont montrés très favorables à une rencontre, intéressés et enthousiastes alors que nous ne nous connaissons pas encore.

N'ayant pas la possibilité temporelle de partager et observer au moins partiellement l'activité de recherche que les professionnel.le.s mènent, j'ai choisi d'écouter la manière dont ils/elles en parlent et d'interroger au fil de leurs discours ce que l'activité de recherche représente pour eux/elles. C'est pourquoi cette partie d'enquête ne comporte pas d'observation participante.

La recherche de spontanéité a été au cœur de mes préoccupations, ce qui explique que je n'avais pas de guide d'entretien suivi à la lettre même s'il était construit et survolé en fin d'entretien pour vérifier que l'ensemble des thématiques aient été abordées au fil des opportunités que les discours faisaient apparaître.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interlocuteurs, sauf pour une professionnelle travaillant à Genève et ayant émis de suffisamment fortes réserves pour me dissuader d'insister.

Impact du choix des informateurs et de la teneur des entretiens sur l'avancée de l'enquête

Les trois premières personnes interviewées présentaient des profils très différents. Je me suis ainsi octroyée des ouvertures pour explorer sous des angles de vue différents la recherche infirmière et me permettre une pluralité d'approches, de détails, d'opinions à mettre ultérieurement en perspectives pour saisir le plus finement possible les subtilités des vécus des acteurs vis-à-vis de cette activité.

De prime abord, ces entretiens peuvent être plutôt qualifiés d'« *entretiens informatifs, réalisés souvent en début d'enquête (entretiens de défrichage). [...] dresser un premier panorama relatif à votre thème de recherche.* »¹²⁹

Ultérieurement, la rencontre avec l'interlocutrice suisse répondrait quant à elle des entretiens nommés « *davantage « personnels » : l'interviewé parle davantage en son nom mais ce ne sont pas véritablement des entretiens approfondis.* »¹³⁰

Les données collectées lors de la première série d'entretiens m'ont permis de reconsidérer les éléments que j'allais chercher pendant la seconde période d'enquête auprès de trois infirmier.e.s porteurs de projets de recherche infirmière, dont des PHRIP pour deux d'entre eux.

¹²⁹ BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. 4^{ème} Ed., Paris : Editions La Découverte, 2010, p.207

¹³⁰ Ibid. p.208

« [...] pour ce qui concerne l'enquête qualitative de terrain, la précision de la problématique et la poursuite des lectures chevauchent les séjours sur le terrain, et même, idéalement, [...] la collecte et l'analyse se chevauchent également, par exemple quelques entretiens ou observations ont lieu, puis une première analyse des matériaux intervient, laquelle fournit de nouvelles pistes pour les entretiens ou les observations à venir, et ainsi de suite. »¹³¹

La poursuite de l'enquête s'est donc déroulée à une échelle locale, les trois infirmier.e.s appartenant au même CHU et se connaissant par des expériences professionnelles antérieures. Leurs projets de recherche en cours sont indépendants les uns des autres, ne sont pas élaborés ensemble, mais ils partagent les mêmes structures de soutien organisationnel et méthodologique, ainsi que la même conception locale de la recherche.

Ces trois entretiens semblent correspondre aux « entretiens approfondis qui, sur le moment ou après coup, vous sont apparus importants ou fondamentaux pour votre recherche. [...] au cours desquels l'interviewé parle en confiance d'abondance, prend la posture de celui qui « témoigne » »¹³²

Temps de retranscription des entretiens

La retranscription des entretiens enregistrés, longue et parfois fastidieuse permet de construire un corpus utilisable à partir des données réelles : les paroles telles qu'elles ont été prononcées sans qu'une première interprétation ne les déforme. Ces passages inaudibles n'ont pas pu être complétés par des prises de notes. En effet très concentrée sur la conduite d'entretien et l'expression des interviewés, je n'ai crayonné que quelques mots clés, me permettant de ne pas oublier de revenir sur certains points sans couper la parole aux uns et aux autres.

Cette retranscription a été réalisée à plus ou moins long terme après la réalisation des entretiens. Les réécouter permet d'entendre certains passages différemment que le seul souvenir remémore et d'être replongée dans l'ambiance du moment : intonations, soupirs, hésitations, rires, plaisanteries, étonnements, ...

Exploitation des données

« Dans les méthodes qualitatives, ce qui caractérise les techniques de traitement ou d'analyse c'est, essentiellement, la mise en œuvre des ressources de l'intelligence pour saisir les significations. Les rapprochements, les confrontations et les mises en relation de données, les mises en perspectives et les cadrages, la saisie des récurrences et des analogies ainsi que les généralisations et les synthèses font surgir ces significations. Il s'agit donc toujours, par un travail intellectuel, de faire surgir le sens

¹³¹ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} éd, Malakoff : Editions Armand Colin, 2016, p.26

¹³² BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. 4^{ème} Ed., Paris : Editions La Découverte, 2010, p.208

qui n'est jamais un donné immédiat et qui est toujours implicite et à la fois structurant et structuré, participant de manière diffuse à un ensemble de phénomènes. »¹³³

L'exploitation des données représente à ce stade de mon travail la responsabilité de mes propos : ils seront les interprétations de ce que ma sensibilité, mes représentations et mon mode de pensée me permettent de comprendre dans le discours entendu, ce qui devrait être le cœur et le plus intéressant du travail, sous réserve de pertinence. Je ressens donc la crainte, malgré mon intention de ne pas le faire, de porter des jugements, dessiner des stéréotypes ... loin d'une neutralité dans l'écriture qui devient un exercice particulièrement intimidant ! De ma curiosité, de mes connaissances et expériences antérieures, et de mon ouverture d'esprit dépendra mon analyse du discours manifeste et celui plus sous-jacent.

D'autre part, l'enquête étant restreinte à sept entretiens, il ne peut s'agir que d'une ébauche d'un tableau non généralisable de ce qui se joue pour les infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche. Je n'ai pas utilisé de logiciel de traitement de données qualitatives comme Iramuteq, *n vivo* ... permettant par exemple d'extraire la fréquence de l'utilisation de certains mots clés.

Initialement, n'envisageant pas la diffusion de ce Mémoire, il me semblait plus pertinent d'être très précise sur les données des entretiens : situer précisément les professionnels inscrits dans la recherche infirmière avec les projets dont ils étaient porteurs. Dans un premier temps, les entretiens n'ont pas été anonymisés. C'est dans un climat de confiance que cette prérogative a été soit discutée soit demandée par les informateurs. J'y reviendrai car il me semble que ce seul positionnement livre des renseignements sur chacune de leur personnalité et de leur conception de diffusion de leur activité. Promesse a été faite aux trois dernier.e.s infirmier.e.s d'un retour sur le temps partagé, par l'envoi de l'entretien retranscrit. Dans le respect des directives européennes du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), il a aussi été contractualisé avec les informateurs que je reviendrais sur l'anonymat si mon écrit prenait une autre ampleur que la soutenance pour obtention d'un diplôme et serait divulgué tout ou partie par publication.

Les profils et les situations professionnelles des personnes interviewées m'invitent à les présenter en trois parties.

La première me permettra de présenter Ambre, cadre de santé, ayant finalisé un PHRIP puis Mary, infirmière, se projetant dans l'élaboration d'un projet de recherche infirmière. Je brosserai leur portrait à partir de leurs témoignages qui transmettent des parcours, des expériences et des conceptions singulières de la recherche.

Ces premiers échanges m'ont permis de cibler les points à éclairer dans les rencontres suivantes.

La seconde partie sera consacrée à la vue panoramique de Pierre, infirmier anesthésiste, cadre de santé, responsable pédagogique, investi dans la recherche infirmière, ainsi qu'à une infirmière ingénieure de recherche en Suisse.

Enfin en troisième partie, un CHU sera à l'honneur par le témoignage de trois infirmier.e.s porteurs de PHRIP ou de projet de recherche infirmière ayant répondu à l'appel interne de

¹³³ BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. 4^{ème} Ed., Paris : Editions La Découverte, 2010, p.15

l'établissement. Ce sera aussi l'occasion d'évoquer le rôle du coordonnateur de recherche infirmière du même CHU. Justine, Rose et Clément présentent une certaine harmonie par leur classe d'âge, leur appartenance à la même institution, le fait de se connaître et d'avoir eu l'occasion de travailler ensemble, d'être tous les trois en cours de réalisation de leur projet de recherche indépendamment les uns des autres, tout en suivant de plus ou moins près l'actualité de chacun. Ayant élaboré un guide d'entretien commun¹³⁴, je présenterai leurs discours avec l'intention de les mettre en perspective.

Tableau synoptique de présentation des informateurs, personnes interviewées en 2018-2019

Ambre	Mary	Pierre	Justine	Rose	Clément
	1998 : Bachelor of science in nursing studies (University of Surrey)	1988 : DEI 1993 : DEIA 1999 : Cadre de santé 2009 : Docteur en Philosophie, épistémologie et philosophie des sciences	2003 : DEI	2011 : DEI	2012 : DEI 2018-2019 : 1 ^{ère} année de master en sociologie
Infirmière puéricultrice Cadre de santé	Infirmière Attachée de Recherche Clinique	Infirmier anesthésiste Cadre de santé Responsable pédagogique	Infirmière coordinatrice	Infirmière	Infirmier
Service de néonatalogie	Equipe mobile gériatrique	Institut de Formation	Service de réanimation et de néphrologie	Service de réanimation	Service des Urgences
Région Sud-Est	Région Sud-Est	Région Ile de France	Grand Ouest	Grand Ouest	Grand Ouest
Porteur de projet PHRIP financé avant le bilan des 5 premières années de bilan de mise en œuvre des PHRIP	Se projette dans une candidature à un PHRIP		Porteur de projet PHRIP financé au moment du bilan des 5 premières années de bilan de mise en œuvre des PHRIP	Porteur de projet de recherche infirmière relevant des projets internes du CHU	Porteur de PHRIP financé
93.291 €			87.234 €		231.988 €

¹³⁴ Annexe 3 : Guide d'entretiens – Février 2019

Les prénoms sont factices : je les ai choisis en regard de la symbolique qu'ils portent et mon ressenti face aux discours et activités tenus par les personnes auxquelles je les ai attribués.

Ambre est en lien avec l'activité d'infirmière puéricultrice et les colliers d'ambre portés par les nourrissons pour éviter les douleurs de poussées dentaires.

Mary connote l'influence anglaise de l'infirmière attachée de recherche clinique.

Pierre me semble adapté au responsable pédagogique qui m'a permis de préciser des points de repères solides dans la globalité du paysage de la recherche infirmière.

Justine évoque son attachement à ce qui est juste car prouvé par des chiffres et des preuves reconnues.

Rose a présenté beaucoup d'enthousiasme en parlant de son activité, visiblement épanouie, transmettant un souffle de fraîcheur.

Enfin Clément évoque sa volonté de travailler sur les représentations sociales pour in fine ouvrir un espace de rencontre entre soignants et soignés au-delà des représentations et préjugés impactant les prises en soin.

5.3 Chapitre 2 : Regards croisés d'informatrices que presque tout oppose

Ambre a porté un PHRIP validé et financé en 2012, année au cours de laquelle j'ai réalisé l'enquête de terrain auprès des formateurs en IFSI. Cet entretien me permet de relier mes deux terrains par leur concordance temporelle. La date de réalisation de ce PHRIP laisse penser qu'il a été pris en compte dans le bilan des cinq premières années et qu'Ambre fait partie des cadres de santé peu nombreuses à s'être investies dans cette activité.

Les repères en matière de recherche infirmière sont britanniques pour Mary. Son témoignage va illustrer le décalage nommé dans les textes ministériels entre les infirmier.e.s français.es et outre-manche. Infirmière et Attachée de Recherche Clinique (ARC), elle se démarque dans son activité quotidienne d'infirmière qu'elle exerce au sein d'une équipe d'évaluation gériatrique. Elle semble également appartenir à la même tranche d'âge qu'Ambre.

5.3.1 « Mission accomplie » pour une cadre de santé

Ambre est une infirmière puéricultrice, cadre de santé, qu'Anne Véga présente dans leur positionnement d'entre-deux institutionnel et soignant : « *Enfin, comment s'identifier aux cadres infirmiers, à cette nouvelle race d'infirmières, caractérisée par des savoirs écrits, représentantes de*

l'administration et de l'institution hospitalière, donc de plus en plus éloignées des pratiques des infirmières de « terrain » ? »¹³⁵

J'ai pu obtenir les coordonnées d'Ambre grâce à mon réseau de connaissances, et l'ai contactée par mail. Sa réponse a été très rapide et positive. Nous avons dû mener une correspondance pour trouver un temps pour l'entretien. La période que j'avais sélectionnée n'y était pas propice, Ambre partant en vacances aux mêmes dates. Nous avons convenu d'un entretien téléphonique qui s'est déroulé le 11 octobre 2018 en soirée après nos journées respectives de travail professionnel et domestique. Sans connaître son âge exact, j'ai pensé que nous devions être sensiblement à la même avancée dans nos parcours de vie professionnelle et familiale. Nous avons également en commun d'avoir suivi une formation et exercer une activité infirmière spécialisée qui n'a cependant pas les mêmes caractéristiques et finalités.

L'entretien a duré 1 heure et 20 minutes au cours duquel on ressent par moments de la fatigue et difficulté de concentration malgré une réelle volonté partagée de bonifier l'échange. Les échanges téléphoniques sans rencontres visuelles préalables limitent la communication au contenu du discours, aux intonations et aux silences et exclut la communication non verbale porteuse de signaux enrichissant car facilitant l'adaptation dans la relation qui s'instaure. Même si je m'étais préparée à ces limites de la communication téléphonique et au biais de la transmission préalable du contenu de mon questionnement, j'ai décidé de maintenir le rendez-vous comme point de départ.

Préparation de l'entretien

Ambre m'avait demandé l'orientation des questions que je souhaitais lui poser. Je le lui ai transmis dix jours avant la date du rendez-vous téléphonique. Il s'agissait de son parcours professionnel et de son intérêt pour la démarche de recherche ; ses motivations personnelles, les enjeux personnels et collectifs qu'elle y accordait, le contexte professionnel dans lequel elle se trouvait (dynamique collective ? autre ?) ; les aides dont elle a eu besoin à chaque étape de la construction du projet ; les étapes de la sélection en PHRIP ; la mise en œuvre de la recherche (son organisation professionnelle et personnelle, l'équipe qui a contribué à la réalisation du projet, le positionnement de sa hiérarchie, les personnes ressources, la méthodologie et son appropriation, les compétences à développer (statistiques, ...), les collaborations avec des laboratoires de recherche, le financement par étapes du projet, les comptes-rendus des états d'avancement, ... ; les difficultés rencontrées, les moments de doutes, les événements positifs, ses ressentis ; la diffusion de sa recherche et de ses résultats ; le sentiment de participer à développer les sciences infirmières et la scientificité de l'activité infirmière ; les satisfactions personnelles ; l'intérêt pour les infirmières à s'engager dans des programmes de recherche infirmière, les apports pour la profession, pour le monde des professionnels de santé, pour la société ; son rôle pour entraîner d'autres professionnel.le.s dans cette démarche ; son éventuelle adhésion à un réseau de chercheurs et autres projets de recherche.

¹³⁵ VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000, p.20

Un discours maîtrisé

Ambre aborde l'entretien par la conduite de projet institutionnel, ce en quoi les cadres de santé sont préparés au cours de leur formation. Je ressens d'emblée un discours préparé, maîtrisé et retenu respectant une déontologie, une loyauté vis-à-vis de l'institution, et un devoir de réserve limitant ce qui peut être donné à entendre et ce qui ne le serait pas. Néanmoins, les paroles m'ont semblé plus spontanées et le discours plus détendu et fluide au fur et à mesure de l'entretien. Ambre semble alors prendre un peu de distance avec la rigidité et la pression des normes institutionnelles pour évoquer une expérience plus habitée et présentée à une double échelle. D'une part il s'agit d'une mission à accomplir et le défi que cela représente et d'autre part un cheminement collectif partagé avec les professionnelles du service de soin.

Positionnement : « Il leur fallait donc un coordonnateur infirmier »

Ambre explique le lien entre le PHRIP qu'elle a mené et une étude médicale, ce qui l'a amenée à être sollicitée pour conduire la recherche infirmière. De ce fait, je comprends dès les premières phrases que cette recherche infirmière n'émane pas d'une initiative paramédicale et qu'elle se rapprocherait d'une prescription médicale. Les cadres de santé sont responsables de la mise en œuvre du projet de soins en cohérence avec le projet médical du service. On peut comprendre une logique similaire avec la volonté exprimée par le corps médical de compléter l'étude médicale par et en cohérence avec une recherche infirmière sur le même sujet, d'autant plus qu'elle expose un peu plus tard son scepticisme d'une recherche infirmière « *sans médecin pour appuyer pour que la démarche avance [...] et sans reconnaissance du médecin coordinateur de service* ». Le médecin est ainsi considéré comme celui qui ouvre le chemin car celui qui sait. La reconnaissance est attendue en regard des efforts fournis et du travail bien fait. La suprématie de celui qui détient le savoir domine celles qui se plient à ses orientations et qui en attendent le jugement. Les formations et professions sont catégorisées par représentations et valeurs sociales dichotomiques : scientifiques/techniques, intellectuelles/manuelles.

D'autre part, elle explique le lien étroit entre l'étude médicale et l'étude paramédicale du PHRIP par une complémentarité médecin / infirmier.e, sorte de symbiose / fusion dans les services de néonatalogie : « *parce qu'il y avait l'ensemble d'une équipe sur des services comme celui-là où médecins néatologues et infirmières travaillent la main dans la main quand même au quotidien. [...] Là les médecins et les infirmières sont collés toute la journée.* »

La recherche infirmière subordonnée à la recherche médicale m'interpelle à plusieurs égards. La recherche infirmière serait-elle au service d'une recherche médicale ? Comment peut-on porter un projet de recherche infirmière sur commande méthodologique par les exigences des PHRIP et sur commande médicale pour le choix de la thématique ? Se pose la question de comment répondre à ces deux commanditaires et comment se positionner en tant que représentant des soins infirmiers ? Si les objectifs sont paramédicaux, la recherche infirmière peut-elle exister sans supervision médicale ? Quel espace d'initiative et d'autonomie peut être investi ? Comment la motivation pour le projet se développe sans en être initiateur ? La recherche serait-elle une mission à accomplir dans des normes institutionnelles à préciser ?

Objectifs

« Une meilleure santé des enfants et ça on l'a un peu obtenu même si on avait pas mal de biais »

Simultanément elle associe le lien avec les parents et pose l'objectif d'« *une meilleure santé des enfants et ça on l'a un peu obtenu même si on avait pas mal de biais* ». L'objectif de qualité des soins est sous-jacent avec un résultat qui met aussi en avant les difficultés de la recherche quand l'imprévu fait émerger des biais. La prise en soins des enfants étant conçue dans la triade enfant-parents-soignant, Ambre se dit également « *contente du relationnel qu'elles ont pu tisser autour des parents* ».

Motivation collective : « Bâtir un projet où on avait l'ambition de former l'ensemble du personnel »

Rapidement Ambre évoque « *un projet qui a été passionnant parce que ça donnait une dynamique au service ; ça a donné une compétence aux infirmières* ». Elle pointe ainsi autant une dynamique qu'un projet vécu collectivement et la notion de compétence supplémentaire des infirmier.e.s que j'associe à un processus professionnalisant. De plus, l'expérience révèle « *avoir fédérer l'équipe autour d'un projet* ».

« *Ça reste un travail que je trouve hyper intéressant* ».

Il s'agit de la deuxième difficulté en regard d'un service de soins spécialisés en néonatalogie, centre de référence au niveau régional, accueillant de nombreux enfants et comptant de nombreux soignants dans l'équipe paramédicale. La formation de chacun a conduit à des aménagements de planning avec là encore un impact sur la charge de travail des professionnels pendant la formation de leurs collègues.

Moyens

Pluridisciplinarité : « Ça a été assez simple de collaborer avec l'équipe de recherche dont c'était vraiment le job »

Ainsi Ambre fait apparaître dans son discours la notion de collaboration notamment pour évaluer la faisabilité en regard des critères d'inclusion des patients dans l'étude, mais aussi « *pour l'avancée du projet, pour le respect du calendrier et pour la réponse aux données purement administratives notamment ministérielles avec toute la donnée financière* »

La rencontre de professionnels de métiers différents est mise en valeur par l'apport de la complémentarité pour obtenir le résultat final, malgré le besoin de temps pour que cette valeur ajoutée puisse émerger, le temps des échanges pour mieux se comprendre en interdisciplinarité prenant en compte les contenus et la méthodologie de traitement des données et de conduite de projet.

Financement et dépenses réalisées

Le financement du projet comprenait la prise en charge du temps de travail des professionnels de la cellule de recherche (30%) et des experts (60%), et du matériel bureautique (10%). Il a été entièrement géré par la cellule de recherche, Ambre n'ayant eu aucun contact direct avec le financeur et le ministère.

Difficultés

Contraintes : « *Trouver du temps* »

Présentée comme la première difficulté, le projet a été mené sans dégagement de temps infirmier ou de cadre de santé. Il a été mené en parallèle de l'activité habituelle sans financement d'un temps dédié à l'activité de recherche et qui aurait nécessité le remplacement dans l'activité clinique des acteurs de la recherche. « *Ça me paraît très compliqué sans temps dédié [...] mais sans temps dédié c'est vraiment très très lourd* ».

En repositionnant ce PHRIP dans les premières années de mise en œuvre, le temps nécessaire à l'activité de recherche n'est pas pris en compte dans le cahier des charges, dont l'estimation du financement. Elle a été réalisée en alourdissant la charge de travail quotidienne, comme si elle était considérée telle une option, sans être alors le « vrai » travail attendu de la fonction cadre de santé et infirmière. Est-ce dû à la représentation d'une activité non spécifique infirmière dans une conception de son rôle ? à une méconnaissance de l'ampleur de la tâche ? ou à une habitude d'accepter tout travail supplémentaire au service de l'institution ? de se dévouer jusqu'à la notion de sacrifice de la vie personnelle et familiale ? Que signifierait le symbole du sacrifice ? Quelle serait la reconnaissance attendue pour un tel investissement ? Les professionnel.le.s y mettent-ils/elles un enjeu ? si oui, le(s)quel(s) ?

Pour Ambre, le fait de mener de front le portage du PHRIP simultanément à son travail de cadre de santé me semble montrer une notion de maîtrise de l'organisation du service de soin et la difficulté à envisager de déléguer des tâches qui lui ferait perdre une partie de cette maîtrise ? / autorité ? / pouvoir ? : « *c'est aussi une organisation de service parce que si je passe, si un cadre passe de temps plein à 80%, c'est une organisation en équipe d'encadrement pour savoir comment se passe la charge de son service. C'est pas tellement l'aspect financier de la recherche, hein ! [...] que ce soit un 5, un 10, un 15, un 20% ... c'est qui fait l'organisation ?* »

La durée du projet était prévue sur deux ans mais a nécessité six mois supplémentaires pour récupérer et analyser les données des autres centres hospitaliers ayant accueilli les enfants et réalisant les évaluations à distance.

« *Nos critères d'évaluation étaient trop vastes* »

Le projet n'a pas été sélectionné à la première présentation et a abouti à un recentrement de l'étude et des axes de travail. L'aide méthodologique a été nécessaire avant de représenter le projet en commission et être financé. Ambre montre ainsi la structure de soutien, les professionnels d'un service de recherche de l'établissement avec par exemple des assistantes de recherche clinique, des statisticiens habitués à élaborer et conduire les différentes étapes des projets de

recherche dans le domaine de la santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Ils ont la connaissance des règles à respecter, de la tenue des dossiers, des besoins logistiques, du montage financier ...

« La troisième difficulté, ça a été nos critères d'évaluation »

Les critères ne pouvaient pas tous être évalués sur le temps d'hospitalisation des enfants dans le service. « *C'est vrai qu'on s'est rendu compte au fil de l'avancée de la recherche que notre critère était à la fois trop vaste et à la fois trop soumis à d'autres paramètres pour qu'il soit réellement fiable* ». Il a alors fallu créer des liens avec les hôpitaux périphériques prenant le relai pour des soins post hospitalisation critique et qui allaient devoir à leur tour participer partiellement à l'étude.

Représentations de la recherche infirmière

Dans un premier temps, la représentation de la recherche infirmière d'Ambre semble s'amalgamer aux Pratiques dites Avancées portées par le discours ambiant à cette période d'automne 2018, suite à l'arrêté de formation des IPADE : Infirmier.e.s de Pratiques Avancées Diplômé.e.s d'Etat.

« C'est quelque chose qui peut être complètement reconnu [...] je pense par exemple à des recherches infirmières et des consultations infirmières [...] sur certains types de prévention ou d'accompagnements éducatifs qui sont complètement la partie paramédicale [...] mais ça ne peut se faire qu'avec un accord médical [...] elles prennent une part d'expertise dans la consultation et un temps qui fait gagner du temps au médecin. »

En avançant un peu plus dans l'échange, et au détour de question sur la reconnaissance de ses collègues comme experte pour déterminer si un projet relève de la recherche infirmière ou pas, je saisis l'occasion pour lui demander les critères d'une recherche infirmière.

Elle me présente le « *bénéfice pour le patient ou pour l'équipe. Et ensuite, c'est le fait que, il y ait des évaluations cotées qui permettent un regard objectif et comptable en termes de statistiques pour montrer une avancée. Donc euh ... tout travail, même très très bien mené, qui n'est pas ... qui n'a pas l'état des lieux, qui n'est pas en mesure de faire un comparatif avec euh Chiffré ou observable, n'est pas une étude ! hum !* ». Apparaissent ainsi des termes économiques, et l'usage des chiffres pour établir des rapports de normes et donner de la scientificité permettant d'attribuer la valeur d'étude à un travail.

Diffusion de la production des savoirs

L'étude a été présentée dans une revue médicale ainsi que par un « *poster dans un congrès à l'étranger avec un médecin* », et par une présentation par Ambre aux Journées Mères-Enfants de la Francophonie à Paris.

A ma question très précise sur une publication en français dans une revue professionnelle française, elle me répond par la négative et me donne un élément sur lequel je n'ai pas su rebondir :

« non non ! [...] ce qui a pu être proposé, c'est la façon dont on a pu amener l'équipe peu à peu à travailler sur des données au sein du service et à leur renvoyer une compétence. Donc c'est plus la démarche managériale utilisée que les résultats de l'étude. ». Cela m'interpelle par rapport à la diffusion des savoirs auprès des professionnel.le.s ayant participé, par rapport à l'amélioration des pratiques, et par rapport à l'acquisition de compétence de recherche.

La non publication dans une revue de soins ou de Recherche Infirmière, mais dans une revue médicale révèle-t-elle de la modestie voire de l'autocensure ? ou la considération du travail des paramédicaux comme exclusivement du recueil de données au service des médecins ?

Je ressens ce positionnement comme non valorisant pour les infirmier.es, les laissant dans l'ombre, au profit d'une reconnaissance publique des dirigeants médecins et cadres de santé. Le statut hiérarchique ferait office de filtre pour les personnes autorisées à montrer ce qui a été fait par l'équipe soignante et vis-à-vis des résultats.

Satisfactions personnelles et professionnelles

J'ai ressenti la satisfaction d'Ambre face à la réalisation jusqu'à son terme de la conduite d'un projet de nature qu'il lui était inédite jusqu'alors, ainsi que la reconnaissance de ses pairs cadres de santé.

D'autre part, j'ai l'impression que ses interventions « recherche pour les cadres » en école de cadre de santé auprès des étudiants cadres, ne lui semblent pas utiles puisque « *Ils en sont pas là, ils sont plutôt dans le questionnement de « quel est le positionnement le plus juste et comment on s'insère dans un positionnement de cadre » plutôt que dans la recherche infirmière* ». Cela m'interroge : parle-t-elle réellement des étudiants cadres ou de son propre positionnement ?

Par contre, elle exprime beaucoup plus d'intérêt pour des interventions en Instituts de Formation d'Infirmières Spécialisées en pédiatrie, en évoquant la professionnalisation et l'acquisition de compétences au sein du service et par la réflexivité sur le travail du quotidien.

5.3.2 Une infirmière aux influences anglaises

C'est par l'intermédiaire d'une amie d'un réseau de coordination de cancérologie que je me suis rapprochée de Mary qui m'a reçue à son domicile, préférant que notre entretien se déroule dans la discrétion, en dehors de son milieu professionnel. Je pense qu'elle a accepté ma demande pour deux raisons. La première serait un témoignage de relation de confiance et d'estime envers mon amie avec qui il lui arrive de travailler. La seconde répondrait à notre intérêt commun pour la recherche infirmière et l'envie de partager une vision de notre profession sachant comme elle le dit dans l'entretien « *Alors moi, j'ai un parcours assez atypique comme vous !* ». Pour ma part, avant notre entretien, je sais qu'elle est infirmière, d'origine anglaise et formée en tant qu'attachée de recherche clinique. Les attaché.e.s de recherche clinique travaillant essentiellement sur des projets de recherche médicale, la proposition de mon amie m'inquiétait mais le lien avec la culture soignante anglaise m'attirait pour aborder mon travail. Cela m'a semblé assez rare pour saisir l'occasion d'orienter un entretien sur cette spécificité. L'accueil à son domicile a été chaleureux, « a tea time » dans sa cuisine le 24 octobre 2018 de 10h30 à 12h30. L'entretien en lui-même a duré

1h22, fluide, simple, et s'est déroulé après et avant deux temps d'échanges informels. Mary a eu avec une voix douce un débit de paroles tranquille, un discours ponctué par des rires me laissant ressentir tour à tour de l'humour ou de l'autodérision.

Commençant l'entretien par quelques questions générales sur son parcours professionnel et son intérêt pour la recherche, elle évoque ses parents, couple franco-britannique, ainsi que sa formation d'infirmière et ses premières années d'exercice professionnel en Angleterre avant de revenir vivre en France.

A propos d'altérité : « Le choc culturel professionnel a été très fort »

Ce ressenti lui permet de décliner son identité professionnelle anglo-saxonne par opposition à ce qu'elle découvre en arrivant sur l'Hexagone.

« J'avais beaucoup de perspectives là-bas et quand je suis arrivée là, c'est grande dépression ! parce que je me suis dit : « comment je vais m'en sortir ? parce que je veux pas faire ça, je veux pas faire ça ; j'ai un salaire de merde ! pardon ! [...] et j'ai failli repartir très vite ; finalement j'ai trouvé l'amour de ma vie mais euh ... mais je ne serai pas restée pour le travail ! je serai repartie ! ouais ! »

Mais sa manière d'être, d'aborder les soins et de maintenir une veille professionnelle lui a permis de se démarquer aux yeux d'un médecin chef de service pour entrer dans un cercle fermé d'acteurs de recherche médicale et se former à l'activité d'attachée de recherche clinique (ARC) qu'elle présente ainsi : *« ça fait quand même partie de notre mission. Et ça je pense que c'est très ancré en moi depuis ma formation initiale et mon expérience en Angleterre où il y avait déjà des infirmières de recherche, des services entiers de recherche, voilà, c'était pas inconnu pour moi. Ce métier n'était pas inconnu pour moi. »*

Identité professionnelle

Mary recontextualise l'appropriation de son identité professionnelle dans la période de ses études et est capable d'exposer sa conception de la profession de façon posée, avec réflexivité, calme et fermeté pour la revendiquer dans un environnement qui n'y est a priori pas favorable en France. Elle montre sa détermination à ne pas renier ses valeurs sans se montrer hostile au système, capable de l'analyser pour stratégiquement trouver une place compatible avec sa philosophie soignante : une prise en charge globale des patients, le goût de la relation aux personnes soignées, un moindre intérêt pour les gestes techniques, et l'importance d'une activité intellectuelle.

Elle occupe un poste dans une équipe mobile d'évaluation gériatrique et travaille ainsi en réseau et transversalité, lui procurant une double activité, clinique et de recherche.

Positionnement : « Je trouvais que c'était trop paternaliste »

Cette remarque me fait écho aux propos d'Ambre dans sa description du lien de subordination au médecin pour s'inscrire dans la recherche paramédicale. Mary compare les relations médecin / infirmier.e en Angleterre et en France. Son étonnement a porté sur l'absence de reconnaissance de complémentarité entre les deux professions, les médecins dans une position

de domination sur les infirmier.e.s. La possibilité de devenir rapidement ARC lui a permis de retrouver un positionnement professionnel cohérent avec ses références antérieures et sa conception des relations d'interprofessionnalité. Il ne s'agissait pas simplement de saisir l'opportunité de la formation d'ARC mais aussi d'agir pour se positionner et se sentir reconnue et respectée dans le fonctionnement hospitalier français : « *je me suis arrangée pour être dans un positionnement comme ça où on était complémentaire finalement. Et ce métier de recherche justement, qui s'est développé, moi ça m'a permis d'y trouver mon compte en fait. [...] Et y avait un vrai respect, je trouve, du métier de chacun vers une cause commune.* »

Sa conception de la recherche infirmière

Elle conçoit une activité infirmière selon une « *prise en charge globale du patient, holistique* ». Travaillant dans une Equipe Mobile de Gériatrie, elle a développé une relation complémentaire médecin / infirmière dans un service d'oncologie gériatrique. La confiance instaurée lui a permis de faire reconnaître ses compétences en recherche comme certaines de ses collègues ont développé une autre spécificité du travail sur cette équipe mobile.

Elle souhaite élaborer un PHRIP concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences. De ce point de vue, elle est en accord avec l'évolution de la population française qui est de plus en plus vieillissante et pour qui les besoins liés à la dépendance sont en constante augmentation.

Elle voit aussi dans l'activité de recherche des connaissances à partager avec l'ensemble des infirmier.e.s et médecins concernés par la prise en soins de ces personnes vieillissantes. Elle a conscience des difficultés organisationnelles et financières à l'origine des restrictions de formations. Elle montre là encore une capacité d'adaptation en étant force de proposition d'actions pédagogiques de sessions limitées à 3/4h – 1heure sur l'amplitude de travail aux heures où le nombre de patients est généralement repéré moindre par des études de flux.

Elle mise sur la démarche de recherche et sur la transmission de connaissances qui « *peut changer des mentalités pour une autre prise en charge possible, ça nous permet d'évaluer et donner cette opportunité d'innovation* »

Elle apporte ici un esprit collectif, et empreinte de l'ensemble de son discours, et en écho, la responsabilité de chacun pour que l'ensemble du collectif ait une cohérence de fonctionnement. Son regard est systémique, ce qui lui permet peut-être cette mise à distance pour évaluer le contexte avant d'engager un processus de changement et de projet. Elle s'est renseignée sur les PHRIP par des expériences de collègues infirmières en dehors de l'établissement et de la région où elle exerce. Elle montre ainsi que ses références sont paramédicales et, sans écarter le corps médical, que la recherche infirmière doit émaner des infirmières. A ce titre, elle a pu remarquer des collègues qui montrent une résistance à cette nouvelle activité : « *moi de toute façon, la recherche je ne m'en occuperai pas !* ». Elle explique la peur du changement et une représentation de la recherche : « *je pense qu'elle avait une représentation trop compliquée* »

Pour ce qui est de la validité scientifique, elle dit la baser sur « *une méthodologie qui tienne la route, une analyse stats qui soit parlante ... s'entourer de personnes qui sont reconnues scientifiquement* »

S'appuyant sur son expérience en Angleterre, elle semble faire la différence entre les pratiques avancées et la recherche et dit par contre que ces deux activités sont complémentaires l'une de l'autre.

L'ensemble de son discours donne la sensation qu'il est possible pour les infirmières de prendre leur destin en main pour le futur de leur profession, pour atteindre un degré d'autonomie et pouvoir être reconnues dans leurs compétences et par un salaire à la hauteur de celles-ci.

Elle mesure qu' « *il y a du boulot pour changer les mentalités !* » alors que les conditions offertes par l'europeanisation sont favorables au développement de la recherche par les infirmières si elles saisissent le sens de la démarche.

5.4 Chapitre 3 : Deux informateurs en surplomb

5.4.1 Un infirmier docteur de philosophie de sciences et épistémologie

Un curriculum vitae impressionnant

Le parcours professionnel de Pierre et son Curriculum Vitae sont impressionnants, un cheminement du diplôme d'Etat d'Infirmier, puis d'Infirmier Anesthésiste à un Doctorat de philosophie de sciences et épistémologie en 2009, ayant développé des compétences et expériences professionnelles en pratique clinique, recherche, enseignement et management.

L'ayant écouté en conférence il y a quelques années, une fois à Brest et une autre fois à Angers, il m'a semblé suffisamment abordable pour que j'ose me rapprocher de lui pour ce travail de master.

Une rencontre via Skype

J'étais dans le Sud-Est de la France à la date de la programmation de notre entretien, et n'ayant pas été satisfaite du mode de communication téléphonique avec Ambre, j'étais prête à aller à sa rencontre en Ile de France. Pour m'éviter ce déplacement supplémentaire, Pierre m'a proposé l'outil de vidéoconférence Skype. Ne l'ayant jamais utilisé auparavant, une mauvaise manipulation au démarrage, et nous nous retrouvions dans une situation particulière où je le voyais mais en revanche cela n'était pas le cas en sens inverse. Il a fait preuve de compréhension, de patience et de bienveillance : « *ce sont des choses qui arrivent !* ». Dépassant cet incident, nous avons tout de même mené cet entretien, limité à une heure en raison d'obligations professionnelles non programmées dont il m'avait prévenue quelques heures auparavant par message électronique.

Un discours analytique

Au début de l'entretien, j'ai pris un temps assez important pour me présenter professionnellement du fait d'activités similaires en anesthésie et en posture de cadre de santé

exerçant dans le domaine de la pédagogie. D'autre part, j'ai aussi abordé cet échange par mes étonnements vis-à-vis des deux entretiens préalables et d'actualités qui me questionnaient. Ainsi j'orientais la discussion pour obtenir des éclairages. Pierre a un discours moins narratif et plus analytique sur la construction de l'activité de recherche par les infirmier.e.s et cadres de santé.

Les lieux où se développe la recherche

Nous abordons en premier lieu les professionnel.le.s engagé.e.s dans cette activité de recherche infirmière. Faisant référence au bilan des cinq premières années de PHRIP, il cible les cadres de santé comme étant peu porteurs des PHRIP. Il met en lien ce fait avec la formation des cadres de santé dont la réingénierie est annoncée depuis plusieurs années sans aboutissement aujourd'hui.

De ce fait, les infirmier.e.s sont plus nombreux.ses et ce d'autant qu'ils / elles travaillent dans un Centre Hospitalier Universitaire car :

« C'est eux qui avaient l'habitude de toute façon d'avoir de l'activité recherche dans leur établissement »

Mais le développement de la complémentarité des structures de soin sur les territoires sanitaires facilite la diffusion des programmes de recherche et entraîne des CH dans la démarche. C'est d'ailleurs ainsi qu'Ambre exprime la collaboration avec des hôpitaux qui deviennent centres de recueil de données et que l'étude devient multicentrique.

Une communauté de chercheurs ?

J'ai alors rebondi sur la notion du maillage territorial pour aborder celle du réseau et du « travailler ensemble ». Pierre fait référence à la sociologie des disciplines et la temporalité dans leur maturation, ce qui lui permet d'évoquer une certaine solidarité et entraide dans un groupe social précurseur et de poursuivre par :

« Mais ça, c'est au début parce qu'après, on voit très bien que ... dans la mesure où les projets de recherche sont quand même très concurrentiels, ça limite la notion de groupe où on se retrouve ! c'est-à-dire qu'ensuite, vous pouvez aussi vous dire « ben attention, les groupes sont importants mais là si j'ai un sujet et si je veux le déposer, je ne veux pas qu'on me le prenne ! c'est le mien, c'est ma propriété » voilà ! c'est ça ! »

Indépendamment des positionnements de ce type, il évoque d'autres facettes du positionnement des infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche :

« On voit bien qu'il y a des choses qui ont tenté de se mettre en place, qui amène plutôt à une série de sous-communautés plutôt, à mon sens, qu'à une vraie communauté »

Ces sous-communautés auraient des aspirations différentes par leur conception de l'activité. En nommant d l'Ordre National Infirmier et l'Académie des Sciences Infirmières, il définit la recherche par la production de savoirs qui concerne un petit nombre d'infirmier.e.s et la diffusion et transfert des connaissances qui les concerne tous / toutes. D'autre part il expose la conception nationale, francophone ou largement internationale de certains sous-groupes d'une communauté de chercheurs, communauté qu'il remet en question par l'ensemble de ces divergences.

Il présente l'Académie des Sciences Infirmières qui si elle me paraît peu connue, suscite de sa part le constat d'une augmentation d'inscriptions individuelles et d'« associations qui sont membres de cette Académie ... y a vraiment un nombre croissant qui ont soit créé des sociétés savantes soit ont lancé des activités visant à promouvoir la recherche, à promouvoir l'utilisation des savoirs scientifiques. »

Académie et Sociétés Savantes

Il me semble important à ce stade de faire un aparté pour s'arrêter sur ce terme de Sociétés Savantes. En référence à un article de la revue *Recherche en Soins Infirmiers*, les auteurs s'interrogeant sur sa définition font appel à :

- Régis Bertrand, historien : « *la Société Savante est une association de recherche dont les principes et les fins sont scientifiques, c'est-à-dire susceptibles d'esprit et de méthodes critiques. La volonté de ses membres d'en savoir davantage sur un sujet les conduit à remettre en cause leurs savoirs acquis et les corriger et leur curiosité les conduit à dépasser le cadre étroit de leur champ d'investigation et de ses sources à la fois par un effort bibliographique plus large et un effort conceptuel.* »¹³⁶
- Philippe Manneville, historien : « *comme un lieu de mémoire, un conservatoire où l'on sauve et maintient vivante une mémoire mais aussi un laboratoire, lieu vivant et foisonnant où s'élabore de nouvelles théories, espace devant continuer à montrer la voie, à défraîchir des champs mal explorés.* »¹³⁷
- Un représentant du ministère de l'éducation nationale (sans précision) : « *un tissu associatif vivant* » et « *un des canaux de relations entre la recherche savante et la société civile* »¹³⁸
- Jean-Pierre Chaline, historien : « *mener à bien la diffusion la plus large possible du savoir dont elles sont les créatrices et les dépositaires.* »¹³⁹

Développer un esprit de recherche : « plusieurs facteurs »

Pierre se détache de constats pour se positionner personnellement avant d'exprimer :

« *je ne suis pas sûr qu'on ait pris complètement la bonne stratégie puisqu'on s'est beaucoup focalisé sur la production de savoirs scientifiques* ».

Il précise qu'une faible part des professionnel.le.s participe à cette élaboration de savoirs, qu'ils / elles sont encore moins nombreux.ses à en avoir acquis les compétences, et qu'il faut poursuivre en ce sens. Malgré tout : « *On laisse un peu de côté l'utilisation adéquate des savoirs scientifiques qui au contraire concernent tout le monde.* »

¹³⁶ GUILLOT, Muriel, ROSELLO, Jocelyne. « Une société savante : de quoi parlons-nous ? L'ARSI : une société savante ? » *Recherche en Soins Infirmiers*, n°92, janvier 2008, pp.3-4. Mis en ligne sur Cairn info le 01/01/2014. <https://doi.org/10.3917/rsi.092.0003>

¹³⁷ Ibid

¹³⁸ Ibid

¹³⁹ Ibid

Il cite alors les équipes pédagogiques de formation initiale et post-diplôme pour lesquelles :

« parfois y a encore une difficulté autour des activités de recherche, de la manière qu'on aborde les unités d'enseignement [...] ça demande encore des clarifications, c'est ce qui explique aussi qu'on a énormément d'équipes pédagogiques qui souhaitent travailler sur ces questions-là, qui mettent ce sujet-là dans leurs priorités [...] de façon à aller chercher et développer des compétences spécifiques sur ces sujets-là, que ce soit en individuel ou que ce soit en collectif sur par exemple des projets de formation-action [...] pour réformer par exemple un dispositif. »

Il constate une hétérogénéité des orientations des sujets et méthodes utilisés par les cadres formateurs pour mener les enseignements de recherche.

Il remarque tout d'abord l'antériorité *« des méthodes de sciences sociales qui sont quand même éloignées des méthodologies de santé. »*

Il repositionne l'objectif de la formation des étudiant.e.s en soins infirmiers obtenant un Diplôme d'Etat et un grade Licence : *« c'est qu'en licence, on forme pas des chercheurs, on forme des utilisateurs. »* S'appuyant sur des bonnes pratiques décrites dans la littérature étrangère, il orienterait plutôt les objectifs pédagogiques pour les étudiant.e.s vers l'identification de situations cliniques à questionner, la capacité à explorer une recherche bibliographique et en faire une lecture critique et enfin à utiliser l'Evidence Based Nursing, l'EBN qui *« n'est pas énormément enseigné »*. Il considère enfin la méconnaissance de l'EBN comme un problème d'ampleur.

Infirmier.e de Recherche / Infirmier.e de Pratiques Avancées (IPA) : « il y a une énorme confusion actuellement où on a effectivement l'impression que la Pratique Avancée c'est de la recherche ! ben non ! »

Relatant mon sentiment d'amalgame entre recherche infirmière et pratiques avancées, Pierre confirme un discours ambiant porteur de confusion alors que les textes officiels (arrêtés) de formation sont explicites. Il relate avoir rencontré des personnes s'orientant vers les pratiques avancées dans l'optique de faire de la recherche alors que les IPA ont vocation à avoir une activité clinique. Il s'agirait d'une activité clinique basée sur un raisonnement clinique spécifique et expert dans un domaine de la santé, ce qui nécessitera, certes, une veille professionnelle précise.

A distance, ce constat me questionne : sous-entend-il des erreurs d'orientation en formation et en projet professionnel par une difficulté à s'autodéterminer individuellement ? ou à être incorrectement renseigné.e et aiguillé.e par des cadres de santé dans le paysage soignant en cours de reconfiguration ? ou à répondre à des objectifs institutionnels sans mesurer l'écart entre leurs représentations et les attendus ?

Recherche infirmière et scientométrie : « si on s'intéresse au développement de la recherche on s'intéresse au développement de la recherche au niveau international puisque c'est une activité qui par nature est internationale »

En écho à l'idée d'une communauté de chercheurs vue précédemment, Christophe Debout explique sa vision face à un certain nombre de chercheurs qui se cantonneraient à la Francophonie. Qui plus est, il conçoit l'imbrication des activités de formation et de recherche avec pour référence *« les pays qui très tôt ont été dans une universitarisation. [...] En France, ça va pas encore de soi ! »*.

Le « clin d'œil » aux pays anglosaxons se poursuit par la nécessité de publier en langue anglaise dans des revues permettant de « ramener un maximum de points SIGAPS¹⁴⁰ ». La recherche s'associe alors à une activité lucrative, une recherche de reconnaissance universitaire priorisée à celle professionnelle, ce qui impacte la diffusion des savoirs aux professionnel.le.s n'ayant pas facilement d'accès matériel à des bases de données et d'accès linguistique à l'écriture en langue anglaise.

Cette quête de reconnaissance par la validation d'un sujet, le financement du projet qui en découle et la publication amène à regarder les commanditaires et le positionnement envisageable des chercheurs. Ainsi la recherche infirmière ne peut visiblement se développer actuellement que sous l'angle de la qualité des soins / gestion des risques, mesurable par l'EBN.

Pierre confirme les critères de sélection d'un projet de recherche :

« y a un certain type et un certain nombre. C'est-à-dire que si ce n'est pas un essai clinique randomisé, vous avez quand même très très peu de chance. Faut être clair ! D'ailleurs le Ministère ne s'en cache pas ! »

5.4.2 Une ingénieure en recherche : ouverture internationale en Suisse

Contactée par mail le 15/01/2019 avec comme objet : « Master UBO Brest », cette ingénieure en recherche m'a fait réponse positivement très rapidement par retour de mail le 17/01/2019. Un rendez-vous a été fixé le 13/02/19 à 15h dans l'institution pour laquelle elle travaille.

J'ai préparé cette rencontre en fonction de son Curriculum Vitae, et notamment son parcours international en lien avec la recherche infirmière . Je souhaitais élargir mon regard au niveau international.

Allant à sa rencontre, elle avait organisé le déroulement de l'entretien dans son bureau. Un espace était préparé afin que nous puissions échanger en tête-à-tête autour d'une table sur laquelle j'ai posé le nécessaire pour prendre des notes et un enregistreur vocal. J'avais préparé mon guide d'entretien comme à l'accoutumée. Après un accueil chaleureux et sachant qu'elle m'accordait une heure de son temps, je lui ai demandé d'emblée son consentement pour enregistrer notre discussion. Alors que je ne m'attendais pas à sa réponse : « *ça dépend pour quoi faire* », étonnée et un peu déstabilisée, j'ai réajusté le démarrage de notre rencontre en présentant le type de travail que je réalise : cadre universitaire de master, sujet de ma réflexion et utilisation d'entretiens pour enrichir mon étude. « De fil en aiguille », les échanges se sont construits avec une implication mutuelle dans une relation duale, de manière bien éloignée des autres entretiens au cours desquels je ne me livrais quasiment pas. Cet entretien restera au final un entretien informel, non enregistré, que je qualifierais de pédagogique. En effet, attentive à mes questionnements, ma démarche, mes références, ma perception et compréhension des phénomènes, elle m'a permis de pointer certains écarts méthodologiques, redéfinir le sens et la nature de mon travail, de souligner des insuffisances

¹⁴⁰ SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques

de connaissances (revue de littérature) et des incohérences de raisonnement, et enfin de m'orienter vers certains auteurs plus précisément et articles spécifiques.

Je garde de ce partage « la piqûre de rappel » de ne pas partir « *tout de go* » en considérant acquis d'emblée le consentement d'enregistrement de l'interviewé. Du rôle d'informatrice que j'avais envisagé en allant à sa rencontre, elle « a pris » la main et la direction de l'entretien dans une posture pédagogique tout en gardant la plus grande réserve quant à ses travaux. Et pourtant, c'est en repensant à ces quelques bribes, notamment à propos de sa dernière recherche, que le lien m'est revenu entre la recherche infirmière et la santé publique, l'éducation thérapeutique et le rôle éducatif des infirmier.e.s.

Je suis sortie extrêmement déçue de ce temps qui avait impliqué pour moi un déplacement lointain et un investissement important dans la portée de cette rencontre, en temps, énergie et coût financier. Un « léger » sentiment de colère n'a pas été sans faire sourire mon cousin helvète : « *Tu ne savais donc pas que Genève est le pays du silence ?* » Était-ce cela qui s'était joué ? Une protection de sa propriété intellectuelle ? Le pouvoir de la maîtrise de la diffusion du savoir ? Étais-je digne du partage de connaissances ? Le rapport n'était-il pas à la hauteur pour elle du don / contre-don ? Néanmoins, avant de partir, lui signifiant que je n'avais pas réussi à accéder à sa thèse ni à certains de ses articles, elle me transmet par voie électronique certains de ses écrits en format PDF¹⁴¹. J'y vois les prémices d'un certain rapport de confiance qui s'est peut-être malgré tout tissé : m'a-t-elle considérée digne d'entrer dans un cercle d'« initiés » ?

5.5 Chapitre 4 : Un CHU et des porteurs de projets de recherche infirmière

5.5.1 Zoom sur un CHU épicerie de recherche infirmière

5.5.1.1 Présentation des professionnel.le.s

Les trois porteurs de projet de recherche infirmière ont en commun un exercice de plusieurs années dans un service commun : la réanimation médicale où ils se sont connus et ont été managés par le même cadre de santé, devenu coordonnateur de recherche.

Justine, infirmière en service de Néphrologie - Dialyse – Transplantation est investigatrice d'un programme de recherche infirmière financé à hauteur de 90% par la DGOS et 10% par le CHU.

Rose, infirmière de réanimation médicale est investigatrice d'un projet interne au CHU.

Clément, infirmier du service des Urgences, est investigateur d'un PHRIP ayant obtenu un financement conséquent.

¹⁴¹ PDF : abréviation de Portable Document Format

Parmi les trois infirmier.e.s présenté.e.s succinctement précédemment, seul Clément a été formé selon le référentiel de formation 2009 : diplômé en 2012, il faisait partie de l'une des premières promotions à avoir expérimenté le « nouveau référentiel » selon l'expression de l'époque.

5.5.1.2 Contexte des rencontres

Lors de la prise de contact mi-janvier 2019, Rose me donne une réponse positive dès le lendemain de mon envoi de mail : « *je serai ravie d'échanger avec vous sur l'un des jours proposés. Je reviens vers vous très rapidement pour vous confirmer mes disponibilités* ».

Clément s'est montré encore plus réactif, me répondant le jour même, me précisant qu'actuellement étudiant en 1^{ère} année de master en sociologie, il ne pourra m'accorder qu'une heure de son temps en regard de ses diverses activités.

Justine me transmettra rapidement : « *En tant que professionnel investie dans la recherche, je ne peux répondre que positivement à votre requête.* »

Je les ai rencontrés individuellement les 20-21 et 22 février 2019 en divers endroits du CHU. Si je n'utilisais qu'un mot pour nommer ma première impression lorsque je les ai rencontrés visuellement, ce serait la prestance de Justine, le sourire de Rose et le froncement des sourcils de Clément.

Justine a obtenu un bureau dans lequel elle m'a reçue le temps de notre entretien. Il est en retrait du service, lumineux aux couleurs jaune pâle et blanc, haut de plafond, avec une fenêtre. Nos paroles ont tendance à résonner. L'ensemble crée une atmosphère que je ressens assez froide et qui me rappelle les bureaux des « surveillantes » d'un CHU où j'ai travaillé au début de mon parcours professionnel.

J'ai rencontré Rose dans le service de soins au niveau d'une pièce communément appelée « salon des familles ». Elle comporte quelques sièges, une table basse ; les murs sont de couleurs bleue et verte ; il n'y a pas d'insonorisation et on peut entendre les bruits provenant du couloir tels que des personnes qui s'interpellent, la laveuse-cireuse électrique pour le sol ... je retrouve l'ambiance de vie d'un service de soins où les professionnel.le.s sont nombreux.ses.

Clément m'a donné rendez-vous devant la porte d'entrée du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) à côté du service des Urgences. Le point de rendez-vous avait été choisi pour me faciliter le repérage. Et effectivement, il m'a ensuite conduit par le dédale d'un couloir sombre jusqu'au bureau qui lui a été octroyé pour s'isoler et travailler. La pièce est petite, sans fenêtre, à la lumière électrique. Un antre avec deux bureaux, des ordinateurs, quelques étagères, des livres et des papiers ... une ambiance de pièce où on imagine plutôt y entreposer du matériel inutilisé, isolée mais sans créer de sentiment d'insécurité.

5.5.2 Mise en perspective des discours

La question de l'anonymat

Ayant pensé en amont à la restitution et l'utilisation des données issues des entretiens, j'avais envisagé avant ces rencontres à ne pas anonymiser les discours pour conserver tous les détails spécifiques pouvant préciser les contextes d'expression. Je n'envisageais pas alors la diffusion de ce travail au-delà du jury de master. C'est ultérieurement que tous les interviewés ont été anonymisés.

Pour Justine la question de l'anonymat l'a surprise « *c'est la première fois qu'on me pose cette question* ». En explicitant la démarche, elle est d'emblée favorable. Il en a été de même pour Rose et Clément. Leur accord m'était précieux. Au troisième entretien, celui avec Clément, je lui fais remarquer que de valider ma démarche montre un engagement de la part des interviewés vis-à-vis des travaux de recherche. Il m'explique alors que cela lui « *semble en tout cas logique et important de pouvoir mettre un nom, un visage sur des dires ... ça participe aussi de la concrétisation de cette recherche infirmière ... quelque chose qui peut motiver l'expansion de cette recherche infirmière qui je trouve n'a pas encore la place universitaire pour les autres disciplines et si on ne met pas chacun notre patte et notre nom, elle en restera là !* » Je perçois ici la volonté de faire valoir ce que les infirmier.e.s sont en mesure de réaliser alors que cette reconnaissance n'est pas acquise.

Les points d'accroche au démarrage des entretiens

Justine expliquera assez longuement et en détails son parcours professionnel, les débuts de sa recherche et les liens qu'elle entretient avec le coordonnateur de recherche. Rose va quant à elle orienter son discours sur sa conception de la prise en soin entre les aspects relationnel et technique de la profession, le raisonnement clinique, le questionnement professionnel, la curiosité, l'envie d'apprendre et la réflexivité. Clément présente très rapidement le PHRIP dont il est porteur en l'inscrivant dans la poursuite d'une réflexion engagée dès sa formation d'infirmier, pour un protocole qu'il catégorise « *mi-sciences infirmières mi-sciences sociales* »

Leur choix de devenir infirmier.e, parcours professionnel

Justine a obtenu son Diplôme d'Etat d'Infirmière en 2003. Elle a travaillé onze ans en réanimation médicale, puis un an dans le service de soins de transplantations rénales.

Pour Rose, devenir infirmière n'a pas été un choix immédiat. Il lui aura fallu passer par une université de médecine et vivre certains événements pour reconsidérer son choix professionnel en regard de ses valeurs et de sa volonté d'être au plus près des patients : « *je voulais être dans le soin, je voulais du contact, je voulais de l'humain, et je me suis dit « pourquoi pas infirmière ? »* ». Diplômée en 2011 selon le référentiel de formation précédent, ce second choix est confirmé par son exercice actuel d'infirmière en réanimation : « *je trouve qu'il y a un bon équilibre entre le relationnel patient-famille et la technique - démarche réflexive* ». Elle propose sa conception du rôle dit « rôle propre » de l'infirmier.e, des soins d'hygiène jusqu'au regard critique sur les prescriptions médicales avant de les appliquer ainsi que la surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients : « *on est aussi entre guillemets les yeux des équipes médicales sur une éventuelle*

dégradation, ou une dégradation ! mais c'est aussi là, cette petite expertise, je pense qui vient avec le temps et au fil des expériences, et qui peut, je pense, alerter précocement les équipes médicales. »

Pour Clément, évoquer son parcours professionnel en commençant par un éventuel lien entre le référentiel de formation et son envie de faire de la recherche a coupé court cet item pour aller d'emblée sur l'ingénierie des unités d'enseignement dédiées à la recherche en IFSI. Mais le PHRIP qu'il mène nous permet d'aborder un exercice infirmier dans le service des Urgences.

Leur cheminement professionnel et approche de la recherche infirmière

Depuis 2016, Justine occupe un poste de travail à temps partiel (80% équivalent temps plein) dont 20% dédié à la recherche. C'est parce qu'elle avait l'envie de faire de la recherche et qu'il y avait un temps détaché pour cette activité qu'elle a accepté ce poste. Elle a eu l'idée du PHRIP qu'elle mène au cours de son exercice infirmier à partir de son incompréhension face à une pratique professionnelle. C'est en en parlant avec le coordonnateur de recherche que celui-ci l'a encouragée à mener une recherche.

Rose évoque une période charnière entre sa formation dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers de « petite taille » sous-entendant des stages dans un établissement de rattachement probablement de type Centre Hospitalier et son arrivée au Centre Hospitalier Universitaire, en réanimation. Dans ce contexte, il lui a fallu continuer à développer des connaissances et son analyse des situations de soins : « *on nous laisse la possibilité d'avoir ce raisonnement clinique. On nous le demande aussi parfois.* ». Son cheminement professionnel tient aussi à « *une autre manière de travailler avec des internes et des externes* » et à des formations spécifiques aux techniques de soins dispensées dans les services de réanimation. Rose associe sa démarche de recherche à un intérêt pour cette activité antérieur à son engagement. Ainsi, elle parle de lectures professionnelles en anglais qui l'ont incitée à suivre une formation en anglais pour se mettre à niveau, ainsi qu'une formation à l'initiation à la recherche infirmière menée dans le CHU et au fait de « *participer à des congrès aussi, c'est important !* » dont les Journées Francophones de Recherche en Soins organisées par le CHU d'Angers. Cet attrait pour la recherche a été entretenu par une dynamique instaurée dans le service de soins par le cadre de santé : « *y avait toujours une démarche de questionnement sur pourquoi on fait les choses ? dans quelles conditions ? donc, ça a commencé comme ça ...* ». La concrétisation a pris forme à l'issue d'une formation à l'initiation à la démarche de recherche, en commençant dans un collectif de participants par un « *premier mini-projet* ». Je mesure à ce moment de l'entretien que la rencontre et la relation de travail avec le cadre de santé ont permis à Rose de dévoiler son potentiel dans l'activité de recherche : « *après, j'ai été contactée par ... (coordonnateur de recherche) pour un projet de recherche en lien avecen partenariat avec l'équipe médicale ... on est venu me chercher [...] on est venu me chercher, entre guillemets ! [...] on a pensé à moi pour ce projet. Donc, c'est un projet qui a été financé par le CHU, qui est toujours en cours, qui est sur la clôture, et qui cherchait à savoir si un protocole élaboré de formation qui comprenait une partie de e-learning et une partie de simulation, pouvait permettre d'apprendre une technique particulière à des professionnels paramédicaux notamment des infirmiers [...]est-ce qu'on est capable de mettre en place un protocole de formation réutilisable à d'autres techniques pour former des paramédicaux à des techniques ...* ». Cette recherche se situe donc en dehors d'un PHRIP. Le projet a été proposé à Rose et semble répondre à une demande médicale. Même si la recherche est axée sur le mode de formation à l'acquisition d'un geste, il

semblerait qu'il s'agisse en arrière-plan d'une volonté de transfert de compétences techniques des médecins vers les infirmier.e.s. Cela pose la question d'une part de la délimitation de ce qui peut être prescriptible et d'autre part du positionnement infirmier vis-à-vis de cette demande. Est-ce dû à la démographie médicale ? Si Rose avait l'intention de s'investir dans la recherche en soins infirmiers, cette proposition était une opportunité qu'elle a su saisir. Mais si cela n'avait tenu qu'à son rythme, peut-être aurait-elle attendu plus longtemps pour s'y préparer un peu plus car elle dira plus tard dans l'entretien combien elle n'imaginait pas ce que ce projet représentait comme charge de travail et comme compétences nécessaires : « *« je n'imaginai pas !!![...]j'ai vraiment été portée par la vague [...] parce que je ne voyais pas à 10 mètres quoi !* ». Par contre, les nouvelles technologies, comme l'e-learning et la simulation, ne semblent pas la mettre en difficulté, ce qui peut être pensé en regard de sa génération.

Clément se démarque par une idée mûrie depuis l'« école d'infirmier » et qu'il poursuit au-delà du PHRIP dont il est porteur et non finalisé à ce jour, par une formation universitaire en sociologie avec l'ambition de la finaliser par un doctorat.

Les thématiques des projets de recherche

Le questionnement sur un geste technique est au cœur de la recherche de Justine : il s'agit d'un geste réalisé par les infirmier.e.s selon deux méthodes, et des risques engagés pour le patient. L'étude est donc basée sur une comparaison de résultats selon les deux méthodes de soins. La recherche concerne les sciences médicales. Pour Rose, un geste technique est utilisé comme support d'une recherche sur la méthodologie d'apprentissage de celui-ci. Le projet serait donc plus guidé par les sciences de l'éducation. Enfin, Clément aborde le soin par une dimension relevant des sciences humaines.

Pour schématiser leur positionnement vis-à-vis de la recherche, je dirais que pour :

- Justine, « la recherche, c'est des chiffres »
- Rose, « la recherche, c'est la réflexivité » (terme qu'elle utilise à la place de réflexivité)
- Clément, « la recherche c'est aussi travailler sur les représentations »

La recherche infirmière dans une institution de soins partie prenante

Les trois interviewés exercent leur profession soignante dans une institution mettant à disposition des moyens pour que la recherche infirmière soit soutenue.

Ils évoquent tous les trois le rôle majeur du cadre de santé (devenu coordonnateur de recherche) à leurs côtés pour son soutien à tout moment selon leurs besoins tant méthodologique que d'accès à des banques de données bibliographiques et à des formations. Leurs relations antérieures sont la base d'une confiance et d'une reconnaissance dans la valeur de chacun.

J'ai eu l'occasion de rencontrer un étudiant cadre de santé de cet établissement. Lui expliquant ma sollicitation de rencontre auprès du coordonnateur de recherche, il a réagi par : « tu vas voir LE Maître ! »

L'aide méthodologique est aussi apportée par la Maison de la Recherche pour le montage du dossier de demande de financement, l'écriture du projet, les points d'étapes et l'analyse des données notamment statistiques.

Pour les deux infirmier.e.s porteurs de PHRIP, la mise à disposition de bureaux donne un espace de travail, et le temps de travail dégagé la reconnaissance d'une activité infirmière à part entière. Rose ne bénéficie pas de ces avantages. La condition de mise en œuvre de modalités spécifiques est-elle directement et uniquement liée à l'obtention de validation et de financement d'un PHRIP ?

Personnellement, j'imaginai qu'avec cette structure, un coordonnateur et une proximité géographique, les trois interviewés auraient entretenu des liens de soutien et solidarité entre eux. Chacun dira suivre de loin ce que font ses collègues, savoir que s'il les sollicite, ils répondront. Est-ce dû à un manque de temps ? est-ce plutôt à mettre en perspective des paroles de Pierre sur la concurrence, la non divulgation d'un travail de propriété privée ?

Les difficultés rencontrées, les contraintes

Comme cela a déjà été évoqué à d'autres temps de ce mémoire, les difficultés principalement nommées sont la méthodologie de travail, la recherche documentaire, la pratique écrite de l'anglais et la rédaction d'un article restituant l'ensemble de la recherche. Clément semble moins impacté. Cependant il évoque la formation initiale infirmière et les axes d'amélioration nécessaires pour favoriser le développement de la recherche par les futur.e.s professionnel.le.s.

Les contraintes de temps sont récurrentes malgré les efforts institutionnels. Le temps et l'implication nécessaires à toutes les étapes surprennent par leur ampleur. Qu'il s'agisse de Justine ou de Rose, elles nomment ne pas avoir pu se rendre compte dans quoi elles s'engageaient réellement.

5.6 Discussion : Recherche infirmière, un rite professionnalisant ?

Dans leur discours, les infirmier.e.s exposent avec aisance les étapes d'un cheminement pour atteindre leur objectif. « *C'était intéressant, on nous demande jamais de parler de notre recherche comme ça* » : ces derniers mots de Rose, juste après la fin de l'enregistrement, en « off », me laissent penser que, centré.e.s sur la performance à réaliser, ils ne mesurent pas encore le remaniement de leur identité professionnelle et n'identifient pas le processus de celui-ci.

Est-ce à dire que la recherche IDE relèverait d'un rite ou ne s'y apparenterait-elle que partiellement dans le sens d'un ordre des choses, d'une initiation nécessaire par des personnes initiées elles-mêmes et selon des codes, règles à respecter, celles édictées par le gouvernement ?

Martine Segalen éclaire les concepts de rites, rituels et symbolisme en questionnant leur évolution depuis l'étude des sociétés primitives aux sociétés proches et contemporaines :

« Les rites et rituels donnent à nos sociétés ordre et hiérarchie par le biais d'actions qui créent du sens, qui suscitent des émotions collectives, qui aident à interpréter le monde. Leur potentiel créatif permet d'installer des temporalités et des mémoires, comme ils aident les individus à dépasser leurs moments de crise existentielle. »¹⁴²

On retrouve dans ces quelques lignes des éléments contextuels des acteurs de la recherche infirmière : un milieu hospitalier hiérarchisé par une administration, une place et une valeur sociale attribuées aux différentes professions, une collectivité et des professionnels se distinguant dans un collectif par une activité spécifique. Faisant référence à Emile Benveniste, Martine Segalen apporte des précisions sur l'étymologie du terme rite et des notions associées tels que « *l'ordre prescrit* » et « *ordonnance* »¹⁴³, vocabulaire largement utilisé par les médecins et les infirmier.e.s dans leur activité quotidienne, positionnant chacun dans son rôle de prescripteur ou d'exécutant.

La représentation de la recherche comme activité intellectuelle de haut niveau me fait penser à la notion de sacré. L'histoire des infirmier.e.s montre des liens avec autant le monde religieux que celui profane des soins domestiques. La recherche infirmière place les professionnel.le.s qui s'y engagent dans une position à la croisée de ces vestiges historiques :

« Les choses sacrées sont celles que les interdits protègent et isolent ; les choses profanes, celles auxquels les interdits s'appliquent et qui doivent rester à distances des premières. [...] Les rites sont des règles de conduite qui prescrivent comment l'homme doit se comporter avec les choses sacrées. »¹⁴⁴

En s'engageant dans la recherche, les infirmier.e.s se déterminent dans un processus d'évolution personnelle et dans une dynamique collective de l'ensemble de leurs collègues impliqués dans cette démarche, et enfin vis-à-vis des plus réticents restant à distance de cette nouvelle activité. Elles accèdent à une activité jusque-là réservée dans le milieu hospitalier aux médecins, à ceux qui ont été formés à l'université, ceux qui savent.

Martine Segalen fait référence d'une part à Van Gennep et d'autre part à Victor Turner pour évoquer trois temps au processus, nommés par le premier « *séparation, marge, agrégation* » et par le second « *préliminaires, liminaires, post liminaires* ».

De là apparaît le changement de statut des infirmier.e.s faisant de la recherche, tout comme le regard posé sur eux. Sans quitter le groupe professionnel d'appartenance, ils s'en détachent au moins partiellement en osant franchir le pas, en osant se risquer dans la démarche de recherche sans en connaître tous les tenants et les aboutissants, et en osant de ce fait se mettre en danger. On retrouve dans les dires de chacun la notion incomplète de ce vers quoi ils allaient. Une fois mis « le pied à l'étrier » par une personne qui les introduit dans un nouveau sous-groupe et dans la démarche, l'apprentissage du long travail de recherche (sur plusieurs années, avec plusieurs étapes et difficultés à surmonter) les met dans un entre-deux où ils n'ont pas quitté leur statut antérieur

¹⁴² SEGALLEN, Martine. *Rites et rituels contemporains*. Editions Armand Colin, Paris : 1998. p.11

¹⁴³ Ibid, p.13

¹⁴⁴ Ibid, p.15-16

mais pas encore fini ce quelque chose d'initiatique leur permettant d'accéder à la reconnaissance d'un nouveau statut et une légitimité dans une communauté d'infirmier.e.s faisant de la recherche.

Se référant à Pierre Bourdieu, Martine Segalen explique :

« C'est moins le passage qui compte, écrit-il, que la ligne qui sépare un avant et un après, ligne de différence entre deux groupes préexistants. Le rite ne fait pas passer mais institue, sanctionne, sanctifie le nouvel ordre établi : il a un effet d'assignation statutaire, il encourage le promu à vivre selon les attentes sociales liées à son rang. [...] Les rites assument la double fonction de parer de qualités nouvelles, avec la caution du groupe tout entier, et de séparer. Mais ils ne peuvent le faire que parce qu'un pouvoir garde la barrière, empêche de pénétrer ceux qui ne sont pas institués. »¹⁴⁵

On peut évoquer la sélection des projets de recherche présentés par les infirmier.e.s comme la ligne de séparation entre les professionnel.le.s, d'une démarcation. De nouveaux rapports s'établissent avec des caractéristiques distinguant les infirmier.e.s engagé.e.s dans un processus de recherche, institutionnalisé, reconnu. En marge du groupe auquel ils/elles faisaient partie, l'institution, représentante du pouvoir, les place dans un statut spécifique tant sur un plan matériel (comme par exemple le temps dégagé à cette activité ou l'accession à un bureau séparé du service marquant une rupture avec l'exercice professionnel antérieur) que sur un plan relationnel (comme par exemple l'ordonnancement de la recherche dans le service de soins d'origine ou les actions de formation auprès d'anciens collègues).

Ces professionnel.le.s se distinguent par des qualités qu'ils/elles sont en mesure de nommer et qui peuvent leur être reconnues :

« Sans même parler de « marathon », terme dont on qualifie certaines discussions politiques, la course incarne l'endurance, le souffle, la constance, qualités qui devraient être celles de la famille (numéro spécial de La Croix de mars 1994), celles de la recherche scientifique (le CNRS illustre un rapport de recherches de la photographie d'un coureur accompagné de cette légende : « Goût du dépassement, opiniâtreté, enthousiasme [...] Le chercheur et le sportif de compétition partagent les mêmes qualités ») et surtout celles des entreprises. »¹⁴⁶

Créant un sous-groupe professionnel, les infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche en soins partagent un vécu commun entre eux et avec de nouvelles relations multi professionnelles et interdisciplinaires faisant tomber des barrières sociales :

« Vus sous l'angle ouvert par Paterson, on peut admettre que des rites s'instaurent au sein de telle ou telle organisation (groupement ad hoc, entreprise, service administratif ou public, groupe professionnel, etc.) au sein de laquelle s'est créé un langage commun de symboles, forgé par son histoire. Un tel rituel ne se contente pas de réfléchir les conditions sociales ou les modes de pensée ; il peut contribuer à les réorganiser ou à les créer. Une cérémonie séculière sera rarement attachée à une idéologie élaborée qui traite de la vie et de la mort, du début et de la fin des temps, mais elle possède une force de démonstration en ce qu'elle met en scène des idées, des symboles, des rapports de force. »¹⁴⁷

¹⁴⁵ SEGALEN, Martine. *Rites et rituels contemporains*. Editions Armand Colin, Paris : 1998, p.41

¹⁴⁶ Ibid, p.67

¹⁴⁷ Ibid, p.83

Chaque étape de l'élaboration de la recherche, du projet à la finalisation entraîne chacun à utiliser un vocabulaire spécifique, des stratégies appropriées et des codes de conduite. S'il n'y a pas de cérémonie évoquée en tant que telle, la présentation en congrès de sa recherche devant des pairs ou la publication d'un article finalise l'agrégation dans un esprit communautaire codifié.

6 CONCLUSION

Mon travail de recherche dans le cadre du Master de Sciences Humaines Civilisations, Cultures et Sociétés prend son origine dans les réformes du système de santé français en 2009. Plus spécifiquement, l'officialisation de la recherche infirmière par les pouvoirs politiques m'a conduite à une question de départ : Dans le processus de mise en œuvre d'une activité de recherche par les infirmier.e.s français.es, que révèlent-ils/elles d'eux/elles-mêmes par le sens qu'ils/elles lui attribuent et la manière dont ils/elles la construisent en se positionnant dans le contexte actuel sociétal et le système de soin ?

La première approche a consisté à contextualiser les décisions politiques en regard d'un ensemble de réformes antérieures pour comprendre l'officialisation de la recherche. Ont également été considérés le constat de l'évolution de l'état de santé de la population et les besoins en soins, la démographie des professionnels de santé, la recherche d'une harmonisation européenne des formations et exercices professionnels des soignants.

Un regard historique sur la profession infirmière en France et à l'étranger a permis de tempérer des propos tenus dans les rapports ministériels sur le retard des infirmier.e.s français en terme de dynamique de recherche, de construire la genèse internationale de la recherche infirmière et de rappeler ainsi l'œuvre souvent oubliée de « pionnières » françaises au cours des années 1965-1995.

La réception des textes ministériels orientant les axes de travail pour la recherche menée par les infirmier.e.s puis l'ensemble des professions paramédicales a constitué le premier temps de l'enquête de terrain, en 2012, par une étude auprès de cadres de santé formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Ces interrelations ont fait apparaître des connaissances et des conceptions différentes de la recherche par les infirmier.e.s. Un sentiment général de besoins d'éclaircissement émane des entretiens et de mes propres représentations initiales. De leur côté, certain.e.s étudiant.e.s de la première promotion formée selon le référentiel 2009 dans le cadre de l'universitarisation et diplômée en 2012, semblent montrer un intérêt pour cette activité, laissant imaginer qu'ils/elles seront peut-être les acteurs du changement.

Au fil du temps, les projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ont été investis et ont fait l'objet d'un bilan à l'issue des cinq premières années de déploiement. Il en ressort l'augmentation régulière de moyens financiers dédiés aux projets de recherche paramédicale, une implication des infirmier.e.s à hauteur de 50% des porteurs de projets, des infirmier.e.s plus nombreux que les cadres de santé infirmiers, la collaboration entre différentes professions pour travailler sur une majorité de projets concernant la qualité des soins, une prédominance des porteurs de projet professionnel.le.s travaillant dans les Centre Hospitaliers Universitaires (CHU).

Les auteurs de cet article rendant compte du bilan, ouvrent la discussion notamment sur le déploiement financier, la coordination entre professionnels de santé au sens large, la diffusion et le partage des recherches et des savoirs, les supports méthodologiques nécessaires et les enjeux pour les professionnels paramédicaux.

L'Evidence Based Nursing, à l'instar de l'Evidence Based Medicine, s'impose comme méthode de référence pour la recherche paramédicale.

Le développement de l'activité recherche dessinant ses contours, c'est en 2018 que j'ai mené un deuxième temps d'enquête pour rencontrer en dehors de la région où je vis et exerce, des

professionnel.le.s porteurs de projet et découvrir le regard qu'il portent sur l'activité, le sens qu'ils donnent à leur engagement, et tenter de décoder ce qu'ils révèlent d'eux/elles-mêmes.

Les deux premières rencontres présentent une cadre de santé ayant mené précocement un PHRIP désormais achevé, et une infirmière formée en Angleterre, Attachée de Recherche Clinique, projetant de présenter un PHRIP et d'en être l'investigatrice principale et le porteur. Ce binôme fait apparaître l'impact de l'histoire et de la professionnalisation antérieure aux PHRIP sur leur posture et conception de l'activité de recherche.

L'hétérogénéité de ces témoignages, associée à un discours ambiant confus autour de la recherche paramédicale et des pratiques avancées m'ont invitée à me rapprocher de professionnels pouvant m'apporter un éclairage plus systémique du paysage tant en France qu'en Suisse.

C'est en m'appuyant sur ces derniers entretiens que j'ai pu exploiter les rencontres antérieures et me projeter pour construire un guide d'entretiens pour la rencontre de trois infirmier.e.s porteurs de projet au sein d'un même CHU. Ces professionnel.le.s faisant partie de la génération Y semblent apporter les prémices d'un renouveau par leur positionnement partiellement plus autonome, tout en s'inscrivant dans des critères imposés. Si deux d'entre elles s'appliquent à travailler sur des techniques de soins, le troisième ouvre un espace sur les sciences humaines par une étude sur la relation de soin dans le service technique des urgences.

« La modernité est aussi l'espace où se déploient des rituels mineurs, plus quotidiens, mais rituels tout de même en tant qu'ils répondent à un certain nombre de critères. Il faut qu'ils soient répétés, qu'ils comportent une forme d'imposition, et que le médiateur du rituel prenne la forme d'une action collective. »¹⁴⁸

Par leurs récits, les professionnel.le.s engagé.e.s dans la recherche ont apporté des éléments alimentant des questions à explorer sous un angle conceptuel autour :

- Des « initiés » à la production de savoirs, par choix managérial ou autodétermination à entrer dans une communauté ou sous-groupe d'une communauté, et ce qui fait « communauté »
- Du dépassement et de l'actualisation de soi par le sens recherché dans une expérience professionnelle
- Des comportements adoptés dans une activité où la concurrence, la méfiance et l'ambition individuelle sont incorporées au contexte professionnel, nécessitant de trouver « sa » place
- De la difficulté d'émancipation des infirmières liée à leur histoire, représentations sociales ancrées dans celle-ci et posture donnant à les faire perdurer
- Du choix de l'approche existentielle ou statistiques des problématiques de santé

Pour ce qui est de l'évolution des enseignements de la recherche en IFSI, le service sanitaire, mis en place en 2019, a conduit les étudiant.e.s en soins infirmiers à appréhender la santé publique en dehors des murs des IFSI, pour aller à la rencontre de populations ciblées et mettre en œuvre des actions de prévention. Cette démarche leur a demandé d'utiliser les apports théoriques servant

¹⁴⁸ SEGALIN, Martine. *Rites et rituels contemporains*. Editions Armand Colin, Paris : 1998, p.86

à définir les caractéristiques d'une population et ses besoins en santé. L'expérience de construction de questionnaires et de dépouillement les a confrontés à la méthodologie et les écueils possibles par rapport aux attendus initiaux. L'interprétation des résultats appelant à les recontextualiser les a amenés à se questionner sur les spécificités de l'action de prévention qu'ils devaient mener dans un second temps. Cette nouvelle approche de la santé publique pourrait à mon sens devenir une ébauche de mise en recherche, alliant une démarche mixte quantitative et qualitative répondant tant à un constat des problèmes de santé, une objectivation des besoins de soins primaires, des propositions d'amélioration des prises en soin et de qualité de soins, et une contextualisation dans les modes de vie dont les facteurs déterminants de la santé. Il me semble que cette voie permettrait de revenir à la conception du soin comme avant tout une rencontre entre le soignant et les soignés, dans le développement du rôle propre des infirmier.e.s.

C'est avec humilité que je considère ce travail comme une construction, une mise en forme, une photographie, aujourd'hui, de mon cheminement individuel professionnel à travers l'approche que j'ai pu moi aussi « bricoler » d'une des évolutions actuelles du monde de la santé sous l'angle du développement de la recherche paramédicale infirmière.

« Nous croyons qu'en analyse qualitative, le chercheur doit faire ses gammes épistémologiques s'il souhaite devenir un bon analyste. »¹⁴⁹

J'ai souhaité conserver le premier terrain tel qu'analysé selon mes capacités de 2012. C'est parce qu'il a été ainsi exploité que mon cheminement ultérieur a pu se construire tant sur le sujet du travail que sur ma manière d'approcher les personnes interviewées en second lieu et d'analyser les entretiens et les discours en 2018 et 2019.

Je finis ce travail et reste en suspens car les conditions dans lesquelles je l'ai réalisé me laissent le sentiment d'une élaboration décousue et incomplète. La description de l'enquête ethnographique demande maintenant à investir un travail de conceptualisation à éclairer par des documents relevant autant d'écrits infirmiers que des domaines de l'anthropologie de la santé, l'anthropologie politique et l'anthropologie de la connaissance.

¹⁴⁹ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Editions Armand Colin. Malakoff : 2016. P.14

BIBLIOGRAPHIE

Législation, rapports ministériels et textes officiels

Rapports :

Rapport « Démographie des professions de santé » 2002 :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>

Rapport "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619>

BERLAND Yvon « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » 2007 :

https://www.has-sante.fr/.../pdf/cooperation_prof_formation.pdf

LARCHER Gérard « Concertation sur les missions de l'hôpital » 2008 :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

Lois :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&...>

Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre infirmier :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790702&...>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi HPST pour « Hôpital Patient Santé Territoire » :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&...>

« La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » : <https://www.anap.fr/.../detail/actualites/la-loi-hpst-a-lhopital-les-cles-pour-comprendre>

Décrets :

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte>

Circulaires :

Circulaire n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_280909-2.pdf

Circulaire N°DGOS/PF4/2011/420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIP, PHRC

cancer, STIC cancer, PRT cancer : <https://docplayer.fr/83377869-Circulaire-n-dgos-pf4-2011-420.html>

Autres :

Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, Réf.531 200, Edition Berger-Levrault, 2009 : référentiel d'activité infirmière, référentiel de compétences infirmière, référentiel de formation infirmière. Impression et brochage SEPEC-France, Numéro d'impression : 17194180718 – dépôt légal : juillet 2018.

Répertoire des métiers : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de...>

Littérature de Sciences Humaines et Sociales

BALANDIER, Georges. *Anthropologie politique*. 6^{ème} Ed., Paris : Editions Presses Universitaires de France, Collection Quadrige, 2013, 3^{ème} tirage 2018. ISBN 978-2-13-062060-0.

BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : Editions La Découverte, Collection Grands Repères, 2010. ISBN 978-2-7071-6008-9.

BECKER, Howard. *Les ficelles du métier*. Paris : Editions La Découverte & Syros, Collection Grands Repères, 2002. ISBN 978-2-7071-3370-0.

BLAIS, Mireille, MARTINEAU, Stéphane. « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », *Recherches qualitatives*, Vol.26 (2), 2006,1-18 – <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>, consulté le 3 juillet 2019

BOURDIEU, Pierre. *La domination masculine*. Editions du seuil, 1998. ISBN 978-2-02-055771-9

CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. 12^{ème} Ed., Paris : Editions Presses Universitaires de France, Collection Quadrige, 2013, 4^{ème} tirage 2018. ISBN 978-2-13-061950-5.

CHAUVIER, Éric. *Anthropologie de l'ordinaire, Une conversion du regard*. Toulouse : Editions Anacharsis, 2017. ISBN 979-10-92011-53-1

COULON, Alain. *L'ethnométhodologie*. 5^{ème} Ed., Paris : Editions Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? 2007. ISBN 978-2-13-052346-8.

DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Editions Flammarion, Collection Champs essais, réédition 2012. ISBN 978-2-0812-7060-2.

DUBAR, Claude. *La socialisation*. 3^{ème} Ed. Paris : Editions Armand Colin, Collection U, 2000. ISBN 2-200-26448-8

KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. 3^{ème} Ed., Paris : Editions Armand Colin, 2011. ISBN 978-2-200-25990-7.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XX^{ème} siècle*. Editions Hachette Littératures, 2008. ISBN 978-2-01-279378-1.

LAROCHE, Jean-Marc. « Les sciences sociales et l'éthique en recherche en contexte canadien. Régulation imposée ou approche réflexive ? » *Revue d'Anthropologie des Connaissances*. Dossier : « Ethique de la recherche ». 2019/2 Vol.13, N°2, pp.479-501

LOMBARD, Jacques. *Introduction à l'ethnologie*. 3^{ème} Ed., Paris : Editions Armand Colin, 2008. ISBN 978-2-200-35192-2

MINTZBERG, Henry. *Le management, voyage au centre des organisations*. 3^{ème} Ed., Eyrolles Editions d'Organisation, 2004. ISBN 978-2-7081-3093-7

PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4^{ème} Ed. Malakoff : Editions Armand Colin, 2016. ISBN 979-2-200-61470-6.

POISSON, Michel. *L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995) : fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle*. Thèse de doctorat : Histoire : Université Le Havre Normandie : 2018. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01951900>.

QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Editions Dunod, 2006. ISBN 2-10-050039-2.

SEGALIN, Martine. *Rites et rituels contemporains*. 2^{ème} Ed., Editions Armand Colin, Collection « 128 Sociologie », 2010. ISBN 978-2-200-24345-6.

SORIANO, Véronique. « La recherche action en anthropologie pour chercher, pour faire quoi ? ». *Bulletin de l'Association française des anthropologues*, n°26-27, Décembre 1986-Mars 1987. pp.53-64. <https://doi.org/10.3406/jda.1986.1321>, consulté le 22 juillet 2019.

STROOBANTS, Marcelle. *Sociologie du travail*. 2^{ème} édition refondue, Paris : Editions Armand Colin, Collection 128, 2007. ISBN 978-2-200-35215-8.

VAN DER MAREN, Jean-Marie, YVON, Frédéric. « L'analyse du travail, entre parole et action. », *Recherches qualitatives*, Hors-série n°7, pp 42-63 – <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>, consulté le 3 juillet 2019.

VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000. ISBN 90-5709-018-X.

VIDAL, Laurent. *Faire de l'anthropologie. Science, santé et développement*. Paris : Editions La Découverte, Collection « Recherche », Série « Terrains anthropologiques », 2010. ISBN 978-2-7071-5885-7.

Littérature professionnelle soignante

CATANAS, Marc. "La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Nursing, un instrument de recherche indispensable au soignant", 7 juin 2010.

<https://www.cadredesante.com/invision/topic/17622-la-pratique-fondée...>, consulté le 10 juin 2012.

COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner ... le premier art de la vie*. InterEditions, 1996. ISBN 978-2-7296-0600-8

COUDRAY, Marie-Ange, GAY, Catherine. *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Editions Masson, 2009. ISBN 978-2-294-70716-2

DUPUIS, Michel, HESBEEN, Walter, LAWLER, Jocelyn. *Être infirmière à l'ère universitaire. Enjeux, débats, évolutions*. Paris : Editions Seli Arslan, 2013. ISBN 978-2-84276-194-3.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet Conseil, 2009. ISBN 978-2-9533311-0-3

FORMARIER, Monique, POIRIER-COUTANSAIS Geneviève. *Initiation à la recherche en soins infirmiers*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, Collection Recherche Infirmière, 1988. ISBN 2-85030-043-8.

GUILLOT, Muriel, ROSELLO, Jocelyne. « Une société savante : de quoi parlons-nous ? L'ARSI : une société savante ? » *Recherche en Soins Infirmiers*, n°92, janvier 2008, pp.3-4. Mis en ligne sur Cairn info le 01/01/2014. <https://doi.org/10.3917/rsi.092.0003>

LESCHI, Didier. « Les coordinations, filles des années 1968 » dans *Clio*, numéro 3, 1996, *Métiers, Corporations, Syndicalisme*, [en ligne], mis en ligne le 01 janvier 2005. URL : <http://clio.revues.org/index467.html>, consulté le 07 janvier 2012

LOISELLE, Carmen G., McGRAPH, Joanne Profetta. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Polit et Beck, St Laurent Québec : Editions du Nouveau Pédagogique Inc, 2007. ISBN 978-2-7613-1868-6.

MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, Le bilan d'un siècle*. Paris : Editions Masson, 2001. ISBN 2-225-85727-X.

MERLING, Jacky Merling, LANGENFELD, Solange. *Psychologie Sociologie Anthropologie, Unité d'Enseignement 1.1*, Issy-les-Moulineaux : Editions Elsevier Masson, 2010. ISBN 978-2-294-71057-5

MICHAUX, Lise. *Le soignant chercheur*. Paris : Editions Seli Arslan, 2013. ISBN 978-2-84276-193-6.

PARISEAU-LEGAULT, Pierre. « De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières ». *Recherche en soins infirmiers*, n°135, décembre 2018

PAUGET B, DAMMAK A. « L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? » *Pratiques et organisation des Soins*, janvier-mars 2012, volume 43 n°1, pp.25-33.

PEPIN, Jacinthe, KEROUAC, Suzanne, DUCHARME, Francine. *La pensée infirmière*. 4^{ème} Ed., Montréal : Chenelière Education, 2017. ISBN 978-2-7650-5174-9.

POIROUX, Laurent. *L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing*. Paris : Editions De Boeck, Collection Sciences et Santé, 2015. ISBN 978-2-84371-793-2.

SAUSSOIS, Jean-Michel. « Coordonner, coopérer, adhérer ». *Les organisations. Etat des savoirs*, coordonné par Philippe CABIN et Bruno CHOC, Sciences Humaines Editions, 2005

SCHACHTEL, Martine, REBOURS, Alain. *Ras la seringue. Histoire d'un mouvement*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1989. ISBN 2-85030-049-7.

STUWE, Louisa, PARENT, Malorie, LOUVET, Olivier. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux ? quels défis ? ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n°121

WALTER Béatrice. *Le savoir infirmier. Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, Collection Recherche Infirmière, 1988. ISBN 2-85030-040-3.

Conférences

HESBEEN, Walter. *Faire de la recherche ou se mettre en recherche*. Institut de Formation des Cadres de Santé. Brest, 25/03/2019.

Références audiovisuelles

« Jimmy P. » (Psychothérapie d'un Indien des Plaines), réalisé par Arnaud Desplechin, France, 2013.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSI	Association de Recherche en Soins Infirmiers
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CII	Conseil International des Infirmières
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNI	Coordination Nationale Infirmière
CRF	Croix Rouge Française
DEI	Diplôme d'Etat d'Infirmier.e
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHESP	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
GIP	Groupement d'Intérêt Général
HAS	Haute Autorité de Santé
HES Ge	Haute Ecole de Santé de Genève
HPST (loi)	Hôpital Patient Santé Territoire
IADE	Infirmier.e Anesthésiste Diplômé.e d'Etat

IBODE	Infirmier.e de BlocOpérateur Diplômée d'Etat
IDE	Infirmier.e diplômée d'Etat
IPA	Infirmier.e de Pratiques Avancées
IPDE	Infirmier.e Puériculteur/trice Diplômée d'Etat
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignant.e.s
IFPS	Institut de Formation des Professionnels de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LFSS	Loi de Finance de la Sécurité Sociale
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Financement de la sécurité sociale
MAINH	Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHRI	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
RI	Recherche Infirmière
RSI	Recherche en Soins Infirmiers / Recherche en Science Infirmière
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TAA ou T2A	Tarifification A l'Activité
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

ANNEXES

Les annexes ne contiennent pas la retranscription des entretiens, et cela pour deux raisons :

- Les informateurs et les lieux ne peuvent pas être suffisamment anonymisés et protégés par des pseudonymes du fait de leurs activités spécifiques présentées lors des entretiens.
- Les discours ont été partiellement exploités dans ce Mémoire et restent une source de réflexion pour un éventuel prochain travail.

Table des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien terrain IFSI 2012	II
ANNEXE 2 : Questionnaire Etudiant.e.s en Soins Infirmiers / Promotion 2009-2012	IV
ANNEXE 3 : Guide d'entretiens - Février 2019	VI

ANNEXE 1 : Guide d'entretien terrain IFSI 2012

Bonjour,

Nous avons convenu il y a quelques jours d'un rendez-vous pour un entretien. Je souhaite le réaliser dans le cadre d'un travail de réflexion que je mène sur l'introduction des UE initiation à la recherche dans le nouveau programme de formation infirmière. Tout d'abord, je tiens à te remercier d'avoir accepté de répondre à ma demande.

C'est un entretien qui si tu en es d'accord sera enregistré. Tes paroles seront exploitées dans mon travail de réflexion et d'écriture tout en conservant ton anonymat. C'est pour cela que je t'ai demandé de choisir un prénom d'emprunt qui me servira à te citer.

Tu restes libre de refuser de répondre à une ou plusieurs questions si tu le souhaites, de ne répondre que partiellement aussi et de prendre le temps de réflexion quand tu le juges nécessaire.

Est-ce que ces conditions te conviennent ?

Présentation personnelle

Age

Diplômes et années d'obtention

Parcours professionnel

Nombre d'années à l'IFSI

Quels étaient avant la réforme 2009 tes domaines d'enseignement ? et depuis 2009 ?

Quels sont aujourd'hui tes projets professionnels ?

Représentations de la profession IDE

Dans l'histoire des infirmières, quelles ont été les périodes marquantes ?

Quel héritage culturel la profession en garde-t-elle aujourd'hui ?

Qu'est ce qui caractérise l'activité professionnelle des IDE ?

Quels sont pour toi les éléments particuliers qui caractérisent l'identité infirmière ? Comment décrirais-tu les infirmières aujourd'hui ?

Depuis que tu travailles, est ce qu'il y a eu pour toi des événements particuliers, significatifs qui ont marqué l'évolution de la profession ? Lesquels ?

Et l'évolution de la formation ?

Représentations du système de soins

Depuis quelques années, le système de soins est remanié.

Comment comprends-tu et expliques tu les réformes de la dernière voire des deux dernières décennies ?

Quels sont les enjeux des réformes de politique de santé sur la population ?

Quels sont les enjeux des réformes de politique de santé sur la profession ?

Représentation de la recherche et recherche infirmière

Que représente pour toi une démarche de recherche d'une manière générale ?

Existe-t-il pour toi différents types de recherche ? lesquels ?

As-tu toi-même réalisé des travaux de recherche ? lesquels ? y étais tu obligée, contrainte pour l'obtention d'un diplôme ?

Est-ce que cela t'a plu ?

As-tu éprouvé des difficultés ? lesquelles ?

Le terme de « recherche infirmière » t'évoque quoi ?

Selon toi, pourquoi la RI a été formalisée dans le référentiel 2009 de formation infirmière ?

A quoi cela répond-il dans le contexte actuel du système de soins ?

Comment es-tu impliquée cette année dans la démarche de recherche pour toi et pour les étudiants ?

Par rapport à l'ancien programme et le TFE, qu'est-ce que le nouveau apporte dans la démarche de recherche ? Quelles différences et quelles similitudes vois-tu entre le TFE de l'ancien programme et le Mémoire demandé par le nouveau ?

Qu'est ce qui favorise selon toi dans l'ensemble de la formation, sur les 3 ans, le questionnement qui peut aboutir à un travail de recherche ?

Relances sur UE, UI, analyses de situations en stage, dossiers (thèmes et méthodes) Pratique réflexive

Qu'est-ce que l'exercice demandé aux étudiants dans le cadre de la démarche de recherche sollicite comme qualités ?

La première promo est en cours de construction et de rédaction de mémoire. Toi qui guides un groupe d'une dizaine d'étudiants, observes-tu ou perçois-tu des similitudes et des différences avec les groupes que tu suivais dans l'ancien programme ? Lesquelles ? (*Difficulté d'écriture, thèmes, ...*)
A ton avis, à quoi est-ce dû ?

ANNEXE 2 : Questionnaire Etudiant.e.s en Soins Infirmiers / Promotion 2009-2012

Bonjour à tous,

Vous êtes actuellement en cours de rédaction de votre Mémoire afin de valider l'UE « initiation à la démarche de recherche » du semestre 6 de la formation infirmière.

Pour ma part, étudiante en première année master Sciences Humaines et Sociales, j'oriente mon propre Mémoire sur la mise en application des textes législatifs de 2009 qui sollicitent le développement de la recherche infirmière tant auprès des étudiant(e)s que des professionnel(le)s.

De ce fait, je m'intéresse aujourd'hui à la réalisation de vos travaux de recherche (thème, problématique, méthodologie, intérêt, difficultés) et vous demande, si vous le voulez bien, de répondre au questionnaire ci-dessous.

Je vous remercie de votre attention et par avance de votre participation.

Et bon courage pour finaliser votre Mémoire !

Isabelle Ballanger

1. Dans votre Mémoire, quel thème traitez-vous et quelle problématique posez-vous ?

2. Aviez-vous des appréhensions vis-à-vis du travail d'initiation à la recherche ?

Oui Non

Si oui, la ou lesquelles(s) ?

3. Le travail d'initiation à la démarche de recherche représente pour vous (plusieurs réponses possibles) :

- Une contrainte pour valider une UE et obtenir des ECTS nécessaires à l'obtention de votre Diplôme d'Etat d'Infirmier(e)
- Un intérêt intellectuel
- Un intérêt professionnel
- Une opportunité de développer une réflexion professionnelle sur un sujet qui vous intéresse tout particulièrement
- Autre (précisez) :

4. Dans votre travail, qu'est-ce qui vous semble le plus facile et le plus difficile (maximum 2 coches par colonne) ?

<i>Le plus facile</i>		<i>Le plus difficile</i>
	Choisir le sujet	
	Rechercher des références théoriques en lien avec votre sujet	
	Enoncer la problématique	
	Cibler le cadre théorique	
	Réaliser les entretiens	
	Analyser les entretiens	
	Rédiger votre document	

5. Pour traiter votre sujet, avez-vous remobilisé des connaissances abordées lors de certaines UE ou UI ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

6. Pour votre cheminement, vous êtes-vous aidé :

	OUI	NON
Des analyses de situations en stage ?		
Les travaux de groupe ?		
La rédaction de dossiers depuis le début de votre formation ?		

Autre ? Précisez :

Commentaires :

7. En quelques mots, que représente pour vous la « recherche infirmière » ?

ANNEXE 3 : Guide d'entretiens - Février 2019

Temps 1

Objectif : connaître le **parcours professionnel** et tenter de suivre le raisonnement de l'interviewé dans la construction de son parcours professionnel, les liens de cause à effet, les décisions voulues, les opportunités, ...

Questions :

Initialement, **pourquoi vouliez-vous devenir IDE** ? Qu'est-ce qui vous attirait dans ce métier ?

Quelle est la date **de votre diplôme** ?

Qu'est-ce qui vous a plu dans votre **formation** ?

Quel a été votre **parcours professionnel** depuis votre diplôme d'infirmier.e ?

Avez-vous suivi d'autres formations depuis votre DEI ? Si oui => lesquelles ? quand ? pourquoi ?

Il existe un DU recherche infirmière. Avez-vous suivi **ce DU** ? vous êtes-vous formé d'une manière ou d'une autre à la recherche ?

Temps 2

Objectif : obtenir des éléments permettant de questionner un éventuel lien entre le **cheminement professionnel et l'activité actuelle dans le domaine de la RSI : motivation**

Questions :

Dans votre exercice professionnel quotidien, **préférez-vous certaines activités** à d'autres ? Est-ce que vous pourriez en citer 3 en les classant par ordre de préférence ?

Qu'est-ce qui vous a donné envie de faire de la recherche infirmière ?

Y-a-t-il eu un élément déclencheur pour que vous vous lanciez dans le programme ... [nommer le nom du programme en fonction de la personne interviewée] ?

Quels ont été les facteurs qui ont facilité votre décision ? Comment cela s'est-il passé ?

Sur quelle thématique travaillez-vous ? pourquoi avoir choisi celle-là ?

Quelles sont selon vous les thématiques les plus appropriées à la RI ? Pourquoi ?

Temps 3

Objectif : tenter de cerner la **conception de la recherche infirmière sous l'angle du développement personnel professionnel**

Questions :

Pouvez-vous me **décrire votre expérience depuis le début de l'aventure** ? Qu'est-ce que vous vous êtes dit quand vous avez décidé de commencer ce travail de recherche ? Qu'est-ce qui vous attirait ? vous intéressait ? **comment imaginiez-vous ce que vous alliez faire** ?

Quels **enjeux** la RI représente-t-elle pour vous ? dans votre exercice professionnel ? dans votre développement professionnel ? dans votre développement personnel ? Dans la reconnaissance qu'on peut vous en faire ? comment vous positionnez-vous par rapport à d'autres professionnels de santé (médicaux - paramédicaux et cadres de santé) ?

Quelles **qualités** sont pour vous indispensables pour faire de la RI ?

Quelles **satisfactions** ressentez-vous ?

Faire de la RI sollicite quelles **valeurs** professionnelles ? personnelles ?

Temps 4

Objectif : déterminer les **contraintes / organisation**

Questions :

1. La question du **temps**

Comment vous sentez-vous depuis que vous avez commencé cette aventure de recherche ? est-ce accaparant en temps ? en disponibilité d'esprit ? **comment équilibrez-vous activité professionnelle – activité de recherche - vie privée** (et étude master socio pour Clément) ?

Est-ce que vous menez votre travail de recherche sur du **temps professionnel alloué** ? êtes-vous détaché de votre poste d'infirmier(e) ? **si non, pourquoi le faites-vous sur du temps personnel** ? qu'est-ce que vous voulez y gagner ? Si temps alloué, est-ce que vous vous seriez autant investi si cela n'avait pas été le cas ? pourquoi ?

Y a-t-il un financement pour des heures de recherche détachées de vos heures de travail infirmier auprès des patients dans le service ?

2. La question des **difficultés techniques**

Quelles difficultés avez-vous rencontré ou rencontrez-vous ? Avez-vous des **doutes ? des frustrations** ?

Conception de l'EBN ?

3. La question de l'**accès aux savoirs**

Quelles sont vos lectures professionnelles ? maîtrisez-vous la langue **anglaise** ? si non, est-ce un handicap ?

4. Les **personnes ressource**

Avez-vous des personnes ressource ? lesquelles ? pourquoi ? que vous apportent-elles ?

5. Le **financement**

A quel type de dépenses est alloué le budget du PHRIP dont vous êtes porteur ?

Temps 5

Objectif : Identifier l'impact d'être dans une dynamique de recherche sur les manières de soigner

Questions :

Dans votre quotidien, est-ce que votre activité de recherche à un impact sur votre **analyse des situations de soins** ? sur votre raisonnement clinique ?

Est-ce que votre activité de recherche fait que vous considérez différemment votre rôle propre infirmier ?

Temps 6

Objectif : évoquer une éventuelle dimension nouvelle du rôle infirmier

Questions :

Avez-vous le sentiment d'accéder à un **nouveau champ d'autonomie** grâce à votre activité de recherche ? à une **certaine expertise** ? à une **nouvelle dimension de votre exercice professionnel** ? laquelle ?

Avez-vous l'impression que cette activité vous donne une nouvelle **légitimité** ? si oui, par rapport à vos collègues infirmier ? à votre supérieur hiérarchique (votre cadre de santé ?) aux médecins du service ? aux autres professionnels de soin ?

Temps 7

Objectifs : intérêt de la RI pour le collectif infirmier

Questions :

Plus largement, quel est pour vous le **but de la RI** ? Qu'est-ce que cela **apporte aux patients ? aux institutions ? aux professionnels de santé** ?

Le « nouveau » programme de formation (2009) des IDE vous semble-t-il favoriser le questionnement des étudiant.e.s et IDE et ainsi **un état d'esprit, une culture de la recherche** ?

Temps 8

Objectifs : identifier les caractéristiques d'une éventuelle **communauté** d'IDE engagés dans la RI

Questions :

Comment vous situez-vous parmi l'ensemble des IDE investis dans la recherche ? formez-vous un groupe ? avez-vous des temps de rencontre ? qu'est-ce qui vous lie ?

Allez-vous à des congrès ? **communiquez-vous** avec d'autres IDE faisant de la recherche ? comment ? pourquoi ? qu'est-ce que cela vous apporte ? par quelle voie de communication vous contactez-vous ?

Avez-vous déjà participé à des communications lors de congrès ? élaboré un poster ? écrit ou participé à la rédaction d'un article ?

Temps 9

Objectif : projection professionnelle

La RI représente-t-elle pour vous une forme de **professionnalisation** ?

Comment envisagez-vous votre exercice professionnel après ce PHRIIP ? qu'avez-vous envie de faire ? rester sur le même poste, ou autre chose ?

Etes-vous intéressé par les **pratiques avancées** ? comment définiriez-vous cette activité ? la recherche a-t-elle un lien avec le développement des pratiques avancées ? lequel ?

DE L'ART DE SOIGNER A LA RECHERCHE EN SOINS.

Esquisse ethnographique : un rite professionnalisant symbole de remaniement identitaire infirmier ?

Mémoire de Master Recherche Civilisations, Cultures, Sociétés – filière Ethnologie.

Auteur : Isabelle BALLANGER

Directeur de Recherche : Monsieur Philippe PESTEIL

Nombre de pages : 109

Des infirmières françaises ont tenté de construire la recherche en soins infirmiers dans les années 1980-1990, notamment dans le cadre de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon. Elles se sont alors inscrites dans un mouvement international sans pouvoir poursuivre le développement de cette activité professionnelle à l'image de leurs consœurs anglaises, canadiennes ou en suisses.

Il aura fallu attendre 2009 en France pour que le pouvoir politique, par des réformes du système de santé, officialise et mette en œuvre des moyens permettant à la recherche infirmière d'exister en filigrane d'un nouveau référentiel de formation et par le financement de Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière (PHRI). Ces mesures conduisent à considérer le contexte politique, économique, social et culturel dans lequel les infirmier.e.s sont sollicité.e.s.

C'est dans une conception descriptive ethnographique que j'ai souhaité interroger en 2011-2012 la réception des textes ministériels par des cadres de santé formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers puis, laissant passer quelques années de mise en œuvre des PHRI, aller en 2018-2019 à la rencontre d'infirmier.e.s engagé.e.s dans la recherche.

Ces deux enquêtes de terrain sont construites essentiellement sur des entretiens enregistrés axés sur l'investissement des professionnel.le.s, leur conception et leur vécu dans cette activité spécifique : des cadres de santé formateurs « bricolant » à partir de leurs représentations initiales et des infirmier.e.s « fabricant » des projets de recherche dans un contexte de soins.

L'objectif est de comprendre au-delà des discours ce qu'ils révèlent d'eux-mêmes, de leur positionnement et processus identitaire au sein de leur groupe professionnel d'appartenance, ainsi que leur degré d'adhésion à une culture institutionnelle et leur rapport au pouvoir.

Mots clés : Infirmier.e.s, Réforme du système de santé, Projet de recherche infirmière et paramédicale, Professionnalisation, Identité professionnelle, Rapport au pouvoir, Rite.