

**CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS  
UNIVERSITE PARIS XIII VILLETANEUSE**

---

**Année universitaire 2016-2017**

Mémoire présenté en vue d'obtenir  
le DIPLOME de  
MASTER EUROPEEN DE RECHERCHE EN FORMATION D'ADULTES

par  
Dorsafé DAUNJ (ép. Bourkia)

---

**Parcours d'infirmiers chercheurs :  
Récits biographiques d'infirmiers engagés  
dans une activité de recherche**

---

**Tome 1 : Mémoire**

**Sous la direction de Christine DELORY-MOMBERGER**

---

## **RESUME**

La recherche infirmière a pris un essor inédit en France en particulier depuis 2009 et l'impulsion des programmes hospitaliers de recherche infirmière et la réforme du programme d'étude en soins infirmiers.

Cette étude exploratoire biographique se propose, au travers de cinq récits d'infirmiers, de comprendre leur dynamique d'engagement dans leur activité de recherche, qu'elle soit réalisée en milieu hospitalier ou universitaire.

Ces récits ont pu mettre en évidence un certain nombre de motifs et de facteurs facilitant l'engagement en lien avec les notions de reconnaissance, de temporalité et de formation à la recherche mais aussi interroger la posture de chercheur de ces infirmiers avec en toile de fond l'émergence d'une discipline académique propre à la profession.

**Mots clés** : infirmiers, chercheurs, recherche infirmière, engagement, temporalité, reconnaissance, recherche biographique.

---

## **Abstract**

Nursing research took off in France in particular since 2009 and the impulse of the hospital research programs nurse and the reform of the programme of nursing studies. This biographical exploratory study proposes, through five narratives of nurses, to understand their dynamics of commitment in their research activity, whether it is carried out in hospital or university medium. These narratives highlight a certain number of reasons and of factors facilitating the commitment in link with the concepts of recognition, temporality and formation to research but also question the posture of researcher of these nurses with in backdrop the emergence of an academic discipline suitable for the profession.

**Keywords** : nurses, researchers, nursing research, commitment, temporality, recognition, biographic research.

## Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à toutes celles et ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, qui m'ont soutenue et encouragée sans relâche.

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Christine Delory Momberger, pour sa grande confiance, son aide et ses précieux conseils, ainsi que sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à tous mes camarades du MERFA, ainsi que les professeurs, pour leur soutien et leurs généreux partages lors des cours et séminaires, grâce à qui j'ai pu approfondir et élargir mes connaissances et compétences en recherche, ce qui je l'espère, se traduira dans ce présent mémoire, sans oublier les très disponibles documentalistes du Centre de Documentation sur la Formation et le Travail (CDFT).

Je remercie bien sûr très chaleureusement les infirmières et infirmiers qui ont accepté de partager leurs récits et leur parcours, tous aussi riches les uns que les autres et qui ont donné véritablement vie à cet écrit.

Je remercie également du fond du cœur mes amis, collègues et ma famille, en particulier mes filles et mes parents, qui m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout de cette recherche et de ce master.

Je finirai par une mention spéciale pour Mme Danis, directeur de l'institut en soins infirmiers où je travaille actuellement, qui m'a soutenue tout au long de ce projet de master et pour laquelle j'exprime ma plus profonde reconnaissance.



## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Une continuité avec mon master 1 .....</b>	<b>7</b>
<b>Histoire d'un chercheur en devenir : récit biographique de mon parcours .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Cheminement dans le processus de recherche .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Qui sont les infirmiers ? .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Emergence de la recherche infirmière en France .....</b>	<b>15</b>
1. Définitions et contexte historique .....	15
2. Utilité et enjeux de la recherche infirmière .....	22
3. Les dispositifs de professionnalisation de la recherche infirmière .....	26
<b>3. Elaboration du questionnement de recherche .....</b>	<b>30</b>
<b>2. Cadre théorique et méthodologique .....</b>	<b>36</b>
<b>1. Autour de la dynamique d'engagement .....</b>	<b>36</b>
1. Entre motivation et engagement .....	36
2. L'engagement dans une activité de recherche .....	38
<b>2. La recherche biographique en éducation .....</b>	<b>40</b>
1. Comment un individu devient un individu .....	40
2. L'entretien de recherche biographique .....	42
3. Méthodologie de l'analyse des récits .....	43
<b>3. Récits d'infirmiers engagés dans une activité de recherche .....</b>	<b>46</b>
<b>1. Choix de la population .....</b>	<b>46</b>
<b>2. Retour réflexif sur la conduite de mes entretiens .....</b>	<b>48</b>
<b>3. Analyse des récits d'infirmiers engagés dans une activité de recherche .....</b>	<b>50</b>
1. V., 32 ans « la recherche me permet de donner du sens à mon métier » .....	51
2. C., 49 ans : « Tu comprendras quand tu seras grande » .....	62
3. L., 54 ans « Mon engagement d'infirmier c'était ça » .....	74
4. J., 25 ans : « faut faire ses preuves » .....	86
5. B., 51 ans : « améliorer et faire avancer les choses » .....	97
<b>4. Discussion et pistes de réflexions .....</b>	<b>107</b>
<b>1. Synthèse des entretiens .....</b>	<b>108</b>
<b>2. Retour sur la dynamique d'engagement : des pistes pour une exploration .....</b>	<b>110</b>
1. Motifs, mode et facteurs facilitant l'engagement dans une activité de recherche .....	110
2. Question de la reconnaissance .....	120
3. Question de la temporalité .....	124
4. Question de la formation .....	127
<b>3. L'infirmier « chercheur » : qui est-il ? existe-t-il ? Doit-il exister ? .....</b>	<b>132</b>
1. Des chercheurs « par nature » ? .....	133
2. Les infirmiers investis dans des activités de recherches : des praticiens chercheurs qui s'ignorent ? .....	135
<b>Pour ne pas conclure .....</b>	<b>136</b>
<b>Post face .....</b>	<b>138</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>140</b>

## Introduction

Depuis ces dernières années et tout particulièrement depuis 2009, la recherche infirmière s'est développée dans le paysage français, notamment sous l'impulsion des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP), financés par le ministère de la santé. Ce programme a fortement contribué à l'émergence et à une plus grande visibilité de cette recherche. Parallèlement, en cette même année, la réforme du programme des études infirmières a consacré une place de choix pour l'initiation à la démarche de recherche dans le programme de formation initiale. Bien que la recherche infirmière existe en France depuis plusieurs décennies et qu'elle est inscrite officiellement comme activité professionnelle possible dans les textes régissant la profession, elle a néanmoins peiné à faire valoir sa visibilité et son utilité – si ce n'est pas même son existence – jusqu'à ces dernières années et à se positionner vis à vis de la recherche biomédicale.

Un certain nombre d'infirmiers se sont engagés dans des projets de recherche clinique et/ou dans un cursus universitaire pouvant aller jusqu'au doctorat mais peinent à être reconnus pour ce parcours et l'apport de leurs travaux, vis à vis de leurs pairs et de leur institution.

En partant du postulat de départ que l'activité de recherche initiée et menée par des infirmiers semble éloignée des représentations habituelles des activités consacrées aux soins et à la prise en charge des patients, comment alors certains infirmiers ont-ils pu se diriger vers la recherche et s'engager plus ou moins durablement sur cette voie ?

Ce travail propose par des récits de parcours de recherche d'infirmières et d'infirmiers, de mettre en perspective leurs motifs et leurs modes d'engagement respectifs dans l'activité de recherche et de comprendre comment ils l'ont intégrée à leur pratique professionnelle.

Il s'agit donc d'une recherche exploratoire et biographique à partir de quelques uns de ces parcours, de ces itinéraires empruntés par les infirmiers engagés dans un processus de recherche. Nous verrons qu'au travers de ces parcours singuliers, des traits communs et d'autres plus spécifiques se dégageront, en lien direct ou indirect avec ce que la recherche leur ont apporté, entre engagement et transformation de soi.

## **Une continuité avec mon master 1**

Lors de ma première année de master conjointe à ma formation de cadre de santé en 2010, je m'étais tout particulièrement penchée sur l'essor de la recherche infirmière en France, ce qui m'a amenée à travailler à ce moment-là sur la question du rôle du cadre de santé souhaitant développer ou diriger un projet de recherche, seul ou avec son équipe, en milieu hospitalier ou universitaire.

Les entretiens menés auprès de cadres de santé ont mis en évidence que la recherche est un véritable outil qui permet d'améliorer la rigueur et la qualité des soins prodigués et que le cadre y joue un rôle primordial afin d'accompagner son équipe dans son cheminement de recherche et la réalisation du projet.

Il apparaît notamment que l'activité de recherche transforme l'équipe soignante dans le sens où elle s'implique davantage dans les soins et se montre d'autant plus rigoureuse dans les pratiques de soins, qui se modifie également tout au long du processus de recherche.

Depuis ce précédent mémoire, le cadre du Master 2 Européen de Recherche en Formation des Adultes (MERFA) qui m'a permis non seulement de me distancer de mon travail et de ma position de formateur en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) mais aussi de relancer ma réflexion autour de la recherche infirmière. Après plusieurs hésitations sur le choix du sujet de ce mémoire, il m'est apparu évident de poursuivre sur cette ligne-là, en continuité avec mon travail de M1.

Mon choix de population s'est porté sur les infirmiers chercheurs eux-mêmes, menant actuellement une recherche dans un cadre hospitalier sur le terrain des soins et/ou dans un universitaire, d'aller à leur rencontre et de m'intéresser à leur parcours professionnel, à leur cheminement personnel dans l'appropriation ou pas de leur posture de chercheur.

L'intérêt de cette exploration est donc de mieux comprendre les enjeux de la recherche pour ces infirmiers et le groupe professionnel dans l'idée aussi de mieux les appréhender si jamais un jour je serais amenée moi-même à accompagner des équipes dans ce domaine.

Mais évoquer ce qui m'a amené à ce sujet ne serait pas complet sans ajouter que ce mémoire est aussi le fruit de mon histoire, dans une suite logique avec mon propre parcours. Ce mémoire s'inscrit donc dans mon propre processus d'appropriation de ma posture de chercheur et il me semble donc évident d'explicitier cette part de subjectivité, implication personnelle que je vais à présent clarifier dans le cadre de ce travail.

## **Histoire d'un chercheur en devenir : récit biographique de mon parcours**

Infirmière diplômée d'Etat depuis 2001 et cadre de santé formateur en IFSI depuis 2011, j'ai toujours eu un intérêt pour la démarche de recherche, dans ses dimensions aussi bien méthodologiques qu'épistémologiques, ce qui m'a amenée à vouloir me former à la recherche en sciences humaines et développer mes compétences en tant que chercheur.

Mon premier contact avec la démarche de recherche s'est déroulé durant l'élaboration de mon mémoire de fin d'études infirmières, il y a de cela bientôt une vingtaine d'années.

Cet « exercice » une fois dépassée l'appréhension de départ, a eu l'effet pour moi à l'époque de susciter une véritable révélation, n'ayant jamais produit un mémoire de ma vie et j'avais véritablement adoré réaliser ce travail. Réfléchir, lire, rechercher de la documentation de manière approfondie, enquêter sur le terrain en menant des entretiens, rédiger le mémoire... J'ai trouvé cela tout simplement passionnant et je me sentais plutôt à l'aise pour mener de front le travail demandé. Je me disais déjà à ce moment-là que c'était une démarche que je souhaiterais poursuivre une fois diplômée.

Mais une fois sur le terrain, ma prise de poste en unité de soins psychiatriques, qui était alors mon choix de projet professionnel, la charge de travail intense, une posture résolument tournée vers l'action au détriment de la réflexivité - aussi bien de ma part que de celle de l'équipe dans laquelle je travaillais - ont eu raison de mes velléités de faire de la recherche. Parallèlement, quasiment aucun moyen, ni politique de recherche n'existaient dans l'établissement, mis à part un petit groupe de recherche créé par des infirmiers. Ce groupe, qui avait produit de nombreux travaux et publications d'ouvrages sur les soins infirmiers en psychiatrie, avait particulièrement suscité mon admiration lorsque j'étais étudiante et j'ai eu l'occasion d'aller m'entretenir avec eux dans le cadre de mon mémoire. L'existence de leur association, leur accueil, leur bienveillance et la grande qualité de nos échanges m'ont alors poussée à postuler dans cet hôpital, convaincue que j'allais forcément pouvoir rejoindre ce groupe et y faire de la recherche... Groupe qui a progressivement été dissous peu après ma prise de poste...

Puis la « dure réalité », à gérer dans un service de psychiatrie aigüe des patients régulièrement en crise, parfois violents, avec une équipe infirmière en tension sur le plan des effectifs, des projets de soins qui n'avaient plus de sens profond, entre misère sociale et une réflexion clinique insuffisamment approfondie autour des dynamiques de vie familiales et environnementales des patients.



Ce qui a fini par m'exaspérer, tant le manque de réflexion et de réflexivité sur les pratiques était pesante et où mon agir attentiste, mû par ma naïveté et ma jeunesse de l'époque faisait que je pensais que cette dimension réflexive, voire de recherche arriverait forcément par arriver de fait. Une attente naïve et sincère envers l'institution hospitalière qui selon moi, allait forcément donner des directives en ce sens. J'ai fini par me rendre compte a posteriori combien en réalité il ne fallait pas tout attendre de l'institution et qu'en réalité je ne me jugeais pas en capacité de pouvoir prendre des initiatives en la matière...

Ce fut alors « la traversée du désert », où des années de frustration intellectuelle et d'ennui se sont alors écoulées entre responsabilités professionnelles et familiales, avant que je retrouve la possibilité de me remettre dans une dynamique de recherche. J'ai quitté la psychiatrie pour aller vers d'autres services de soins (gynécologie-maternité, médecine, polyhandicap) et progressivement formulé le projet de devenir cadre de santé dans l'idée de prendre du recul et de la hauteur sur les pratiques, de pouvoir contribuer activement à leur évolution et leur transformation. Le passage des concours d'entrée en institut de formation de cadre a été un intense moment de réflexion où je me réjouissais avant même d'y entrer de la perspective de refaire un mémoire et où je me préoccupais davantage du sujet que j'allais pouvoir y traiter, que de la réussite du concours en lui-même ! Une fois entrée en formation, le choix de mon sujet ne s'était toujours pas stabilisé, au point d'en devenir lancinant et angoissant : puis cela m'est apparu d'un coup comme une évidence, je travaillerai sur l'objet même de la recherche en soins infirmiers ! Je me suis donc intéressée de près à l'essor de la recherche infirmière en France, commençant à en saisir les enjeux, car en tant que future cadre de santé, il me semblait indispensable et incontournable de sensibiliser les équipes soignantes ou les étudiants en soins infirmiers à la démarche de recherche.

Cette année de formation m'a particulièrement permis de réaliser que je pouvais reprendre et mener des études universitaires, grâce au partenariat IFCS/université et la possibilité de valider une première année de master, conjointement au diplôme de cadre et que je pouvais ensuite envisager le master 2 et même le doctorat !

Une énorme fenêtre s'est alors ouverte pour moi, qui, ayant échoué précédemment en faculté de médecine avant de devenir infirmière, je m'imaginai ne plus pouvoir reprendre un parcours universitaire après le diplôme d'Etat infirmier, pensant avoir fait le deuil de mes longues études ... Car je me suis également rendue compte à quel point j'aimais les études, que pour moi, passer des années sur les bancs de l'université ne me faisait pas peur, bien au contraire et que l'envie d'être « docteur » était toujours là, rêve endormi qui tout

d'un coup se relevait de ses cendres... Alors certes, le doctorat en médecine n'était plus accessible mais le doctorat en sciences « autres » que la médecine oui !

Mon diplôme de cadre et de master 1 en poche, je n'avais donc qu'une seule envie, poursuivre en master 2 recherche et me préparer à la thèse. Il m'est alors apparu de plus en plus clairement au fur et à mesure de mon parcours que mon orientation professionnelle bifurquait vers le projet de devenir chercheur, en passant par les différentes étapes académiques pour y parvenir. Et lors de mon entretien d'embauche pour devenir cadre formateur en soins infirmiers, il était très clair pour moi que ce projet devait se réaliser et j'ai la grande chance d'être soutenue par ma directrice. Je me suis alors investie dans les enseignements en formation initiale infirmière ayant attrait à la recherche, dans des associations en soins infirmiers et en sciences humaines, me permettant de m'inscrire dans une dynamique de réflexion, de lecture et expertise d'articles, communications et séminaires... jusqu'à pouvoir intégrer le MERFA et poursuivre à mon niveau mes investigations autour de la recherche infirmière.

Au plus tôt que je me souvienne, j'ai toujours été attirée depuis l'enfance par des questions « existentielles » et philosophiques, sans forcément trouver ni suffisamment de pistes de réponses, ni surtout des personnes ressources qui aurait pu me guider, m'éclairer, m'orienter vers des réflexions et des lectures...

Je me suis donc nourrie toute seule ou presque, comme je le pouvais. La lecture était d'ailleurs mon loisir favori, bien que ma bibliothèque fut fort maigre avec nos modestes moyens et le peu d'intérêt que mes parents avaient pour la lecture, sauf peut-être mon père, qui lorsque nous étions petites, moi et mes sœurs améliorait son français avec nous, à l'aide des fameux « Bescherelle » et autres dictionnaires illustrés et livres de grammaire. A part quelques lectures de romans, ainsi qu'un unique livre d'anatomie car j'étais déjà follement passionnée de médecine, ma soif de savoir restait entière, se heurtant également à l'agacement de mes camarades de classe lorsque je sollicitais « trop » la maitresse... Terriblement timide, j'ai donc le plus souvent enfoui en moi, confiné cette soif de savoir, cette quête d'exploration à trouver des réponses aux questions, aux phénomènes, aux sujets de société qui m'interpellaient et qui ne demandait qu'à éclore, s'épanouir, oser se dire avec des mots, oser s'exprimer devant un public qui pouvait m'écouter sincèrement et échanger avec moi. Or je ne me suis jamais sentie légitime pour oser dire et laisser exprimer mes idées, sauf par quelques tentatives avortées d'écrits, et, à mes heures collégiennes de nombreux dessins et caricatures de professeurs et de camarades...

C'est en terminale que sont apparus mes premiers enseignements philosophiques, philosophie que j'appréhendais tellement et qui aura été une bouffée d'air frais, une vraie révélation qui eut presque raison de ma volonté de travailler dans le milieu médical !

Lorsque je mets bout à bout tout ces épisodes de ma vie, je me rends compte à quel point mon fil rouge est ce désir d'explorer, un désir qui a été inhibé enfant, fruit d'une éducation fruste et pas toujours bienveillante, doublé de cette envie d'en savoir plus, toujours plus, sur des domaines infiniment variés, mais dont le point commun répond à des valeurs humanistes très fortes et qui sont toujours d'actualité et d'ailleurs plus que jamais. Etudier et faire de la recherche sont donc pour moi ce qui donne en grande partie sens à mon existence et je tenterai d'aller jusqu'où je pourrais, me « tirer vers le haut », contribuer à élever le niveau d'éducation de notre famille et en particulier des femmes, pour faire honneur à mes parents et à titre d'exemple pour mes filles.

La recherche pour moi apporte cette contribution à l'autre, aux autres, de mieux comprendre le monde, son fonctionnement, des dysfonctionnements, comment y répondre mieux, comment y mettre les mots justes, comment expliciter le réel, l'ouvrir, le creuser, aller voir dans ses interstices innombrables se qui s'y cache... Et prendre en compte la subjectivité du chercheur, qui pour moi est un ingrédient incontournable de la recherche, la rend humaine, vivante et sensible, car toute recherche est une rencontre entre soi et son objet de recherche. Une recherche qui pour moi, parle aux infirmières et infirmiers mais aussi à tous les professionnels de santé et du social, au service des personnes que nous prenons en charge, au service des étudiants que nous formons.

Ce présent travail de recherche sera je l'espère, une modeste contribution pour la profession infirmière mais sans pour autant faire preuve de militantisme car je tiens à ce que ce mémoire soit réalisé avec un regard distancé sur la question du lien entre infirmiers, recherche et posture de chercheur. La reconnaissance de ma propre implication dont je viens ici de faire un « rapide » état me semble être néanmoins un gage de transparence dans ma démarche de recherche et j'ai donc tenu à la faire partager au lecteur.

C'est ainsi que je vais à présent transiter d'une dimension sensible et subjective de ce travail à une dimension plus objective - mais non pour autant dénuée de sensibilité - et entrer ainsi dans le vif du sujet en explicitant le cheminement intellectuel de ce mémoire.

## **1. Cheminement dans le processus de recherche**

Afin d'aborder au mieux l'évolution du cheminement de cette recherche, il semble tout d'abord nécessaire de clarifier les missions et rôles de la profession infirmière.

### **1. Qui sont les infirmiers ?**

Nous avons tous en tête l'image représentant l'infirmière au lit du patient, à prodiguer ses soins, ou d'une infirmière qui « brandit » sa seringue ou encore courant à toute vitesse dans les couloirs des urgences, trop occupée à sauver la vie d'un malade... L'infirmière est alors vue le plus souvent comme « active », « technicienne », principalement consacrée à ses tâches orientées vers le soin.

En réalité, les infirmières et infirmiers sont très loin d'être réduits à la seule manipulation d'une seringue. Ce sont des professionnels de santé et auxiliaire médicaux, qui ont pour mission d'organiser, mettre en œuvre et évaluer des soins permettant de maintenir, restaurer, promouvoir la santé d'une personne ou d'un groupe de personne. D'apporter du confort et du soulagement face à la douleur, ainsi qu'une aide partielle ou totale pour les actes de la vie quotidienne (s'alimenter, se laver, se déplacer...). De contribuer au diagnostic médical par leur observation, leur recueil et analyse d'information sur l'état de santé du patient et d'agir sur prescription du médecin ou de par leur rôle propre, leur permettant de prendre des initiatives dans la mise en œuvre pertinente des soins et de la surveillance des personnes prises en charge. D'être à l'écoute des personnes soignées et de leur entourage, avec un rôle incontournable d'information, de clarification de la parole médicale, d'éducation à la santé et aux thérapeutiques que le patient sera amené à s'approprier pour gagner en autonomie une fois rentré chez lui. Des soins et une promotion de la santé effectués par plus de 600 000 infirmiers<sup>1</sup> qui exercent autant à l'hôpital, qu'en dehors de ses murs, à domicile, en entreprise, dans les écoles, les centres de santé, en établissement pour personnes dépendantes...

Les infirmiers sont également chargés d'une importante mission de collaboration avec un tissu composé d'autres professionnels de santé, du social, de l'administratif, afin d'orchestrer et de réguler les différents parcours de soins des patients dont ils ont la responsabilité. Des missions qui se complexifient au fil des années, de par l'augmentation

---

<sup>1</sup> En effet, selon les dernières statistiques de la Direction (Drees 2016), la profession est actuellement chiffrée à 638 248 infirmiers en exercice en 2015, devant la profession médicale (222 150 généralistes et spécialistes) et les masseurs-kinésithérapeutes (83 619).

de la demande de soins et de la nécessité de la gestion des risques liés aux soins, l'émergence grandissante de pathologies chroniques, du vieillissement de la population et du risque de dépendance pour les actes de la vie quotidienne...

Cette complexité des parcours de soins, l'accroissement de la prise en charge des pathologies chroniques, du vieillissement, l'exigence de la qualité des soins font que les infirmiers se doivent de réfléchir et d'agir à la lumière de données professionnelles et scientifiques, issues de la recherche et en particulier d'une recherche menée par des infirmiers pour des infirmiers, qui produirait de la connaissance permettant non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de valoriser et mieux faire connaître et reconnaître des savoirs spécifiquement infirmiers, qui s'organiseraient autour une discipline nommée « sciences infirmières ».

Mais peut-on imaginer une infirmière « faire de la recherche » ? Et si oui quel type de recherche ? De la recherche « comme les médecins » ? Peut-il exister des infirmiers « chercheurs » ?

Et pourtant, c'est une réalité en France, il existe bel et bien des infirmiers qui « font de la recherche », aussi bien à l'hôpital qu'à l'université, réalité illustrée par divers articles, ouvrages et communications sur la base de recherches hospitalières ou universitaires menés par des infirmiers et par les publications d'appels d'offre et projets retenus par le ministère de la santé concernant les programmes de recherche réservés aux professionnels paramédicaux.

J'ai pu constater combien cette recherche est méconnue du groupe professionnel infirmier lui-même, si elle n'est pas même méprisée par certains, considérée comme trop intellectuelle, élitiste et éloignée des pratiques au lit du patient... Une recherche méconnue également chez les disciplines académiques, face à une recherche qui semble « ne partir de rien », si ce n'est de la pratique, donc pas forcément théorisée et donc pas forcément considérée comme scientifique.

Et pourtant... Bien que la recherche peine à convaincre de son utilité pour la profession cela ne décourage pas pour autant ceux qui y trouvent du sens et schématiquement, un infirmier menant ou participant à un projet de recherche peut se réaliser principalement sous l'un de ses trois cadres :

- 1) Dans le cadre de la recherche clinique et en particulier grâce au financement du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Ce type de recherche peut être interventionnelle ou observationnelle auprès des patients sains ou atteints d'une problématique de santé, ou dans le cadre de soins courants. Ce qui

pose la question des moyens institutionnels alloués à la recherche clinique et la place des paramédicaux, de l'accompagnement des projets de recherche, ainsi que la formation à la recherche clinique.

## 2) Dans le cadre universitaire par le biais du master et du doctorat

Ce type de recherche sera davantage axé sur des disciplines relevant des sciences humaines et sociales, centrée sur des préoccupations autour de la santé, de la formation ou de la gestion des soins.

Ce qui interroge sur l'évolution professionnelle et les choix d'orientation de formation pour les infirmiers et les cadres, via un éventuel passage par l'IFCS, les filières de spécialisation et autres diplômes universitaires, via des directives institutionnelles, via un choix personnel (pouvant être dicté en partie par des motivations institutionnelles). Ce qui pose également la question épineuse de la montée en compétences de ces infirmiers, en particulier dans le domaine de la recherche et la création de postes dédiés comportant des missions de recherche ou de financement de projet de recherche, ce qui sous-entend la nécessité d'une véritable politique institutionnelle en faveur de la recherche paramédicale et du soutien du professionnel infirmier par la hiérarchie hospitalière.

## 3) Dans le cadre de projet de recherche collaborative, de recherche action, recherche évaluative

Ce type de recherche peut notamment se faire en milieu hospitalier, dans le cadre par exemple d'un projet institutionnel visant à optimiser la qualité et la sécurité des soins, dont l'impact peut permettre par exemple la mise à jour ou la remise en question de protocoles de soins. Ce qui pose la question de la reconnaissance de ce type de recherche et de nouveau la question des moyens alloués, notamment en terme de temps dédié et de disponibilités des infirmiers pour participer à ces travaux.

Théoriquement, tout infirmier peut être amené à réaliser un travail de recherche, en unité de soins comme dans un cadre universitaire, d'autant que les textes réglementant la profession le nomme clairement, dans l'article 4311-15 : « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : (...) 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et*

*participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.* » (Code de la santé publique, 2004).

A noter qu'il existe des infirmiers de recherche clinique mais leur rôle se centre essentiellement sur la collaboration au processus de recherche biomédicale, en contribuant au recueil de données, à l'information des patients et à la mise en œuvre des protocoles pour des investigations et essais thérapeutiques dirigés par le corps médical.

L'objet du chapitre qui suit sera de tenter une clarification du contexte socio-historique de cette recherche.

## **2. Emergence de la recherche infirmière en France**

### **1. Définitions et contexte historique**

Le Conseil International des Infirmières (CII) définit la recherche dans le domaine des soins infirmiers comme étant *« une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés. Ce type de recherche englobe tous les aspects des questions de santé qui revêtent un intérêt quelconque pour les soins infirmiers, y compris pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins aux individus de tous âges pendant leur maladie, durant leur rétablissement ou lors de l'accompagnement vers une mort dans la dignité et la paix. La recherche en soins infirmiers applique l'approche scientifique à une démarche qui a pour objet de faire avancer l'état des connaissances, d'obtenir des réponses à des questions ou de résoudre des problèmes.*

*Les connaissances acquises par le biais de la recherche dans le domaine des soins infirmiers sont utilisées pour développer une pratique basée sur des preuves scientifiques ; améliorer la qualité des soins et tirer le meilleur profit des résultats en matière de santé tout en rentabilisant au maximum les interventions infirmières.* » (CII, 2009)

Cette définition particulièrement centrée sur l'objet des soins infirmiers et les problèmes de santé de la population ne doit pas réduire la recherche infirmière à ces seules considérations, car en effet, la recherche infirmière recouvre plusieurs champs d'étude possibles (Debout, 2010) :

- La clinique, au plus près des patients (étudier les déterminants et comportements de santé, évaluer l'efficacité des interventions de soins)

- La formation infirmière initiale ou continue
- La gestion et organisations des soins
- L'évolution de la profession infirmière

La recherche infirmière contribuerait ainsi fortement à mettre en valeur les savoirs infirmiers dans l'optique d'améliorer les pratiques mais également dans l'objectif d'influencer qualitativement et significativement les politiques publiques de santé dans une perspective médico-économique, en vue de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Elle répondrait ainsi à la définition d'une recherche en optimisation, qui selon Jean-Marie Barbier (2008), mobiliserait davantage des recherches de types évaluatives, permettant l'élaboration de recommandations, procédures, programmes et autres diagnostics de situations, répondant davantage à une démarche de résolution de problèmes sur le plan clinique ou de l'organisation ou la sécurité des soins.

La recherche infirmière s'inscrit donc dans le domaine de la recherche appliquée, dans un « *arrêt des routines et des actions, pour essayer d'autres routines et tenter d'autres actions* » (Van Der Maren, 2014, p.17). Mais la recherche infirmière ne s'arrête pas à cette dimension de la recherche en optimisation car elle s'inscrit également dans une recherche en intelligibilité, qui, dans une perspective compréhensive, cherche à donner du sens à la pratique, à la conceptualiser, notamment par le biais de l'éclairage apporté par les sciences humaines, « *dans toutes les situations où les acteurs considèrent que mieux connaître non pas seulement l'« état » du monde mais aussi son « fonctionnement » est un enjeu pour les transformations souhaitables, et pourrait faciliter les interventions destinées à le transformer* » (Barbier, 2009).

Il faut tout d'abord préciser que l'émergence de la recherche infirmière est concomitante à celle du processus de professionnalisation de l'activité des soins infirmiers.

Les pays anglo-saxons ont été les plus avant-gardistes en matière de recherche infirmière, en ayant développé leur culture scientifique dès le début de leur processus de professionnalisation, en intégrant l'université au début du 20ème siècle, dont l'ouvrage de Nicole Fouché et Evelyne Diebolt (2011) offre une analyse particulièrement éclairante.

Florence Nightingale (1820-1910) a été la pionnière en la matière. Infirmière anglaise née d'une famille riche et distinguée, elle s'est prise de passion contre l'avis des siens pour les soins hospitaliers qui étaient alors délivrés dans la misère la plus absolue et dégradante. Elle a alors sillonné l'Europe pour se former aux soins infirmiers et sera missionnée à son retour pour diriger un hôpital militaire en pleine guerre de Crimée (1853-1856).



Le défi était de taille pour Florence et son équipe : prodiguer des soins à plus d'un millier de soldats survivants dans des conditions sanitaires insupportables, entraînant une surmortalité de ces derniers. Les priorités de soins – résolument avant-gardistes pour l'époque – ont été ciblées autour de la nutrition, l'hygiène et le confort des blessés (qui étaient alors inexistant), soulager la douleur, rétablir le lien avec les familles... Le résultat de ces interventions soignantes a été spectaculaire, voyant passer de 50% à 2% le taux de mortalité des soldats. Résultats que Florence aura rédigé et publié, gagnant alors l'opinion favorable du peuple anglais. Elle n'a donc cessé de poser par écrit ses expériences de soins et leurs résultats, qui ont donné lieu à large diffusion dans le monde, ce qui préfigurait une véritable posture de chercheur. Observations multiples, prises de notes, utilisation assidue des statistiques pour présenter ses résultats, publications de rapports et d'ouvrage sur les soins infirmiers...

Elle créera sa propre école d'infirmière à Londres, lui permettant de transmettre le fruit de ses connaissances et sa conception des soins infirmiers, recrutant à son image et contrairement à ce qui se faisait, des femmes de milieux aisés, dotées d'une véritable éducation, qui les rendaient aptes à prendre des décisions pertinentes, de façon autonome et responsable. Son modèle d'enseignement préfigurait les futures sciences infirmières, qui laissaient place à un solide apprentissage de terrain mais également scientifique, s'appuyant sur les sciences médicales alors en pleine progression, tout en prenant en compte systématiquement l'environnement de vie du malade et pas simplement sa maladie (Magnon, 2006).

Le modèle des hôpitaux-écoles de Florence Nightingale deviendra une véritable référence pour les écoles d'infirmières aux Etats-Unis, qui iront plus loin dans le processus de légitimation des savoirs et savoir-faire infirmiers, notamment grâce au financement de la fondation Rockefeller et l'influence des travaux de Flexner (1915) sur les critères définissant une profession, en particulier la capacité à produire et transmettre ses propres savoirs validés à un niveau d'enseignement supérieur.

Un rapport publié en 1923 a fortement incité les écoles de nursing à s'inscrire dans un cursus universitaire et sortir du modèle des hôpitaux-écoles, afin d'améliorer et harmoniser les enseignements aux futures nurses, qui servaient alors de « *main d'œuvre gratuite et corvéable, au détriment de la qualité de leur formation* » (Diebolt et Fouché, 2011, p. 87). Le développement des « *University school of nursing* » permettaient ainsi de « *valoriser une élite professionnelle* » (Diebolt et Fouché, 2011, p. 247-248) et dès les années 20, « *les infirmières s'intéressent de plus en plus à la recherche comme moyen de développer des*

*connaissances complémentaires à celle des sciences biomédicales* » (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, p.39).

Ainsi, dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle et a fortiori après la seconde guerre mondiale, les infirmières américaines, fort de leur engagement à l'université, ont conceptualisé leur pratique par la recherche et élaboré un certain nombre de théories et de modèles de soins infirmiers, enrichis par l'apport des sciences humaines alors en plein essor, pour analyser et guider la pratique des soins (Magnon, 2006), permettant l'émergence d'une diversité d'écoles de pensées, instituant les sciences infirmières.

Pendant ce temps, en France, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la révolution industrielle, les découvertes de Pasteur, l'hygiène publique, ont permis l'évolution des prestations de santé et de la médecine. Déjà depuis la Révolution Française et la séparation de l'église et de l'Etat, est advenu dans une volonté de développer le progrès médical « scientifique » et les congrégations de sœurs religieuses hospitalières, majoritaires à l'époque, devinrent alors indésirables dans les hôpitaux. Un besoin croissant et considérable d'une main d'œuvre soignante laïque et endurente capable de seconder la profession médicale dans sa charge de travail s'est alors imposée, signant ainsi la naissance de la future profession infirmière. Les premières « écoles » d'infirmières virent le jour en 1877 (société de la Croix Rouge), puis en 1878 sous l'impulsion du Docteur Désirée Magloire Bourneville, dans les hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière et Bicêtre pour le secteur public (Assistance Publique). (Dubois-Fresney, Perrin, 1996 ; Magnon 2006 ; Knibiehler, 2008 ; Diebolt et Fouché, 2011).

Et contrairement à leur consœurs anglo-saxonnes, la grande majorité du personnel recruté est illettré et plutôt issu du milieu rural, misant avant tout sur des qualités d'excellence morale plutôt qu'intellectuelles, curieusement proches du modèle des religieuses, mise à part la laïcité (Petitat, 1994) : probité, disponibilité, dévouement à toute épreuve et surtout pas d'ambition à remettre en question les directives médicales. Les infirmières seront alors tenues de servir et de suivre scrupuleusement les prescriptions des médecins, soigner et surveiller les malades durant leurs temps d'absence (Collière, 1982 ; Magnon, 2006 ; Knibiehler, 2008). Les savoirs délivrés en formation consistent avant tout à une remise à niveau en lecture et écriture mais aussi à dispenser quelques savoirs médicaux, sous formes de signes cliniques à observer et reconnaître, permettant ainsi aux infirmières de pouvoir décrire minutieusement au médecin l'état du patient. Des écrits sous forme de manuels, de revues, de bulletins, destinés aux infirmières se développent, rédigés pour la plupart par des médecins, où l'on retrouve davantage des contenus d'ordre médico-technique et autres

écrits insistant sur la place et le rôle de « bonne conduite » de l'infirmière, plutôt que sur la nature et la fonction des soins infirmiers (Collière, 1982 ; Diebolt et Fouché, 2011).

Les infirmières sont alors vues par les médecins comme des rivales potentielles, ces savoirs étaient délivrés au compte-gouttes : « *on ne veut pas l'instruire trop, parce qu'on craint les empiètements d'une demi-savante* » (Knibiehler, 2008 p.69).

Alors soumises au joug du pouvoir médical, la place du questionnement professionnel en soins infirmiers, d'une pensée et d'un savoir autonome élaboré par les infirmières elles-mêmes n'était donc pas envisageable ou très difficilement, sauf dans certaines écoles privées qui se réclamaient de l'héritage de Florence Nightingale, et en premier lieu la Maison de Santé Protestante, dirigée en 1901 à Bordeaux par le Dr Anna Hamilton. Cette dernière aura échoué à généraliser en France le modèle anglo-saxon centré sur la personne, l'environnement de soin et de vie et un niveau de connaissances élevées. Sous l'influence de Léonie Chaptal, directrice d'école d'infirmière et personnalité très influente sur le plan politique, le diplôme d'Etat d'infirmier sera, certes, de plus en plus reconnu et exigé mais le processus de professionnalisation infirmière n'ira pas dans le sens de l'intégration à l'université, ni dans le sens de la recherche mais plutôt dans une confirmation d'une profession astreinte à l'exécution des directives médicales, de gestes techniques et d'un comportement moral qui se voudrait exemplaire.

Après la seconde guerre mondiale, c'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui sera un véritable levier de reconnaissance pour la profession infirmière dans le monde et de son rôle spécifique dans le monde la santé. Dans son 5<sup>ème</sup> rapport publié en 1966 par le comité d'experts en soins infirmiers, la place de la recherche infirmière y est entière et le rapport précise qu'une « *profession consciente de ses devoirs doit poser des questions qui méritent de susciter des recherches, être disposée à permettre des recherches portant sur son activité et à faire passer dans la pratique les résultats de ces recherches* » (OMS, 1966, p.30). Son ambition était alors d'impulser fortement sous forme de recommandations à l'échelle mondiale l'enseignement supérieur en soins infirmiers et la recherche infirmière en s'appuyant sur des infrastructures universitaires dédiées ou en encourageant leur création.

C'est ainsi que s'implantera à Lyon, en 1965 et jusqu'en 1995, l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS), dont les enseignants ont tous bénéficiés d'une formation à l'étranger. Ces enseignements étaient avant tout à destination des infirmières cadres enseignantes et directrices d'établissement, qui souhaitaient contribuer au développement de la discipline émergente qu'étaient les sciences infirmières,

directement inspirée des courants d'outre-Atlantique, centrés sur une approche humaniste de la personne et des soins (Magnon 2006).

En parallèle, depuis les années 70, d'autres formations universitaires ont été investies par des infirmières et des cadres, le plus souvent dans diverses disciplines en sciences humaines et sociales (sociologie, sciences de l'éducation...), certaines jusqu'à l'obtention d'un doctorat mais sans forcément en recevoir une reconnaissance, ni en terme de temps dédié à la recherche, ni de poste ou de salaire (Perraut Soliveres, 2013).

Au début des années 80, une association de recherche en soins infirmiers (ARSI) a été initiée par Monique Formarier, Geneviève Poirier-Coutansais et Guy Isambart, tous diplômés de l'EIEIS, et portés par les enseignements de professeurs de sciences infirmières. Fondée sur un « *axe fort* » qui « *était d'aider les infirmières à améliorer leur travail au quotidien par la recherche* » (Jovic, 2015), les objectifs de cette association sont donc de promouvoir, former à la recherche et participer à des travaux en France, en Europe ou à l'international. La revue Recherche en Soins Infirmiers éditée chaque trimestre par l'association permet de diffuser divers travaux, réflexions de fond sur la discipline sciences infirmières et des apports méthodologiques<sup>2</sup>.

Pour autant, l'intérêt naissant pour la recherche en soins et leur réalisation par des infirmières restait relégué à un « rang » très marginal, très peu connu et reconnu par leurs pairs, la hiérarchie et même la société. Et bien qu'il existe des travaux de fin d'étude en formation initiale, en formation des cadres et autres travaux issus de formations à l'université, force est de constater que cette question de la recherche infirmière et de l'élaboration par la profession de ses savoirs propres est restée quasiment invisible en France.

L'héritage historique de la profession et de la formation fortement médicalisée et axée sur la technique, le peu d'espace de réflexion autonome et la domination médicale a fini par entraîner l'ancrage de représentations plutôt négatives et des réticences à la recherche chez les infirmiers, qui bien que présente dans les textes officiels et le dispositif de formation, n'a pas été réellement soutenue, ni encouragée, ni dotée d'infrastructures adaptées à son développement. La question de son utilité et sa visibilité n'a pas ou peu été considérée à sa juste mesure par les différentes institutions de gouvernance hospitalières et unité de soins,

---

<sup>2</sup> pour en savoir plus voir le site de l'ARSI <http://www.asso-arsi.fr>

ni saisie par la profession elle-même pour qui la recherche est perçue comme une activité lointaine et élitiste (Magnon, 2006 ; Debout et al., 2010).

De ce fait, pour les infirmiers, la recherche serait comme prisonnière d'un schéma pyramidal, comme si elle ne pouvait se trouver qu'au sommet, perçue alors comme quelque chose d'inatteignable, hors de portée, dont on ne se sentirait pas capable.

A partir de là, un constat s'impose : les infirmiers ont très peu recours de manière directe dans leur exercice quotidien à l'appropriation de résultats de recherche en soins pour leur pratique ou la réfléchir, ce qui est particulièrement vrai dans le contexte français mais pas seulement (Goulet et al., 2004 ; Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010).

En effet, les mécanismes de prise de décision cliniques des infirmiers reposent avant tout sur leur intuition et leur expérience, leurs repères pris en service de soins, les informations transmises par les collègues, par les procédures de soins et un raisonnement clinique s'appuyant sur une analyse dynamique de la situation par les données du jour, relevées au lit du patient (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010 ; Poiroux, 2015). Le recours à des publications scientifiques pour éclairer sa pratique et l'analyse de situation semble alors incongru et abstrait, d'autant plus que la formation initiale n'aura pas formé à y recourir. Le rapport aux soins et à leur technique restent donc « *encore sur un empirisme fortement ancré qui, à lui seul, peut faire varier les pratiques d'un service à l'autre sans que l'on ait évalué le bénéfice d'une pratique par rapport à une autre* » (Poiroux, 2015 p.8).

Or, il est de plus en plus admis que lorsque les décisions et la pratique clinique se fondent sur des preuves scientifiques, leur probable efficacité n'en sera que meilleure : « *une utilisation adéquate des résultats probants de recherche contribuera à augmenter la probabilité que les décisions cliniques soient pertinentes et à diminuer l'exposition des patients à des interventions inefficaces ou même dangereuses* » (Goulet et al., 2004).

Les savoirs infirmiers restent donc le plus souvent tacites et incorporés, alors qu'ils gagneraient à être explicités, tant dans leur élaboration que leur application ou leur conceptualisation.

Il réside donc une tension entre une pratique des soins infirmiers qui reste ancrée dans une tradition expérientielle et la nécessité de mettre à l'épreuve de la recherche scientifique les acquis de ces expériences afin de les amener non seulement à confirmer leur efficacité et leur pertinence mais aussi de les amener à progresser si ce n'est pas les transformer.

Les regards restent malgré tout encore très partagés sur l'intérêt de la recherche infirmière: utile pour la compréhension et la prise de décision clinique pour les uns, activité trop intellectuelle et inutile pour les autres, vue comme « coupée » de la réalité des soins (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010 ; Soyer, Tanda, 2014).

Toutefois, il est à noter actuellement que plus en plus d'infirmiers se saisissent de cette démarche de recherche, de leurs premiers questionnements à la publication de leurs résultats, même si elle n'est encore ni évidente, ni toujours soutenue à la hauteur de son importance et son intérêt tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels engagés dans cette activité.

A partir de là, la recherche infirmière comporte ainsi un certain nombre d'enjeux méritant d'être explicités, qui concourent à son intérêt grandissant et à son propre processus de professionnalisation.

## **2. Utilité et enjeux de la recherche infirmière**

Les enjeux de la recherche pour les infirmiers sont multiples et recouvre des logiques différentes, essentiellement médico-économique pour les uns et de reconnaissance du groupe professionnel pour les autres.

En effet, l'accroissement de la demande en soins, du développement des techniques et thérapeutiques et en corollaire de leurs couts, l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques et leur prise en charge au long cours, ainsi que la démographie médicale non optimale quantitativement et qualitativement dans sa répartition font que les politiques de santé raisonnent en terme d'efficacité et d'efficience. En effet, « *le coût des soins dispensés par un infirmier s'avérant, à qualité égale, moins élevé que celui d'un médecin, à long terme, une prise en charge susceptible d'éviter les réhospitalisations peut être assimilée à un investissement* » (Ambrosino, 2016).

L'enjeu pour les pouvoirs publics serait d'encourager le développement d'une recherche visant l'optimisation des pratiques par des soins validés scientifiquement et des études médico-économiques à terme moins couteuses à la collectivité, ce qui constitue également un enjeu de taille pour les infirmiers, dont l'opportunité de se saisir de ces questions de stratégies de politique de santé se pose de façon vive.

Mais un autre enjeu de la recherche se démarque, en lien direct avec l'utilité sociale de la profession, au service de la population, à savoir que les usagers du système de santé sont de plus en plus au fait de connaissances médicales, se préoccupent de leur santé et ont à

présent, grâce aux technologies de l'information, les moyens de rechercher des éclaircissements sur leurs maladies, leurs traitements... Certains patients atteints de pathologies chroniques deviennent même experts de leur maladie, au point « d'inverser » le rapport entre soignant et soigné. L'ère du paternalisme médical étant de plus en plus révolue, les patients sont de plus en plus considérés pour certains comme étant capable d'être « co-constructeurs » du savoir autour de leur maladie, du vécu de celle-ci et de ses conséquences sur leur vie quotidienne. Ainsi, l'amélioration continue des connaissances et des procédures de soins constituent donc un enjeu incontournable pour les infirmiers, enjeu au cœur de la motivation à s'engager dans un processus de recherche, notamment lorsqu'il s'agit concrètement d'améliorer le confort du patient en évitant au mieux des soins douloureux et/ou inutiles (Feroni 1992).

Les infirmiers ont donc plus que jamais le devoir d'être à jour de leurs connaissances et de s'appuyer sur les données scientifiques les plus récentes et les plus pertinentes et donc de contribuer eux-mêmes à leur développement. Ainsi, la démarche de recherche renvoie à une démarche déontologique (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010), qui s'exprime dans le code de déontologie récemment adopté en novembre 2016 dans l'article R. 4312-10 : « *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées* ».

A la lumière de ces divers enjeux, la profession infirmière française doit faire face à un certain nombre de freins au développement de cette recherche à savoir : l'insuffisance de temps dédié et de personnel alloué et financé face à une charge de travail infirmier conséquent et du manque d'effectif, le manque de formation et d'appropriation des méthodes, outils, résultats de la recherche sur le terrain, l'accès difficile à la langue anglaise sachant que la très grande majorité des parutions scientifiques sont anglophones... L'insuffisance de structures dédiées à la recherche (notamment pour les hôpitaux non universitaires), l'absence de filière académique, d'une discipline scientifique reconnue qui permettrait notamment de développer des laboratoires dédiés et de pouvoir centraliser les travaux infirmiers déjà existants mais qui se retrouvent dispersés entre différentes disciplines (sociologie, sciences de l'éducation, philosophie...).

Mais les freins les plus redoutables sont peut-être ceux des professionnels eux-mêmes : trop méconnue, la recherche impressionne, fait peur, que ce soit la crainte autour la mise

en œuvre concrète de la recherche ou de ses conséquences sur la remise en question des pratiques (Collière, 2001).

Bien qu'existant depuis une trentaine d'années, l'activité de recherche chez les infirmiers s'est retrouvée réduite à une poignée d'études menées sur le terrain, « bénévolement » et sans véritables moyens alloués, à des parcours études universitaires débouchant vers une reconnaissance quasi-inexistante.

C'est ainsi que la recherche infirmière connaît un enjeu de reconnaissance très fort pour le groupe professionnel infirmier « (...) dont la revendication principale porte sur la reconnaissance d'un savoir propre, c'est à dire un savoir issu d'une démarche de recherche qui apporterait autonomie et reconnaissance à chaque professionnel dans un souci d'utilité sociale optimale » (Poiroux, 2015, p.16).

Ainsi, au delà de la recherche au service de la pratique des soins, se situe l'enjeu incontournable de la reconnaissance académique de la discipline des sciences infirmières comme levier de valorisation du groupe professionnel infirmier (Goulet et al., 2004).

Cette discipline spécifique dotée de son approche épistémologique et ses propres concepts et cadres théoriques, a vu le jour à partir des travaux anglo-saxons mais pose le défi de la nécessité de s'adapter au contexte français et européen dans une plus large mesure.

*« Les sciences infirmières, instituées sur le plan international depuis plus de cinquante ans, visent à mettre à disposition des infirmières des savoirs issus de la recherche ayant vocation à recommander des modes d'intervention de soins infirmiers pourvoyeurs de résultats de soins infirmiers positifs pour la santé du patient ou d'un groupe. Ce va-et-vient entre les savoirs issus de la recherche et leur utilisation dans une pratique déterminée caractérise les sciences infirmières comme une discipline professionnelle. »* (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010).

La discipline des sciences infirmières reposent sur un socle composé de quatre concepts fondateurs et reliés entre eux à savoir la personne, la santé, le soin et l'environnement, dont Florence Nightingale avait la première mis en évidence leur articulation de manière empirique lors des soins apportés aux soldats. Autrement dit, la discipline « s'intéresse au soin de la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé » (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, p. 15).

Or, contrairement à un certain nombre de pays dans le monde, en France, les sciences infirmières ne sont pas reconnues comme discipline universitaire.

Les défenseurs de la discipline auraient alors pour objectif d'aller à la reconquête d'un « savoir empêché » : se réapproprier la nature des soins infirmiers, dominés durant des



décennies par les savoirs médicaux, ayant longtemps entravé les infirmières dans leur capacité et leur volonté de « penser » leurs soins et la manière et la philosophie avec laquelle ils doivent être dispensés et transmis.

L'enjeu de l'émergence de la discipline en sciences infirmières se situe donc dans la mise en œuvre non seulement d'une recherche par optimisation mais aussi par une recherche davantage centrée sur l'intelligibilité d'un certain nombre de concepts et d'élaboration de théories de soins qui seront autant de cadres de référence pour éclairer et/ou guider la pratique et la recherche.

Ce qui est certain c'est que la recherche clinique infirmière souhaite privilégier une approche centrée sur le patient, en tenant compte de son histoire et ses expériences vécues et intègre une dimension éthique indispensable au bon déroulement de cette recherche, tant à l'égard du patient que du chercheur, dans ses choix d'objets d'études et de méthodes (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010).

Les débats dans ce domaine sont très loin d'être clos et les sciences infirmières souffrent encore d'une instabilité épistémologique avec de multiples objets d'études et d'approches possibles sur le plan conceptuel, méthodologiques, qui rend « *parfois plus difficile la lisibilité et la visibilité des travaux de recherche ou des productions scientifiques* » (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010) autant qu'elle peut comporter l'avantage d'une diversité et une richesse dans la manière d'aborder et de travailler les objets de recherche (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010)

Or, le propre d'une discipline scientifique est de ne pas restée figée ou d'ériger des dogmes mais justement d'impulser et d'entretenir une dynamique intellectuelle et d'œuvrer sans cesse au développement et à l'actualisation de ses connaissances, de ses appuis épistémologiques et méthodologiques (Vinck, 2009 ; Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010).

C'est ainsi qu'à la lumière de ces différents enjeux, l'activité de recherche infirmière a pu se doter progressivement de moyens, se structurer, se formaliser, autrement dit se professionnaliser, au travers notamment du dispositif de formation initiale et de financements publics (mais aussi privés) de programmes de recherches, qui constituent autant de leviers à l'essor de la recherche pour les infirmiers, de la rendre accessible et utile par le biais de l'utilisation des données scientifiques récentes et pertinentes pour faire évoluer les pratiques au bénéfice des patients.

### 3. Les dispositifs de professionnalisation de la recherche infirmière

En 2007, une étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière détaillant les facteurs déterminants de l'évolution des besoins de santé et des mutations à venir dans le paysage sanitaire et social en France, a évoqué le rôle essentiel de la recherche clinique hospitalière et des infirmières en particulier : « *La contribution des infirmières à la recherche médicale et la réalisation de travaux dans le domaine des soins conduisent à une professionnalisation de ces activités et le développement des métiers de la recherche. Ainsi certaines infirmières seront amenées à consacrer une part plus importante, voire l'exclusivité, de leur temps de travail à la recherche* » (École nationale de santé publique, 2007, p. 104).

La professionnalisation annoncée de la recherche infirmière a ainsi contribué à faire reconnaître l'existence même de cette recherche, sa crédibilité et sa pertinence, qui elle-même contribue à faire reconnaître la qualité des soins infirmiers délivrés à la population, d'où une réelle utilité sociale des savoirs infirmiers et d'une recherche spécifique dans ce domaine.

L'un des premiers grands pas en la matière est la refonte du programme de formation initiale en 2009, suite aux accords de Bologne signés en 1999 et la nécessité d'harmoniser les diplômes pour l'ensemble des formations de niveau supérieur, sous le format licence-master-doctorat.

Auparavant, les programmes précédents (1972, 1979, 1992) délimitaient l'initiation à la recherche qu'au travers du travail de fin d'étude, qui se présentait sous forme de mémoire dont on peut s'interroger sur la qualité méthodologique très hétérogène et le véritable intérêt pour la recherche que cela pouvait représenter ou susciter, non seulement de la part des étudiants mais aussi de la part des formateurs et enseignants des instituts de formation, en terme notamment de consultations, publications et intégrations d'articles de recherche scientifique dans leurs enseignements (Allin-Pfister, 2006 ; Tanda-Soyer, Eymard, Alderson, 2014).

Afin de réduire les écarts de connaissances concernant la recherche en général et infirmière en particulier, la réingénierie de formation a intégré cette dimension « recherche » chez les infirmiers, ce qui est également vrai pour d'autres professions paramédicales ayant bénéficié de cette réingénierie. A présent, la veille professionnelle et la recherche font clairement partie du référentiel d'activités infirmière et les nouvelles générations d'infirmiers se doivent d'être capable de « *rechercher et traiter des données*

*professionnelles et scientifiques* », dont le référentiel de compétences consacre la huitième d'entre elles.

Le dispositif de formation initiale à la recherche, en lien avec cette compétence, se décline via les unités d'enseignement 3.4, « initiation à la démarche de recherche », au semestre 4 (2<sup>ème</sup> année) et au semestre 6 (3<sup>ème</sup> année) permettant de développer un ensemble de contenus consacrés à la recherche, dont les objectifs principaux sont de comprendre l'intérêt de cette activité, la démarche méthodologique, l'analyse et la présentation des résultats, ainsi que l'état des lieux de la recherche infirmière en France et dans le monde, le lien avec l'évolution des pratiques professionnelles, l'*evidence based nursing* (soins infirmiers fondés sur des preuves)...

Les étudiants sont alors censés acquérir et adopter une démarche réflexive de questionnement permanent sur leur pratique et en particulier développer leurs compétences en recherche documentaire afin de se familiariser avec des réflexions, travaux et résultats issus de groupe de travail professionnel ou de recherche clinique ou en sciences humaines, dans le but de tenter de répondre à leurs questionnements et d'améliorer leur pratique de soins en s'appuyant sur des données scientifiques et professionnelles.

Le mémoire de fin d'étude se présente donc comme un moyen d'apprentissage de la recherche par la recherche, permettant le déploiement chez l'étudiant en fin de formation de sa capacité de réflexivité et de réflexion, au regard de sa posture professionnelle en pleine émergence. Se pose en parallèle le constat d'une formation initiale actuelle permettant aux étudiants d'obtenir un grade de licence, concomitamment à leur diplôme d'Etat, alors que les formateurs seraient alors censés détenir un niveau master, voire doctorat (Novic, 2010), afin notamment, d'être plus aguerris en terme de méthodologie et d'accompagnement à la recherche.

Il serait par ailleurs intéressant de s'interroger en terme d'une articulation possible entre ces travaux d'étudiants et la possibilité d'une pédagogie par projet de recherche en collaboration avec des infirmiers en exercice, des étudiants et des formateurs, qui amènerait des pistes de réflexions concrètes pour les praticiens dans les unités de soins.

C'est ainsi que la recherche infirmière s'est invitée à se formaliser et à se structurer non seulement dans la réforme du programme de formation initiale infirmière mais également en milieu hospitalier. Chaque année depuis 2009, un appel à projet de recherche infirmière et paramédicale émane du ministère de la santé, dont les financements sont accordés sur trois ans, moyennant une sélection attentive par un jury des dossiers soumis à évaluation.

Ce Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) est né sous l'impulsion de Roselyne Bachelot alors Ministre de la Santé et Monique Rothan-Tondeur, infirmière et docteure en Santé publique et l'une des rares infirmières à détenir une habilitation à diriger des recherches. L'objectif principal de ce programme est de « *fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins infirmiers dans les établissements de santé et permettant également d'appréhender l'impact des changements. 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 (...)* » (DHOS<sup>3</sup>, 2009). Ce PHRI a créé au passage de l'émulation au sein de l'ensemble des professionnels auxiliaires médicaux : en 2010, le « PHRI » est devenu « PHRIP », Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale.

Entre 2010 et 2014, près de 10 millions d'euros ont été investis par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour financer 104 projets sélectionnés, majoritairement portés par des infirmiers (Stuwe, Parent et Louvet, 2015).

A la suite du développement des programmes de recherche infirmière, la loi santé promulguée en janvier 2016<sup>4</sup> a reconnu dans son article 157 la possibilité pour une infirmière de diriger une recherche clinique (donc impliquant des patients) dans le domaine des soins infirmiers.

L'impulsion de ces programmes de recherche ont amené l'émergence de postes de coordonnateurs de la recherche paramédicale au sein de la direction des soins d'un certains nombres d'hôpitaux en France, pour la plupart des centres hospitalo-universitaires (CHU), qui se sont eux-mêmes regroupés en une commission nationale. Ces coordonnateurs ont pour mission d'accompagner les projets de recherche émanant des unités de soins, d'apporter une aide méthodologique et logistique, de faciliter le processus de recherche qui est souvent tout à la fois long et fastidieux, passionnant et éprouvant pour les équipes soignantes pour lesquelles il n'y a pas forcément systématiquement ni suffisamment, de temps dédiés et financés pour la recherche.

Les coordonnateurs de la recherche infirmière et paramédicale, ainsi que les cadres d'unités de soins et les cadres formateurs semblent donc être des acteurs de poids afin

---

<sup>3</sup> Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

<sup>4</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DFA10EF682DF9A27FE7A32EC8F76A89F.tpdila13v1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101#LEGIARTI000031916524>

d'engager et faciliter la circulation de ces travaux et de permettre une plus étroite collaboration entre les instances de formation, d'organisation des soins et de recherche.

Cet « engouement » pour la recherche infirmière en France a poursuivi son développement ou plutôt sa mise en visibilité. La recherche infirmière et paramédicale, qui pourtant était déjà une mission inscrite au niveau des directions de soins depuis la réforme hospitalière de 1991 mais longtemps tenue pour quasi-silencieuse est alors devenue pour un certain nombre d'établissements (aussi bien à Paris qu'en Province) un véritable axe stratégique et d'attractivité, qui se manifeste notamment par l'organisation de journées scientifiques consacrées à cette recherche, valorisant des travaux réalisés ou en cours par des conférences et séminaires, par la présentation de poster, des ateliers méthodologiques, des remises de prix, etc. Les publications d'articles scientifiques aussi bien en français qu'en anglais restent timides mais progressent, tant dans la quantité que dans la qualité des écrits.

La jeunesse de cette recherche et de son intérêt de plus en plus porteur se heurte encore sur le terrain à de nombreuses limites, dont celle de l'accès à des bases de données et articles scientifiques, d'une formation à la recherche et à l'appropriation de différentes méthodes quantitatives, qualitatives ou mixte par les infirmiers. Il apparaît d'ailleurs que la quasi-majorité des projets de recherches financés s'appuient sur ces premières, au détriment des deux dernières, qui, cependant tentent de se frayer un chemin, les méthodes mixtes ayant particulièrement l'intérêt stratégique de combiner les deux approches. Un peu comme si, pour gagner en légitimité ou en crédibilité face à la recherche biomédicale, la recherche en soins infirmiers se calquaient sur les méthodes de celle-ci donc plutôt quantitative et relevant du paradigme positiviste, en attendant de véritablement trouver ses marques, ce qui renvoie indéniablement à des questions identitaires professionnelles sous-jacentes mais aussi épistémologiques, dans le fait de clarifier les objets de recherche spécifiques pour la discipline infirmière et la manière de les appréhender.

Ainsi, la recherche infirmière se doit de réchapper au piège d'une recherche qui deviendrait à terme trop aseptisée, normalisée, dominée par un excès de zèle de scientificité et de données probantes, au détriment de la diversité des grilles de lectures des problématiques étudiées mais aussi de la richesse créative et de la spontanéité des soins, par leur coloration intuitive et singulière (Hesbeen, 1997 ; Collière, 2001).

La dynamique de la recherche infirmière et paramédicale est donc en marche, le tournant de 2009 y étant pour beaucoup, même si des efforts non négligeables restent encore à faire en matière de facilitation et de mise à disposition des moyens financiers, humains, matériels et logistiques, afin qu'elle puisse véritablement asseoir sa place dans le champ de la recherche en santé et en sciences humaines et qu'elle puisse rentrer en complémentarité et non en concurrence avec la recherche biomédicale.

De plus en plus d'infirmiers et cadres s'y engagent et « (...) *il n'est pas si rare que des soignants empruntent la voie de la recherche assez rapidement dans leur parcours, par goût et intérêt personnel le plus souvent, parfois aussi dans la conscience que l'on est davantage fait pour dire que pour faire (...).* » (Michaux 2013, p. 31) En effet, un certain nombre d'entre eux saisissent de plus en plus les enjeux et les opportunités de la recherche, son utilité sociale en particulier en terme d'amélioration de la qualité des soins mais aussi dans l'optique d'une plus grande visibilité et partage à l'international de leur démarche, notamment par le biais de la publication, des communications et des coopérations scientifiques.

Ce brin de présentation et d'analyse contextuelle située dans une dimension macro et méso de la recherche infirmière va laisser place progressivement dans la suite de ce travail à une dimension micro, qui sera à présent détaillée dans la suite du cheminement de ce mémoire.

### **3. Elaboration du questionnement de recherche**

Au départ de l'élaboration de ce questionnement, un sujet d'hésitation importante a été mes choix d'orientation de mon questionnement de recherche, à savoir quelles perspectives théoriques et méthodologiques choisir et quelle « échelle » ajuster vis à vis de son exploration empirique, entre niveau micro, méso ou macro.

Deux pôles se sont longuement interrogés : devais-je analyser l'activité de recherche en tant que telle, comment elle se déroule dans le paysage hospitalier, institutionnel et dans quel but, dans une perspective d'analyse stratégique institutionnelle ou organisationnelle. Ou bien me centrer sur les personnes des infirmiers, leur subjectivité vis à vis de leur implication dans un projet de recherche, comment elle est perçue et reconnue ?

J'ai donc finalement fait le choix de « l'échelle micro », d'autant plus que peu d'écrits relatent le vécu du parcours de recherche et de la posture de chercheur des infirmiers. La plupart des écrits infirmiers sur la recherche mettent davantage en avant le processus de recherche avec ses objets et ses méthodes que la personne du chercheur lui-même, ses motivations profondes pour s'engager dans cette activité, ce que cela peut représenter pour lui et ce qu'il en retire comme fruit en terme de cheminement personnel et intellectuel, d'intrication entre les postures de praticiens et de chercheur, de transformation de soi dans son environnement professionnel et personnel, d'obtention de résultats utiles à la pratique... En résumé, tout ce qui a attiré à son propre vécu de la recherche.

Mes précédents entretiens avec des cadres infirmiers en M1 recélaient déjà pour certains des éléments très intéressants à explorer en terme de vécu de la recherche, en lien avec la construction de soi et du parcours en terme de temporalité. Il était donc opportun que cette recherche en M2 puisse s'appuyer sur une approche biographique afin d'étudier au mieux comment cette posture de chercheur a été investie par ces infirmiers.

Le choix des termes utilisés au cours de ce mémoire et dont certains se reflètent dans le titre n'a pas été simple au départ, entre projet de recherche, parcours de recherche, activité de recherche et un besoin de clarification s'est imposé au fil du travail.

La notion d'activité, dans le sens qu'en donne Jean-Marie Barbier, est « *à la fois et en même temps un processus de transformation du monde et un processus de transformation de soi transformant le monde* ». L'activité de recherche fait écho à cette définition de l'activité, où « *s'effectue également un processus de transformation du sujet qui effectue la recherche, ce qui explique qu'on l'on puisse utiliser la recherche à des fins de formation* » (Barbier, 2009 p. 1086).

Cette définition permet justement d'appréhender ce niveau micro de la subjectivité de celui ou celle qui entre en recherche et ce en quoi ce processus de transformation de soi et de son environnement peut se produire, comment ils en rendent compte, comment ils le comprennent, ainsi que ses liens avec la formation.

Cette activité de recherche peut recouvrir toutes les étapes de la recherche et désigner autant une activité ponctuelle et circonscrite qu'une activité qui perdure dans le temps, qui peut s'organiser sous forme de projet de recherche : « *Ces activités sont balisées, encadrées grâce à un projet préalable chargé de définir un certain nombre de paramètres* » (Boutinet, 1990, p. 103), à savoir l'objet de l'investigation, le cadre empirique et conceptuel, la problématique et la méthodologie. Le projet de recherche serait

comme une maquette qui donnerait corps à la recherche à proprement parler, « *moyen approprié pour développer cette emprise consciente du chercheur tant sur la réalité qu'il étudie que sur le produit qu'il élabore.* » (Boutinet, 1990, p. 104)

L'activité de recherche s'inscrit elle-même dans un parcours, dans toute sa complexité entre formation à la recherche, la réalisation de projets de recherche clinique ou la réalisation d'un mémoire, d'une thèse, la gestion des difficultés liées à ce parcours, d'ordre professionnel, personnel, logistique dans la mise en œuvre du projet... dans une visée ou non d'acquérir le statut de chercheur ou de praticien-chercheur.

La notion même de parcours de recherche rejoint alors celle de parcours de vie (Delory-Momberger, 2014), dans le sens où la perspective de carrière infirmière ne s'inscrit pas dans une trajectoire linéaire et standardisée où l'exercice d'une activité de recherche serait une évidence en soi. S'impliquer, exercer une activité de recherche lorsque l'on est infirmier s'inscrirait plutôt dans cette notion de parcours, fait de complexité et d'imbrication entre trajectoire professionnelle et trajectoire de formation en particulier, entrecoupé de phases de transition et de reconfigurations biographiques, où se constitue au fil du temps son propre rapport à la recherche, différent selon les personnes.

C'est ainsi que le choix du cadre méthodologique a fini par s'imposer naturellement au travers de la recherche biographique en éducation, développée dans un prochain chapitre et qui choisit de se centrer sur l'histoire élaborée par la parole et le récit de la personne, en tentant de répondre à cette question qui a guidé ma réflexion au départ de ce mémoire : **comment les infirmiers impliqués dans une recherche vivent-ils leur posture de « chercheur » ?**

A cette première formulation de ma question de départ ont suivi autres questions d'ordre secondaires que je me suis posé, en les résumant ainsi : comment et dans quel contexte ont-ils rencontré l'activité de recherche et comment cette activité s'est inscrite dans leur parcours professionnel et/ou personnel ? Comment s'est-elle inscrite dans leur quotidien, comment cette posture et cette activité sont-elles perçues par leurs pairs, leur hiérarchie, les médecins ? Comment a-t-elle transformé ou influencé leur parcours professionnel/activités en tant qu'infirmiers ?



## **Mes postulats de départ étaient les suivants au début de ce travail :**

1. **La posture de chercheur chez l'infirmier s'avère difficile à investir** car « inhabituelle », « nouvelle » dans la profession, qui se positionne davantage en « praticien ». Le processus d'investissement de cette posture n'est donc pas simple et pas forcément soutenu par les pairs et l'institution. Les infirmiers ne sont pas attendus dans le domaine de la recherche et encore moins en tant que chercheurs.
2. **L'investissement de l'infirmier dans la recherche infirmière s'inscrit dans une quête de reconnaissance** et de légitimité de son activité et/ou expertise professionnelle, dans la perspective plus large de participer à l'évolution de la profession infirmière en France. Il apparaîtrait l'idée d'une forme de « revanche » du groupe professionnel infirmier qui « subit » le pouvoir médical et institutionnel.
3. **L'intérêt pour la recherche n'est pas le fruit du hasard** et résulterait d'une convergence entre une « envie de faire de la recherche », un intérêt personnel pour le questionnement, une soif de savoir, une curiosité intellectuelle et une volonté stratégique et politique de l'établissement de développer le volet recherche en soins.
4. **L'articulation entre l'activité de recherche, la posture de chercheur et la posture d'acteur ne va pas de soi et est à interroger.** Un début de réponse se situerait autour du compromis entre recherche et pratique professionnelle, en particulier au travers de la recherche action ou collaborative et la posture de praticien-chercheur, qui serait à interroger également au décours de ce mémoire.

J'ai donc fait le choix de la singularité, du cheminement personnel et de l'articulation entre recherche, parcours professionnel et recours à la formation universitaire entre autre et de la manière dont ils s'articulent et se répondent.

L'intérêt de passer par le récit de parcours de recherche me permettrait d'éclairer le processus en jeu dans la configuration de ces parcours, l'accès à la subjectivité de la personne et de sa construction en tant que sujet, en tenant compte de sa dimension temporelle.

## Evolution de la question de départ : du vécu du chercheur à l'engagement dans la recherche

A la lumière de mes premiers entretiens, mon questionnement s'est peu à peu orienté de manière plus fine sous l'angle de l'engagement et plus particulièrement de l'engagement dans la recherche.

Je me suis finalement demandé **comment les infirmiers se sont-ils engagés dans la recherche ?** Qu'est-ce qui les ont motivé ? Comment ce parcours s'est-il construit ? Quel sens donnent-ils à cet engagement ? Autrement dit, quels sont leurs motifs (le pourquoi) et leurs modes d'engagement (le comment) dans la recherche ?

Tenter de mettre à jour les motifs, comme « raisons ultimes à la conscience » (Carré, 2005, p. 131), peut s'avérer une porte d'entrée permettant d'appréhender la dimension subjective de ce que la personne peut énoncer, dans sa manière de dire ce qui l'a conduite à s'investir dans l'activité de recherche et ouvrir « *sur une dimension symbolique, celle du sens conféré à l'action à travers les raisons identifiées pour se lancer dans telle ou telle initiative* » (Boutinet, 1998, p. 94).

Le motif se révèle comme étant « *une raison d'agir (...), rattachée à un ordre de significations psychologiques, morales, sociales, culturelles, comprises par autrui, bref, c'est rendre clair ce qu'on fait, aux yeux d'autrui et à ses propres yeux* » (Ricoeur, 1998, 13-731a). Le motif ou plutôt « les motifs », car celui-ci n'est jamais isolé mais s'inscrit dans une pluralité.

Trois types de motifs peuvent être invoqués, sans qu'ils soient forcément cloisonnés les uns les autres : les motifs situationnels, liés à des contraintes extérieures qui déterminent l'action du sujet, les motifs intériorisés, liés à des contraintes extérieures mais que le sujet s'approprie pour le reconfigurer en un défi personnel, et enfin les motifs personnels, intrinsèques, liés « *l'histoire personnelle de l'intéressé, à son mode de familiarité, ses centres d'intérêts et ses aspirations.* » (Boutinet, 1998, p.94-96).

En lien avec ces motifs, se pose en parallèle la question de la mise en œuvre du projet d'engagement, à savoir les moyens concrets que se donne la personne ou qu'elle saisit dans son environnement pour mettre en acte ses aspirations et qui semble tout aussi important à déceler dans les récits que les seuls motifs en eux-mêmes. Si le mode correspond aux moyens mis en œuvre, il suggérerait ou refléterait également, dans une forme de définition

purement personnelle, la manière singulière dont cet engagement se traduit, le choix personnel des ressources mobilisées ou pas, tant humaines que matérielles.

Ainsi, la question de recherche principale retenue pour ce travail est la suivante :

**Quels sont chez les infirmiers, leurs motifs et leurs modes d'engagement dans une activité de recherche et comment l'ont-ils intégrée dans leur parcours professionnel ?**

Le chapitre qui suit ouvrira sur le cadre théorique et méthodologique, qui permettra d'apporter davantage d'éclairage sur la notion d'engagement, ainsi que sur la recherche biographique en éducation.

## **2. Cadre théorique et méthodologique**

### **1. Autour de la dynamique d'engagement**

Le principal concept développé dans ce mémoire sera celui de l'engagement, dont la plupart des travaux existant s'inscrivent dans le contexte de l'apprentissage scolaire, la formation d'adulte et l'activité professionnelle. Les travaux et les références en la matière étant nombreux, il sera retenu ceux apportant des éléments de compréhension et de support à l'analyse inhérents à cette recherche.

Les éléments de définition permettant de décrire l'engagement en formation et l'engagement professionnel seront les points d'ancrages essentiels dans le cadre de ce mémoire, dans le sens où ils seront probablement fortement présents dans les récits des professionnels, du fait même de leur parcours professionnel et leur parcours de formation et en particulier la formation à la recherche.

Un certain nombre de notions seront alors probablement transférables en ce qui concerne l'engagement dans une activité de recherche, qui semble encore peu interrogé et dont ce mémoire pourrait éventuellement apporter quelques pistes à défricher.

#### **1. Entre motivation et engagement**

Lorsque l'on se penche sur les écrits concernant l'engagement, il est fait autant référence à la notion d'engagement qu'à la notion de motivation, qu'il est nécessaire de différencier et de clarifier.

Selon Vallerand et Thill (1993), la motivation se définirait comme l'ensemble « *des forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ». Cette définition amène une dimension « énergétique » et dynamique à ce concept de motivation, qui tendrait vers un but à atteindre accompagnée du temps et de l'énergie qui y seraient consacré.

Au regard de cette définition, il est alors possible de différencier la motivation de l'engagement dans le sens où « *la motivation serait de l'ordre du potentiel (...) et l'engagement, de l'ordre du comportement* ». (De Ketele, 2013, p.10).

Quant à l'engagement, le verbe *to engage* désigne en anglais comme en français « *mettre en gage* », « *offrir une garantie (...)* ; cela suppose de celui qui met en gage et de celui qui le reçoit des responsabilités et des obligations » (De Ketele, 2013 p. 9), ce que l'on

retrouve dans l'idée de « *l'engagement comme contrainte* » (Kaddouri, 2011), dans le sens d'une dimension d'irréversibilité où la personne qui s'engage ne peut plus se permettre à un moment donné de revenir sur son engagement, au risque d'y perdre en crédibilité, au vu des coûts matériels, psychologique et relationnels qui ont été investis.

Mais l'engagement peut aussi être vu comme un amorçage de l'activité envisagée (Kaddouri, 2011), où l'on retrouve la dimension dynamique de celui-ci, avec la motivation comme moteur de l'action et l'engagement comme mise en action du projet, ou d'actions déjà réalisées, qui s'articulent de manière subtile, entre mobiles, buts et moyens (Bourgeois, 2000). En allant donc un peu plus loin, il est nécessaire de compléter ces définitions par le fait que le sens de l'engagement ne peut se réduire qu'à des motifs plus ou moins explicités en « surface ».

En effet, ces motifs sont mus par des mobiles qui « *s'enracinent dans la sphère proprement subjective du sujet, celle de son histoire et de son économie psychique* », autrement dit dans un « *désir* » qui se retrouve dans les racines les plus profondes du sujet (Bourgeois, 2000, p. 96 et 98). Ces mobiles se traduisent d'une manière plus concrète sous forme de buts, de résultats à atteindre, qui eux-mêmes demandent à solliciter un certain nombre de moyens pour arriver à leur réalisation, au regard des contraintes et des possibilités offertes par la réalité du contexte, en tenant compte également de la temporalité de cette articulation entre mobiles, buts et moyens (Bourgeois, 2000). Ainsi, la personne elle-même devra faire des choix dans ses possibilités de s'engager, se saisir d'opportunités d'actions. Ces différents « modes » d'engagement, surtout lorsqu'ils sont facilités et encouragés peuvent eux-mêmes devenir source de renforcement des mobiles. Prendre conscience de cette articulation peut permettre de réinterroger sa pertinence, ceci d'autant plus que les motifs d'engagement eux-mêmes peuvent évoluer au cours de l'activité, tant dans leur manifestation discursive que dans le sens qui y sera donné par la personne, signe de sa propre évolution et de sa transformation (Bourgeois, 2000).

Mais les motifs ne sont pas seulement sous-tendus par du désir ; ils se façonnent également par la valeur attribuée à l'activité envisagée, ce qu'elle peut apporter comme bénéfice pour soi (Bourgeois, 1998). Un certain nombre d'approches théoriques résumées sous l'appellation du paradigme *expectancy-value*, dont Vroom a été l'initiateur en 1964 et repris par de nombreux auteurs, partent du principe que l'espérance de réussite de l'activité désirée et d'atteindre son but, combiné à la valeur positive perçue de cette activité contribuent au processus de motivation du sujet. En d'autres termes, plus l'individu est

convaincu d'avoir ses chances de réussir, plus l'activité à une valeur importante à ses yeux, plus il se donnera les moyens de s'y engager.

Ce modèle met particulièrement en avant les propres capacités perçues par l'individu et donc son estime de lui-même, son propre sentiment d'être compétent et efficace mais aussi la prise en compte de son environnement social, familial auquel il appartient, qui peut également impacter sur les choix qui seront établis. Ce qui interroge du coup sur la nature des moyens ou d'éléments déclencheurs de la prise de décision de s'engager et de sa mise en œuvre, non seulement dans son amorçage mais aussi dans le maintien dans la durée.

## **2. L'engagement dans une activité de recherche**

Parmi les travaux sur l'engagement se rapprochant le plus des préoccupations de cette présente recherche, ceux de Mokhtar Kaddouri, (2005, 2008), ont pour certains d'entre eux, pris pour objet les dispositifs de formation à la recherche comme lieu de dynamique motivationnelle et identitaire. Il a ainsi différencié sept catégories de motifs identitaires d'engagement des professionnels vis à vis d'une formation en master recherche (Kaddouri 2008), motifs qui pourraient prendre sens dans le contexte des professionnels infirmiers.

**La recherche comme cadre de structuration d'une fonction statutaire**, où les professionnels visent à valider un statut officiel de chercheur, voire de praticien-chercheur, en s'engageant dans un long processus de formation à la recherche, passant par le master et le doctorat, dont l'enjeu principal est de passer d'un statut « *d'acteur agissant pour la transformation du réel à chercheur visant la compréhension et l'explication des phénomènes de ce réel* » (p.175).

**La recherche comme cadre de structuration d'une responsabilité fonctionnelle**, où ce qui est visé par les praticiens est le développement de compétences d'accompagnement à la recherche, que ce soit dans le cadre de projets institutionnels ou de formation dans l'enseignement supérieur, pour des suivis de mémoire par exemple. Leur enjeu est de se situer à « *l'interface entre la communauté des professionnels et la communauté scientifique, de faire reconnaître cette interface (...) comme composante du cahier des charges de leur poste de travail* » (p.177).

**La recherche comme cadre de structuration de sa pratique**, où l'intérêt pour les praticiens est de mobiliser divers cadres théoriques issus des sciences humaines pour mieux prendre du recul et analyser leur pratique professionnelle qui peuvent poser

problème, ou encore leur donner une légitimité théorique, sans pour autant viser l'objectif de devenir chercheur.

**La recherche comme cadre de structuration d'un parcours de vie**, où l'individu formulera le souhait de reprendre un cursus d'étude afin de combler un besoin d'accomplissement de soi par les études, dans une perspective purement personnelle et dans une prise de conscience de son potentiel, sans aucun enjeu de carrière ou de posture institutionnelle. Cela peut concerner aussi bien des retraités que des actifs frustrés par une pratique professionnelle trop routinière et qui ne donne pas lieu à réflexion.

**La recherche comme cadre de structuration d'une identité déjà existante**, qui « *permet l'accès à une facette identitaire complémentaire : celle de diplômé de l'université* ». Cette identité comme « étiquette », sert de « carte de visite » pour des consultants, leur permettant de faire reconnaître leur statut professionnel et de « *renforcer leur visibilité sociale* ». (p.181)

**La recherche comme cadre de structuration de son rapport au savoir**, où l'individu développe une soif continue de savoir, de se former, de poursuivre coûte que coûte ses études, dont la réussite et le renforcement de l'estime de soi encourage à davantage s'engager et de se lancer des défis qui entretiennent ce désir de réussite et de se surpasser. La septième catégorie concerne la recherche comme cadre de structuration d'un réseau social permettant l'acquisition d'une identité de salarié, qui ne sera pas utile à développer dans le cadre de cette recherche.

Ces profils étant indicatifs, un certain nombre de ces éléments de compréhension vis à vis de l'engagement en formation à la recherche pourraient donc se retrouver dans les parcours de recherche des infirmiers.

Il sera alors intéressant de s'apercevoir ou pas dans l'analyse des récits s'il se dégagera d'autres motifs propres à l'engagement dans la recherche, sachant que ces motifs et modes exprimés seront très probablement imprégnés non seulement par une dimension subjective et symbolique liée à la singularité des parcours, mais aussi par le contexte professionnel infirmier et institutionnel dans lequel ils évoluent, relevant ainsi d'une « *construction située, (...), produite à un moment donné par un sujet singulier, dans un contexte donné et dans une relation donnée à autrui* » (Bourgeois, 2000, p. 93).

Après avoir clarifié ces quelques points théoriques à propos de l'engagement, à ce stade du travail, il s'agira surtout ensuite de « laisser parler » les récits d'infirmières et d'infirmiers,

issus d'entretiens de recherche biographique. La méthode d'exploration de mon questionnement et de la phase empirique de travail reposera donc sur le cadre théorique et méthodologique de la recherche biographique en éducation, selon l'approche de Christine Delory-Momberger, qui sera développée dans le chapitre qui suit.

## **2. La recherche biographique en éducation**

### **1. Comment un individu devient un individu**

Le choix d'inscrire ce mémoire dans le champ de la recherche biographique a pris sens et a été une évidence dans le fait que la volonté de cette recherche n'était pas de considérer les parcours de recherches d'infirmiers comme des objets distants et désincarnés mais plutôt de comprendre dans quelle mesure le vécu de ces parcours de recherche ont été source d'apprentissage sur soi, son environnement et source d'émancipation et de transformation de soi.

Ce qui importait dans ce travail, ce n'était donc pas tant l'inscription dans un terrain d'étude arrêté et déterminé mais plutôt de rencontrer au travers d'environnements mouvants et d'espace-temps à la fois rétrospectifs et prospectifs, des personnes dans leur parcours singulier et comment elles l'ont donc perçu, vécu... Et comment ce parcours crée et recrée une mouvance perpétuelle en eux-mêmes et dans leur environnement, qui écrit et réécrit ce qu'elles sont devenues et deviendront.

C'est ainsi que progressivement, le cheminement de ce travail m'a amené à envisager la rencontre d'infirmiers et de recueillir leur récit dans le cadre de la recherche biographique, qui a pour objet « *d'explorer les processus de genèse et de devenir des individus au sein de l'espace social, de montrer comment ils donnent une forme à leur expérience, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence.* » (Delory-Momberger, 2014 p.74). C'est donc une recherche qui invite à mettre en lumière ces processus par lesquels un individu évolue au sein de la société et en quoi son parcours de vie, telle une pierre à l'édifice, participe et interagit avec l'espace social.

Ce cadre théorique et méthodologique de la recherche biographique, à l'« *interface de l'individuel et du social* » (Delory-Momberger, 2014 p.74), s'appuie sur une perspective anthropologique mais se situe également au carrefour de différentes disciplines telles que les sciences de l'éducation, l'histoire, la sociologie, la psychologie, la philosophie.



Cette dernière fait tout particulièrement écho dans le sens où la recherche biographique s'inscrit dans une « *large tradition herméneutique et phénoménologique* » (Delory-Momberger 2014 p.76), ainsi que dans la tradition allemande où le champ disciplinaire de la recherche biographique est véritablement institué (*biographieforschung*).

Le processus biographique s'inscrit dans une appropriation de ses propres expériences, en contact avec le monde et au contact de soi. La vie s'avère en elle-même une source intarissable d'apprentissage sur soi, en soi et par soi, qui se résumerait dans le terme allemand de *bildung*, et ceci tout au long de la vie (*life-span*). L'appropriation de l'expérience permet à l'individu de constituer ses propres ressources à partir de l'expérience en train de se vivre, en train de se faire (*erlebnis*) et le retour sur l'expérience vécue, ce qu'on en a retenu, appris, compris (*erfahrung*). Ainsi, chaque individu détient cette capacité singulière à intégrer de nouvelles expériences vécues, autrement dit sa biographicit , plus ou plus moins facilement, dans une temporalité plus ou moins longue, à partir de la manière dont l'individu s'approprie ses expériences (Delory-Momberger, 2014, 150-152).

La recherche biographique s'inscrit alors indéniablement - ce qui constitue sa particularité – dans une intrication subtile entre passé, présent et futur, témoignant à la fois du temps consacré et nécessaire à la construction progressive de soi, toujours dans une perspective socio-historique.

Cette construction témoigne d'une activité biographique en perpétuelle mouvance et d'un processus de biographisation qui se définit par « *un ensemble des opérations et des comportements, par lesquelles les individus travaillent à se donner une forme propre dans laquelle ils se reconnaissent eux-mêmes et se font reconnaitre par les autres* » (Delory-Momberger 2014, p.149). Opérations de biographisation qui peuvent se traduire dans des manière de faire, de dire, de se vêtir, de ce que l'on donne à voir et à comprendre de soi, de ce qui nous donne le sentiment d'exister, dans une possibilité de lecture de nous-mêmes par nous-mêmes et par les autres, qui évolue au fil du temps, des époques, de notre rapport au monde et à la vie.

L'une des manifestations possibles de la biographisation réside alors dans ce travail de récit, situé dans un « ici et maintenant ». Récit élaboré, construit et énoncé à ce moment-là, moment unique spontané et à priori authentique singulier du moment de l'entretien et donc non reproductible à l'identique dans un autre ici et maintenant.

Le récit devient donc alors l'incarnation à proprement parler de la biographisation, dans le sens où le fait parler de se raconter soi, dans l'ici et maintenant, donne à voir de l'élaboration, dans une dimension essentiellement psychologique, cognitive, sociale et historique de ses propres expériences vécues et de la prise de recul sur les événements, leur sens et leur articulation. La bonne connaissance du contexte par le chercheur permettra alors de comprendre dans quelle perspective sociétale s'inscrit le récit singulier et en quoi il en fait écho.

## **2. L'entretien de recherche biographique**

La recherche biographique se nourrit et s'enrichit par l'exploration de différents contextes de vie, de parcours, que le chercheur saisira par le biais de récits biographiques, de narrations, de descriptions mis en forme au décours d'un entretien de recherche biographique, dans une posture d'écoute et d'échange authentique avec le narrateur.

La forme de ces entretiens invite la personne à se raconter, à partir d'une question inaugurale (racontez-moi..., comment vous en êtes venu à...), et d'items à aborder à propos de son parcours, ses expériences, les événements qui ont jalonné ce parcours, les moments de transitions, de bifurcations... Et comment ce parcours a pris ou prend sens, comment le narrateur se rend compte du chemin parcouru en le racontant, comment il revient sur ce vécu, ce qu'il en a appris, compris et comment il envisage son devenir à plus ou moins long terme.

Le récit de soi et sa mise en mots permettent alors, au travers de la narration et de la manière dont les événements sont amenés, réfléchis et agencés par le discours de la personne, autrement dit, dans une « *mise en intrigue* » telle que le suggérait Aristote et repris par Ricœur (2004, p.164), de mettre en évidence ces processus de socialisation et d'individuation par lesquels elle s'est construite dans son parcours de vie singulier et le sens qu'elle donne à ce parcours.

Mener un entretien de recherche biographique ne nécessite pas systématiquement qu'une hypothèse préalable soit posée, car le chercheur, mis à part quelques éléments du profil de la personne qui sera en lien avec le sujet de recherche, peut difficilement suggérer d'avance le contenu qui sera mis en mot, mis en forme, il devra se laisser aller à suivre le fil de la narration et se laisser surprendre par ce qui sera énoncé. Les hypothèses et

questionnements seront plutôt donc élaborés a posteriori de l'entretien et réinterrogés au fur et à mesure de l'avancement des diverses rencontres et analyse des échanges. (Delory-Momberger 2014, p.80-81)

La constitution du matériau biographique n'est donc pas un simple recueil aseptisé des données factuelles sur la vie de l'individu, en vue d'établir une chronologie précise des faits ou de reconstruire minutieusement le « puzzle » d'un parcours personnel et/ou professionnel. Il s'agit plutôt de permettre à la personne de raconter librement et avec ses propres mots comment elle est devenue ce qu'elle est devenue, de recueillir et de comprendre sa perception singulière des événements, de leur intrication, de leurs conséquences et des choix qu'elle a pu faire à certains moments de sa vie, en un mot, de donner sens à son expérience.

C'est un récit qui raconte un vécu, des événements, a posteriori de l'action, de manière toujours renouvelée et par conséquent dans une forme d'inachèvement dans les mises en forme possibles et le sens donné, car le récit ne peut être assimilé en soi à « la vie » telle qu'elle se déroule dans le réel. Par ailleurs, le fait de raconter produit en lui même des effets, une reconfiguration, un processus de redéfinition de soi, de son environnement, autrement dit un effet performatif du récit, qui amène une transformation, un changement chez celui qui se raconte. Il y a donc une prise en compte de la fabrication du récit, de la parole, mettant en lumière le processus de subjectivation, à savoir comment l'individu se construit comme sujet. (Delory-Momberger 2014, p.166-167)

C'est ainsi que le narrateur se constitue comme co-chercheur de sa propre histoire, au travers de cet entretien et ce travail de narration, de la propre analyse rétrospective et prospective de son vécu, dans « l'ici et maintenant » du moment de cet entretien.

L'entretien de recherche biographique offre alors mutuellement un « *double espace heuristique* » de recherche (Delory-Momberger 2014 p.79), dont les activités de biographisation respectives peuvent se conjuguer, se faire écho, faire surgir des prises de conscience de part et d'autre à des moments de l'entretien.

### **3. Méthodologie de l'analyse des récits**

Les différents récits recueillis feront l'objet d'une analyse dans une perspective herméneutique, à partir d'un travail d'interprétation, autrement dit d'une « *lecture de l'expérience humaine* » (Ricœur, 2004), suivant le cadre théorique et méthodologique de la recherche biographique (Delory-Momberger, 2014, p.89-91). L'esprit de ce cadre

d'analyse rejoint celui de l'analyse de l'énonciation, qui considère avant tout le discours comme « *parole en acte* » et « *processus d'élaboration* », plutôt que comme une donnée figée (Bardin, p.172), en considérant « *le sens d'un entretien comme construit par et dans sa mise en mots, en paroles qui constituent la matière première de sa signification (...), elle est un véhicule du sens.* » (Dubar, Demazière, 1997, p.93).

L'interprétation de ces récits éclairera sur là où en est la personne dans cet ici et maintenant qu'elle pu partager, raconter, mettre en forme, en intriquant passé, présent et futur. La temporalité fait alors son entrée non seulement dans le cours et le rythme du récit, via la succession plus ou linéaire de faits et d'événements biographiques, mais aussi dans la forme de ce récit car encore une fois, ce qui sera élaboré et dit sur un instant « t » ne sera jamais ré-énoncé de la même manière sur un autre instant « t ».

Chaque récit sera soumis à interprétation à partir des catégories suivantes, formant un « canevas » structurant l'analyse des récits, qui s'appuient sur les travaux de Walter Heinz (Heinz, 2000) :

**Les formes du discours** : il s'agit d'identifier la manière dont le narrateur a « mis en intrigue » son récit, structuré son discours, qui serait plutôt d'ordre narratif, explicatif, descriptif ou encore évaluatif.

**Les schémas d'action** : il s'agit de tenter de repérer dans le fil du discours les modalités d'action, intentionnalité ou forme d'agir mise en œuvre par la personne, son positionnement, ses stratégies. Il s'agit, au décours des récits, de repérer ces postures, l'agir dominant que la personne met en scène, les figures de soi qu'elle fait apparaître.

Cette catégorie se divise en 4 schémas d'action possibles :

Agir stratégique : se définit par agir ayant une tendance à la prévision, l'anticipation la plus précise possible des actions et de leurs résultats, leurs conséquences dans l'avancement et l'enchaînement des événements.

Agir progressif : se définit par un agir par tâtonnement, une exploration, un avancement pas à pas, étapes par étapes, en modulant et en réajustant l'action en fonction des avancées, ce qui suggère une certaine prudence dans l'action.

Agir attentiste : se définit par une attitude qui « laisse venir » les situations pour agir, s'en remettent à la rythmique propre du cours des événements, peu ou pas d'anticipation, ne cherchent pas à les provoquer.

Agir avec prise de risque : se définit par une attitude qui serait qualifiée au premier abord de « fonceuse », malgré l'inconnu, acceptant plus facilement de saisir des opportunités, d'expérimenter et de se laisser surprendre et/ou de provoquer le cours de l'action, de bousculer par moment l'enchaînement des événements. L'agir avec prise de risque peut révéler des manières d'être ou de faire que l'on ne soupçonnait pas en soi.

**Les topoï ou motifs récurrents** : Ce sont « *des clés d'interprétation du vécu* » (Delory-Momberger 2014 p.91), des thèmes récurrents qui structurent le récit. Ce sont des termes que les personnes expriment durant l'entretien, qui reviennent spontanément dans le discours même sans relance et qui peuvent traduire une vraie préoccupation de la personne. Elles n'ont pas forcément conscience de la récurrence de ces thèmes, que ce soit de par leur fréquence, leur intensité ou leur rareté, mais qui, par leur présence, donnent des indices sur comment elle s'autoévalue, s'auto-apprécie, comprennent et construisent leur histoire.

**La gestion biographique des topoï** : il s'agit de mettre en perspective l'articulation, la confrontation entre ces motifs récurrents et en quoi ils participent ou répondent au processus biographique et de subjectivation de l'individu, au sein même de l'espace social dans lequel il a évolué au travers des événements. Parmi ces différents topoï, l'un d'entre eux peut être perçu comme dominant dans le discours, ce qui peut éventuellement revêtir un sens particulier.

### **3. Récits d'infirmiers engagés dans une activité de recherche**

Afin de pouvoir étudier comment et dans quel contexte ces infirmiers se sont engagés dans leur activité de recherche, des entretiens de recherche biographiques ont été menés et feront l'objet d'une analyse, dont l'objectif principal sera de mettre en lumière les traces de leurs motifs et modes d'engagement dans leurs récits, comment ils ont rencontré la recherche et comment elle s'est inscrite dans leur parcours professionnel et/ou personnel.

L'intention au travers de ces entretiens était donc de pouvoir explorer ce qui fait sens pour ces infirmiers dans leur engagement actuel dans une activité de recherche, par le prisme de la continuité entre passé, présent, futur. D'explorer également comment ils conçoivent l'évolution de cette activité dans le temps et son impact sur leurs parcours professionnels et personnels et comment ils envisagent de la poursuivre à court, moyen ou long terme. D'explorer ce qu'ils ont compris et appris de cette expérience de recherche, en quoi elle les a transformés, en quoi il y a eu peut-être un avant et un après, même si le projet est encore en cours de réalisation.

#### **1. Choix de la population**

Au départ, le choix du « terrain » et de la population à étudier a fait l'objet de fortes hésitations intérieures. Partir sur des infirmiers faisant de la recherche uniquement en milieu hospitalier ? En milieu universitaire ? Les deux ? Je me suis finalement rendue compte que parcours de recherches à l'université ou à l'hôpital peuvent être intimement liés, ce qui, dans une perspective de longue temporalité, rend complexe le fait de cloisonner l'un et l'autre.

J'ai donc eu l'opportunité de rencontrer des infirmiers, dont certains étaient aussi cadres et qui ont accepté volontiers ma demande d'entretien, avec comme critère principal leur implication actuelle (ou passée) dans une activité de recherche hospitalière et/ou universitaire.

Un premier entretien exploratoire a été réalisé avec une infirmière qui a initié une recherche collaborative autour de l'éducation thérapeutique du patient.

Ce premier entretien m'a permis à la fois de défricher ma population d'exploration, de saisir des idées et notions que je n'avais pas perçues jusque-là et d'être confortée ou pas

dans certaines positions, réflexions, de cibler davantage mes axes de réflexions et d'analyse de ces entretiens.

Au total, cinq entretiens ont été menés auprès d'infirmiers, que ce soit en unité de recherche clinique, en unité de soins ou en milieu universitaire.

L'idée finalement à partir de ce mémoire était de pouvoir broser différents parcours d'infirmiers chercheurs : jeune ou moins jeunes, débutants ou plus avancés, des hommes, des femmes, de saisir ce qui les relie dans leur engagement, leur motivation à faire de la recherche et à se « fixer » ou pas dans cette activité :

- ✓ **V., 32 ans**, infirmière de recherche clinique et coordonnant une recherche collaborative au sein de son unité de soins.
- ✓ **C., 49 ans**, infirmière anesthésiste et cadre de santé, formatrice au sein d'un cursus de master en santé, a mené une recherche en soins et débuté une thèse qu'elle n'a pas menée à son terme.
- ✓ **L., 54 ans**, infirmier, cadre de santé et formateur en IFSI, doctorant en sciences de l'éducation (2<sup>ème</sup> année de thèse).
- ✓ **J., 25 ans**, infirmier en chirurgie cardiaque, étudiant en master 2 et participant à un projet de recherche en soins infirmiers en milieu hospitalier.
- ✓ **B., 51 ans**, infirmière, puéricultrice et menant une recherche en soins infirmiers en néonatalogie.

Au fil de ces entretiens, à visée exploratoire et descriptive dans le cadre de cette recherche, leur richesse et leur complémentarité m'ont fait remarquer que l'objectif n'était donc en aucun cas de dresser un échantillon représentatif d'infirmiers chercheurs, ni de prétendre à une saturation des données, mais plutôt – et ce qui me paraît plus juste et cohérent avec le cadre méthodologique – de « tisser » des portraits singuliers de ces infirmiers, de tenter de retracer leur itinéraire et des liens entre recherche, travail et formation. Des portraits donc, à partir de ces parcours à la fois si différents et en même temps emprunts de similitudes à divers degrés qui seront détaillés dans l'analyse.

Les différents items retenus lors de l'élaboration des récits ont été les suivants :

- Motivation pour faire de la recherche
- Vécu de la posture de chercheur
- Perception de cette posture par les pairs, la hiérarchie et le corps médical
- Apprentissage liée à cette expérience de recherche

Je me situe donc dans une exploration large de ces divers parcours de recherche, plus ou moins aboutis, plus ou moins chaotiques, qui, par leur aspect totalement singulier, mettent en évidence des points particulièrement marquant de l'engagement de soi dans un tel parcours.

### **Considération éthique**

Les personnes qui ont accepté de me faire part de leur récit m'ont autorisée à ce que je puisse les enregistrer. L'identité de ces personnes et de leur d'activité professionnelle ont été rendus anonymes lors de la retranscription et de la présentation des résultats.

## **2. Retour réflexif sur la conduite de mes entretiens**

Avant d'en arriver à l'analyse à proprement parler, il m'a semblé important de revenir sur quelques unes de mes impressions à l'issue de ces entretiens.

Ce mémoire a donc été l'occasion d'expérimenter l'entretien de recherche biographique et avec du recul, malgré mes appréhensions de départ de réussir à « comprendre et appliquer la méthode », je me suis sentie plutôt à l'aise pour les mener.

Les infirmiers contactés ont tous accepté l'échange avec à la fois un enthousiasme et une curiosité sur mes attentes et pour certains même une crainte de ne pas être à la hauteur de ces attendus. Il y a donc eu au moment de la rencontre un temps de mise en confiance du narrateur, en présentant tout d'abord mon propre parcours professionnel et de recherche, sans pour autant dévoiler entièrement le cœur de mon questionnement. Le fait d'engager un échange préalable à l'entretien de manière plus informelle, autour de nos centres d'intérêts communs, a aidé au bon déroulement des entretiens et permis de riches rencontres, sachant que ce sont des entretiens menés avec mes « pairs » issus d'une même culture professionnelle, ce qui était indéniablement un facteur facilitant dans la mise en confiance, du fait de connaître le métier du dedans, avec ses codes, son langage, son histoire et son évolution sociétale dans le contexte français.

Les entretiens ont été menés dans divers lieux, à la préférence du narrateur pour privilégier son confort, là où il se sentait le plus à l'aise pour faire état de son parcours : cafés, salles de cours, pièce au calme sur le lieu de travail.

Dans la manière de conduire ces entretiens, de façon assez naturelle, j'ai particulièrement tenu à laisser une place très importante à mon écoute, en intervenant peu, afin de « laisser



couler » le récit à la suite d'une question inaugurale pour, dans un deuxième temps, poursuivre sur d'autres questions ou rebondir sur certaines notions abordées par le narrateur.

J'étais donc effectivement dans le schéma de « *suivre les acteurs* » (Delory-Momberger, 2014 p.80) et chaque entretien m'apportait des éléments à la fois communs, nouveaux, complémentaires que je ne pouvais anticiper à l'avance, c'était à chaque fois une découverte ou une redécouverte riche de sens de part la singularité des points de vue, qui faisaient que certains motifs récurrents prenaient un sens particulier pour chacun ou se traduisait différemment dans leur réalité du quotidien.

Ce dernier était clairement en posture de « personne ressource », qui m'offrait à ce moment là son savoir expérientiel, son parcours de vie entre recherche, formation et travail au quotidien, mettant en lumière des éléments à la fois très concrets et empreints de subjectivité qui illustre un nombre de points liés au développement de la recherche en soins infirmiers.

Il n'a tout de même pas été évident lors des premiers entretiens de « *rompre la hiérarchie* » (Kaufmann, 2014, p.46-47) et de tenter de mener l'entretien comme une conversation, en « horizontalisant » le rapport entre chercheur et enquêté : en les retranscrivant je me suis rendue compte que le format traditionnel « questions-réponses » était encore fortement présent et pas forcément encore dans le fait de m'autoriser à échanger sur un mode conversationnel, ce qui est venu plus facilement sur les derniers entretiens.

Avec du recul, je me suis aperçue que ces entretiens ont été une opportunité d'offrir et d'ouvrir un espace d'écoute bienveillant à propos de la verbalisation de leur parcours, l'occasion pour eux de parler ouvertement et authentiquement de cela, de revenir et de mesurer le chemin parcouru, au travers de ce chemin sinueux de la recherche. Un moment de partage donc, qui a peut-être contribué à les décomplexer ou à les encourager par rapport à leur capacité de mener ce travail jusqu'au bout. Un moment peut-être aussi de prise de recul sur les motifs qui les ont conduits à s'engager dans la recherche.

C'est aussi là, au fil de ces rencontres que j'ai commencé véritablement à investir ma propre posture de chercheur - même si, à certains moments des échanges la posture de formateur n'était pas loin - en sortant de mon introspection et de mon cheminement intellectuel intérieur, en me nourrissant de la rencontre de l'autre, en l'occurrence, entre ce qu'ils m'ont apporté de leurs parcours et de ce que j'ai pu également peut-être leur apporter dans leur contexte et leurs propres réflexions.

### **3. Analyse des récits d'infirmiers engagés dans une activité de recherche**

Ces différents récits ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et d'une analyse suivant le cadre théorique et méthodologique de la recherche biographique décrit précédemment (Heinz 2000 ; Delory Momberger, 2014), dans l'objectif de mettre en relief les significations « *qui sont pertinentes* » vis à vis du questionnement de recherche « *et qui y prennent le statut d'indices* ». (Bertaux, 2016 p. 77).

Cette analyse a été réalisée au cas par cas dans une perspective herméneutique et donc interprétative de ce que les narrateurs donnent à voir de leur parcours et du sens probable qu'ils lui attribuent. Le choix de procéder à une analyse entretien par entretien permettra de contraster ces différents parcours.

L'ensemble de ces récits analysés feront ensuite l'objet d'une discussion, à partir de l'émergence de leurs convergences et de leurs divergences, l'articulation entre les motifs récurrents et le contexte actuel du développement de la recherche en soins infirmiers, mais aussi à partir d'éclairages théoriques et conceptuels qui permettront de tenter d'aller plus loin dans la construction de l'objet et d'envisager d'autres pistes possible d'ouverture.

## **1. V., 32 ans « la recherche me permet de donner du sens à mon métier »**

V. est infirmière diplômée d'Etat depuis 2012 et infirmière de recherche clinique (IRC) au sein d'un hôpital, participant à une recherche collaborative qu'elle a eu l'opportunité de coordonner avec une équipe médicale et de chercheurs en sciences de l'éducation. Elle revient donc sur son parcours de formation et ce qui l'a amenée au dispositif de recherche qui s'est mis en place dans l'unité où elle travaille, activité qui la passionne et lui ouvre des perspectives pour continuer de l'avant mais qui comporte malgré tout un certain nombre de contraintes.

### **Les formes du discours :**

Le discours de V. se présente le plus souvent sous une forme explicative et descriptive. En effet, elle prend le temps d'expliquer les différents aspects de sa fonction d'IRC, qu'elle ponctue régulièrement par « mon rôle... », « tel et tel autre aspect de mon métier... », expérience professionnelle propre à elle qu'elle généralise par moment par l'utilisation du « on fait ceci cela », du « nous ceci cela », « l'infirmier a tel ou tel rôle ». Un récit qui dans un certain nombre de passages ressemble à une sorte de « ballet » de la vie de la recherche clinique, où s'égrène et s'orchestre l'ensemble de ses activités : participer à la rédaction du protocole de recherche, vérifier la conformité de la recherche avec la réglementation et les droits des patients, coordonner les interventions entre les différents professionnels gravitant autour du patient, contribuer à la rédaction de réponses à appel à projet, convaincre des financeurs, participer à la rédaction de la lettre d'information au patient, participer à une enquête de terrain... Mais aussi, organisation, programmation, articulation entre les soins à délivrer aux patients, jongler entre les priorités et la prise en compte de lieux géographiques d'habitation souvent éloignés de certains patients et donc grouper les interventions soignantes afin de faciliter la prise en charge et diminuer la pénibilité des soins, au vu de la gravité éventuelle et de la chronicité de leurs maladies.

Le discours est donc davantage focalisé sur le « faire » plutôt que sur l'être, sur l'action plutôt que sur le ressenti, répondant d'une certaine manière à cette représentation de l'infirmière active, consacrée à « ses » patients, à la réponse de leurs besoins. Il se dégage néanmoins un certain enthousiasme de la part de V. car ce poste était celui qu'elle voulait et s'y plaît beaucoup, le trouve « *très intéressant* » (1.312) et a beaucoup appris, malgré les aléas du quotidien mais qui apportent une forme de stimulation, une forme d'anti-routine.

Le récit de V. est donc le plus souvent centré et ancré dans son contexte institutionnel, très présent aux travers des « professeurs de médecine », « la direction », les « cadres », pour lesquels elle voue un grand sens du respect et de la hiérarchie mais arrive timidement à émettre une critique en soulignant le manque de communication qu'elle déplore de la part des cadres coordonnateurs de la recherche paramédicale.

Une mise en forme de son parcours essentiellement tourné vers les autres et vers le travail en équipe, dans un esprit collaboratif et interactif. C'est un peu plus tard dans le récit qu'elle parle davantage en son nom, en « je », notamment lorsqu'elle revient sur son parcours en amont de sa prise de poste en tant qu'infirmière, qui dénote un positionnement affirmé dans ses schémas d'actions.

### **Les schémas d'action :**

Le récit de V. dénote qu'elle se situe essentiellement dans un agir stratégique, où chaque étape de son parcours professionnel sont pensées en fonction et en prévision d'autres étapes, qui se conjuguent entre elles et s'articulent harmonieusement. Dès lors étudiante infirmière, V. était déjà très au clair dès le départ sur ses choix professionnels et des vacances en tant qu'aide-soignante lui ont permis de repérer des services de soins qui comportaient un volet recherche. Elle a ainsi choisi dès son début de carrière une unité de médecine où la recherche a très vite trouvé une place centrale dans son parcours et a su saisir avec persévérance l'opportunité d'un poste d'infirmière de recherche clinique qui s'est libéré au bout de deux ans et que personne ne réclamait.

Son parcours de formation témoigne également de cet agir : un master 1 en poche en biologie-géologie orienté sur une spécialité lui permettant de se familiariser de près avec la littérature scientifique, puis son diplôme d'Etat d'infirmière en poche également, V. a ensuite fait le choix d'un Master 2 en éducation thérapeutique du patient (ETP), qu'elle décidé elle-même d'entreprendre. L'objectif de V. vis à vis de ce master avait beaucoup de sens d'un point de vue stratégique, à savoir de compléter son parcours de formation, se spécialiser en ETP et de centrer son mémoire dessus, à partir d'une question émergeant de sa pratique et du contact quotidien avec les patients. La suite de ce master 2 a ensuite permis à V. de valoriser ses connaissances fraîchement acquises en ETP et d'utiliser son réseau fraîchement acquis, qui lui a permis de mettre en lien professeurs d'université en sciences de l'éducation et professeurs de médecine dans le but de répondre à un appel d'offre et de s'inscrire en équipe dans une démarche de recherche collaborative par le biais

d'un « *projet pour plus prendre en compte les savoirs des patients eux-mêmes, au sein d'une équipe, de soignants, médecins, euh... chercheurs en sciences humaines et sociales et les patients eux-mêmes, pour potentialiser la connaissance de leur problématique, et donc améliorer la prise en charge de ces patients là.* » (1.93-97)

Par ailleurs, sa fonction d'IRC lui permet d'occuper une fonction stratégique, une fonction « pivot » en permanence dans son quotidien, une fonction de « facilitation » en lien avec ses missions de recherche et de soins et elle insiste tout particulièrement sur la notion de lien et de collaboration, qui seront évoqués plus loin dans les topoï.

### **Les topoï ou motifs récurrents :**

#### **Rechercher c'est se poser des questions**

Parmi les passages les plus insistants sur ses motivations, V. inscrit son intérêt pour la recherche par la nécessité du questionnement sur sa pratique professionnelle du quotidien : « *dès le début j'avais cette espèce de curiosité qui faisait que je me posais beaucoup de questions sur pourquoi on fait le soin comme ça, pas autrement, quel est le positif et le négatif dans la façon de faire, et c'est pour ça que j'ai voulu m'inscrire dans (...) ce choix de faire de la recherche.* » (1.46-49).

Une volonté affirmée chez V. de ce choix, pour qui la pratique professionnelle ne doit pas s'enfermer dans des évidences. Dès le début de sa carrière d'infirmière, elle n'a pas voulu s'ancrer dans des habitudes et des routines de soins, qui se traduisent trop souvent par « on a appris comme ça », « d'habitude on fait comme ça », avec une transmission du savoir-faire qui a longtemps été par imitation des collègues, s'appuyant sur une tradition orale et empirique, qui finalement n'amène pas forcément à une remise en question pour se demander effectivement d'où provient cette manière de faire, quelle est son efficacité réelle et comment pourrait-on alors faire mieux ? Pour V., cette dynamique réflexive donne lieu à ce questionnement qui part systématiquement de la pratique des soins et amènent à une réflexion, pousse à la recherche documentaire, et réfléchir ainsi à des actions communes en équipe pour améliorer la pratique. Il y a donc chez V. une capacité préservée à « s'étonner » et à mettre à profit cet élan de curiosité qui l'anime, curiosité qui peut permettre de susciter un élan de créativité, de se dire que l'on pourrait s'y prendre autrement et adapter les soins de la manière la plus adéquate tant pour les patients que les soignants.

Lorsque V. résume sa définition de la recherche paramédicale par « *c'est se poser des questions sur sa pratique, pour essayer de l'améliorer* », elle insiste lourdement sur le fait que la recherche paramédicale (portée par des professionnels de santé auxiliaire médicaux) est intimement liée à la pratique clinique soignante, qui, tel un terreau, fait émerger un certain nombre de questions fertiles qui pourrait être exploitées par le moyen de la recherche et qui constitue le moteur principal d'un engagement sur la voie de la recherche pour les infirmiers : « *je pense que la recherche paramédicale ne peut pas se couper du soin, je pense que c'est impossible, parce que sinon on est plus au contact justement des problématiques, et donc on peut détecter justement les questions de départ en fait. Parce que la recherche (...) vise à augmenter la qualité de vie du patient, la qualité des soins... C'est pour ça finalement qu'on veut faire de la recherche.* » (l.152-157).

Être capable de « *détecter* », de repérer des situations potentiellement « *problématisables* », point de départ d'une éventuelle recherche à mener.

« Ne pas être trop coupée du soin », est à lier aux représentations que se font les infirmiers réfractaires à la démarche de recherche, à savoir le chercheur déconnecté des réalités, qui en viendrait à théoriser au point et de perdre au final les acteurs de terrain... et de perdre le sens du soin et... de la raison pour laquelle il est devenu infirmier.

Une recherche en soins qui serait donc avant tout au service du patient, de son confort, de ses besoins, ce qui serait à la base de toute volonté infirmière de faire de la recherche, qui s'inscrive dans le rôle quotidien et concret de l'infirmière, appelés « *soins courants* » mais aussi dans l'innovation, ce que porte le projet initié dans son service.

Pour V., se questionner sur sa pratique s'assimilerait à une posture de chercheur qui donnerait justement sens à cette pratique professionnelle parce que ancrée et émergeant du cœur de celle-ci : « *le statut de chercheur en tant que tel ben, je pense c'est au quotidien et c'est ce qui fait que notre métier nous intéresse quoi* » (l.326-327). Une posture de chercheur du quotidien donc, qui ne se laisse pas scléroser par les habitudes et « *qui fait qu'on a envie d'aller de l'avant et que on ne s'inscrit pas dans une routine* » (l.327-328), qui devrait être une posture systématique de tout infirmier, faisant preuve de réflexivité et d'être en capacité de faire évoluer non seulement la pratique clinique mais aussi les connaissances mobilisées a priori et a posteriori de l'action.

Elle met en évidence par ailleurs l'existence de « *plusieurs niveaux de recherche* » (l.169) et plusieurs « *niveaux d'implication des infirmiers dans la recherche* » (l.201-202), entre effectivement des recherches qui vont avant tout s'appuyer des écrits existants par une revue de littérature qui donnera déjà des pistes pour l'action et d'autres niveaux de

recherche qui amènent à problématiser une question non ou pas suffisamment élucidée par la revue de littérature et donnant lieu à un projet d'envergure plus importante et plus approfondie en terme de moyens d'investigation. Elle différencie les infirmiers qui ne sont plus dans les soins et qui sont davantage dans des missions d'encadrement, de formation et de recherche « *à un niveau disons euh, plus bibliographique* » (1.163) et qui sont davantage centrés sur la recherche documentaire et les analyses critiques d'articles et d'autres qui seront davantage en position d'investigateur et de coordonnateur du projet, d'autres encore qui assureront le recueil de données cliniques et les gestes techniques exigés par le protocole de recherche.

Elle souligne le fait que pour elle encore une fois, la recherche doit garder le lien avec le terrain, ne pas s'en détacher, pour rester au plus près des réalités et qu'il y ait une utilité réelle pour la pratique, pour la transformer et l'améliorer, au risque de perdre en crédibilité ou de passer à côté des vraies préoccupations du terrain.

La recherche a donc pour V. une utilité résolument tournée vers l'action, une recherche appliquée qui permet d'optimiser les pratiques professionnelles, dans une dimension réflexive, de « réfléchir sur le comment je m'y prends », « comment tu t'y prends » et « comment pourrait-on faire mieux ? »

### **Un travail d'équipe**

Il est également intéressant de souligner que pour V., « *tout le monde à sa place dans la recherche paramédicale* » (1.180-181) sachant que lorsque l'on s'engage dans ce type d'activité « *c'est jamais un projet seul, c'est toujours un projet avec une équipe quoi.* » (1.750-752). Ce n'est donc pas la chasse gardée d'une seule personne et en l'occurrence d'elle-même mais elle appartient à tout le monde, appartient à la vie de l'équipe. La recherche paramédicale trouve non seulement son inspiration dans les soins quotidiens, mais aussi dans un esprit de collectif, d'où émerge un potentiel correspondant à plus que la somme des individus composant l'équipe mais à leurs interactions dans leur questionnement permanent « *avec des collègues ce qui est bien c'est qu'on en discute quoi on dit, euh, voilà, toi tu fais comment, moi ch'fait plutôt comme ci, comme ça, et le fait de réfléchir à plusieurs ça permet d'essayer d'améliorer les choses aussi.* » (1.150-152) « *quand on en parle ensemble, on essaie de trouver des solutions ensemble* » (1.184). L'importance également d'avoir un regard croisé sur la prise en charge de la personne et de son parcours de soins, faire un état des lieux des enjeux de cette prise en soins, sa

cohérence et sa pertinence, en tenant compte des réactions des patients qui ne sont pas forcément perçues au moment par l'ensemble des professionnels. L'émulation de ces discussions en équipe facilite l'émergence d'« *une réflexion commune pour potentialiser nos visions du patient qui sont différentes* » (1.64), qui a ainsi permis de faire émerger la question de mieux connaître et valoriser les savoirs détenus par les patients sur leur maladie, du fait même qu'ils la vivent et « *que les patients, c'est les meilleures personnes pour parler d'eux-mêmes* » (1.415). Ils en ont donc une expérience à la fois vécue et encore vivante puisqu'il s'agit de maladie chronique. Ces savoirs mis en lumière peuvent donc être mis à contribution pour s'aider et s'entraider, contribuer à davantage participer à la prise en main de leur parcours de soin, pour mieux faire face à la maladie, retrouver une dynamique de vie positive qui les aident à progresser.

C'est alors que dans son agir stratégique, V., fort de son master 2 en ETP a pu s'engager dans la réponse à un appel à projet financé par une fondation, qui s'inscrivait tout à fait dans leur dynamique de réflexion. Elle a souhaité se situer résolument dans une perspective de recherche collaborative, d'un véritable travail d'équipe associant chercheurs universitaires et praticiens, idéalement de diverses professions, en associant également des patients, où les différents acteurs concernés par le problème étudié sont autour de la table et co-construisent les éléments de compréhension et les pistes d'actions à envisager.

Chacun et y compris les patients sont devenus alors co-chercheurs et apportent, partagent leurs regards, leur expérience, leurs connaissances ou expertise sur le sujet, à propos de différents aspects de la recherche, sur le plan théorique, techniques ou technologiques, méthodologiques... Ce qui modifie le regard et le rapport thérapeutique établi avec les patients. L'équipe saisit également l'opportunité d'articuler les approches sciences humaines et sciences médicales, qui habituellement ne se côtoient pas de manière évidente. Ce partage et ces croisements amènent également à mieux se connaître et se comprendre, mieux conjuguer les logiques de points de vue entre les différents acteurs.

Dans le cadre de la recherche menée sur éducation thérapeutique des patients, V. insiste sur le fait qu'elle n'est pas l'initiatrice du projet mais qu'elle a eu « *la chance de pouvoir y contribuer* » (1.407), alors qu'elle a tout de même réalisé un travail de coordination du projet assez conséquent, notamment dans la réponse à l'appel d'offre et toutes les démarches administratives qui en ont découlé. Elle se place donc dans une vision assez horizontale et transversale de sa posture professionnelle et de « *co-chercheuse* », où « *elle respecte le travail de chacun* » (1.405), ne se met au-dessus de personne et surtout pas au-



dessus des professeurs en médecine et en sciences humaines pour qui elle voue « *un grand respect* » (1.406).

Pour V., le travail collectif est un véritable moteur, avec lequel elle se sent à l'aise, à sa place, où elle se sent exister pleinement, ce qu'elle n'envisagerait sans doute pas autrement, au vu de la richesse que cela lui apporte et apporte mutuellement à chacun, pour mieux apprendre des uns et des autres, pour mieux comprendre « *c'est vrai que là c'est vraiment important de dire que dans ce type d'équipe ce qui est beau, c'est que chacun a vraiment apporté beaucoup de choses, et ce qui fait qu'on est autour d'une table et qu'on partage, en fait ça améliore les connaissances.* » (1.430-433).

Le travail d'équipe pour V., c'est aussi ce qu'elle appelle « le rôle de lien », de « liant » des infirmiers tout au long de l'activité de recherche, qu'elle souhaiterait davantage voir valorisé et reconnu pour ce qu'il est, reconnaître que « *quand il y a une infirmière dans cette équipe, ben ça fonctionne un peu mieux* » (1.667-668) et que « *ça sécurise l'équipe médicale, de savoir que derrière y a des gens qui s'occupe de, du suivi de tout ça.* » (1.695-696).

Ce « *rôle de lien très très important* » (1.196-197) c'est tout d'abord ce qu'elle vit au quotidien en tant qu'infirmière de recherche clinique et qu'elle explique très bien dans son récit, notamment dans le cadre de l'articulation du déroulement de protocoles de recherches dirigés par des médecins. Elle joue clairement un rôle majeur sur le plan logistique, un rôle de facilitation comme dit précédemment, d'orchestration des différentes étapes de la recherche et de leur mise en œuvre au lit du patient, assurant donc le lien entre les différents acteurs qui interviendront auprès du patient (assistante sociale, diététicienne, kiné...) et les différents services de soins et autres structures impliquées dans ce déroulé de la recherche (laboratoires biologiques, imagerie médicale...). Il s'agit surtout aussi de faciliter la vie de ces patients atteints de maladies chroniques, qui viennent le plus souvent de loin et donc de pouvoir grouper et synchroniser les soins, les interventions des professionnels et ce rôle de lien est encore une fois incontournable, ce qui somme toute est dans la logique de la prise en charge infirmière qui se veut « globale », prenant en compte toutes les dimensions physiologiques, psychologiques et sociales du patient.

## **Le temps**

Le temps est présent dans de nombreux moments du récit de V., qui s'invite sous plusieurs formes. Car lorsqu'on « *veut s'investir dans la recherche (...) faut pas compter les*

*heures* » (1.314). Se lancer dans la recherche, c'est donc en contrepartie devoir donner de son temps et passer sa journée à « jongler » entre les priorités des soins et le travail de coordination du projet de recherche, travail de longue haleine, temps et énergie dépensés qui peuvent-être vus comme une marque forte d'engagement, d'implication dans cette activité de recherche, en plus du reste.

En rapport avec le topos précédent et du rôle de lien de l'infirmière, le temps est un enjeu central, non seulement pour « *que la prise en charge se fasse plus vite* » (1.224), mais aussi de pouvoir libérer les médecins de ce temps que représente tout ce travail de coordination des protocoles d'études et d'ajustement de la réponse aux besoins de chacun « *parce que c'est très chronophage en fait* » (1.246) mais qui constitue la partie la moins visible et la moins valorisante du processus de recherche, qui revient donc aux auxiliaires médicaux.

Outre le ballet incessant des étapes d'organisation des différents protocoles de recherche, il y a le « *temps détaché* » (1.300) qui lui a été accordé par sa cadre pour pouvoir aller se former à la recherche est qui est tributaire de l'autorisation hiérarchique pour pouvoir bénéficier de ce temps, qu'elle ne peut s'octroyer librement. Mais aussi paradoxalement qu'elle « *n'a pas vraiment de temps détaché* » (1.315) pour mener la recherche collaborative qui s'est mise en place et qui prend « *un temps fou* » (1.314), que cette recherche s'est greffée en plus du reste, c'est à dire, la gestion des autres protocoles de recherche médicale, alors que « *les médecins ils ont du temps pour ça* » (1.737). Le temps aussi de la prise en charge des patients, car « *la priorité sera toujours le patient* » (1.315) et avec lesquels elle « *passé beaucoup de temps* » pour leur expliquer les protocoles, gérer les soins et leur traçabilité, régler les problématiques singulières. Le temps de la complexité de ses missions, être multitâche, au point qu'elle ne voit pas ses journées passer, « *le nombre de fois où (...) j'ai pas pu faire pipi, ni boire, ni manger* » (1.810).

Du coup, bien que V. déclare être très satisfaite de la richesse de ce qu'elle vit au travail et qu'elle « *ne tire pour l'instant que du positif* » (1.808), « *qu'elle a toujours sa motivation intacte* », elle ne peut s'empêcher, en fin de récit d'émettre un regard critique en se posant « *des questions sur la faisabilité* » (1.742-743) de la recherche infirmière à l'hôpital. Elle déplore ainsi une forme de décalage entre un discours présentant sur son meilleur jour la recherche infirmière et les formations en interne qui existent et qui sont d'ailleurs tout à fait bienvenues, et ce manque de temps criant pour s'investir confortablement dans ce type d'activité, « *parce que c'est un gros gros investissement quoi* » (1.741). Manque de temps qui peut vite constituer un frein à l'engagement, sauf à trouver « *quelqu'un de suffisamment motivé* », « *capable d'investir sur ses week-ends, jour fériés, ses soirées...* »

(1.738-739), dans une idée de « sacrifice » de son temps personnel de vie en dehors du travail, temps déjà sacrifié du fait même du travail par des « *heures supp qui sont pas payées* » (1.795).

Celle qui lui donne l'énergie d'avancer et qui maintient sa motivation c'est le médecin chef de service « *qui avance au pas de charge* », « *qui fait que tout est possible avec elle* » (1.805-806), sachant qu'à l'hôpital, ce sont souvent les chefs de service qui donnent le « la » de la dynamique et de la politique de soins mise en œuvre. Une activité de recherche stimulante et dynamique mais qui « *demande une énergie* », « *faut pas compter pour faire ça, faut vraiment pas compter* » (1.809).

Les formations internes à la recherche et à la méthodologie proposées dans son établissement hospitalier apporterait peut-être une forme de compensation de ce manque de temps, car « *sensibiliser les infirmières* » à la recherche (1.750) et « *essayer de les motiver* » (1.751) pourrait ainsi permettre un gain de temps sur la conduite du projet et donc sens de gagner en efficience et en efficacité.

### **Formation à la recherche**

Dès le début du récit, la formation s'invite et prend une place prépondérante pour V. qui y revient à plusieurs reprises et qui, comme dit précédemment, revêt une dimension stratégique dans le développement de ses compétences à la recherche. Son parcours d'études était déjà à orientation scientifique et a été « *très tôt* » « *sensibilisée à la recherche* » (1.252-253) dès le master 1 en biologie spécialisé dans les techniques de vulgarisation des connaissances médicales, puis ensuite le master 2 en éducation thérapeutique, qui a constitué indéniablement pour V. une étape importante de formation à la recherche et lui a permis d'acquérir « *une posture de chercheur* » (1.439). Elle a su à la suite de son master en biologie qu'elle ne souhaitait pas faire de recherche fondamentale mais qu'elle voulait exercer un métier qui soit dans la relation humaine et est donc devenue infirmière. Mais sa formation à la recherche ne s'est pas limitée à l'université, puisqu'elle se déroule également au sein de l'hôpital, via une « *formation vraiment orientée pour des infirmiers* » (1.23), afin de se familiariser avec les exigences de la recherche clinique biomédicale et paramédicale, avec ses spécificités et son cadre réglementaire contraint.

Elle explique alors qu'au sein de l'hôpital où elle exerce, des infirmiers déjà impliqués dans la recherche forment mensuellement d'autres infirmiers qui souhaitent en savoir plus ou s'engager sur cette voie, ce qui constitue en soi une avancée non négligeable dans

l'appropriation par la profession de l'activité de recherche et qu'elle n'est plus l'apanage des seuls médecins.

Ce qui est également intéressant c'est qu'elle a été soutenue par ses supérieurs hiérarchiques, qui l'ont encouragée à parfaire sa formation à la recherche en accédant à ces formations internes « *tout de suite mes cadres m'ont dit mais bien sur, c'est capital pour vous de suivre ces formations* » (1.302-303), dans le but d'asseoir ses compétences « *spécifiques à la recherche* » (1.305) sachant que pour V. l'expérience de terrain compte tout autant dans cet apprentissage de ce qu'est la recherche au quotidien. Car en effet, son immersion dans les différentes étapes des projets de recherche au quotidien, s'avère être une véritable source d'apprentissage « *on apprend en faisant* » (1.306), « *on apprend beaucoup* » (1.449) et s'est rendu compte à quel point « *il est difficile de monter un projet de recherche* » (1.451).

Mais ce qui importe également à V., c'est de pouvoir transmettre cette expérience de recherche, la faire connaître et valoir auprès d'autres infirmières et infirmiers dans les services. Car selon elle, ce qui améliorera l'image et la perception de la recherche par les infirmiers, c'est le fait de mieux la faire connaître et la meilleure façon est de communiquer autour de ses travaux mais en les faisant connaître aux étudiants en soins infirmiers, en les intégrant dans un parcours de stage, ce qui leur permet de « *leur faire découvrir cet autre aspect du métier* » (1.636) et qui visiblement les intéresse. Elle se projette également pour en faire de même avec des infirmières, qui se détacheraient une journée pour se sensibiliser à la recherche dans son unité. Son expérience semble la motiver pour évoluer vers une fonction de formateur, sachant qu'elle a « *toujours voulu faire ça* » (1.859), ce qui serait « *une autre étape (...) du parcours* » (1.860), pour plus tard, car pour le moment, son activité la comble et l'occupe tout à fait.

### **La gestion biographique des topoï**

V. vit donc son engagement dans la recherche par ce qu'elle qualifie de « *polyvalente* » (1.170), entre soins, technicité, gestion de projet et coordination des interventions entre professionnels, sans parler de la dimension formation, pour elle-même ou les étudiants qu'elle accompagne en stage, avec une transition professionnelle qui s'annoncerait dans un avenir plus ou moins proche, pour s'investir partiellement ou complètement dans la formation.

Elle vit une « *expérience très très enrichissante* » (1.424), dans le fait qu'elle puisse déployer une curiosité et un questionnement permanent en lien avec ce qu'elle vit auprès des patients et tout le travail de collaboration et de réflexion avec ses collègues, en intégrant le patient, pour potentialiser les points de vue sur leur prise en charge.

La posture de chercheur semble être une évidence pour V., d'autant plus suite à l'appel à projet qu'elle a contribué à développer, pour une recherche qui correspond à l'ère du moment, à savoir la reconnaissance de ce que le patient vit de par sa maladie, mis à contribution dans une co-construction du savoir, partagé avec les professionnels de santé.

Une expérience très enrichissante donc, qui suscite en elle de la « *fierté personnelle* » (1.793-794), qu'elle retire également de sa formation en master 2 dont elle garde un « *souvenir vraiment très très agréable* » (1.790), qui pour elle est « *une grande victoire* » (1.787) de l'avoir réussi, de pouvoir se spécialiser dans son domaine de prédilection, l'éducation thérapeutique.

Fierté et satisfaction d'y arriver, d'avoir « *réussi à monter des projets* » (1.784), s'est sentie capable et compétente d'effectuer malgré les contraintes de temps et les difficultés un parcours professionnel et un parcours de recherche qui lui apportent beaucoup. Ce qu'elle affirme en disant que « *la recherche me permet de donner du sens à mon métier* » (1.797), propos très fort et qui résume tout, où elle peut se sentir à sa juste place professionnelle, où elle peut valoriser tout ce dont elle est capable, tout ce qui lui donne plaisir au travail. Enthousiasme qui s'accompagne malgré tout de toute la motivation et courage nécessaires car il ne « *faut pas avoir peur de se lancer dedans* » (1.313-314) et d'y consacrer beaucoup de temps. Ce qui donne par-dessus tout du sens pour elle, c'est le fait de contribuer concrètement à l'évolution des pratiques de soins, de mieux objectiver les besoins des patients et tenter d'y répondre, dans le prolongement et la cohérence de son métier d'infirmière.

Pour finir, V. ouvre en toute fin de récit la piste des rencontres, la formation et la recherche ayant représenté une grande richesse en terme de rencontres, d'échanges, axe qui se retrouvera dans l'ensemble des récits de manière plus ou moins forte et en particulier dans celui va suivre.

## **2. C., 49 ans : « Tu comprendras quand tu seras grande »**

C. est infirmière Diplômée d'Etat depuis 1989, infirmière anesthésiste depuis 1996 et cadre de santé depuis 2002. Actuellement autoentrepreneur et formateur indépendant et chargée de cours à l'université. Son parcours est jalonné d'expériences en lien avec la recherche, qu'elle soit faite de questionnement sur la vie, de travaux faits en unités de soins ou réalisés en période de formation et surtout les rencontres, qui l'ont portée sur la voie de la recherche. C. donne aussi sa vision du chercheur et pose une réflexion sur la formation initiale à la recherche délivrée dans les IFSI, donnant ses propres pistes d'analyse sur la manière de présenter et de passer le message de la recherche aux étudiants en soins infirmiers.

### **Les formes du discours :**

C. utilise un discours plutôt narratif et descriptif, avec un registre parfois familier et humoristique qui illustre son franc-parler, tout en s'évadant sur un certain nombre de digressions mais qui finalement participent à l'esprit fortement narratif et descriptif de son discours. En début de récit et surtout dans les passages où elle évoque son passé d'enfant, elle formule ses phrases en « tu » plutôt qu'en « je », tournure de phrase qui, de la même façon que l'humour, semble la distancier d'elle-même. Cette tournure en « tu » semble également témoigner paradoxalement, dans une « *intelligence narrative* » (Ricoeur, 2004 p.164), d'une prise de recul sur ses expériences de vie, qu'elle semble généraliser à autrui et à son interlocuteur, comme si l'on pouvait, par le récit de son histoire, peut-être s'identifier à son vécu. Puis le « je » s'installe progressivement et prend ensuite sa place, comme un apprivoisement de la mise en mot de son propre vécu, se réappropriant sa propre personne, entraîné de se raconter.

C. réalise ainsi au fur et à mesure de son récit une analyse riche et fine de son parcours et établit des liens qui au final donne une cohérence d'ensemble à son vécu, certains éléments se retrouvant en miroir entre un présent qui semble établir une forme de revanche sur son passé et ce, suivant des schémas d'action ne relevant absolument pas de l'attentisme.

### **Les schémas d'action :**

C. semble se situer dans un agir progressif dans son parcours lié à la recherche, où, au fil des expériences et des rencontres ainsi que son besoin d'être rassurée sur ses capacités, elle saisit des opportunités, collabore avec des personnes qui la soutiennent dans sa démarche de recherche et lui en facilite l'accès. Un agir progressif qui se traduit dans son parcours de formation où elle gravit à son rythme un niveau d'étude de plus en plus élevé, qui lui permet d'évoluer professionnellement également, jusqu'en thèse, qu'elle ne souhaitera pas mener à son terme. Elle se situe également à plusieurs moments de son récit dans un agir de prise de risque, alors que ses doutes sur elle-même et sa timidité l'amène à braver l'autorité d'autrui, notamment lorsqu'elle raconte son concours d'entrée en école des cadres où elle avait tout mis en œuvre pour se faire recalier au concours, qui n'était alors pas sa priorité sur le plan personnel mais a tout de même été prise, ou aussi lorsque toute jeune étudiante infirmière en stage en milieu carcéral, elle a réussi à faire éviter le mitard à un détenu grâce à son témoignage, en explicitant au directeur pénitentiaire ses graves problèmes de santé... Agir par prise de risque qui témoigne des valeurs fortes d'authenticité et de justice qui anime C. et qui la guideront vers une recherche permanente et fortement ancrée en elle d'une vérité, du sens à explorer de la vie.

### **Les topoï ou motifs récurrents :**

#### **Curiosité et questionnement du chercheur**

Comme pour V., C. évoque dès le début de son récit le fait que le point de départ de la posture de chercheur, c'est le questionnement. Mais pour C., il s'agit d'un questionnement qui n'est pas uniquement lié à la pratique professionnelle mais lié à la vie tout court. C. différencie dans la posture de chercheur le fait de « faire de la recherche » dans le sens de formaliser une production et « d'être en recherche », dans le sens du questionnement permanent sur toutes choses et qui relève plus d'une manière d'être au monde.

Dans un « *parcours du chercheur, qui est un déjà là depuis longtemps* » (l.20), un « *déjà-là* » qui signifierait quelque chose d'inné en elle ou chez d'autres, un déjà qui pourrait aussi être en lien avec des événements ancrés au plus profond d'elle-même. Elle décrit de manière très imagée comment enfant, elle se posait déjà sans arrêt des tas de questions. Elle observait, fascinée, autant des scènes a priori anodines de la vie quotidienne, comme

l'eau qui bout dans la casserole en voulant absolument comprendre comment cela pouvait se faire, comme d'autres questions beaucoup plus profondes sur le sens de la vie : « *C'est le, c'est l'enfant qui cherche des réponses aux grandes questions de la vie... et de la mort. (...)* » (1.20-21).

Questionnement permanent qui devient une composante à part entière de ce qu'elle va devenir et qui deviendra le fil rouge de son parcours, tout au long de sa vie, en se désignant elle-même de cette manière détachée au travers du personnage de « l'enfant », qui semble relégué au rang d'objet, subissant sans pouvoir le partager le monde des adultes : « *C'est l'enfant qui se pose une première question, et qui a pas encore compris que maintenant qu'il s'est posé cette première question ce sera toute sa vie. Tout le temps. Ça va le poursuivre, même quand il veut se reposer il peut pas.* » (1.32-34). Car pour C., ces élans d'étonnement au quotidien, cette curiosité infantile se sont retrouvés empêchés, bridés « (...) *C'est le « pourquoi » et quand on t'a toujours dit « parce que ». Et qu'y avait pas de suite.* » (1.28-29). La non-réponse à cette curiosité se trouvait alors réduite à cette sempiternelle phrase qui la marquera jusqu'à l'âge adulte : « *Tu comprendras quand tu seras grande* » (1.29), fruit d'une frustration grandissante dans sa quête de compréhension du monde et de la vie, qui pourrait peut-être expliquer en partie son désir de « *comprendre, sans forcément trouver mais en tous cas chercher* » (1.36-37), qui devient un leitmotiv intérieur, de ne jamais se contenter des évidences.

Un peu plus tard dans le récit, elle fera le lien entre ce questionnement avide et des événements biographiques remontant à ses 7 ans, à savoir le vécu de la mort successive de ses grands-mères, puis 3 ans plus tard celle de son père... Elle confirme alors que la recherche du sens de ces événements existentiels semble être devenu un des moteurs principaux de sa mise « en recherche » dans un sens plus large, sur les diverses trajectoires de sa vie.

Mais ce désir de comprendre et de chercher sera également étouffé au décours de sa pratique professionnelle d'infirmière en service de réanimation, où à ce moment-là, « *trouver ta place de collègue* » (1.52), s'intégrer au groupe professionnel était sa priorité, et se retrouvait à devoir se conformer à l'image de l'infirmière qui privilégie l'action à la réflexion, qui a « *les mains dans le cambouis* » et qui n'est pas là pour faire de la « *masturbation intellectuelle* » (1.57-58). Etouffé, au point de réajuster son langage, de renoncer à ses véritables aspirations et préoccupations, tout en continuant de rechercher, « *mais tu le fais en cachette* » (1.604). Des questionnements qui avaient été, même dans son parcours d'étudiante infirmière « *bâillonnés* » (1.150), lors de la soutenance de son



mémoire de fin d'étude suite à son stage en milieu carcéral, devant une membre du jury qui a peu récompensé son travail, estimant que C. n'avait pas suffisamment développé sur « *ces pauvres malheureux, qui sont enfermés* » (1.162), ce que C. a très mal vécu, compte tenu de l'implication avec laquelle elle avait produit son mémoire de fin d'étude, ce qui a été une « *super blessure narcissique* » (...) « *Elle venait de ruiner un énorme travail ! Mon premier vrai travail de recherche !* » (1.263 et 269) « *elles m'ont mis 10,5 (...) c'est une insulte* » (1.600).

Un surinvestissement intellectuel qui se traduira également dans ses interactions avec les autres et c'est par la force des rencontres que C. commencera à construire son parcours dans la recherche.

### **Force des rencontres**

C. parsème son récit de rencontres de personnes marquantes qui ont jalonné son parcours professionnel, de formation et de recherche. L'une de ses premières rencontres significatives est celle d'une cadre de santé, alors qu'elle était devenue infirmière anesthésiste au bloc opératoire. L'évènement de cette rencontre a été déterminant car cette cadre verra en elle son potentiel de « chercheur » et lui facilitera l'accès matériel et temporel dans sa charge de travail pour participer à des projets de recherche « *c'est quelqu'un qu'y a compris, ben que dans son équipe, y a enfin quelqu'un qui va peut-être accepter, de ben d'écrire, de faire de la recherche, de mettre en place des protocoles, de euh, et qui te lâche pas, euh, tenace hein ! Tenace. Qui euh, habilement t'amènes, à la faire* » (1.61-64). Du coup, grâce à la ténacité de sa cadre qui souhaite diversifier les activités des infirmières et pas les cantonner qu'aux soins techniques, par ses actions de « *porteur* » et de « *facilitatrice* » (1.272), la motivation de C. pour le questionnement et la recherche se « transformera » en engagement dans le sens où elle va pouvoir réaliser une action de recherche en collaboration avec un médecin anesthésiste, sur l'impact des médicaments rétroviraux sur l'allongement du temps de réveil du patient en post-anesthésie. Rien n'a été écrit sur le sujet et C., très intéressée, propose de travailler là-dessus, avec les encouragements de sa cadre « *ah ça ce serait bien que tu fasses un truc, machin euh, tu parles bien, t'écris bien euh, tu cherches à comprendre, bah tu vois, tous les signes extérieurs du chercheur* » (1.82-84). Tous les « signes extérieurs » du chercheur... mais peut-on alors parler de l'existence de qualités particulières, spécifiques ou pré-requises au chercheur ou de ses capacités à mener une action de recherche de bout

en bout ? La reconnaissance de ces capacités ou qualités dont témoigne cette cadre aura sans doute déterminante pour C., qui de ce fait s'est sentie valorisée et alors suffisamment « capable » de se lancer dans ce travail de recherche hospitalière. La rencontre de cette femme a tout simplement été extraordinaire pour C., au point de dire qu'elle a été « *ma mère spirituelle, (...) ma vraie maman, (...) une mère spirituelle professionnelle* » (1.750-751), qui tenait à ce qu'elle fasse des études supérieures, qui a tellement cru en elle, alors que C. se demandait bien pourquoi et comment elle arrivait à lui renvoyer cette image de tant de potentialités, alors que c'était « *strictement le contraire de ce qu'on t'as fait vivre quand t'étais plus jeune quoi : quand t'étais un incapable, quand tu pouvais pas (...)* » (1.760-761). Une cadre qui deviendra un modèle pour C., car lorsque plus tard elle dirigera des équipes, elle tentera également de devenir un « passeur » et de faciliter pour les soignants l'accès à des espaces de questionnements et de réflexivité.

Les rencontres, ce sont aussi celles de deux médecins anesthésistes avec qui elle pouvait « enfin » parler des sujets qui lui tenait à cœur et avec lesquels elle se sentait véritablement être elle-même, comme la philosophie, la littérature, à « refaire le monde », avoir de « vraies » conversations, riches et constructives. C'est au décours de cet entretien de recherche biographique qu'elle a alors pris conscience qu'elle ne pouvait vivre avec ses collègues infirmières la même richesse et profondeur de ces échanges qu'elle vivait avec ces médecins...

Qui fait écho à une autre rencontre avec un médecin chef de service lorsqu'elle était alors jeune élève infirmière et qu'elle faisait des vacations d'agent de service hospitalier en réanimation, qui s'est pris d'affection pour elle et réciproquement. Un médecin qui prenait le temps de lui montrer un tas de choses, lui posait des questions « *t'en penses quoi ? ça veut dire quoi pour toi ?* », lui faisant prendre conscience en le racontant que ce sont « *ces rencontres qui font que tu es ce que tu es* » (1.738). des rencontres qui lui donnaient une forme d'autorisation, dans le sens de rendre auteur, qu'elle avait la possibilité de penser par elle-même, où l'on répondait à ses questions, où l'on s'intéressait à ce qu'elle souhaitait savoir, à l'encontre de ce qu'elle avait connu enfant. Dans ces moments d'échanges elle se sentait se construire, se sentait impliquée, valorisée, probablement d'autant plus qu'ici ou avec Jeanne, la relation revêtait une dimension transférentielle au travers d'une figure paternelle ou maternelle.

Les rencontres, ce sont également celles des professeurs et de son directeur de mémoire à l'Institut de Formation des cadres de santé (IFCS) sachant que c'est encore Jeanne qui la

poussera à faire « l'école des cadres », qui a sera pour elle une sorte de « *sésame pour la recherche* » (1.274).

Et puis il y a LA rencontre, avec Ch., enseignante-chercheuse et auteure d'un ouvrage qu'elle avait lu et qui l'avait transportée, « *une belle rencontre, (...) une magnifique rencontre* » (1.545), qu'elle rencontrera à l'occasion de son master et qui deviendra sa directrice de thèse, une rencontre qu'elle considérait comme improbable dans sa vie d'infirmière, « *Tu comprends c'était quelqu'un que j'avais lu dans un livre. J'allais rencontrer... une personnalité pour moi ! Enfin, quelqu'un de quasiment intouchable !* » (1.536-538)

Au fil du récit de C., ces rencontres singulières empreintes d'une force émotionnelle et affective toute particulière, tel un collier de perles évènementiel, témoignent pour C. de l'importance de l'interaction avec des personnes grâce auxquelles elle se sent reconnue pour ce qu'elle est et pour ce qu'elle est capable de devenir, ce qui semble être un formidable moteur pour lui donner l'énergie d'avancer tout au long de son parcours.

### **La reprise d'études**

Comme le raconte C., elle finit par remarquer qu'environ tous les 5 ans, elle ressentait le besoin de reprendre des études, de se former, avec régulièrement le besoin de se renouveler, de tenter d'autres expériences, au risque de « s'ennuyer » professionnellement et surtout intellectuellement, car être « juste » infirmière ne suffisait pas. Le choix de travailler en réanimation puis de se spécialiser en anesthésie s'inscrivait dans « *le fait de devoir plus, c'était mon impression, plus connaître, plus maîtriser, une forme de rigueur, il fallait en savoir plus (...). Donc pour moi c'est aller plus loin dans la connaissance.* » (1.742-745). Et lorsqu'elle rentre à l'IFCS, alors que sa motivation à l'entrée est très moyenne, car davantage tentée à ce moment là par les arts, les langues et les voyages, elle découvre les sciences humaines et sociales, enseignée notamment par son futur directeur de mémoire, un enseignant qui la passionne. Une véritable révélation, qui a particulièrement répondu à son « *appétence* » intellectuelle (1.418) : « *j'ai trouvé à l'école des cadres ce que j'avais cherché longtemps* » « *j'ai rencontré des psychosociologues, des sociologues, c'était juste génial ! Donc je pense que c'était vraiment là que ça a commencé, à, à me titiller.* » (1.382-384) C'est en effet à l'IFCS que son parcours de recherche prend une envergure beaucoup plus nette vis à vis de son engagement dans ce

type d'activité, notamment au travers du mémoire, où là c'était un « vrai » mémoire, comparé à ce qu'elle avait produit à *« l'école d'inf »*.

La découverte de la recherche en sciences sociales et des méthodes qualitatives, l'initiation par son directeur de mémoire à l'entretien d'explicitation, puis une soutenance enrichissante et constructive, en miroir par rapport à l'échec vécu pour son premier mémoire, se sont effectivement véritablement révélés pour elle comme ce fameux sésame pour aller loin et poursuivre son chemin dans la recherche. Un peu comme si elle se sentait enfin autorisée, reconnue de nouveau dans ses capacités à s'investir dans cette voie : *« la recherche c'est aussi quelque chose : un, empêché dans l'enfance, deux, empêché dans l'adolescence, trois, empêché dans la vie active, parce qu'on est pas comme tout le monde, parce qu'on pète plus haut qu'on a le derrière comme ils disent, et à partir de l'école de des cadres ça n'a plus été empêché, en fait, voilà. »* (1.474-477). Une forme de revanche donc, par la reprise d'études sur cette propension au questionnement qui a tant été bridé tout au long de son parcours de vie... Qu'elle s'est probablement elle-même empêché de vivre pleinement durant toutes ces années, ayant intériorisé cette impression d'être vue par ses pairs et ses proches comme quelqu'un de *« bizarre »*, de *« prétentieux »*, qui fait des *« trucs d'intello »*, voire de finir *« en psychiatrie »* à force de se poser tant et tant de questions et d'analyser sans cesse...

Mais la revanche, c'est aussi celle de l'université, elle qui n'avait pas pu, après son bac, entrer à l'université, alors qu'elle hésitait entre deux domaines professionnels qui la passionnait : devenir infirmière ou professeur de français. Son bac philo en poche, elle tente le concours d'entrée en école d'infirmières et tente parallèlement de s'inscrire en lettres classiques. Ayant réussi le concours et suite à l'égarement de son dossier d'inscription par l'administration universitaire, elle fait le choix des études d'infirmières, finalement d'autant plus pour laisser sa place à ses frères et sœurs, alors qu'elle devait travailler rapidement pour aider financièrement sa mère. Sa formation de cadre lui a permis de valider des unités d'enseignements universitaires, ce qui pour elle a eu l'effet d'une victoire, vis à vis de son parcours d'étude. Ce premier pas dans le monde universitaire ne la quittera plus, lorsque 7 ans après sa formation de cadre, elle se lance dans un master, qu'elle a longuement réfléchi à propos du choix du champ disciplinaire, qu'elle souhaitait pluriel, toujours dans ce désir profond de répondre à cette soif d'apprendre, de comprendre, de savoir et où elle pouvait véritablement s'épanouir. Son choix s'est alors arrêté sur un master dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient où elle pouvait *« jongler »* entre psychologie, sociologie, sciences de l'éducation...

Master qui débouchera ensuite sur une thèse, mais où son engagement dans la production d'une recherche semble alors s'essouffler. La thèse, « *c'est le chant des sirènes. C'est à dire que, ça m'a bien plu cette idée de thèse, sur deux plans je pense : le premier, d'aller plus loin, d'approfondir, de prendre le temps, sauf que trois ans c'est pas prendre le temps.* » (l.500-502). Une thèse où elle n'est pas totalement sûre de vouloir poursuivre, dans une ambivalence entre l'envie de continuer de rechercher mais pas dans une course à la production effrénée « *d'un produit marketing pour une université* » (l. 549), d'autant plus qu'à bientôt cinquante ans, l'enjeu de la temporalité semble l'interroger sur une « utilité » d'aller au bout de la thèse. Elle se rend compte que la recherche ne doit pas être une fin au travers de l'épreuve de la thèse mais un moyen, ne souhaite pas s'inscrire dans la pression de la production mais plutôt dans une réflexion continue qu'elle réalisera plutôt dans son évolution vers son métier de formateur-consultant à l'université.

Cet entretien de recherche biographique n'ira pas plus loin dans l'analyse de ce qui l'a amenée à se désengager de la thèse, qui pourrait faire « *l'objet d'un autre entretien* » (l.499) (qui n'a pas encore eu lieu).

### **Solitude du chercheur**

Pour C., il semblerait qu'il y ait un « prix à payer » vis à vis de cet engagement dans une démarche et une activité de recherche, dans un questionnement permanent sur toute chose. Faire « *souffrir son entourage* » (l.806), par le biais de la socialisation à l'université, environnement où elle côtoie quotidiennement des « *doctorants, des gens qui réfléchissent* » (l.812), où son langage, son mode de raisonnement évoluent, au point qu'elle ne se comprend plus vraiment avec ses proches. Au point que lors des conversations avec les gens qu'elle aime, la connexion ne se fait plus, les centres d'intérêts et les préoccupations divergent totalement et « *là ça t'emmerde, tu t'ennuies* » (l.819), ce qu'elle vit comme « *une double peine* », « *une double souffrance* » (l.816-817) et surtout se sent coupable vis à vis de ces personnes qui n'arrivent plus à suivre, même en faisant attention de ne pas utiliser de termes complexes. Ces sentiments désagréables sont à mettre parallèle avec l'époque où jeune infirmière en réanimation, elle encaissait déjà les remarques de ses collègues « *tu parles pas comme tout le monde, t'as pas le même vocabulaire...* » (l.602-603) et avait dû réajuster son langage pour mieux s'intégrer à l'équipe.

Elle s'est aperçue également que lorsqu'elle n'est pas en séminaire ou en lien direct avec ses collègues universitaires, l'ennui la submerge de plus belle et elle se sent tout d'un coup seule, malgré son entourage mais avec qui elle ne peut donc réellement partager ses centres d'intérêts. Elle réalise alors, ce qui est extrêmement important pour elle, que le chercheur est « *un être seul* » (1.846), lorsqu'il n'interagit pas avec ses « semblables » mais aussi lorsqu'il est « *au milieu des autres, qui sont pas dans ce qui le mobilise intellectuellement (...)* » (1.848-849), chose qui lui avait été déjà dite mais et auquel elle n'avait pas cru, tant qu'elle ne l'avait pas encore expérimenté et ne se l'était pas encore approprié pour elle-même... Une réalité très importante, parce qu'elle se rend compte à quel point elle peut le vivre douloureusement, tiraillée entre cette nécessité d'être enfin elle-même et le persistance d'un décalage qu'elle doit sans arrêt « négocier » dans son rapport avec autrui.

### **Être à la fois infirmier et chercheur**

La vision de C. entre être à la fois infirmière et être chercheur peut s'avérer « *complètement compatible* » (1.865). En effet, la démarche de recherche permet de « *questionner sa pratique* », « *questionner ses connaissances* » (1.900), démarche qui n'est pas juste pour soi ou pour la « gloire » mais revêt la dimension d'une « *valeur citoyenne* » (1.900-901), dans une utilité à la « *collectivité, à la cité, (...), en l'occurrence c'est les malades, les soignants mais la société en général tu vois !* » (1.905-906).

Elle insiste néanmoins à plusieurs reprises sur le fait de ne pas l'imposer, telle une injonction, qui serait davantage productive de résistance plutôt que d'adhésion, notamment dans le fait de participer activement à des recherches formalisées.

Ce qui soulève qu'est ce l'on entend par « chercheur » ? Est ce celui qui produit ou améliore des connaissances de manière méthodique ou est-ce le praticien qui se questionne simplement sur sa pratique et « recherche » des pistes de réponses à une problématique de santé ou d'une prise en soins ? Car dans cette seconde acception, pour C. il n'y a aucune hésitation : « *on est tous des chercheurs fondamentalement* » (1.1079) et une « *infirmière qui se poserait pas de question ce serait très très embêtant !* » (1.879-880). Mais pour ceux qui s'engage dans un processus de recherche, le problème de l'infirmière ou l'infirmier « chercheur » c'est d'abord l'image qui en est rattachée et qui devient un frein en soi : partir du principe que le temps de la recherche est du temps en moins au lit du patient, dans le sens d'un temps perdu et inutile, autrement dit « *de ne pas considérer euh, celui qui le fait, comme quelqu'un qui a pas les mains dans le cambouis.* » (1.1072-1073). Par ailleurs,

la question de la temporalité importe également dans le sens où le « manque de temps » pour s'engager dans une activité recherche n'est peut-être pas, selon C., le véritable frein : « *j'ai pas le temps de me poser pour chercher etc., c'est parfois une excuse et c'est parfois un réel, c'est à dire c'est pas tellement qu'ils ont pas le temps, parce qu'ils pourraient le trouver effectivement, c'est plus « j'ai pas l'énergie pour » tu vois ?* » (1.996-999). Mais cette énergie peut être mise en mouvement par le biais de l'accompagnement à la recherche, autre condition importante que souligne C., pour que cela puisse se développer sur le terrain.

La temporalité est également une question de priorité, et en début de carrière infirmière elle n'est pas sûre elle-même qu'elle aurait été en mesure de faire de la recherche si on le lui avait proposé. Selon C., il est davantage intéressant de « *laisser venir* » (1.913) le questionnement au fur et à mesure que le jeune diplômé acquiert son expérience, s'adapte au poste... Donc « *savoir le proposer, au bon moment* » (1.907-908). Le bon moment dans le sens également des événements biographiques de ces professionnels débutants, entre entrée dans la vie active, se marier, fonder une famille...

Ce qui importe davantage aux yeux de C. et qui peut permettre que le questionnement puisse se faire « *naturellement* », c'est avant tout la question du sens, sur laquelle elle insiste lourdement dans son récit, que le fait même de s'inscrire dans une démarche de recherche aie du sens, pour soi et pour autrui, afin éventuellement d'être en mesure de partager cette démarche avec d'autres pairs. C'est ainsi que ce qu'elle a vécu dans sa propre expérience fait *erfarhung*, dans le sens où elle transpose le fruit de ses propres frustrations face à son attrait pour le savoir, à une démarche généralisable qui servirait pour les générations actuelles d'étudiants, qui leur permettrait de s'autoriser à leur tour pour aller plus loin et développer leur potentiel de recherche : « *Regarde, le fameux (...) « tu comprendras quand tu seras grand », (...) permettre à l'autre de demander pourquoi, de demander qu'est ce qu'il en pense (...) l'inviter à trouver les réponses, peut-être qu'on le mettrait en appétence pour la recherche.* » (1.1062-1066).

Et cette recherche de sens dépendrait alors aussi pour beaucoup de la manière dont la recherche est présentée en amont de la pratique professionnelle et comment elle est enseignée en formation initiale, ce qui invite à une remise en question avant tout des formateurs à ce sujet. Pour C., cela remettrait même en question l'enseignement en général, dès le milieu scolaire, où les enfants et les jeunes vont à l'école sans forcément y trouver du sens, parce qu'il n'est pas explicité et qu'ils ne le rechercheront pas forcément eux-mêmes non plus. Le terme même « d'initiation » à la recherche a fait l'objet d'un

échange durant l'entretien où C. la définissait comme un apprentissage des premiers pas de la recherche, alors que je me situais plutôt dans « *l'introduction dans un monde sacré. Dans un monde d'initiés* » (1.1019-1020), ce qui, effectivement amène C. à dire que la recherche peut « *attirer* », « *fasciner* » ou encore « *effrayer* » (1.1031-1032), d'où l'importance de s'intéresser aux représentations des étudiants à propos de la recherche. C'est ainsi que la pratique réflexive serait déjà un premier grand pas vers le questionnement professionnel et éventuellement vers sa formalisation, sa problématisation pour aboutir à de la recherche.

### **La gestion biographique des topoï**

Pour C., être en recherche se résume et se traduit par cette expression : « *t'as besoin de lire le monde* » (1.581), comme une réponse en miroir à cette fameuse réponse lancinante qui lui était faite enfant de « *tu comprendras quand tu seras grande* », dans le fait que les lectures, les réflexions lui offrent cette ouverture, lui apportent ces bouffées d'air frais qui libèrent et déploient tant de possibles de sens aux questions qu'elle se pose.

Cette mise en recherche s'est traduite au gré de ses reprises d'études, ses rencontres, dans une lutte en permanence entre sa propre façon d'être au monde et ce qui était attendu d'elle en tant que petite fille, en tant qu'infirmière et même en tant que chercheur lorsqu'elle évoque la thèse.

Parmi ces différents topoï, il semble indéniable que celui des rencontres arrivent en première ligne, plus que le questionnement à lui seul, à savoir que le « *parcours du chercheur il est essentiellement fait de rencontres (...), ce sont les rencontres, ce sont les rencontres qui font, qui font que ben tu prends le chemin de la recherche ou pas.* » (1.800-803). Des rencontres significatives qui l'ont fait avancer, qui ont agi comme autant de catalyseurs, de facilitateurs sur ce chemin de la recherche où elle s'est engagée de manière singulière et pour lequel elle souligne cette volonté de poursuivre en disant que « *fondamentalement on peut pas, on peut pas revenir en arrière une fois que ça a commencé.* » 1.804-805. Un retour en arrière qui serait synonyme de régression ou de platitude intellectuelle, de non sens, d'un nivellement vers le bas qui serait juste insupportable. Mais c'est un engagement qui ne se sera pas fait sans douleur, sans frustration, car dans ces *erlebnis* et *erfarhung* de son parcours de recherche, la « *vie du chercheur* » (1.843) se manifeste dans ses conséquences douloureuses qui l'éloigne sur les plans cognitif et langagier de ses proches mais qui visiblement lui convient malgré tout car



dans ces moments-là elle sait, elle sent qu'elle est cohérente avec elle-même, en adéquation avec ce dont elle aspire intérieurement. Car la recherche lui offre la possibilité d'évoluer dans son propre processus de subjectivation, de ne plus être « l'enfant », en posture d'objet subissant malgré elle le défilé de la vie et des événements mais de sentir exister elle-même, de s'épanouir et ne plus se conformer à l'image que l'on attend d'elle, ce qui, d'une certaine manière, « rééquilibre » ces aspects douloureux.

Un processus de subjectivation qui se dirige vers toujours plus d'authenticité, posture sensible d'équilibriste mais dans laquelle elle se sent tellement plus juste avec elle-même.

### **3. L., 54 ans « Mon engagement d’infirmier c’était ça »**

L. est infirmier de formation initiale depuis 1984 et cadre de santé formateur en IFSI depuis plusieurs années. Il a pu bénéficier d’un financement pour se consacrer à sa thèse en sciences de l’éducation durant trois ans et au moment de l’entretien, il entame sa deuxième année.

#### **Les formes du discours :**

A la suite de la question inaugurale, L. se plonge dans un récit plutôt à tendance narrative, dans un souci, dès le départ, de relater son parcours « *dans l’ordre chronologique* » (1.23). Ses phrases sont très régulièrement ponctuées de « *donc* », surtout sur la première moitié du récit, qui souligne la construction progressive du discours, comme voulant se rassurer en se raccrochant à sa cohérence, à sa logique d’argumentation et de structuration. Un récit qui présente des tendances également explicatives à certains moments lorsqu’il s’attarde par exemple sur certains détails permettant de comprendre le contexte institutionnel et sanitaire qui l’a conduit à son sujet de thèse. Discours argumentatif également à d’autres moments où il explicite en quoi la recherche infirmière se situe entre deux pôles qui se croisent et se rejoignent par moment de la recherche clinique et de la recherche en sciences humaines.

Son « long » parcours fait l’objet à plusieurs reprises lors de l’entretien de notes d’humour et d’autodérision, notamment lorsqu’il fait allusion à son « âge », pour lequel il se considère un peu « trop vieux » pour faire carrière dans la recherche mais n’est pas dénué d’ambitions pour autant, à la mesure de son engagement, topos qui reviendra le plus dans son discours et qui n’a fait que confirmer le choix conceptuel de ce travail.

#### **Les schémas d’action :**

Le récit de L. témoigne d’un agir très clairement progressif, richement illustré dans la première moitié de son discours, via la métaphore de la construction : « *les choses se sont construites progressivement* » (1.24), « *y a une construction progressive* » (1.27), « *c’est pour moi des étapes de construction* » (1.92), « *je me suis construit comme ça* » (1. 221), « *ça fait partie de la construction du chercheur* », (1.228). Un parcours de recherche et de chercheur qui ne s’est donc pas fait « *du jour au lendemain* » (1.214) et qui s’est « *construit*

*petit à petit* » (1.92), où L. revient sur ses divers engagements professionnels en tant qu'infirmier et en tant que formateur.

Un agir également stratégique, notamment par le biais de sa participation assidue à la vie d'une association professionnelle qui lui a permis de mettre le pied à l'étrier de la recherche en soins et qui lui a permis de développer ses compétences en la matière, au gré de divers projets, communications et autres rencontres déterminantes. L. a donc su visiblement saisir les moyens et les opportunités qui lui ont permis de se « construire » et d'acquérir une légitimité scientifique en tant que chercheur, lui permettant ensuite de se projeter pour la suite à donner à sa carrière, fort des compétences, atouts et du réseau qu'il aura développé durant tout son parcours professionnel, de formation et de recherche.

### **Les topoï ou motifs récurrents :**

#### **L'engagement**

Pour L. tout a commencé lors de son premier poste en tant qu'infirmier en service de réanimation polyvalente, où très vite dans son récit s'installe la notion d'engagement, d'investissement sur le plan professionnel, qui l'ont amené petit à petit à ouvrir les portes de la recherche biomédicale : « *quand tu es un petit peu engagé comme ça, les médecins viennent te solliciter pour (...) participer à des protocoles, (...) faits par les médecins qui euh, qui... les mobilise et qui nous mobilise* » (1.31-32). Sauf qu'à cette époque, les infirmiers n'étaient pas conviés à « faire de la recherche » à proprement parler, mais plutôt à participer à la vie de la recherche médicale, notamment pour les « *plus mauvais côtés de la recherche* » (1.34-35), autrement dit être « *la petite main du docteur qui fait une recherche* » (1.36), à remplir des tubes de prélèvements sanguins sans trop savoir pourquoi, ce qui éventuellement s'explique par le fait que certains essais cliniques se déroulent en double aveugle et que par conséquent, les infirmiers ne sont pas toujours informés ou non directement concernés par les patients inclus dans un protocole.

Mais malgré ces tâches ingrates, il n'en reste pas moins que c'était bien la première fois qu'il a été en contact avec la recherche et ce, grâce aux médecins, qui étaient « *plutôt intéressés (...) par les infirmiers qui voulaient peut-être un petit peu avancer* » (1.429). Ainsi, L. découvre qu'il se passe autre chose, « *hors pratique directe des soins* » (1.32-33) et donc hors d'une forme de routine d'infirmier cantonné à sa programmation de soins, à se trouver systématiquement dans le feu de l'action de ce qui se passe au lit du patient.

Ce « nouvel » aspect possible du métier si peu connu dans le monde infirmier en ce milieu des années 80 ne l'a pas laissé indifférent et le pousse à s'engager dans ce qu'il présente comme l'un des « *tournants* » (1.53) de son parcours, à savoir sa participation active à une association qui partageait et partage encore ses préoccupations professionnelles d'infirmier en réanimation.

C'est ainsi que L. a, dans son agir progressif, petit à petit fait sa place dans cette association, jusqu'à intégrer le comité scientifique, ce qui lui a permis de participer activement à l'organisation de congrès, d'élaboration de recommandations pour le compte du ministère, de répondre aux directives de la Haute Autorité de Santé... Il prend conscience également durant son récit que c'est non seulement son investissement dans l'association mais aussi quelques années plus tard son métier de formateur en soins infirmiers qu'il a également « *bien préparé à faire de la recherche* » (1.230).

Car en effet, ce qu'il a pu constater à partir de l'observation de ses collègues infirmiers et autres formateurs engagés comme lui, est ce qu'il identifie comme étant « *le cœur (...) de ma motivation* » (1.297-298), à savoir son rapport au collectif très important pour lui, qui lui apporte une « *saine émulation* » (1.298), une « *vraie réflexion (...) de fond sur les sujets* » (1.232-235) où chacun avance, chacun évolue et s'apportent mutuellement, où la recherche devient « *une piste pour mieux faire* » (1.306) et non pas un objet de convoitise ou de compétition. Son investissement pluriel à la fois personnel et collectif dans cette association puis en tant que formateur lui donc a permis d'élargir ses horizons professionnels, d'en apprendre davantage et de se former de manière informelle à différentes « *compétences transversales* » (1.1150) et donc utiles à l'activité de recherche, sous ses aspects d'échanges et de débats constructifs, de structuration de sa réflexion et son questionnement, de capacités à effectuer de la recherche documentaire, de participation à des études en cours, de présentation en public...

Ses divers engagements lui ont permis de se créer des opportunités pour participer à ces activités de recherche qui participent au renforcement de cette force d'engagement, ce qui est particulièrement vrai lorsqu'il deviendra formateur et que sa directrice repérera sa capacité à être un moteur pour l'équipe, à s'investir dans divers projets qu'il aura su mener jusqu'à leur terme, tel un gage de qualité, de fiabilité et qu'elle verra en lui un futur « *étudiant* » à l'université.

Il admet par ailleurs, en fin de récit, que c'est peut-être aussi « *plus à cause de la façon dont je fonctionne, cette question de l'engagement* » (1.928), donc finalement un trait de personnalité qu'il a toujours eu, avec ces idées fortes de participer, ne pas subir, aller plus

loin, prendre ses responsabilités, tenir un rôle de leader et de fédérateur, où il se rappelle notamment ses anciens rôles de délégués de classe, chef de projet, etc.

L. réalise que sa façon de vivre son métier c'est d'être en permanence sur plusieurs fronts, sur plusieurs projets, « *je peux pas rester cantonné juste à ma structure, enfin simplement à l'exercice du quotidien, j'aime bien essayer de voir un petit peu plus loin* » (1.533-535), « *je pense que j'chuis quelqu'un qui sait pas faire les choses en étant simplement spectateur (...) mais un acteur engagé* » (1.906-907), « *je peux pas concevoir d'être (...) un infirmier à la petite semaine* » (1.968-969), qui pourrait être interprété comme étant l'expression d'un défi personnel à l'ennui, aussi dans l'idée de sentir et faire exister son potentiel de réflexion, d'organisation, de gestion de projet, sa volonté de vouloir toujours plus comprendre en profondeur, ce qui crée le terreau même de sa motivation et son engagement dans la recherche.

### **Les déclencheurs**

L. évoque également régulièrement dans son récit ce qu'il nomme des « *déclencheurs* » (1.80, 151, 155), des « *découvertes* » (1.137, 141), des « *révélations* » (1.110,148), donc différents moments « aigus » de son parcours, qui ont été des « révélateurs », des « facilitateurs », des « accélérateurs », qui l'ont amené à s'engager toujours un peu plus loin dans la recherche.

Sa participation active aux travaux de l'association a donc été un formidable tremplin particulièrement marquant pour L., d'autant plus qu'à cette époque, les moyens et les compétences en recherche pour ces infirmiers réunis dans cette association étaient extrêmement modestes. Leurs travaux se sont « professionnalisés » progressivement, avec une « *culture recherche qui s'est (...) solidifiée* » (1.77-78). L'ampleur de ces travaux associatifs a donc été un « *déclencheur* », qui lui a permis de s'engager davantage d'un point de vue professionnel et de prendre davantage confiance en lui. Il a ainsi été sollicité sur son lieu de travail pour mener sa « *première grosse activité recherche* » (1.87), sous forme de recherche-action dans une visée d'optimisation des soins de sonde vésicale.

Un autre évènement marquant sera au milieu des années 90, lors de ses débuts en tant que formateur en IFSI, sa première formation « formelle » à la recherche par Monique Formarier, qui à l'époque était l'une des pionnières de la recherche infirmière en France, co-créatrice de l'association de recherche en soins infirmiers depuis 1983, ce qui a été une « *grande révélation* » (1.110), lui apportant des éléments théoriques et méthodologiques

« *solides* » sur ce qu'est la recherche et qui plus est par une infirmière, ce qui lui a particulièrement été utile dans l'accompagnement des mémoires d'étudiants infirmiers.

Mais l'impact de son engagement associatif refait surface lorsqu'il évoque la progression vers des travaux de recherche et développement d'envergure européenne et l'opportunité qu'il a eu dans ce cadre de rencontrer des « infirmiers docteurs », titulaires d'un doctorat en sciences infirmières et spécialisés en réanimation, une « *belle découverte* » (l.141).

Une belle rencontre aussi à cette occasion d'un infirmier anglais qui l'a littéralement décomplexé face à la recherche, alors que L. déplorait le manque de moyens et d'intérêt institutionnel en France pour cette activité chez les infirmiers « *il me dit mais non, la recherche c'est pas compliqué, suffit d'avoir une idée simple, tu vas dans un service ensuite tu... c'était extrêmement intéressant de l'entendre parce que il dédramatisait complètement cette vision qu'on peut avoir d'un monument inatteignable* » (l.144-147).

Ici, L. utilise des métaphores désignant la recherche comme étant un objet grandiose en la comparant non seulement à un monument mais aussi à l'ascension du « *Mont-Blanc* » (l.147-148), à la fois tellement impressionné mais surtout presque découragé devant une telle entreprise, pour en atteindre le sommet. Son engagement dans la recherche semble alors une forme de nage à contre-courant vis à vis de ses propres représentations de celle-ci mais aussi celle du groupe professionnel infirmier. La « *belle révélation* » (l.148) issue des paroles de cet infirmier anglais ont alors produit un effet performatif qui ont donné à L. de l'énergie et un regain de confiance en ses capacités à poursuivre dans le développement de la recherche infirmière en France, malgré le contexte peu favorable a priori.

Un autre « *bon déclencheur* » (l.154-155) aura été sa directrice d'IFSI, qui visiblement avait donc bien repéré son potentiel et l'encourageait depuis plusieurs années à aller en master, ce qu'il a fini par faire en 2010-2012, lui-même admiratif du « modèle » d'ascension sociale qu'elle était, même si elle même ne s'est pas engagé sur un parcours de recherche. Préoccupé depuis plusieurs années dans son quotidien de formateur par les difficultés récurrentes et persistantes sur l'apprentissage des calculs de doses chez les étudiants en soins infirmiers et la volonté de l'équipe de formateurs de remettre en question leurs méthodes pédagogiques, L. saisit dans un agir stratégique la possibilité de creuser son questionnement par une reprise d'étude à l'université et donc de transformer une préoccupation d'acteur « formateur » en une question de recherche en sciences de l'éducation.

Problématique qui est devenu sa « *grosse motivation recherche* » (l.207), alors qu'il pensait ne passionner personne avec son sujet. C'est alors qu'un professeur didacticien des

mathématiques s'est fortement intéressé à son sujet de travail et que son parcours de chercheur en devenir a pu bénéficier de cette « *dernière impulsion* » (1.278) du master, ce qui l'a ensuite conduit à poursuivre sa recherche. Car en effet, ses deux années de master se sont révélés être « *un très très très bon marchepied pour la thèse* » (1.209), en ayant donc une « *très bonne connaissance du sujet* » (1.212), dans son envie de comprendre de manière approfondie les problématiques d'apprentissage de l'application des prescriptions médicales. Thèse qu'il a finalement presque intégrée presque par hasard, « *par un concours malheureux de circonstances* » (1.280), évènement que L. raconte sur un ton de dérision car il pensait bien s'arrêter au master, qui l'avait bien « *nourri* » (1.280) et ne se voyait pas cumuler de nouveau travail et études. Or il n'en a rien été, grâce à un mail passé presque inaperçu présentant l'opportunité d'un programme de financement de thèse par son institution hospitalière sur 3 ans, ce qui lui a permis de s'engager de nouveau et de se consacrer totalement à son doctorat.

Le parcours en master puis l'accession à la thèse ont été pour L. une forme de consécration dans sa formation à la recherche, qui jusqu'à présent était restée plutôt « informelle », entre sa vie associative et sa vie de formateur, ce qui a particulièrement contribué à se reconnaître et se forger progressivement une identité de chercheur.

### **L'infirmier chercheur**

Au fil du récit, il semble de plus en plus évident que pour L., il existe un « *profil du chercheur* » (1.262-263), qu'il caractérise à partir de son expérience personnelle mais aussi collective et tout d'abord par cette « *envie personnelle d'avancer* » (1.262) en établissant un lien direct avec la notion d'engagement sur le plan professionnel en tant qu'infirmier.

Il y reviendra plus loin en soulignant à partir de ses observations les doctorants autour de lui, que « *c'est des gens qui ont toujours eu des parcours, où ils se sont rarement contentés (...) de leur exercice professionnel* » (1.931-932) qui ont toujours soif d'aller plus loin dans leurs connaissances et leur compréhension du monde, dans leur activité professionnelle, ne pas se contenter de leur fonction soignante mais qui selon L. sont également animés d'une certaine ambition, dont l'un des moteurs principaux est la « *reconnaissance (...) de notre métier, de notre profession, et donc aussi de la recherche naissante* » (1. 963-964).

L., continue de nommer les qualités personnelles du chercheur, à partir de son propre vécu, sa propre perception de lui-même, faisant preuve d'une « *grande curiosité intellectuelle* » (1.320), où lui même se décrit comme « *curieux et fouineur* » (1.253), avec un « *rapport*

*personnel à la lecture, à l'écriture* » (l.322), où l'entretien de recherche biographique lui a permis de conscientiser un souvenir lorsqu'il était encore infirmier en service de soins et où il a été responsable de la bibliothèque de son unité, en espérant, en vain, attirer ses collègues vers la lecture...

L. finit par généraliser sa définition des caractéristiques du chercheur en soulignant, outre l'engagement et la curiosité intellectuelle, un goût pour l'exploration, la « *découverte* » (l.330), ne pas se contenter des évidences mais chercher constamment à les requestionner, les dépasser. Des qualités qui s'appuieraient sur une « *base euh, individuelle, personnelle* », à « *entretenir* » et à « *bonifier* » avec le temps et l'expérience. (l.991-993)

Il parlera également davantage en fin de récit des enseignants-chercheurs qu'il a pu fréquenter à l'université et avec lesquels il a pu participer à des discussions et autres débats chez qui il a particulièrement apprécié leur ouverture d'esprit et surtout « *cette humilité de dire que je sais pas, je sais pas faire, bon je pense que ça fait du bien d'entendre ça quoi* » (l.1201-1202). Pour L., ce sont des modèles à suivre, capables de se remettre en question de manière constructive et de reconnaître leurs limites, accepter d'apprendre des autres et d'en apprendre encore soi-même.

Ces caractéristiques deviennent autant d'éléments moteurs que pour lui, la recherche devient une « *nécessité professionnelle* » (l.248-249), dans le sens de progressivement s'habituer à rechercher systématiquement des données scientifiques et « probantes » pour appuyer son raisonnement et ses arguments, aussi bien face à une problématique clinique que face aux étudiants dans le cadre de la formation initiale.

Pour L., il est clair à présent que le profil des chercheurs infirmiers a évolué et qu'il est plus accessible grâce à la dynamique des PHRIP de s'engager dans un parcours de recherche qui est beaucoup moins le parcours du combattant : « *aujourd'hui tu peux être ET infirmier en service ET faire de la recherche. C'était inimaginable il y a vingt ans...* » (l.556-557) et que ce n'est plus le seul apanage des cadres et cadres supérieurs qui étaient détachés des soins et qui avaient déjà tout un parcours. Pour L., l'infirmier chercheur, c'est avant tout celui qui fait des recherches en soins, dont l'objectif principal est de « *faire avancer la prise en charge des patients au quotidien* » (l.1123), dans une visée praxéologique, de modifier les pratiques et les améliorer, que la recherche ait un impact concret, utile et donc valorisant pour les soins infirmiers.

Pour autant, la posture du chercheur, s'identifier comme étant chercheur n'était pas automatique du seul fait de faire de la recherche, en particulier avant la thèse, où L. se voyait encore comme « *le formateur qui allait faire de la recherche et qui commençait une*



*thèse* » (1.338-339), d'autant plus plus qu'il n'avait pas encore pleinement confiance en son propre potentiel et qu'il développait pour la première fois son propre objet de recherche. C'est la rencontre et la confrontation avec les universitaires sur ses idées et ses écrits, la présentation d'un poster en congrès pour lequel il aura reçu le premier prix, la publication d'articles et d'un ouvrage, qui l'amèneront à prendre conscience de la force de l'intérêt suscité par ses travaux. L. rapporte tout particulièrement les paroles d'une chercheuse québécoise « *qu'a fini de me convaincre* » (1.363), lui disant qu'il n'avait pas « *un PETIT sujet* » mais « *un VRAI sujet de recherche* » (1.364) signant par de nouveau un effet performatif, la reconnaissance par ses pairs du monde académique où L. a exprimé se sentir au jour d'aujourd'hui « *dans la posture du chercheur* » (1.366), « *costume* » qu'il a « *endossé petit à petit* » (1.367-368). Ainsi, cette succession d'évènements énumérés dans son récit ont agi comme autant de « briques » qui ont, dans son agir progressif permis la mise en forme de cette identité de chercheur reconnue par les autres et surtout finalement par lui-même.

L. se sent donc à présent « *beaucoup plus dans la peau d'un chercheur* » (1.390), probablement dans le sens d'une seconde peau, de ce fameux costume, qui ne s'est pas cousu en un jour mais s'est progressivement installé, telle une phase de mue entre sa fonction d'infirmier, de formateur puis nouvellement de chercheur, en soulignant même, avec beaucoup d'humour qu'il est devenu un « *jeune chercheur* » (1.1107), contrairement aux apparences de son âge et ses quelques cheveux blancs. Il s'aperçoit à présent à quel point depuis sa thèse, son quotidien est centré uniquement sur ses travaux de recherche, ses cours, ses interventions : le doctorat semble alors être l'espace et le temps de réalisation de cette mue, où les sollicitations se font désormais pour ses fonctions de chercheur « expert » de son objet de recherche et non plus pour ses fonctions de formateur en soins infirmiers.

## **Transmettre**

L. insiste sur cette action de « *transmettre* » (1. 265, 266, 314), transmettre ce qu'il a appris de la recherche, transmettre ce qu'il l'a attiré dans cette démarche, cette activité, son expérience à la fois professionnelle et personnelle dans ce domaine. L. s'est d'ailleurs rappelé, dans la reconstruction de son parcours, qu'il a été le formateur référent à l'IFSI des enseignements sur la recherche, ce qui finalement a été un élément supplémentaire ayant nourri la cohérence de son parcours et de son engagement dans des activités de recherche, qui sera toujours resté un fil rouge. Enseignements pour lesquels il a constaté

leur évolution depuis toutes ces années : « *Ah ben oui oui oui, là on n'a pas franchi qu'une marche hein, on en a franchi plusieurs, je dirai presque un escalier hein ! (rires)* » (1.1053-1054), avec un véritable bond en avant lié à la réforme du programme de 2009 et l'avènement de la compétence 8 inscrite dans le référentiel de formation, axé sur la recherche et le traitement des données professionnelles et scientifiques. Il a notamment vu évoluer les attendus du mémoire, qui à « son époque » lorsqu'il était étudiant n'avait rien à voir avec un quelconque travail de recherche. A présent, le mémoire est intégré dans la continuité des unités d'enseignements consacrés à l'initiation à la recherche, même s'il reste un exercice d'école et que peu d'étudiants s'y investissent en le considérant comme un tremplin pour aller vers la recherche, ceci étant aussi très dépendant du niveau de lecture, d'écriture et de réflexion des étudiants.

Transmettre avant tout aux étudiants en soins infirmiers donc, population qu'il connaît bien de par son long passé de formateur et pour lesquels la notion d'intergénération prend toute son importance car l'engagement dans la recherche c'est aussi être capable de « passer » le relais, semer des graines de chercheurs auprès de ces étudiants, qui prendront la relève. C'est aussi être capable de faire preuve de rigueur scientifique dans les enseignements délivrés, s'appuyant sur des données issues de recherches, dans la droite ligne de la médecine et soins infirmiers fondés sur des preuves (*evidence based medicine/nursing*).

Son entrée en thèse lui permet d'ailleurs de se projeter sur un « retour sur investissement » dans une visée professionnalisante, en transmettant le fruit de ses résultats à cette jeune population en apprentissage de leurs compétences en calcul de doses.

Transmettre pour faire prendre conscience que la recherche infirmière existe bel et bien dans le paysage du monde de la santé actuel et qu'elle se rend de plus en plus visible dans les rassemblements professionnels et scientifiques.

### **Mon ambition**

En fin de récit, le topos de l'ambition prend une place majeure, où L. se projette au regard de ses expériences diverses, dans une ambition pour lui-même qui se veut unificatrice : « *moi ce que je veux essayer de continuer à réunir c'est les choses que j'sais faire* » (1.) et ce qui lui « *tient à cœur* » (1.751) c'est la possibilité de construire « *des liens entre ce qui se passe dans les IFSI et ce qui se passe dans l'hôpital, au niveau de la recherche.* » (1.752-753).

Dans une continuité entre clinique, formation et recherche et en lien avec cette notion essentielle de transmission intergénérationnelle et interprofessionnelle, L. porte en lui l'idée forte et ambitieuse de décroiser la formation et la pratique professionnelle. Ses objectifs sont de mieux faire connaître aux étudiants ces enjeux de la recherche, ne plus rester de simples « spectateurs » mais leur offrir des opportunités de participer activement à cette mouvance à laquelle ils seront eux-mêmes confrontés lorsqu'ils seront diplômés sur le terrain : « *alors ça veut pas dire que tout le monde fera de la recherche, mais dans un service, tu pourras pas exister en tant qu'infirmier sans entendre parler de recherche, sans éventuellement, discuter avec tes collègues ou être associé à des projets, même si tu n'es pas toi le, le leader sur le projet, enfin je pense que c'est des choses qui aujourd'hui sont incontournables.* » (1.679-682).

« *Je sais que c'est hyper ambitieux (...) mais bon c'est MON ambition* » (1.783-784), insiste L., où il souhaite que la recherche prenne vie pour les étudiants, qu'elle ne reste pas au stade trop théorique et lointain de leurs préoccupations dans les enseignements à l'IFSI, mais qu'elle se matérialise par une participation concrète à certaines étapes d'un projet de recherche (revue de littérature, recueil d'informations...).

L. décline ses idées avec une force de conviction faite à la fois d'un désir ardent de faire avancer les choses, tout en gardant de très près son humilité car il sait bien que ce décroisement ne sera pas simple, ni automatique et qu'il faudra encore progresser, tâtonner, ce qui se matérialise dans l'emploi récurrent du verbe « essayer » : « *essayer de créer* », « *essayer de structurer* » (1.842-843), « *essayer de proposer* », « *essayer d'apporter une réponse* » (1.1113-1116). Humilité qui se traduit également par son autodérision face à son ambition : « *si jamais j'avais voulu être le premier infirmier docteur euh, et ben c'est raté, y en a quand même un bon paquet (rires)* » (1.954-955).

Clairement pour l'avenir, L. se projette pour réaliser son ambition sur une activité professionnelle à type de coordination de la recherche, poste qui existe déjà dans un certain nombre d'hôpitaux qui lui permettrait de déployer tout son savoir-faire acquis dans ses compétences en recherche, recenser et accompagner les projets dans les unités de soins, former à la recherche mais aussi et bien sûr poursuivre ses propres recherches.

Une « *sorte de poste d'enseignant-chercheur* » (1.817) mais qui ne se cantonnerait pas qu'à l'enseignement à l'université, mais qui serait à mi-chemin ou plutôt dans une intrication entre l'univers académique, l'univers hospitalier et celui de la formation initiale dans les IFSI. Pour L., la course à la qualification ou aux « titres » n'est pas sa préoccupation essentielle, d'autant plus qu'il ne se sent plus vraiment l'âge pour cela et que « *le jour où il*

*y aura une adéquation entre le titre académique et (...) le salaire peut-être que voilà, les choses seront différentes* » (1.837-839), car en effet, le fait d'être infirmier et d'être titulaire d'un doctorat n'offre pas de garantie d'évolution de poste ou de salaire.

L'ambition de L. ne s'arrête pas aux IFSI car ce qui le motive tout particulièrement également, c'est l'idée de « *faire grandir le métier* » (1.925), apporter « *une plus-value (...) à la profession, à la formation* » (1.844-845), se sentir utile pour ses pairs, rester au service de sa profession d'origine, des patients et des étudiants, non plus en tant que soignant ou simple formateur mais en tant que chercheur.

### **La gestion biographique des topoï**

Parmi l'ensemble des topoï étudiés, celui de l'engagement reste de loin celui qui domine le récit de L., où il a à maintes reprises souligné l'importance de son investissement professionnel et personnel. Engagement qui se traduit sous plusieurs modes, où il s'autoforme en permanence, s'empare des moyens et opportunités qui s'offrent à lui, des rencontres, des personnes ressources, prend du recul par rapport à son vécu pour avancer car il a besoin que les choses aient du sens, d'une utilité pour pouvoir s'engager.

L. a pu évoluer, construire pas à pas son identité de chercheur à travers différents aspects de la recherche et ses liens étroits entre engagement professionnel, en formation, en recherche : « *je suis devenu entre guillemets « chercheur » mais par toutes ces voies là en fait y a pas une voie unique je dirai* » (1.274-275). La somme de ces engagements semble alors être plus forte que la simple somme des parties, qui s'enchevêtrent et se répondent entre eux, dans une forme d'harmonie qui continue de se traduire dans l'ambition de L. de créer des ponts entre ces parties que sont la clinique, la formation et la recherche.

Dans son processus de subjectivation, L. s'est rendu compte, en le mettant en forme dans son récit, que la dynamique de recherche l'a fait « *grandir* » (1.302), lui et ses collègues, que toutes ces années lui ont permis de structurer sa pensée, ses connaissances, son raisonnement intellectuel, ce qui a été sans cesse stimulant pour « *franchir les étapes* » (L.305) dans la construction de sa posture de chercheur, où il a finalement compris que le processus de recherche importait autant, voire plus, que les résultats, en gardant en permanence le plaisir de comprendre et de s'améliorer.

L. a pu alors tisser à partir de ses nombreuses et riches expériences de son parcours de recherche une toile solide lui permettant de circuler et de continuer d'apprendre entre

recherche clinique et recherche en sciences humaines, qui semblent correspondre à ses aspirations, où il se sent de plus en plus à l'aise, même si sa modestie reste de mise.

La fin du récit de L. offre une synthèse entre plusieurs topoï, faisant lien entre l'engagement, le chercheur et l'ambition où selon lui, la force de l'engagement personnel et professionnel semble être une qualité incontournable du chercheur, qui doit faire preuve de ténacité, de patience, d'humilité et de responsabilité pour conduire des projets de recherche, tout en étant mu par une volonté ardente de réussir, d'aller au bout, pas seulement pour soi mais surtout pour le collectif, pour le groupe professionnel dans son entier, ce qu'il résume ainsi lorsqu'il prononce « *mon engagement d'infirmier c'était ça* » (L.966).

Ce qui fait également le sens de son engagement dans la recherche, c'est de « *prouver peut-être déjà que c'est possible* » (1.976) « *moi en tant qu'infirmier je suis capable de faire une recherche (...) c'est pas si inatteignable que ça quoi, voilà* » (1.1166), en référence aux paroles de l'infirmier anglais qui l'avait décomplexé. Sentiment fort de capacité d'autant plus important en le mettant en miroir inversé par rapport à l'évolution historique de la profession, où bon nombre d'infirmières et d'infirmiers étaient à peine lettrés à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, au mépris d'une grande partie du corps médical...

L'ici et maintenant de ce récit a permis à L. sa construction de signification a posteriori, où il élabore une analyse riche de son parcours et de son évolution, construit le sens par lui-même, même si pour lui, la vie de chercheur ne fait que « commencer » et qu'il se sent encore dans un devenir par rapport à cela. En particulier dans cette articulation entre engagement dans la recherche et transmission des savoirs, ce qui pose la question de son positionnement entre chercheur et formateur.

La question de la temporalité s'illustre régulièrement dans son discours en filigrane par son agir progressif sans cesse mis en avant, avec néanmoins une forme de fluidité où le parcours s'enchaîne par étapes, dans un cheminement lent, « *aujourd'hui, certainement que ça va plus vite, moi j'ai pris plus de temps* » (1.28). La préoccupation du temps pour L., n'est ni celui dédié pour la recherche, ni celui du manque de temps mais plutôt celui du temps qui passe, où il préfère laisser la place aux jeunes, ce que le prochain récit donnera à voir de ce point de vue, avec le parcours de J.

#### **4. J., 25 ans : « faut faire ses preuves »**

J. est un jeune infirmier diplômé d'Etat depuis 2013, qui s'est très vite intéressé à la démarche de recherche, dès sa formation initiale. Ses débuts de carrière professionnelle l'ont amené à participer à une recherche en cours à l'hôpital, où il se découvrira une fibre pour l'accompagnement à la gestion de projet. Sa jeunesse et son dynamisme présentent un fort impact sur son parcours jalonné de doutes et de questionnements sur ce qu'il souhaite devenir, entre tensions identitaires et transformation de soi « entraîné de se faire ».

#### **Les formes du discours :**

Dès le début de son récit, J. se place dans une posture narrative, où il met en forme les éléments de son parcours en commençant par sa formation d'infirmier. Il a alors découvert l'initiation à la recherche et a « *été baigné dedans* » (1.20), du fait de son institut de formation qui était fortement positionné dans ce secteur mais surtout par les différentes expériences de stage qui l'ont amené à se familiariser avec le monde de la recherche clinique et la rencontre d'infirmières « pas comme les autres ». Il égrène ainsi son périple entre formation initiale, son projet professionnel qui le conduit en cardiologie et où il exercera son premier poste d'infirmier mais qui très vite ne lui apportera pas satisfaction. Le fil du récit est alors rythmé par ces « hauts et ces bas » où de doutes en hésitation, il avancera et traversera pas à pas les étapes de son parcours, qui le conduiront à quasiment diriger une recherche infirmière. Son discours devient alors plus explicatif dans le fait de détailler le déroulement du protocole.

J. s'engouffre alors dans un rôle d'accompagnement de la démarche méthodologique auprès des infirmières qui le passionne mais dont il fait les frais également, du fait même de sa jeunesse. C'est ainsi que vers la fin du récit, J. passe à un registre plus évaluatif, où il fait d'une certaine manière le bilan de son vécu professionnel, de là où il en est dans son ici et maintenant et de ce qu'il en a retiré. Cet entretien de recherche biographique lui aura peut-être permis de mieux percevoir d'où il est parti et où est-ce qu'il souhaite se diriger pour l'avenir.

### **Les schémas d'action :**

J. semble s'inscrire dans un agir stratégique, où déjà, le fait de devenir infirmier était une sorte de « plan B » suite à son échec en médecine. Par la suite, son parcours de formation initiale témoigne également de cet agir où ses stages étaient choisis en fonction de son intérêt pour l'éducation thérapeutique du patient qu'il s'est découvert et la démarche de recherche. Son premier poste d'infirmier le conduira également à faire des choix qui tenteront de répondre à ses deux aspirations, en se formant en master d'ETP et en intégrant un programme hospitalier de recherche infirmière déjà en cours mais dont la responsable était en arrêt maladie et dont il a repris les rênes.

C'est alors qu'il s'inscrit également dans un agir avec prise de risque, dans le sens où les initiatives professionnelles qu'il a pu prendre n'ont pas toujours été bien accueillies par ses supérieurs hiérarchiques, pour qui visiblement il n'avait pas encore fait « ses preuves », du haut de ses 25 ans et de ses deux ans d'expérience après l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier. C'est donc sous le feu des critiques qu'il a dû tenir bon pour arriver à la réalisation de ses souhaits, prise de risque également d'un épuisement professionnel dans le fait de jongler en permanence entre soins, master et gestion du projet de recherche.

On comprend le long du récit que J. est tantôt capable de faire des choix très fins, très réfléchis et de se donner les moyens de s'engager, lui apportant un espace de développement de ses qualités et de ses compétences professionnelles, tantôt capable à certaines périodes d'en arriver à douter fortement de lui-même, ce qui le freine dans ses agir, où il ne sait plus où aller, où il ne sait plus où il en est.

C'est ainsi qu'entre stratégie et prise de risque se situe en filigrane un agir progressif où il « se laisse » porter par les événements, qui prennent sens au fur et à mesure qu'il prend du recul. « *Avancer doucement* » (1.989), pas à pas, se construire, se transformer et vivre cette transformation s'opérer en lui, où il sent qu'il progresse, qu'il s'affirme et qu'il se confirme de plus en plus dans la suite à donner de son parcours.

### **Les topoï ou motifs récurrents :**

#### **Des infirmières qui n'étaient pas seulement infirmières**

Pour J., sa première rencontre avec la recherche s'est révélée au décours de ses stages en formations pour devenir infirmier, « *où quelque chose à pris par ici* » (1.30-31).

« Par ici », lorsqu'il fait la rencontre d'infirmières « *qui avaient un rôle que j'avais senti un peu différent en terme de prescription et en terme de recherche aussi* » (l. 27-28). Il prend pour exemple les infirmières stomathérapeutes qui ont une formation spécifique pour accompagner les personnes porteuses d'une stomie digestive, ou en cardiologie ou encore en centre de traitement des maladies hémorragiques où il rencontre des infirmiers qui se sont consacrés à l'éducation thérapeutique, des infirmiers qui font de la formation, de l'accompagnement, des consultations et... de la recherche. Soit qu'ils participent à des protocoles médicaux, soit qu'ils mènent leurs propres recherches infirmières et paramédicales. Ce qu'ils avaient en commun et ce qui fascinait J., c'était cette fonction de coordination et de diagnostic clinique, de mise en œuvre de projets de soins personnalisés, coordonnés, avec une certaine autonomie vis à vis du médecin, dans un renversement du positionnement « habituel », où ce sont ces derniers qui demandent l'avis des infirmières et qui s'appuient sur leur expérience et leurs compétences approfondies : « *Elles avaient une expertise dans les plaies, (...) le chirurgien, était juste passé, il avait dit là (à l'infirmière) « t'en penses quoi ? » rien que ça, ça m'avait dit ahhh, c'est intéressant ça !* » (1.553-560). C'est alors que toute sa représentation qu'il avait de la profession qui a été remise en question, « *ça m'a bouleversé parce que c'était pas du tout la pratique que j'attendais du métier d'infirmier* » (1.63-64). Une vision héritée de sa première année de médecine, où la voie professionnelle infirmière était davantage perçue comme un « *métier prescrit* » (1.538), un métier rigide et étroit lié principalement à l'exécution des prescriptions médicales, où l'infirmière n'avait pas particulièrement son mot à dire. D'où cet attrait pour des infirmières qui se sont appropriés des termes et des activités que l'on pensait encore il n'y a pas si longtemps strictement réservés au corps médical : « *elles faisaient des consultations ! (...) Là je me suis dit waouh elles prescrivaient !* » (1.547-549). Consultation, prescription, compétences diagnostiques... une bifurcation vers un devenir infirmier qui prend quelques contours de la fonction médicale mais que J. n'avait pas soupçonné comme possible avant la rencontre de ces infirmières en stage, que l'on appellerait à présent des infirmières de « *pratiques avancées* », fonction de coordination de parcours de soins complexes, d'expertise clinique, qui se développe actuellement et qui a été récemment reconnue par la loi santé de 2016.

Ces diverses rencontres d'infirmiers qui faisaient « plus » que leur métier ont été vraiment « *déterminantes* » pour lui, comme un véritable moteur pour lequel il s'est senti « *emballé tout de suite* » (1.53) depuis le départ. Des infirmiers qui ont « *un rôle différent* » (1.544), « *une pluralité de fonction d'exercer* » (1.590) et non « *cloisonné dans un rôle d'infirmier* »



(1.589) et en particulier dans cette fonction de recherche, qu'elle soit formalisée ou pas mais dont l'objectif est « *une recherche d'amélioration des pratiques* » (1.591-592). Une véritable révélation et source de motivation pour J. qui s'engage alors au tout début de son parcours professionnel.

### **Transition, expérience et transformation**

Ces trois topoï sont ainsi regroupés car ils constituent une continuité très intriquée dans le récit, créant un mouvement perpétuel de « haut et de bas », où J. navigue entre doutes, critiques et avancées majeures.

Après un « *parcours lisse* » (1.129) fait de l'obtention d'un baccalauréat scientifique, d'une première année de médecine, puis ensuite la formation infirmière, le doute s'installe et dès sa première prise de poste, « *c'est un peu la transition difficile* » (1.90).

J. se sent très vite limité dans son activité professionnelle, qui se passe pourtant en cardiologie, une spécialité médicale qu'il apprécie tout particulièrement et dans laquelle il apprend de nouvelles techniques de soins. Au bout de 6 mois, il sent malgré tout « *quelque chose qui manque rapidement, très rapidement* » (1.94-95), « *qu'y a une limite* » (1.101), ne se sent « *pas pleinement satisfait* » (95-96).

Visiblement, le fait de n'effectuer qu'une « succession » de soins, sans forcément pouvoir prendre du recul, réfléchir, rechercher comme il en a pris l'habitude durant ses études crée un décalage inconfortable et peine donc à trouver sa place, à s'épanouir, ressent le besoin ou plutôt selon ses mots le « *manque d'aller plus loin* » (1.543). Il semble subir également le système de l'hôpital où il doit faire ses preuves en tant que jeune diplômé, où il doit devenir un infirmier comme les autres, se fondre dans le décor, « *avoir des collègues, s'intégrer* » (1.100) et ne sent alors pas autorisé pour le moment à aller davantage de l'avant alors qu'il le souhaite ardemment.

Etre « juste » infirmier ne semble donc pas répondre à ce qu'il cherche et il prend alors conscience que l'un des freins majeurs à ses possibilités de marge de manœuvre d'évolution professionnelle, outre une hiérarchie « *assez écrasante* » (1.105), c'est son âge. Son âge et plus précisément sa « jeunesse », « son manque d'expérience », ce que l'on va lui reprocher de manière lancinante et qui reviendra tout au long de l'entretien. Afin de pallier à ce malaise dans son positionnement professionnel, J. décide alors sur les conseils d'une cadre bienveillante de reprendre des études et il se lance un peu au hasard, « *sans*

*avoir une idée de recherche ni rien* » (l.123) dans un master en management « *pour être cadre* » (l.124), se disant que c'était peut-être la seule perspective d'évolution à terme.

Parallèlement, J. continue de se chercher professionnellement et son agir stratégique l'amène à trouver l'opportunité d'un poste en hôpital de jour de chirurgie cardiaque comportant plusieurs volets qui l'intéressait comme les greffes et la potentialité d'instaurer auprès des patients de l'éducation thérapeutique. Un poste de coordination qui s'adresse plutôt à des infirmiers expérimentés et qui suscite la colère de sa supérieure hiérarchique : « *j'étais trop jeune* », « *c'était pas pour moi* », « *je m'étais trompé de métier* » (l.175-176). J. se heurte de plein fouet au mur de sa jeunesse, qui le bouscule et crée un conflit intérieur où il se sent animé par cette motivation pour des postes d'infirmiers qui s'inscrivent dans une complexité, dans une « non-routine » et la fait de devoir faire face à un jugement de ses capacités, dont le critère semble reposer uniquement sur l'âge et non sur les compétences qu'il a pu démontrer dans son unité de soins. Finalement il obtient le poste, où « *tout s'est un peu joué* » (l.188) car il lui est alors proposé de s'intégrer dans un projet de recherche infirmière sur l'éducation thérapeutique des patients (ETP), ayant subi une intervention cardiaque. Ce programme de recherche semble redonner du sens à son parcours, lui permettant notamment de relancer son agir stratégique, en poursuivant son cursus d'étude avec cette fois une véritable motivation en master 2 où il bifurque en sciences de l'éducation, en lien avec l'ETP.

J. se retrouve ainsi à relever le challenge d'un triple engagement, à la fois dans son activité professionnelle d'infirmier de coordination en chirurgie cardiaque, en master 2 et dans un programme de recherche où il devient en quelque sorte un « chef de projet », où de nouveau, il lui est reproché de vouloir aller trop vite pour son âge, qu'il n'aurait pas encore suffisamment d'expérience... Mais pour J., l'expérience n'est pas qu'une question d'années et de quantité, mais plutôt de qualité, d'intensité et de densité de ce vécu.

Expériences qui risquent de devenir des expériences non vécues, empêchées, à la fois en lui reprochant ce manque et en même temps sans lui donner forcément la possibilité de « faire ses preuves », de vivre l'expérience, de se frotter avec la réalité du terrain, composer avec les difficultés, d'en tirer des leçons qui lui permettront de prendre du recul et de progresser. Autrement dit, il doit pouvoir se constituer ses *erlbnis* et ses *erfarhung*, ce qu'il arrivera malgré tout à réaliser par un agir de prise de risque, en se confrontant à sa hiérarchie et du fait aussi de conjuguer ses multiples engagements qui lui prennent une bonne partie de son énergie et de son temps professionnel et personnel.

Mais les sciences humaines qu'il aura découvert lors de son premier master puis lors du second l'ouvrent sur une mine de connaissances qui lui permettront de prendre de la hauteur et du recul vis-à-vis de ces critiques et enfin de mieux vivre ces phases de déstabilisation et de doutes. Ce passage des « sciences dures aux sciences humaines », est une véritable révélation de lui-même, où se sent « émerveillé » (1.678), se rend compte que « *c'est quelque chose qui est quelque part par-là (désigne son cœur), qui bouillonne* » (1.682-683). La découverte et sa passion naissante pour les enseignements en sciences de l'éducation, en philosophie etc. lui ouvre des perspectives qui sont un élément moteur, se sent « *beaucoup plus intéressé par la recherche en sciences humaines* » (1.638), où il se rend compte qu'elle a toute sa place dans le champ de la santé, même si « *pour le moment (...) à l'hôpital, c'est compliqué* » (1.709), bien qu'il constate tout de même que les choses bougent de plus dans le sens de la recherche paramédicale. Il se rend compte à quel point les soins doivent maintenir, entretenir, si ce n'est pas récupérer en profondeur leur dimension humaine, tant pour les soignants que pour les patients, en particulier pour les aider à se réapproprier une meilleure qualité de vie et de travail. Cet émerveillement finit cependant par le déstabiliser dans le même temps, le replongeant de nouveau dans une phase de réflexion et de doutes « *j'chais pas où je peux aller* » (1.724), sur ce qu'il peut devenir, sur ce qu'il souhaite faire car il peine encore à trouver l'environnement professionnel où il arrivera à conjuguer, potentialiser ses propres centres d'intérêts de réflexion et les intérêts institutionnels qui seraient porteurs dans ce sens.

Comme si finalement, l'avenir s'anticipait sans cesse, qu'à peine arrivé à un endroit, il fallait déjà préparer, voire passer à l'étape suivante, ce qui crée forcément un décalage désagréable dans la temporalité des événements où tout va sûrement beaucoup plus vite dans sa tête, face à une réalité qui semble plus lente, plus sinueuse, plus imprévisible. La seule chose dont il est sûr c'est de vouloir rester dans la clinique, sur le terrain.

C'est alors que la transformation s'invite au décours d'une question, comme pour repositionner l'ici-et-maintenant et de revenir sur *l'erfahrung* apporté par ce vécu de la recherche et du master qui se font en même temps. Et effectivement, J. sent bien à quel point cela l'a transformé, « *sur le plan personnel* », « *sur le plan de la réflexion de vie* » (1.739-740), se sent « *beaucoup plus posé* », « *plus intéressé* », « *plus éveillé* » (1.743-744) dans une ouverture aux autres. Une transformation qui n'est « *pas simple à vivre* » (1.734) parce qu'elle bouscule, déstabilise, déconcerte mais qui amène justement à une « *recherche d'abord sur soi* », pour « *mieux se comprendre* » (1.753-754) et finalement pour mieux comprendre le monde dans lequel il vit, son environnement et son interaction

avec celui-ci, autrement dit, mieux entrevoir son processus de subjectivation, comment il évolue lui-même dans, par et avec la société.

Le programme de recherche dans lequel il s'est engagé a particulièrement contribué à cette transformation : « *Le PHRIP (...) ça m'a fait évoluer très rapidement* » (1.759-760), où il a compris que ce qui est véritablement moteur pour lui, ce qui l'intéresse vraiment, c'est de pouvoir confronter ce qui se passe sur le terrain concret des soins et ce qui se joue d'un point de vue plus théorique, de naviguer entre ces deux pôles, entre expérience et conceptualisation, de constituer « *un espace de liberté intellectuelle, où l'on peut se permettre de penser vraiment tout* » (1.778-779). Recherche qui a permis l'émergence d'une posture professionnelle d'accompagnement, de gestion de projet et qui fera l'objet du prochain topos.

### **Accompagnement et gestion de projet**

J. a donc eu l'opportunité d'être positionné sur une recherche en cours, auprès de deux infirmières et une cadre mais dont la porteuse du projet était en arrêt de travail. Il fallait donc pouvoir redonner du souffle au projet et continuer de la faire avancer, afin de justifier et maintenir les financements.

Les topoï de gestion de projet et encore plus de l'accompagnement prennent une place très importante et très marquée dans le récit, avec d'innombrables verbatim qui reprennent ces termes. Cela témoigne sans doute de la force d'investissement par J. de cette posture professionnelle particulière, à la fois très intéressante et pas forcément confortable « *étant infirmier et avec une expertise en construction* » (1.262-263), qui l'amène à être dans la recherche sans y être totalement non plus, en étant un élément moteur, dynamisant mais sans être pour autant l'investigateur principal qui a élaboré le projet depuis le départ et le porte de bout en bout.

Son master en ETP a alors été un précieux allié pour mener à bien cette mission d'accompagnement, puisque l'étude était centrée sur la qualité de vie apportée par l'éducation thérapeutique. Précieux allié d'un point de vue théorique mais surtout aussi méthodologique car les étapes de la recherche n'étaient pas totalement évidentes pour les infirmières qui avaient besoin d'être guidée pour avancer efficacement. Ce qui tombait très bien puisque J. a pu bénéficier d'apports sur la gestion de projet, ce qu'il a pu immédiatement expérimenter sur le terrain au travers de cette recherche, ayant « *rapidement identifié des manques* » (1.341) en terme de communication et d'organisation

mais aussi de connaissances de la part des infirmières sur l'éducation thérapeutique, dont leur précédente formation n'était plus à jour. Au bout du compte, J. s'aperçoit en cours de route que cette posture d'accompagnement prend de l'ampleur et ne s'y attendait pas au départ, pensant probablement gérer le projet sur un aspect davantage logistique dans son déroulement auprès des patients, voire aussi sur le plan administratif et financier. Il se retrouve alors à être devenu chef de projet de manière officieuse, d'« *accompagner des infirmières à faire de la recherche alors que moi-même je suis en recherche* » (1.362-363), non seulement du fait d'être étudiant en master mais aussi et surtout en recherche en lui-même de ce qu'il souhaite devenir dans les prochaines années.

Ceci dit c'est un rôle qu'il prend à cœur, comme en témoigne ces parties du récit où il décrit tout ce qu'il met en œuvre pour les aider, les guider, leur faciliter leur organisation, apporter un regard critique et constructif pour les faire réfléchir, les encourager dans le passage délicat à l'écriture, soutenir leur motivation, téléphoner ou revenir à l'hôpital après sa journée de cours pour s'assurer que tout se passe bien, que la recherche avance et tout cela sans jamais chercher à en tirer un avantage d'un point de vue hiérarchique mais plutôt à garder un lien de confraternité et de collaboration : « *mon rôle (...) c'était de faire lien, c'est-à-dire d'accompagner l'équipe* » (1.410). Tant et si bien que cela a fini par créer des tensions avec l'encadrement, dont J. s'est retrouvé à faire *leur* travail d'accompagnement et que le projet n'avancait qu'à petit pas... Alors qu'il forgeait son expérience professionnelle, voilà que de nouveau il lui était reproché son investissement trop important dans cette mission de gestion de projet « trop grande » pour lui, de nouveau sa jeunesse et qui n'aurait pas de légitimité suffisante, n'étant pas cadre de santé...

Ces tensions et ces conflits ont néanmoins été selon lui une source « *riche d'apprentissage* » (1.448), en terme de fermeté et de positionnement face à l'adversité, en corrélation avec les notions étudiés dans le cadre universitaire, ce qui lui permettait d'avoir un niveau plus affiné et plus élevé de compréhension des événements et des jeux d'acteurs qui se déroulaient dans son quotidien professionnel.

Ces tensions témoignent également d'une forme de non-reconnaissance, d'une non-gratitude du travail accompli dans cette recherche et du temps investi, pas uniquement pour J. mais aussi pour les infirmières engagées elles-aussi dans le projet depuis le départ, avant l'arrivée de J. et sa reprise en main de son avancement. En effet, elles ont non seulement souffert d'avoir été très peu accompagnées par l'encadrement mais elles ont dû essuyer un certain nombre de remarques plutôt acerbes de la part de leur collègues infirmières qui pourtant étaient au courant du projet « *qu'est ce vous foutez, oh, mais l'ETP y en a*

*marre !* », « *vous foutez rien !* » (1.892-893), « *Et nous on est en train de trimer à côté... et toi t'es là entrain de faire ta recherche !* » (1.886-887), lorsque ce ne sont pas elles-mêmes qui dévalorisent leur travail lorsqu'elles sont au bord de la démotivation. Remarques dont J. n'a pas été épargné non plus : « *Tu fais un master ! Qu'est-ce que tu t'embêtes à faire un master !* » « *et en plus tu fais ça sur ton temps perso ! Mais t'es fou ça te sers à quoi non mais attends !* » (1.894-895)

Une véritable difficulté à faire reconnaître par les pairs leur recherche qui est vue comme du temps perdu, inutile, alors que les autres infirmières sont en soins au lit du patient. Un véritable problème de la reconnaissance de ces temps de recherche, de l'existence même de l'activité de recherche dans le service, assimilé à « rien », alors que le projet est financé par le ministère de la Santé, qu'il est connu de toute l'équipe, de la hiérarchie et pourtant, J. et les infirmières qu'il accompagne doivent braver le paradoxe d'une recherche qui se veut « clinique », gardant un ancrage sur le terrain auprès du patient et une perception par les collègues qui sont sur des préoccupations et des priorités liée à l'action même de gérer leur journée de soins, pour ne pas dire la course aux soins et ne voient donc pas l'intérêt de la recherche et le temps que cela peut représenter pour travailler le projet. Mais jusqu'à quel point connaissent-elles le projet, ses enjeux, le sens ? Jusqu'à quel point peuvent-elles comprendre que certains collègues ont besoin de se réaliser par l'étude et la réflexion sur les pratiques ?

Pour J., la découverte au fil de l'eau et peut-être aussi grâce à la mise en forme de ce récit de cette posture d'accompagnement de la recherche est ce qui donne du sens à son engagement. Travailler sur ce projet a contribué à sa transformation et à l'appropriation de son parcours, ne plus le subir mais le construire, se sentant de plus en plus en accord avec lui-même et ses aspirations, au point de vouloir évoluer autrement, peut-être dans la formation en IFSI, tout en songeant « *de plus en plus au doctorat* » (1.666), mais les contours de cette évolution restent encore flous dans l'ici-et-maintenant de cet entretien.

Ce qui ressort en fin de récit et qui fait sens pour J. et qui résulte probablement de son expérience d'accompagnement et de gestion de projet, c'est que « *la recherche ça demande de faire lien* » (1.958), que cela « *nécessite un accompagnement énorme* » mais aussi et surtout « *d'inclure une équipe entière* » (1.945), « *que c'est quelque chose de global* » (1.951), qu'il faut pouvoir communiquer sur le projet, l'expliquer, le rendre accessible et compréhensible pour tous, pour ne pas exclure ou entraîner un sentiment d'exclusion d'une partie de l'équipe et son corollaire de tensions et de dissensions. Pour J., ce qui le porte et le fait vibrer c'est cette idée que l'activité de recherche et en particulier

en sciences humaines, doit pouvoir permettre de réunir, « *rassembler* », *fédérer* » (1.998) une équipe, qui décide d'aller vers un projet « *commun* » et « *concret* » (1.999), qui puisse avoir un impact visible et significatif sur les pratiques soignantes, finissant par s'ancrer durablement dans l'activité quotidienne du service de manière fluide et évidente.

### **La gestion biographique des topoï :**

Tout au long de son récit, J. a fini par se rendre compte que la recherche n'est pas forcément « *quelque chose d'inaccessible* » (1.622), lui qui s'imaginait que la recherche était une activité hors de sa portée puisque ne venant pas d'un milieu social intellectuel.

Ce qui apparaît finalement, c'est que même si le projet de recherche est en cours de réalisation, voire qu'il a à peine commencé, les effets se sont déjà sentir dans le sens d'une prise de confiance en soi dans la conduite de projet, de développement d'une endurance dans le temps afin de pouvoir le mener jusqu'au bout et de traverser les différentes embûches qui peuvent à tout moment survenir dans son déroulement.

J. a surtout pu expérimenter ce que c'est qu'accompagner pas à pas un projet, à rassurer, valoriser, encourager, porter, aider à progresser dans les étapes, rendre les personnes compétentes, les rendre capable de réaliser par elle-même ces étapes.

Un accompagnement « *épuisant* » (1.941) mais qui lui donne paradoxalement de l'énergie pour avancer car c'est devenu le sens même de son engagement dans la recherche, ce qui lui a permis de progresser également dans son propre parcours, dans une transformation pour devenir lui aussi un infirmier qui « *n'est pas seulement infirmier* », débouchant « *tranquillement vers une posture de, on va dire, un peu plus de chercheur* » (1.793-794).

Chercheur dans le sens pour lui de « *se laisser emporter par des questionnements, des observations, et essayer de sortir (...) des premiers carcans qu'on a, et ça oui, je pense que ça vient progressivement, c'est progressif, c'est pas simple, c'est pas inné* » (1.794-797).

Une progressivité où J. semble accepter de ralentir, de se mettre à l'écoute de ses apprentissages et d'en avoir encore à apprendre, de se laisser aller dans son parcours et mieux apprécier ce qu'il réalise présentement, apprécier le fait que « *c'est pour ça qu'on fait de la recherche, c'est pour se remettre en question* » (l. p.26), rester vigilant intellectuellement à ce qui se passe dans le réel, ne pas laisser se banaliser le quotidien au risque de perdre le sens de l'action.

Une remise en question qui l'amène, par la mise en forme de son récit à considérer l'ensemble de son parcours et à s'apercevoir à quel point il a encore toute sa carrière

devant lui, qu'il est animé et motivé plus que jamais par « *cette envie d'avancer* » (1.844) par le fait « *d'être éveillé à la réalité* » (1.857), d'être capable d'analyser plus finement les évènements, de mieux en percevoir les enjeux, ce qui lui fait dire que les critiques ne doivent plus être un frein et qu'il y a une véritable cohérence de ce parcours, qui le rassure et qui lui montre qu'il ne s'est pas trompé, contrairement à ce qui lui a été suggéré. Qu'il faut certes s'intégrer, « *faire ses preuves* » (1.989) mais que les déstabilisations sont sources de transformation de soi, la recherche étant particulièrement une épreuve structurante et qui oscille en permanence entre stabilité et instabilité mais pour mieux se renforcer et accepter la remise en question de manière constructive.



## 5. B., 51 ans : « améliorer et faire avancer les choses »

B. est infirmière diplômée d'Etat depuis 1988 et puéricultrice depuis 1989 et travaille actuellement en unité de néonatalogie dans un hôpital public depuis 2012, après une carrière de 18 ans en unité d'hépatologie-gastro-entérologie pédiatrique. Elle s'est investie depuis plusieurs années après avoir intégré la néonatalogie, sur un projet de recherche qu'elle a élaboré autour du soin de la pose de sonde gastrique chez le nouveau-né prématuré, dans l'objectif de rendre ce soin plus aisé pour les infirmières et moins douloureux pour le bébé.

Elle s'est donc « lancée » dans son étude, qui la passionne mais ne se déroule pas sans embuches...

### Les formes du discours :

Le récit de B. est très posé, très ancré dans le concret de son expérience vécue dans son environnement professionnel, renforcé par le fait que l'entretien se soit déroulé au sein même de l'hôpital, dans une pièce au calme de son unité de soin. Avec une tendance évaluative, elle fait une rétrospective de son parcours de recherche, avec un certain regard réflexif sur la manière dont celle-ci s'est déroulée et se déroule encore à l'heure actuelle, que l'on résumerait en ces quelques mots : très long, très compliqué, mais très intéressant ! Un passage un peu plus narratif est celui où elle relate l'origine de son « idée force », qui l'a propulsée vers l'élaboration de cette recherche.

Puis très vite, le rythme de l'entretien oscille entre une description des différentes étapes et problématiques qu'elle a traversé dans la mise en œuvre de son projet de recherche et une mise en mots du découragement que cela a pu susciter, avec en parallèle une remise en train de sa motivation au fil du récit, où elle dit et se redit pour elle-même à quel point cette recherche est intéressante, lui apporte et peut contribuer à améliorer les pratiques.

Elle arrive tout de même, au bout de ce parcours « *très laborieux* » (1.272) à clarifier sur la fin là où elle en est professionnellement, au bout d'une longue carrière infirmière qui dure depuis plus de vingt ans. Elle se projette vers un poste qui puisse conjuguer clinique, recherche et gestion de projet à l'échelle son établissement hospitalier dans lequel elle évolue, pour sans cesse améliorer la qualité des soins, qui est son leitmotiv durant tout son récit.

### **Les schémas d'action :**

Deux types d'agir principaux se dégagent du récit, à savoir un agir stratégique et un agir progressif.

L'agir stratégique de B. se traduit par le fait qu'elle a su se servir judicieusement de sa formation et de ses compétences en gestion de la douleur pour les réinjecter dans sa pratique, se former et former les autres. Elle a également su utiliser le temps dédié qui est accordé en tant que référente douleur pour faire émerger l'idée innovante qui l'a conduite à monter son étude, qui valorise son travail accompli depuis tant d'années. Elle a su également mobiliser son réseau de connaissances de personnes qui travaillent pour la lutte contre la douleur, qui l'ont aidée et accompagné au début de son projet.

Dans son parcours, B. agit dans une progressivité qui se matérialiserait dans son récit par l'expression « *ça s'est fait comme ça* » (l.117, 156), par à-coups et tâtonnements, sans avoir forcément cherché à tout « calculer » d'avance dans son parcours de recherche. La longue temporalité de ce projet jouera également dans son agir progressif : bien qu'elle se soit appuyée tout au long du processus sur des personnes ressources, elle découvre au fur et à mesure les étapes de la recherche et ses aléas, non sans douleur et déception par moment, tellement le processus est long, fastidieux et semé d'embûches administratives en particulier.

Toutefois, B. sait tout de même bien ce qu'elle veut car tout au long de son récit sa détermination et sa persévérance pour son engagement dans son projet sont présentes en filigrane et elle ne changerait pour rien au monde d'activité professionnelle. Elle insiste en fin de récit sur le fait qu'elle se sent vraiment bien dans sa fonction de soignante et dans la recherche, qui bien que pas évidente à mettre en œuvre, s'avère vraiment très « *enrichissante* », « *intéressante* ».

### **Les topoï ou motifs récurrents :**

#### **Rechercher pour améliorer les soins**

Pour B., « rechercher » rime avec « améliorer » : améliorer la qualité des soins, améliorer les techniques, améliorer les pratiques...

Comme énoncé plus haut, la volonté de B. de faire avancer l'amélioration de la qualité des soins est donc un véritable leitmotiv, qui guide et ponctue son récit régulièrement du début

à la fin. Curieuse et soucieuse d'œuvrer pour rendre les soins plus confortables pour les nouveau-nés, elle s'est engagée en 2008 dans un Diplôme Universitaire consacré à la douleur et où elle a pu développer des compétences théoriques et cliniques dans ce domaine. La recherche en soins pour elle est arrivée comme « *une évidence* » (1.25) presque « *inconsciemment* » (1.23), avec une fluidité qui découle du fait même de vouloir rendre les pratiques de soins meilleures, mieux adaptées, mieux vécues, moins douloureuses et plus facile à vivre autant pour les tout-petits recevant les soins que pour les soignants. Une recherche qui se faisait déjà « *un peu sans le savoir* » (1.21) mais qui l'a « *toujours intéressée* » (1.28) depuis ses débuts d'infirmière, en particulier dans son domaine de prédilection qui est le sens même de son engagement dans la recherche, pour « *rechercher le meilleur moyen et l'amélioration à chaque fois des techniques (...) pour la prévention de la douleur dans les soins* ». Une recherche sans le savoir dans le sens aussi où elle s'aperçoit « *qu'y a beaucoup d'infirmières qui sont motivées (...) qui innovent* » mais que « *ça reste cloisonné* » (1.1073-1074). Des infirmières qui font preuve de créativité et d'ingéniosité mais qui ne se rendent pas forcément compte de la force de potentiel de celles-ci et que leurs initiatives mériteraient d'être davantage connues et reconnues, y compris dans sa propre carrière « *Pour moi ça, ça on avait pas cet esprit là, enfin pendant toute ma carrière, quand je travaillais en hépato-pédiatrie, j'chuis sure qu'on a fait plein de choses qui ont amélioré les soins (...)on a bien vu que tel geste améliorerait et hop on a continué comme ça et c'est rentré dans les habitudes etc. mais on n'a rien formalisé (...) on formalise pas forcément, je pense.* » (1.926-931). Elle déplore par ailleurs que peu de ressources soient à disposition pour des infirmières impliquées, qui puissent aller plus loin, sur le plan humain, matériel ou méthodologique pour faire valoir leurs idées, qui ne restent le plus souvent que des démarches confinées dans les services, non valorisées, non partagées ni diffusées.

Car ce qui a toujours compté pour B. dans sa carrière d'infirmière, c'est de ne pas « *juste faire son travail* » mais de pouvoir faire « *autre chose* » que les soins du quotidien, aller plus loin dans le sens de ne pas se suffire des évidences et des protocoles de soins actuels, mais « *essayer d'améliorer, même essayer pas de me contenter de ce que j'avais, ce qu'on me donnait mais d'essayer de voir plus loin, voir euh si on pouvait faire mieux.* » (1.891-892)

Se dire que l'on peut toujours faire autrement, progresser sur des détails mais qui peuvent peut-être changer la donne, ne pas subir la technique, contribuer à la faire évoluer, à y laisser son empreinte créative.

C'est ainsi que dans sa propre pratique de pose de sonde gastrique chez les nouveau-nés prématurés, un soin quotidien pour ceux qui ont besoin d'un complément alimentaire, l'idée lui est venue en pleine nuit de sommeil, de passer tout simplement la sonde par le trou de la tétine, pour que le bébé puisse la déglutir plus facilement, plutôt qu'à côté de celle-ci, technique moins efficace et plus pénible (nausées, entortillement dans la bouche...).

Cette idée qui a « *super bien marché* » (1.80), révélant son efficacité en évitant ainsi inconfort et douleur, a suscité l'intérêt du médecin-chef qui a tout de suite pris conscience du potentiel de recherche de cette variante de technique de pose de sonde : il fallait mener une étude pour évaluer ce soin puis ensuite prouver son efficacité par rapport à d'autres techniques. La première étude préliminaire ayant été encourageante, une demande de financement a été réalisée et acceptée. Cette étude est donc pilotée par B., avec un accompagnement médical mais aussi en collaboration avec d'autres centres hospitaliers, pour étendre la validité de cette étude à différents sites de néonatalogie. Son DU douleur a été un précieux atout pour B. car elle a pu faire valoir son temps dédié à son activité de lutte contre la douleur, les formations qu'elle mène, le réseau associatif avec lequel elle collabore et qui l'aide pour son étude.

Une recherche « sans le savoir » également car pour B., « rechercher » rime également avec « évaluer », dans un lien étroit selon sa vision entre démarche de recherche et démarche qualité, par le biais des évaluations des pratiques professionnelles (EPP)<sup>5</sup> instituées par la direction des soins de l'établissement et prescrit par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>6</sup>. L'EPP « *pour moi c'est déjà de la recherche (...) c'est réellement de la recherche* » (1.953-957).

B. assimile donc l'EPP à la recherche, dans le sens d'un premier degré d'étude permettant de faire un état lieux des pratiques au regard des recommandations existantes de la Haute Autorité de Santé, sachant que B. apprécie le côté pragmatique de l'EPP qui permet de modifier, réajuster les pratiques pour les harmoniser au mieux par rapport aux recommandations. Mais cet état des lieux peut aussi devenir le point de départ d'une

---

5 Evaluation des Pratiques Professionnelles : « L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2005, l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, p. 4 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_epp\\_juin\\_2005.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf)

<sup>6</sup> La Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. <https://www.has-sante.fr/portail/>

recherche de type évaluative ou autre, d'envergure plus importante et qui mobilise d'autres approches méthodologiques ou théoriques.

Le passage du stade d'idée de modifier la technique de pose de sonde à sa réalisation et sa validation par la recherche lui permet alors de joindre l'utile à l'agréable, dans le sens où cette axe de problématique de santé est son principal point d'ancrage pour amorcer la réflexion sur les pratiques. Elle est une source de motivation pour aller plus loin et de s'engager dans un processus pour tenter de résoudre ou d'améliorer le problème de prévention de la douleur, qui est d'ailleurs un des critères majeurs de qualité des soins.

B. amorce ainsi par ce projet un changement non négligeable dans la culture institutionnelle, avec un ancrage renforcé de la pratique fondée sur des preuves, une révision des protocoles de soins. Une mise en écriture pour mieux formaliser, uniformiser les pratiques mais aussi mieux les diffuser, que cela ne reste pas à l'état d'une manière habituelle de faire ou d'une initiative très localisée à l'échelle d'une unité de soins.

### **C'est trop long !**

Mais cette démarche de recherche a un coût, pas seulement d'un point de vue financier mais en terme de temporalité et B. se retrouve très vite dépassée, voire découragée par la longueur des démarches administratives de la recherche clinique. En effet, la recherche sur la personne humaine est très protégée et demande à ce que les protocoles soient validés par diverses commissions, y compris pour des modifications en cours de route, ce qui rend le processus de recherche « *très long* », « *très compliqué* », « *très laborieux* ».

La mise en route de l'Unité de Recherche Clinique qui venait d'ouvrir ses portes a également été laborieuse où « *tout est tâtonnement* » (1.367) dans la gestion de leurs premiers projets de recherche, ce qui n'a pas facilité les choses pour B.

La gestion et la coordination du projet a par conséquent été difficile pour cette infirmière, pour lesquelles elle devait être secondée par une attachée de recherche clinique (ARC), qui devait superviser toute la partie administrative et juridique et où elle s'est retrouvée « *souvent seule au monde* » (1.209). Or il n'en a presque rien été entre 2014 et 2016, le projet ayant pris deux ans de retard, suite à des difficultés de recrutement d'attachés de recherche clinique et il a fallu qu'elle se « *débrouille toute seule* » (1.216).

B. a du donc gérer la longue temporalité de la recherche, et du fait de ces nombreux aléas, des mois se sont écoulés et elle s'est vue impuissante face à cette réalité douloureuse, ne voyant plus le projet avancer. Elle a du également travailler à maintenir l'engagement des

autres centres hospitaliers qui ont accepté de se joindre à l'étude, alors que les techniques de soins n'ont pas attendu pour continuer d'évoluer... Et lorsqu'une des équipes a fini par changer leur technique de soins de leur côté, ils ne pouvaient plus participer à l'étude et donc au protocole exigé, il a fallu donc perdre une fois de plus du temps, encore des semaines, des mois pour rechercher un autre centre...

Elle s'est heurtée également à l'investissement inégal des infirmières dans ce projet, dans une unité de néonatalogie où « *à longueur d'année y en a qui partent y en a des nouvelles qui arrivent sans arrêt* » (1.1037) et elle doit donc repérer dans une très grande équipe les nouvelles arrivantes et les former, les sensibiliser à l'étude. Elle se rend compte que certaines infirmières sont « *intéressées* », d'autres « *s'en fichent* » (1.561), disent « *oh, c'est pas ma priorité !* » « *ne le font jamais* » (1.562), c'est-à-dire d'appliquer le protocole de recherche sur la pose de sonde gastrique avec la technique de la tétine trouée. B. ne leur en tient pas rancune dans le sens où elle sait que la culture de recherche n'est pas une évidence, « *elles n'ont pas vraiment l'habitude de ça* », « *que c'est relativement nouveau, les études faites par les paramédicaux* ». (1.632)

B. s'appuie donc sur les infirmières avec qui elle collabore le plus, dont certaines sont devenues référentes et l'assistant, prennent le relais lorsqu'elle doit se déplacer sur les autres établissements co-investis dans l'étude.

Un enthousiasme donc mis à rude épreuve car tellement convaincue que cela irait vite, n'avait pas réalisé pourquoi cela pouvait prendre au moins trois ans... « *Aller en un an ou deux maxi c'est fini ! (rires) Ah j'ai déchanté hein... (...) on m'aurait dit ça va te prendre 5 ou 6 ans, pas sure que... je me serai lancée* » (1.344-346)

Sans colère ni revendication acerbe mais d'un ton assez dépité, elle finit par confier « *mais c'est pas possible, je vais tout arrêter, j'en peux plus quoi, je me retrouve tout seule, y a rien qui avance enfin c'est n'importe quoi* » (1.280-281), exaspérée par la longueur démesurée du processus de recherche, alors qu'il s'agit juste de prouver que des techniques simples de soins courants sont efficaces.

B. finit par craindre que son étude ne soit plus utile en soi, n'apportant plus autant qu'elle l'aurait espéré, alors qu'au départ, elle était « *hyper confiante* » (1.728-729) sur son idée et ses premiers résultats très encourageants qui l'ont portée au début du projet. 4 ans se sont écoulés depuis et le projet avance toujours aussi lentement.

Mais l'étude a démarré à présent et elle s'y est engagée « *maintenant on a commencé, on va pas s'arrêter là* » (1.744-745), elle y a mis les moyens et elle doit donc aller jusqu'au bout de l'étude, malgré les difficultés. Au final, les difficultés se succèdent comme des

vagues sur la digue de son engagement, qui pour le moment résiste et gagne peut-être en résistance du fait même de cet engagement, parce qu'on y est et qu'il est très difficile de faire marche arrière. Le temps qu'elle y a passé sur ses disponibilités professionnelles et personnelles, les personnes aidantes et les équipes sollicitées, les soins réalisés aux bébés, les parents qui ont donné leur accord, les moyens financiers accordés... Sont autant de raisons de poursuivre l'étude jusqu'à la publication des résultats, quels qu'ils soient.

C'est ainsi qu'elle dépeint autant ses périodes de découragements puis se ressaisit, se remotive malgré tout par la portée de son projet de mieux prendre en charge les petits bébés qu'elle ne « *regrette pas* » (1.346), a pris du recul, lâche prise sur le « désir » de contrôler la temporalité du projet, le principe de réalité et de l'imprévisibilité ayant pris le pas sur les programmations et autres échéanciers prévus au départ : « *maintenant je me prends plus trop la tête* », « *on aura fini quand on aura fini !* » (1.376-377). Elle reconnaît par ailleurs que cette expérience est une source d'apprentissage, « *d'enrichissement personnel* », qu'elle va « *pouvoir transmettre* » sa nouvelle technique, « *qu'elle soit visible* » et « *utilisée plus largement* » (1.349-350).

En termes de source d'apprentissage, elle se rend compte par exemple à quel point une information de qualité auprès des parents a une influence sur l'avancée de sa recherche. Elle s'est effectivement heurtée à un autre écueil, à savoir un refus systématique des parents lorsque les infirmières leur proposaient que leur bébé soit inclus dans l'étude. La leçon qu'elle en a tiré c'est « *surtout ne pas dire le mot étude* », que les parents assimilent à « *cobayes* », « *Non, on ne fait pas d'étude sur mon bébé quoi !* » (1.405-408). Elle a donc retravaillé la lettre d'information et la manière d'expliquer aux parents pour susciter davantage la confiance que la méfiance, ce qui finalement lui donne de nouveau de l'énergie pour avancer, car il « *faut rebondir* », « *mettre en place des actions* » et pour elle « *c'est presque la partie la plus intéressante* » (1.402-404) de la recherche où il se passe quelque chose, où elle se sent agir, où elle se sent utile, où elle touche du doigt des aspects concrets de la mise en œuvre de son projet. Autrement dit, elle le voit vivre sous ses yeux, son projet s'incarne et prend tout son sens dans les échanges avec les différents acteurs concernés.

### **Les personnes ressources**

Les relations de collaboration, les échanges et les rencontres qui ont jalonné son parcours de recherche ont été un moteur pour elle, et autant de « personnes ressources » apportant

du soutien logistique, méthodologique et moral, sans qui le projet n'aurait ni émergé ni perduré. Ce sera tout particulièrement l'insistance de la médecin-chef qui la propulsera vers ce projet, en valorisant et en reconnaissant son idée, sans se l'approprier et dont la culture de recherche et de publication semble bien ancrée. Elle dirigera d'ailleurs B. vers un cadre de santé « *génial* », *abordable* », « *dynamique* » (1.154), possédant une expérience de recherche infirmière et qui l'aidera à monter son dossier de financement, ainsi qu'un infirmier devenu attaché de recherche clinique qui la seconde et lui renvoie des propos valorisants sur sa recherche, citée en exemple de recherche infirmière en congrès. Elle a pu également s'appuyer sur l'association de lutte contre la douleur qui se sont associés à sa recherche et l'unité de recherche clinique, malgré les débuts très difficiles.

Elle s'aperçoit à quel point cette étude, du fait qu'elle soit multicentrique l'ouvre à un ailleurs, sortir du service pour rencontrer des équipes de néonatalogie d'autres hôpitaux, l'ouvre sur ce qu'ils font et comment ils le font, de partager leurs savoirs, leurs techniques, en ne se limitant pas qu'à son seul « univers » professionnel qu'est unité de soins où elle travaille mais oser confronter sa pratique.

Elle a également apprécié de présenter l'état d'avancement de ses travaux en congrès, journées d'étude « *on rencontre des personnes, ben c'est ça qui motive quoi, c'est ça qui est assez moteur, c'est dans ce genre de journée, d'écouter les autres, de voir ce qu'ils font tout ça et ça, ça motive pour continuer !* » (1.697-699).

Elle saisit l'opportunité de ces rencontres afin d'agir stratégiquement pour échanger, faire « *grandir son réseau* » (1.706) qui était déjà important dans le domaine de la douleur mais à présent se développe dans celui de la recherche.

Toujours dans son agir stratégique, B. a pu faire connaître son étude à la direction des soins et elle ainsi pu intégrer la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, instance de l'hôpital qui est consultée pour donner son avis sur le projet de soins de l'établissement, la politique d'amélioration de la qualité des soins, le volet recherche et formation... Une ouverture de plus, sachant que se développe actuellement les groupements hospitaliers de territoire, qui regroupe plusieurs établissements pour constituer une gouvernance unique et la recherche fait partie des activités à mutualiser entre hôpitaux.

Elle insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'elle pourrait elle-même devenir « *une personne ressource pour l'hôpital par exemple pour d'autres projets* » (1.847), pour des soignants qui souhaiterait développer à leur tour leurs initiatives, comme une forme de retour sur investissement de son expérience personnelle, au service des autres, portant des



valeurs de solidarité, de partage, de générosité, qui sont d'autant plus moteur pour elle dans son engagement.

### **La gestion biographique des topoï**

Au travers de l'interprétation de ce récit et de ces trois topoï, la rythmique de l'entretien ressort bien dans un crescendo-decrescendo-crescendo, entre l'enthousiasme de la bonne idée et du lancement du projet, la confrontation aux longueurs et aux embuches de la recherche puis un regain de positionnement du sens au travers des « fruits » de la recherche d'un point de vue humain, qui clarifie le sens de son engagement pour devenir une personne ressource.

B. ayant vécu ces *erlebnisse* de la recherche a pu, malgré les difficultés, constituer son *erfahrung* dans le sens où elle a beaucoup appris de cette expérience de recherche, en termes de gestion de projet, en particulier sur le plan administratif et juridique, la collaboration avec les diverses personnes impliquées. C'est aussi l'apprentissage de l'humilité de la posture du chercheur et du renoncement progressif en l'excès de confiance et de la certitude de ses premiers résultats, pour gagner en finesse de grain d'analyse. Cette recherche, encore en cours actuellement, a donc été au final très « *enrichissante* », qualificatif qu'elle prononce à plusieurs reprises, surtout sur la deuxième moitié du récit. Ce qui semble montrer qu'effectivement, ces divers freins et obstacles qui constituaient une série de menaces pour la pérennité de son engagement n'ont fini que par renforcer celui-ci. Pour elle, cette expérience constitue ainsi une mine à transmettre pour la suite et pour d'autres infirmiers/ères qui souhaiteraient s'y lancer, de la même manière qu'elle-même avait fait appel au cadre expérimenté et qui lui-même avait « essuyé les plâtres » lors de la mise en œuvre de son projet.

La recherche lui a également permis de renforcer son propre engagement institutionnel, qui était déjà existant en tant qu'infirmière référente douleur mais qui trouve encore davantage de légitimité et de reconnaissance grâce à son activité de recherche.

Les aléas et écueils rencontrés ont donc loin d'avoir découragé B. qui y voit pour la suite un terreau pour de « *nouvelles idées* » (l.771), pour d'autres recherches, d'autres activités visant à optimiser les soins des bébés et des perspectives de formation pour continuer de développer ses connaissances et compétences en recherche et gestion de la douleur.

Une fois le projet abouti, elle sait qu'elle n'en restera pas là, ne pourra s'empêcher de demeurer active, ce que ses collègues lui renvoient allègrement en ces termes « *mais tu vas*

*t'ennuyer après !* » (1.869), « *faut que tu fasses quelque chose parce que tu vas t'ennuyer à rien faire !* » (1.1127-1128).

B. dans l'ici-et-maintenant de son récit, aspire éventuellement à se former davantage à la recherche mais est en phase de réflexion car elle mesure, au regard des dix ans lui restant à travailler, la nécessité et le bénéfice escompté de cette formation, pour elle-même mais dont le critère essentiel est d'avoir une traduction opérationnelle sur le terrain. En effet, elle ressent ce besoin que cela soit utile pour délivrer des soins adéquats mais aussi plus largement institutionnel, dans le sens de devenir cette fameuse « personne ressource », devenir une personne référente de la recherche infirmière et paramédicale à l'échelle de l'établissement, participer activement à la progression de l'unité de recherche clinique etc. Ce qui compte en fait à présent pour B. et que ce récit a permis de l'aider à mettre en forme et à clarifier, c'est qu'elle a « *envie de cette double facette* » (1.1140), en arrivant à concilier les soins où elle se sent vraiment bien et « *en même temps de faire autre chose à côté* », (1.1141). D'articuler dans un même projet professionnel ses propres centres d'intérêts (la douleur, la pédiatrie) avec les intérêts institutionnels d'assurer la qualité des soins, la recherche étant un maillon possible, pour ne pas dire incontournable.

Continuer d'œuvrer également pour la reconnaissance d'une « *grande avancée pour notre profession* » (1.1066), la reconnaissance de « *notre rôle propre* » (1.1068), où le « je » laisse la place au « nous », au nom du groupe professionnel, dans sa volonté personnelle de faire valoir à son niveau et avec ses moyens et actions, l'avancée historique que constitue l'accès des infirmières à la recherche.

C'est ainsi que selon B. l'idéal serait qu'une véritable « culture » de la recherche puisse s'installer durablement, se fluidifier dans le quotidien des soins, devenir une évidence.

#### **4. Discussion et pistes de réflexions**

Entre processus de subjectivation et engagement, le fait même de se raconter sur son parcours et de rendre visible ce qui a pu motiver à s'investir dans une activité de recherche a permis à ces infirmiers de mettre à jour le « portrait » de leurs parcours dans la recherche et non des « profils types », bien que de toutes ces récits se puissent se dégager certaines qualités ou traits communs, sans pour autant prétendre à une généralisation.

L'analyse de ces différents récits a donc permis de tenter de décrypter la singularité biographique de ces parcours d'infirmiers engagés ou ayant été engagés dans une activité de recherche et de mettre en lumière les motifs et les leviers qui les ont amenés à s'investir dans ce type d'activité. Il s'agissait également de saisir les points d'ancrage d'évolution de leur parcours voire pour certains, de transformation de soi, au travers de ces divers récits d'expériences de recherche, dans une perspective de passé, présent, futur et d'observer comment se sont articulés l'ensemble de ces éléments et comment ils ont pris sens pour eux.

Cette phase de discussion permettra tout d'abord d'effectuer une synthèse de l'interprétation des récits et de récapituler les principaux points de convergences et de divergences à partir du canevas de W. Heinz.

La suite de cette synthèse suggèrera quelques pistes de complément d'analyse et de confrontation au cadre théorique autour de la dynamique engagement dans une activité de recherche dans le contexte infirmier.

Cette discussion proposera alors de mettre davantage en exergue le contexte de l'essor de la recherche infirmière au travers des éléments restitués par les récits, de sa traduction dans le réel et dans la subjectivité singulière de ces infirmiers, par le prisme de la reconnaissance, de la temporalité et de la formation à la recherche, pour enfin s'interroger sur la posture du chercheur de l'infirmière ou l'infirmier, qui rejoint en toile de fond la question de l'émergence des sciences infirmières en France et d'un champ de recherche propre à cette discipline.

## **1. Synthèse des entretiens**

### **Les formes du discours**

La variété des profils rencontrés, hommes, femmes, jeunes, moins jeunes, infirmiers devenus cadres ou pas, formateurs ou amenés à le devenir, effectuant ou ayant effectué une recherche à l'hôpital et/ou à l'université, a permis de produire des récits d'une grande richesse tant dans le fond que dans la forme.

Une narration empreinte d'humour pour certains (L. et C.), d'autres plus explicatives (B. et V.), ancrées dans une dimension institutionnelle forte ou dans une dimension plus personnelle (C.). Des discours où les longues expériences (B. et L.) parlent d'elles-mêmes et pour lesquels la dimension longitudinale et historique de la profession se voit comme auréolée par l'activité de recherche, dont ils auraient apporté leur modeste pierre à l'édifice de sa reconnaissance.

D'autres récits où la vigueur de la jeunesse (V., J.) l'emporte sur le temps et l'énergie à y consacrer et qui auront encore toute leur carrière devant eux pour faire valoir leurs travaux. Ce que les plus anciens voient quant à eux dans un espace-temps plus restreint en fin de carrière, mais dans lequel ils souhaitent synthétiser leur concentré d'expériences professionnelles, où la recherche leur permettra de continuer de dérouler le fil rouge qui les passionnent, faisant lien entre clinique, formation et amélioration des pratiques soignantes.

### **Les schémas d'actions**

La plupart de ces infirmiers se trouvent dans des schémas d'actions plutôt d'ordre progressif vis à vis de leur parcours de recherche, dans le sens où, comme l'a formulé L., « *on ne passe pas de l'état « infirmier » à l'état « chercheur » du jour au lendemain* » (l.25-26) et qu'il y a nécessairement une succession d'étapes entre formation, élaboration du projet et sa mise en œuvre, la valorisation de sa production... Ainsi que la motivation permettant cet agir, qui s'installe et s'affermi au fur et à mesure du temps, des expériences plus ou moins bien vécues, des rencontres qui renforcent d'une manière plus ou moins constructive... Qui nécessite également un agir stratégique comme là aussi dans la plupart de ces récits, voire parfois de prise de risque, pour pouvoir s'engager et tenir dans la durée, au vu de la longue temporalité qu'exige l'activité de recherche. Il semble donc que l'attentisme ne soit pas de mise et que le fait même d'agir, de manière aussi progressive et

stratégique soient-elles et en particulier dans ces contextes de recherche, permettent d'accéder à ce qui pourrait s'appeler dans le cadre de ce travail des « facilitateurs de l'engagement », que nous reverrons un peu plus loin.

### **Les motifs récurrents et la gestion biographique des topoï**

Les différents topoï évoqués offrent une articulation permanente entre rencontres déterminantes, temporalité, engagement, formation, et transformation de soi tout au long du vécu et de la place que prend l'activité de recherche dans la vie de ces infirmiers.

Une fine intrication entre formation, activité professionnelle et recherche qui semble à chaque fois indissociables, les uns nourrissant les autres, dans un mouvement perpétuel d'un besoin de satisfaction plus ou moins marqué selon les récits d'une curiosité intellectuelle, d'une posture réflexive qui questionne sur l'émergence d'une double posture de « soignant chercheur ».

La recherche est alors elle-même vecteur d'apprentissage et de besoin de formation, de la même façon que l'entrée en formation elle-même conduit à la recherche, au sens large, que ce soit de la recherche documentaire et/ou de la recherche scientifique, académique.

Certains topoï sont centrés sur les motifs comme le questionnement sur les pratiques, la curiosité, l'amélioration de la qualité des soins, d'autres sur des éléments facilitants l'engagement comme les rencontres et les éléments déclencheurs, ou d'autres sur le mode de celui-ci comme l'accompagnement et la gestion de projet chez J.

D'autres encore sont centrés sur le « soi », ses expériences, sa transformation, ses doutes, ses modèles identitaires, ses ambitions...

Et puis le topos du temps, qui, à lui seul, s'inscrit comme un ingrédient incontournable de la recherche, temps vécu et appréhendé sous différentes formes selon les récits, mais qui signe une préoccupation à la fois singulière et transversale, individuelle et collective, personnelle et professionnelle.

Puis une gestion biographique de ces topoï qui se tourne résolument vers l'avenir, où la recherche semble jouer un rôle de catalyseur, d'accélérateur de l'évolution de la carrière professionnelle, au regard de la singularité et en cohérence de ces différents parcours. Un ensemble de topoï qui à chaque fois, témoignent de la cohérence de leur processus de subjectivation, de cet élan de devenir ce qu'ils ont envie de devenir, de réaliser ce qu'ils souhaitent réaliser, chacun à leur manière mais avec toujours une grande authenticité et une grande finesse d'analyse de leur propre parcours.

## **2. Retour sur la dynamique d'engagement : des pistes pour une exploration**

En faisant un retour sur la question de recherche qui s'était posée à savoir « Quels sont chez les infirmiers, leurs motifs et leurs modes d'engagement dans une activité de recherche et comment l'ont-ils intégrée dans leur parcours professionnel ? », il est donc à présent opportun de récapituler ce qui a alors pu émerger de ces récits, pour les mettre en discussion dans un deuxième temps.

### **1. Motifs, mode et facteurs facilitant l'engagement dans une activité de recherche**

#### **Les motifs invoqués :**

Pour V : Se questionner sur les pratiques, valoriser les savoirs des patients atteints de maladies chroniques. Aller plus loin et prendre de la hauteur, ne pas se contenter des évidences de la pratique quotidienne. Travailler en équipe pluridisciplinaire autour d'un projet commun en incluant les patients.

Pour C : Se questionner plus largement sur le sens et sur la vie, mieux comprendre le Monde. Accroître ses connaissances dans le champ de la santé et dans diverses disciplines en sciences humaines.

Pour L : Devenir formateur-chercheur. Diversifier ses activités professionnelles et s'inscrire dans des gestions de projet de recherche. Valoriser la profession infirmière.

Pour J : Se questionner sur les pratiques, prendre du recul. Devenir un infirmier ayant développé une expertise dans un champ clinique, capable d'auto-gérer son activité clinique et de développer ses recherches, en incluant une dimension de sciences humaines.

Pour B : Améliorer la qualité des soins. Evaluer l'efficacité des techniques pour rendre les soins moins douloureux. Diversifier ses activités professionnelles. Devenir une personne ressource pour la recherche. Valoriser la profession infirmière.

#### **Les Modes d'engagements dans la recherche qui seraient vu comme à la fois le contexte d'engagement et les facteurs ayant facilité celui-ci :**

Pour V. : Formation en master en biologie et en éducation thérapeutique. Contexte professionnel avec des patients atteints de maladies chroniques possédant un savoir issu de leurs maladies à valoriser. Opportunité saisie de répondre à un appel à projet de recherche collaborative conjointement avec des professeurs de médecine et sciences humaines que V. a rencontré au décours de son master et qu'elle a mis en lien pour élaborer ce projet.

Pour C. : Désir très marqué d'apprendre, de comprendre, d'explorer, d'étudier. Rencontres avec des figures marquantes et positives, dimension affective et valorisantes qui l'ont encouragée à entreprendre une première recherche hospitalière avec un médecin puis à reprendre ses études en formation cadre, master, puis thèse, pour finalement rester dans la formation et l'accompagnement à la recherche au sein du master où elle est chargée de cours.

Pour L. : lien étroit entre engagement dans la recherche et un préalable d'engagement professionnel fort, notamment par le biais d'une association professionnelle et de son initiation à la recherche par les médecins lorsqu'il travaillait en réanimation. Problématique de formateur autour des calculs de doses chez les étudiants, en a fait son sujet de master puis de thèse.

Pour J. : impact du modèle identitaire d'infirmières spécialistes cliniques qui se positionnent à la fois en référence et à distance du modèle médical. Intégration dans un programme de recherche clinique infirmière et accompagnement à la gestion du projet auprès des infirmières investies depuis le départ.

Pour B. : intérêt fort pour la prise en charge de la douleur, infirmière puéricultrice titulaire d'un DU douleur, référente clinique dans ce domaine, qui a développé sa propre idée de recherche infirmière à l'aide du médecin chef de service, d'un cadre de santé et des supports institutionnels comme l'unité de recherche clinique et la direction des soins (en particulier au travers des évaluations des pratiques professionnelles prescrites par la Haute Autorité de Santé et mis en œuvre par la direction des soins).

#### **Facteurs facilitants et/protecteurs :**

- Rôle des médecins comme initiateur à la recherche clinique pour les infirmiers/ères
- Rôles soutenant des cadres, direction d'IFSI
- Impact et rôle des associations professionnelles, sociétés savantes
- Accord de financements publics ou privés, financement de thèse
- Présence de structures et de temps dédiés à la recherche
- Accès à la formation (DU, master, thèse...)

#### **Facteurs de risque de désengagement**

- Jugements de valeurs par autrui sur les capacités et le degré d'expérience
- Jugement négatifs sur soi, impression de ne pas être capable ou pas légitime

- Manque de temps dédié à la recherche
- Difficultés et longueurs administratives, juridiques, logistiques
- Difficultés de coopération entre les centres d'études, lors de l'inclusion des patients

Ce qui frappe dans l'ensemble de ces récits, c'est la détermination dont font preuve ces infirmiers dans leur engagement, qui relève pour eux tous de leurs propres choix personnels de s'investir dans une activité de recherche, d'y donner de leur temps et de leur énergie, avec cette envie que ce travail puisse aboutir à des résultats certes modestes mais présentables, convaincants, concrets pour la vie du patient et des soignants, avec le sentiment de satisfaction d'être allé au bout de leur projet. Ainsi, la motivation et l'engagement seront d'autant plus importants que la personne sera à l'initiative de son projet, mû par un sentiment d'autodétermination développée selon les travaux de Deci et Ryan (2000) et repris par Philippe Carré, qui le définit par « *la perception de la pro-activité, du choix, de la liberté d'agir, de l'autonomie par le sujet lui-même* » qui lui permet « *de se sentir l'auteur de ses décisions et de ses actes* » (Carré, 2005, p.139-140), ce qui amplifiera sa capacité à agir pour mettre en œuvre son projet.

Les motifs évoqués dans ces récits vis à vis de la recherche et de la reprise d'études en formation universitaire sont donc logiquement, selon la définition qu'en donne Boutinet (1998), plutôt d'ordre personnels, en lien avec les choix intimes de ces infirmiers, de leur désir d'aller plus loin, d'explorer et d'élargir ou d'approfondir leurs connaissances, de ne pas se cantonner qu'à une activité soignante. Ils sont également d'ordre situationnels, mû par l'influence extérieure de l'environnement professionnel qui a pu générer une opportunité de donner d'autant plus vive à ce désir personnel et de le densifier, en s'appropriant pour soi une opportunité de recherche venant d'un appel à projet comme dans l'exemple de V., ou d'un programme déjà en cours comme pour celui de J., ou encore les problématiques de calcul de doses chez les étudiants pour L., qui pourraient occasionner des répercussions accidentelles graves auprès des patients.

Ce qui est également très présent dans l'ensemble de ces récits sur le plan du contenu des motifs, c'est le motif réflexif, dans le sens d'un besoin fort et systématique de répondre par la recherche à des questionnements professionnels, le besoin de satisfaction d'une curiosité permanente, le fameux « aller plus loin », qui est revenu dans quasiment tous les entretiens, la nécessité d'une remise en question des pratiques, de leur donner du sens, de comprendre le pourquoi du comment.



La nécessité également que puisse, à partir de là, se poursuivre leur processus de subjectivation qui se traduirait par un projet de soi sur soi, « *projet identitaire voulu par le sujet lui-même* », qui « *donne sens à son existence et signification à sa vie* » (Kaddouri, 2002 p.36), dans un souci d'authenticité et donc de cohérence entre leurs aspirations propres et les intérêts institutionnels. Intérêts qui puissent inclure également celles du groupe professionnel dans ses idéaux de reconnaissance d'une discipline académique, ainsi que la réponse aux besoins des patients.

Autrement dit, que ces divers intérêts extérieurs et stratégiques puissent s'articuler harmonieusement dans un « *accomplissement de soi* » (Jorro de Ketele 2013, p. 167) au cours de leur parcours professionnel mais aussi pouvoir se réaliser dans leur propre logique d'évolution personnelle, dans un désir de légitimation de leur attrait pour la recherche, le questionnement, l'exploration, la créativité et la confrontation entre les aspects théoriques et les aspects plus concrets qu'offrent le terrain.

Car pour ces infirmiers, l'activité de recherche, contrairement à l'image qu'elle véhicule au sein du groupe professionnel, ne se résume pas qu'à une activité purement intellectuelle qui entraînerait une perte de sens de l'action. Bien au contraire, la recherche émane et doit émaner des préoccupations de terrain et s'en nourrir, lui rendre justement tout leur sens et plutôt qu'éloigner les infirmiers du terrain, elle aurait tendance à renforcer leur attachement à leur rôle de praticiens, pour devenir des praticiens « *réfléchis* », qui ne se contentent pas des évidences mais cherchent à inclure d'autres lectures du soin et de ses enjeux techniques, relationnels ou encore éducatifs.

La recherche permet alors de traduire en acte un motif de diversification de leur activité professionnelle soignante, comme énoncé dans les récits par le désir de faire « *autre chose* » que des soins, ne pas être ou ne pas rester « *juste* » infirmière ou infirmier, pouvoir « *aller de l'avant* », s'offrir la possibilité de ne pas rester dans des impasses thérapeutiques ou techniques. « *Dans les contextes professionnels saturés de procédures et de rationalisation, l'acteur reste un acteur pluriel avec le sentiment d'agir dans la synthèse de ce qu'il pense être et pouvoir devenir* » (Jorro, De Ketele, 2013, p.167), et donc de ne pas se contenter passivement de la routine des soins, pouvoir sortir hors des sentiers battus, quitte à prendre le risque de susciter l'incompréhension ou un sentiment de décalage vis à vis de ses autres collègues, comme cela peut aussi renforcer les liens de l'équipe autour d'un projet commun.

D'où la nécessité au moment opportun, d'un projet de reprises d'études à l'université pour la plupart, en amont ou en aval de la recherche, essentiellement pour des motifs intrinsèques d'ordre épistémique, où le savoir est une « *source de plaisir en lui-même* » où le sujet est particulièrement animé d'une « *curiosité, voire de passion d'apprendre ou de savoir* » (Carré, 1998, p.123), ce qui ressort tout particulièrement dans les récits de C. et J. Les motifs peuvent également être d'ordre « *opératoires professionnels* », à savoir « *acquérir des compétences (connaissances, habilités, attitudes) perçues comme nécessaires à la réalisation d'activités spécifiques sur le champ du travail* » (Carré 1998, p.125) comme dans le cas de V. ou de B.

Mais quel que soit le motif mis en avant par les adultes, « *reprendre une formation universitaire présente toujours un lien plus ou moins important avec la représentation de soi, et plus précisément encore avec l'estime de soi* » (Vertongen, Bourgeois, Nils et al, 2009, p. 34), en lien intime avec leur perception de leur capacité et de ce qu'il perçoivent comme important pour eux à acquérir en terme de savoir, de cadre théorique « *distanciateur* » ou éclairant pour leur pratique, d'identité nouvelle, de réseau relationnel, de compétences pour leur pratique actuelle ou future et en particulier ici, leur compétences dans le domaine de la recherche (documentation, problématisation, étude de terrain, analyse, structuration et développement écrit de sa pensée).

Dans la continuité de l'analyse de ces motifs, les profils proposés par Kaddouri (2008) concernant l'engagement des professionnels dans des dispositifs de formation à la recherche décrit dans le cadre théorique, se retrouvent dans les parcours de ces infirmiers. Celui qui a été particulièrement saillant est celui de la recherche comme « *cadre de structuration d'une responsabilité fonctionnelle* », dans le fait de viser « *la gestion ou l'accompagnement d'activités de recherche conduite par d'autres qu'eux-mêmes* », (Kaddouri, 2008, p.176), illustré par l'importance de la place que tient l'accompagnement à la recherche (J.), cette volonté de devenir une « *personne ressource* » (B.), de coordonner des projets, de créer des ponts entre la formation dans les IFSI et la recherche hospitalière (L.).

On pourrait supposer que seule la longueur de l'expérience professionnelle y fait pour beaucoup dans cette prise de hauteur mais dans le cas de J. qui a tout juste 25 ans, ce désir d'accompagner les projets semble s'inscrire dans autre chose. Accompagner, dans un prolongement de sa posture soignante mais pour lui donner une autre forme, une forme plus intellectualisée et qui correspondrait à une recherche identitaire en cours de

stabilisation ou d'une « place » où il se sentira pleinement sujet et non plus assujéti par l'institution hospitalière.

Dans le cas de L., l'engagement dans ses activités de recherche correspond non seulement à promouvoir cette fonction d'accompagnement à terme mais s'intègre également dans le cadre d'une structuration d'une fonction statutaire, dans le sens de l'acquisition du statut « officiel » de chercheur en post-doctorat. Et même s'il ne court pas « après les titres » (1.951), il n'empêche qu'il aura la possibilité de prétendre à l'exercice de son « *activité scientifique dans un cadre statutairement reconnu* » (Kaddouri, 2008, p.174).

Pour C., son parcours de recherche s'apparente à une longue quête d'elle-même, qui ne se situe pas dans des considérations ou préoccupations centrales d'évolution de carrière mais davantage dans la recherche du sens de ce qu'elle vit, tant sur un plan professionnel que personnel, ce qui rejoint le profil de la « *recherche comme structuration d'un parcours de vie* » (Kaddouri, 2008, p.179) où la reprise d'études universitaires permet de « *construire du sens pour soi* » (p.181). Ce profil est doublé de celui d'une « *structuration d'une identité déjà existante* » (p.181), dans le fait qu'elle ait pu accéder grâce à son master à une identité de « *diplômée de l'université* » (p.181), qui lui a permis de « prendre sa revanche » sur sa première tentative à la fois ratée et empêchée d'accès aux études universitaires après l'obtention de son baccalauréat.

La recherche comme structuration de son rapport au savoir semble également coexister de manière intriquée dans le cas de C., où elle prend plaisir à se former et à se renouveler sans cesse et où elle finit par trouver son point d'atterrissage où elle trouve son équilibre en tant que « formateur » itinérant et autoentrepreneur.

Cette structuration du rapport au savoir par la recherche et la formation à la recherche habite également B., qui, donnerait bien une suite à son diplôme spécialisé dans la douleur et continuer d'approfondir ses connaissances et compétences en la matière, sachant que pour elle, son rapport à la recherche se situe davantage dans le « *cadre de structuration de sa pratique* » (Kaddouri, 2008, p.177). En effet, ce qui compte pour B. ce n'est pas en soi d'acquérir un statut de chercheur mais plutôt de gagner la possibilité d'élargir son champ d'action dans sa pratique professionnelle, où les apports théoriques sont au service de l'action, pour mieux la comprendre, être davantage en capacité de résoudre les problèmes et sortir du sentiment d'impuissance.

C'est prendre du recul sur sa pratique, la rendre plus efficace, plus fluide, profil que rejoint également V., pour qui la recherche s'est avant toute chose se questionner, se demander

comment et pourquoi on agit de telle ou telle façon dans le soin, comment mieux intégrer les patients dans la dynamique de prise en charge, sachant que son master en éducation thérapeutique s'est mis au service de la recherche collaborative qu'elle a mis en place.

Ce motif de structuration de sa pratique se verrait donc logiquement relié avec le motif réflexif et le motif opératoire professionnel précédemment cités.

Au-delà des seuls motifs, le sens de l'engagement chez les infirmiers dans l'activité de recherche rejoint de manière forte l'engagement professionnel, ce qu'illustre tout particulièrement le récit de L., qui semblait suggérer qu'un engagement professionnel accompli se présenterait comme un préalable à l'engagement dans une activité de recherche.

Sachant que l'engagement professionnel se définit comme l'« *ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifestent l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis à vis d'elle et qui donnent sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle* » (De Ketele, Jorro, 2013, p.11), la recherche en soins infirmiers pourrait aisément s'inclure dans cette définition, dans le sens où elle peut être une manifestation concrète de cet engagement professionnel, car comme énoncé dans la plupart des récits, la recherche semble répondre au devoir d'amélioration de la qualité des soins, exige un certain nombre d'efforts en terme de temps et de formalisation de ses différentes étapes, valorise les savoirs de la profession et renforce ainsi la dynamique identitaire professionnelle en soulignant ou en légitimant la spécificité des savoirs infirmiers.

Il semblerait donc que le fait de « faire ses preuves » (J.), soit fortement recommandé dans son parcours, comme dans le cas de L. qui avait bien « *mouillé la chemise* » (1.449) et donc bien montré son « engagement » professionnel, durant toutes ces années en tant qu'infirmier, puis cadre formateur, semble conférer une forme de légitimité tacite vis à vis des collègues pour une reprise d'étude et qui plus est mener des projets de recherche, ce qui a difficilement été le cas pour J., pour lequel sa jeunesse lui a sans cesse été reproché.

L'investissement dans la recherche infirmière constituerait donc en soi un prolongement de leur engagement professionnel, dans le sens d'un renforcement de celui-ci, d'une « preuve » supplémentaire de sa manifestation, à la mesure du temps donné et de l'énergie consacrée, l'investissement de soi étant « *une manifestation et donc une composante essentielle de l'engagement.* » (De Ketele, Jorro, 2013, p.10).

Certaines des valeurs professionnelles infirmières comme le respect de l'être humain, la dignité, la responsabilité, le devoir de compétences, la préoccupation de la sécurité et du confort du patient, peuvent se traduire dans l'activité de recherche, ce qui confortent d'autant plus les infirmiers qui souhaitent s'y inscrire. Un investissement donc non simplement tourné vers soi mais qui s'adresse à l'autre, où « (...) *S'engager, en ce sens, ce n'est pas uniquement s'engager face à soi-même dans une tâche, c'est aussi s'engager vis à vis d'autrui* » (Bourgeois, 2014 p.98). Le but affiché de la recherche au regard de ces valeurs professionnelles soignantes va donc dans le sens d'une motivation « altruiste », et en conséquence d'apporter à autrui, à savoir le patient, des soins de qualité et réfléchis. Ainsi, soigner, tout comme rechercher, se met alors au service des bénéficiaires des soins.

Le modèle de *l'expectancy-value* se retrouve alors, dans le fait du bénéfice escompté qui est ici tout particulièrement d'importance : une retombée de la recherche avant tout au bénéfice des patients usagers des soins, de la « *Cité (...) et la société en général* » (C.) et pour la promotion de la santé, bien loin devant des considérations personnelles, tel que l'affirme également L., dans son récit, pour qui la recherche ne relève surtout pas de la quête d'une gloire personnelle. Motivation altruiste également par le biais de la formation, ou plus précisément la « transmission » où L. par exemple souligne son désir « *que les résultats de cette thèse puissent alors bénéficier aux étudiants infirmiers et aux infirmiers* » (l.310-311), pour améliorer la transmission et le développement de compétences en application des prescriptions médicales, qui sera finalement forcément en bout de chaîne au bénéfice du patient.

L'engagement vis à vis d'autrui renvoie également aux collègues qui doivent faire preuve de compréhension vis à vis du temps que peut prendre l'activité de recherche : « *Expliciter le sens de son engagement (...) peut en effet avoir pour fonction de rendre psychologiquement et socialement acceptable cet engagement, en référence, non plus à des significations, mais à des normes, des valeurs socialement partagées.* » (Bourgeois, 2000 p.90-91) Ainsi, communiquer autour de son projet de recherche permet de mieux faire connaître ses enjeux et son importance, de situer ce projet vis à vis de la pratique soignante et les bénéfices escomptés, de mieux négocier les moyens pour y parvenir.

L'engagement vis à vis d'autrui renvoie enfin aux personnes qui ont soutenu moralement et/ou logistiquement le projet, où l'on retrouve ici le sens de l'engagement comme celui d'une « contrainte », où le retour en arrière s'avère très compliqué et trop couteux à tout point de vue.

La motivation et l'engagement, ne sont donc pas seulement la résultante d'une détermination fonctionnant en totale autonomie, ce sont aussi des interactions, des évènements déclencheurs, qui peuvent prendre la forme de rencontres significatives, qui auront directement ou indirectement un impact décisif sur la décision de s'engager – ici sur la voie de la recherche. Les rencontres, qui ont jalonné l'ensemble de ces récits, dont le plus marquant en la matière est celui de C., pour qui chaque rencontre a eu un effet significatif dans l'ancrage de son engagement dans son parcours de recherche et de formation. Ces rencontres significatives peuvent prendre la valeur de moments épiphoniques, dans le sens d'une « *révélation, (...), un moment de prise de conscience à l'origine de transformations existentielles* » (Lesourd, 2009, p.80).

De ces rencontres en lien avec la motivation et l'engagement dans la recherche, il s'agissait de cadres, de médecins, d'universitaires, de pairs infirmiers chercheurs expérimentés, légitimés par des diplômes, des publications... Qui, chacun à leur niveau, sont investis d'un pouvoir certain ou d'un savoir certain autour de la recherche, ses méthodes, ses moyens, sa portée institutionnelle, qui échappent le plus souvent aux infirmiers praticiens.

Cette question de ces rencontres déterminantes s'inscrit alors dans une dimension événementielle pouvant déclencher, réenclencher ou encore renforcer une motivation intrinsèque, valoriser les capacités perçues chez la personne, par un effet performatif des paroles et gestes échangés mais qui peut également avoir son revers lorsque les personnes rencontrées manquent de bienveillance, au point de menacer ou de détruire à petit feu cette motivation qui semblait tant prometteuse.

Autrement dit, les rencontres s'avèrent en effet être des révélateurs de soi, au travers du regard et des paroles d'autrui, qui offrent et renvoient au travers de l'échange une valorisation authentique de l'idée, du projet esquissé, valorise les potentialités de ce projet mais aussi et surtout de la personne qui le porte. Ces rencontres décisives ressortent souvent lors des entretiens comme des moments clés qui ont permis de franchir le pas, de s'engager, avec une coloration émotionnelle qui souligne leur impact positif.

L'ajustement de la prise de décision d'un engagement plus ou moins différé suite à cette négociation avec soi-même et avec ses pairs peut faire référence à la notion « d'autrui généralisé » élaborée par Georges Herbert Mead (1934) et qui part du principe que l'individu intériorise les normes et comportement du groupe social auquel il est rattaché, influençant son comportement et son propre positionnement en référence à ce groupe (Mead, p.224). Toujours en référence à Mead, Catherine Négroni souligne que « *les réactions positives ou négatives qu'affichent les autres vont en effet influencer directement*

*le processus de doutes et participer aussi à la réinterprétation des évènements dans la démarche d'orientation » (Négroni, 2013, p. 60).*

Ces rencontres significatives revêtent donc un impact non négligeable sur la période qui pourrait se nommer de « pré-engagement », forme de transition, d'entre-deux, entre la mise en conscience des motifs et des idées qui émergent et le fait même de s'engager dans une mise en action, dans le déploiement des moyens amenant à la concrétisation du projet et en l'occurrence, d'un projet de recherche. Mais au vu des représentations plutôt d'ordre négative de celle-ci, le premier défi est celui de franchir le pas face à l'adversité et de dépasser ce conditionnement à tendance négative que les infirmiers se sont eux-mêmes appropriés, lié à l'influence de l'histoire du groupe professionnel. Les rencontres, lorsqu'elles ont un impact positif et constructif, peuvent alors permettre d'amener une prise de conscience de ses propres capacités, de trouver le soutien nécessaire pour faciliter la mise en œuvre du projet et de son maintien dans le temps, dans la mise à disposition de moyens matériels ou de temps dédiés à la recherche et/ou à la formation à la recherche, ou encore d'envisager à partir de là une évolution possible et tangible de sa carrière professionnelle.

Cette question des rencontres et de leur impact significatif sur l'engagement et la transformation de soi en formation ou ici dans une activité de recherche mériterait d'être approfondie par d'autres études et sans doute par un cadre théorique autour des modèles et tensions identitaires.

C'est ainsi que ce mémoire et en particulier l'interprétation des récits offre de positionner le curseur de manière plus fine dans la compréhension de la dynamique d'engagement, précisément dans cette phase de « pré-engagement », espace transitionnel entre la motivation et sa mise en acte.

Et peut-être plus encore que les seuls motifs et les modes d'engagement dans la recherche, il semble tout aussi important d'aller regarder du côté de cet entre-deux, du côté de ces maillons qui relient motifs et réalisation des buts envisagés. Se donner les moyens, certes, de cette réalisation mais surtout être en capacité de les saisir ou de les provoquer, qui sont autant de facteurs facilitants, voire même des facteurs « protecteurs » – pour reprendre une expression utilisée en santé publique – de cet engagement et les rencontres en sont un exemple. De la même façon que sur cette période de « flottement » et de prise de décision de s'engager concrètement, des menaces ou facteurs de risques peuvent se présenter, amenant à des engagements empêchés ou un risque élevé de désengagement, comme B. l'a

richement illustré. A noter qu'une absence ou refus de financement peut constituer également une source de découragement mettant en péril la pérennité du projet.

Ce qui amène à dire par ailleurs que plus encore que le déroulement et l'aboutissement de l'activité de recherche en elle-même en terme de résultats et de retombées pour la pratique des soins, ce qui semble très important pour ces infirmiers, c'est finalement, comme le disait L., de « *prouver peut-être déjà que c'est possible* », qu'ils sont capables d'organiser et de mener une recherche, de se donner les moyens d'y parvenir, capacité qui restait de l'ordre du quasi-impensable et du quasi-impensé dans le contexte socio-historique français. La recherche ne sera alors plus le sommet à atteindre (L.), mais sera vue comme un processus, dont le vécu du cheminement permettra de mieux en apprécier les résultats. Se sentir capable par le regard d'autrui et sur eux-mêmes, se sentir fiers d'y être arrivés, chacun à leur manière : l'enjeu ici, devient non plus seulement celui du « je » mais aussi celui du « nous », au nom du groupe professionnel, ce qui amène à approfondir la question des motifs et de l'engagement en le reliant au thème de la reconnaissance.

## **2. Question de la reconnaissance**

Reconnaissance donc, qui se situe à différents niveaux. Tout d'abord à un niveau micro, où le fait de se reconnaître capable soi-même de faire de la recherche, c'est identifier, c'est se reconnaître soi et être reconnu par autrui (Ricœur, 2004) dans un nouvel espace de déploiement de son propre pouvoir d'agir en tant qu'infirmier, par d'autres moyens que les seuls soins. C'est réussir à dépasser cette impression d'inaccessibilité, de ne pas être au niveau sur le plan intellectuel ou que la recherche exige un niveau d'étude déjà très élevé, ou d'aller sur des projets forcément très ambitieux... C'est se voir progressivement basculer d'un sentiment d'incompétence vers un sentiment de compétence, d'être capable de problématiser, de faire preuve de créativité, de rechercher de la documentation, de faire une étude de terrain, de présenter ses résultats, d'écrire pour une publication...

Une reconnaissance de ses capacités qui peut elle-même devenir un moteur de l'engagement « *qui participe de leur pouvoir d'agir, le renforçant ou le fragilisant, en agissant ou non sur leur perception de l'utilité de leur mission, sur leur sentiment d'autonomie, de compétence et d'efficacité personnelle* » (Merhan, Bourgeois, p.34).

Dans le sens où le regard de l'autre induit une valorisation de soi maintient en elle-même l'engagement (Jorro, De Ketele, 2013, 167-168). « *L'étendue de telles qualités, et donc le*



*degré de cette relation positive à soi-même, s'accroît avec chaque nouvelle forme de reconnaissance que l'individu peut s'appliquer à lui-même en tant que sujet* », (Honneth, 2013 p.290) l'inverse pouvant être un facteur de risque de désengagement comme cela a pu être le cas dans le récit de J. où « *l'absence de ce regard reconnaissant* » matérialisé par les remontrances de sa cadre sur son âge, aurait pu entraîner, outre sa portée infantilisante, « *un sentiment de lassitude et de découragement qui finit par produire un désengagement définitif d'un acte qui, jusqu'alors, présentait une importance évidente et mobilisatrice.* » (Kaddouri, 2011, p.82).

Certains récits ont par ailleurs laissé apparaître des motifs sous-tendus par la recherche d'une « *reconnaissance de notre métier, de notre profession, et donc aussi de la recherche naissante* » (L., 1.963-964), « *une reconnaissance de notre travail aussi* » (B., l. 1061), une dimension macro-méso d'une reconnaissance collective au nom du groupe professionnel dont l'enjeu est l'émergence d'une discipline professionnelle et scientifique pour les infirmiers, reconnue et instituée à l'échelle universitaire. Ce qui renforce peut-être la notion de motivation altruiste où ici le collectif prend le pas sur l'individuel, dans l'idée également que la démarche individuelle participe au collectif.

Un espace de reconnaissance de l'existence d'un savoir infirmier spécifique par le processus de la recherche en soins, produit par une profession qui se dote, dans son processus de professionnalisation et selon les critères de Flexner, d'un savoir validé et donc reconnu par une communauté à la fois professionnelle et pour partie scientifique, dans le cadre d'une discipline en sciences infirmières qui peine encore à trouver sa place en France et qui visiblement a fait ses preuves ailleurs.

Ce besoin de reconnaissance n'est donc pas simplement d'ordre individuel mais est exprimé au nom du groupe professionnel, avec le sentiment de pouvoir contribuer concrètement à l'évolution de la profession et son processus historique de professionnalisation : « *le PHRI, c'est une grande avancée pour notre profession, de reconnaissance, que nous aussi on peut faire des choses intéressantes, (...) une reconnaissance de notre rôle propre, (...) qu'on a eu du mal à avoir et ça c'est quand même un grand pas, c'est important* » (B., l.1065-1070). La recherche, par son prestige et son rayonnement possible auprès de la communauté professionnelle, scientifique, mais aussi de la société, serait alors symboliquement, au-delà de ses aspects concrets pour la qualité des soins, un espace de recouvrement d'une certaine dignité professionnelle, qui contrebalancerait le mépris si longtemps éprouvé par les infirmières, engendré par une

partie du corps médical mais aussi par les réticences du groupe professionnel lui-même. Une forme pourrait-on dire de réparation d'une « identité de chercheur empêchée » sur les savoirs infirmiers ?

Une recherche qui permettrait de « boucler la boucle » de la reconnaissance professionnelle infirmière, comme si elle était devenu l'objet par qui la reconnaissance se réalisera de manière pleine et complète, dans le sens où « *l'estime sociale d'une personne ou d'un groupe est si clairement liée à leur pouvoir de disposer de certains biens que seule l'acquisition de ces derniers leur apporte la reconnaissance qui leur est due.* » (Honneth, 2013, p.277).

Une reconnaissance qui, au-delà de l'histoire et des symboles, soulève la question de la traduction de cette reconnaissance par la création de postes ou de temps infirmiers dédiés à la recherche, situé à l'interface entre clinique, recherche et formation, dans une possibilité d'espace-temps partagés entre établissement de soins et l'université. D'avoir, à l'instar de B., la possibilité d'avoir cette « *double facette* » (l.1140), de rester immergé dans la pratique du quotidien et en même temps pouvoir s'en détacher, s'en distancer pour mieux la penser et l'améliorer, afin d'articuler et de concilier de façon plus harmonieuse posture de praticien et posture de chercheur (Kaddouri, 2008, p.88). La création également de poste de coordonnateurs de la recherche, encore très inégal selon les établissements, selon leurs stratégie politique et le degré d'intérêt accordé à cette activité.

La question d'une quête identitaire pour le groupe professionnel infirmier au travers de la reconnaissance pleine et entière d'une discipline à la fois professionnelle et académique se pose alors complètement : doit-elle, comme dans un certain nombre de pays devenir une discipline autonome vis à vis de la discipline médicale, en se dotant de ses propres facultés, ou doit-elle se « diluer », se « confondre » ou « co-exister » avec d'autres disciplines professionnelles rattachées à chacune des professions médicales ou paramédicales sous le grand « chapeau » des « sciences de la santé » voire des « sciences médico-sociales » ? la question reste entière pour le moment.

De la même façon, une tension épistémologique se ressent, dans le fait de situer les soins infirmiers entre art et science. A l'instar de la médecine, le soin infirmier est avant tout un art avant d'être une science, car « *son résultat pour une personne soignée relève à chaque fois d'une œuvre unique de création* » (Hesbeen, 1997, p.95). Le passage de l'art à une démarche scientifique signifierait alors de prendre le risque d'une dérive aseptisante du soin et de sa standardisation, et d'être réduite à une activité de recueil de données, au

détriment de la prise en compte de la singularité de la personne soignée (Hesbeen 1997 ; Collière 1982).

Identifier ce que sont les soins infirmiers, leur objet et leur spécificité vis à vis des soins médicaux est encore loin d'être une évidence mais la question reste cruciale afin de clarifier en quoi ils se différencient et en quoi ils demeurent complémentaires (Collière, 1982), ce qui semblent incontournable pour pouvoir définir les champs spécifiques et communs pour de potentielles futures recherches.

Le positionnement de la recherche en soins infirmiers oscille dans cette tension identitaire entre une volonté de démarcation vis à vis de la démarche médicale et à la fois, une tentative de s'en inspirer, de s'en approcher, via le paradigme des données probantes, du positivisme et de la recherche quantitative. Ce d'autant que parmi les professionnels de santé, les médecins ont une longue tradition de recherche et constituent un appui incontournable pour les infirmiers, qui « apprennent » auprès d'eux et qui d'ailleurs les introduisent plus facilement et de manière plus évidente dans cette activité, comme ont pu d'ailleurs le signifier les récits.

Cette reconnaissance de la recherche en soins infirmiers et de sa crédibilité semble donc devoir passer par le modèle biomédical et les biostatistiques pour légitimer cette reconnaissance, pour peut-être ensuite s'en affranchir progressivement et se dire et faire dire « nous aussi on sait faire de la recherche », en tentant alors d'élargir davantage le cercle des savoirs explorés, en incorporant plus systématiquement les sciences humaines et les méthodes qualitatives.

En somme, la reconnaissance de la recherche se heurte en partie à la propre capacité du groupe professionnel infirmier de reconnaître son utilité, de s'en saisir lui-même pour analyser et conceptualiser sa pratique, la remettre en question, dans une logique d'optimisation des soins. Et pourtant... Ceux qui s'y sont essayés ont adopté la démarche et y même pris un gout considérable, au point de convaincre progressivement leurs collègues et leur hiérarchie.

Ce qui amène à évoquer le besoin de reconnaissance de l'activité de recherche en soins, perçue comme une non activité « *vous ne faites rien* » (J.) qui renvoie à l'image de l'infirmière uniquement centrée vers l'action (Poiroux, 2015), la recherche étant considérée comme lointaine des préoccupations du quotidien des infirmiers, « *pfff, toutes façons lui il fait de la recherche, il est pas dans le soin* » (C., 1.1078).

La recherche est vue comme une activité réservée à des « initiés », qui serait dépourvue d'une utilité pratique et immédiate au quotidien, la plus-value sur le plan professionnel n'étant pas encore toujours bien perçue ou mal comprise par les pairs, qui, pour certains, n'y voient qu'un moyen de se vanter sur ses capacités intellectuelles qui seraient hors du commun... Pour ne pas dire la manifestation d'une forme de « fuite » ou d'une « trahison » de la présence au lit du patient ou du terrain, pour satisfaire ses propres intérêts personnels et autres pulsions de plaisir intellectuels, comme le suggérait la métaphore sexuelle de la masturbation utilisée par C. dans son récit.

Le temps de la recherche serait perçu comme du « temps en moins » passé au lit du patient, ce qui permet de prolonger la discussion autour de la reconnaissance en passant par celle de la temporalité.

### **3. Question de la temporalité**

Il apparaît un paradoxe entre un discours ambiant qui prône l'essor et le développement d'une recherche « professionnalisée » qui se veut innovante et source de reconnaissance professionnelle, avec, en face, une réalité qui donne à voir chez les infirmières et infirmiers des conduites de projet non facilités, une formation à la recherche insuffisante et donc une construction d'un parcours de recherche aux contours encore trop souvent aléatoire, hétérogène, peu visible et peu reconnu au quotidien.

L'hétérogénéité de ces parcours est sans doute liée au fait que l'engagement dans une activité de recherche semble obéir à une logique de temporalité (Roquet, 2014). Temporalité chronologique et programmatique (Chronos) liée à la formation et aux étapes du projet de recherche, aux contraintes liées aux soins programmés et une temporalité liée à soi, à son cheminement personnel, à la contingence des événements, les imprévus liés aux soins et/ou à la mise en œuvre du protocole de recherche, et au final à la capacité de saisir des opportunités (Kairos), qui par leur impact accélèrent ou ralentissent le processus du parcours de recherche.

A savoir que l'engagement dans un parcours de recherche est influencé par la temporalité dans le sens où cela concerne le plus souvent des infirmiers dotés d'une expérience professionnelle de longue date, d'un domaine d'expertise en particulier, dont certains sont devenus également cadre de santé... La bonne connaissance de leur unité de soins, de leur établissement et des problématiques de santé rencontrés, ainsi que le soutien

méthodologique et logistique de l'hôpital sembleraient ainsi être des facteurs facilitant pour l'engagement dans la recherche (Feroni, 1992).

*« L'infirmier chercheur est souvent dans sa seconde ou sa troisième « carrière ». Il a été clinicien et parfois gestionnaire ou encore formateur. Il possède une compétence clinique qui va potentiellement impacter son activité de recherche. »* (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010).

D'où la difficulté pour J. de faire valoir de par sa jeunesse sa motivation, son enthousiasme et ses compétences pour accompagner un projet de recherche mené par des infirmières plus « anciennes ».

Un minimum d'expérience est néanmoins nécessaire pour se familiariser avec les problématiques de terrains, le fonctionnement, les interactions et les problématiques de terrain, observer ce qui se joue entre acteurs soignants et soignés, pour pouvoir d'autant plus prendre de la hauteur, réfléchir, comprendre, éclairer autrement la pratique. Toutefois, cette notion d'expérience devrait être appréhendée d'un point de vue qualitative et non pas seulement quantitative, au risque de garder un regard étriqué sur la personne, en concluant trop rapidement entre âge et compétences professionnelles.

Comme le disait C, il est tout de même nécessaire de laisser le temps aux jeunes diplômés de se former à la vie active, qui sera alors leur priorité du moment, de vivre leur expérience de soignant, d'apprendre de leur pratique. La recherche en soins ne sera alors pas une priorité en début de carrière, sauf pour ceux qui seraient vraiment très motivés dès le départ pour ce type d'activité, à l'image de J. ou V.

Il s'agit de ne pas imposer cette activité mais la proposer ou la laisser venir d'elle-même à mesure que l'on permet l'émergence d'un questionnement sur certaines pratiques ou que l'on se réfère à certains cadres de pensées ou modèle théorique ou opérationnels pour le soin ou pour aider à une mise en intelligibilité de ce qui se joue dans les pratiques soignantes, dans la relation soignant-soigné ou interprofessionnelle. Du temps de réflexion et de réflexivité qui peut aboutir à de la recherche et qui est une source de regain d'énergie pour poursuivre son activité en lui redonnant du sens ou en la comprenant autrement.

Pour les infirmiers dotés d'une longue expérience professionnelle (C., L., B.), le poids de l'âge est vécu comme à la fois comme un frein à la persistance d'un engagement trop long, trop intense dans la recherche et à la fois comme moteur car c'est aussi le moment où jamais, la fin de carrière approchant, de tenter une expérience différente et peut-être plus aisée à un âge où les préoccupations familiales (enfants en bas âge...) posent probablement moins problème pour concilier travail et vie privée.

Ce qui amène à la question du temps long de la professionnalisation : de novice à expert, y a-t-il un niveau spécifique où les infirmiers seraient plus enclins à faire de la recherche ? En quoi serait-elle accessible aux débutants ? Il n'y a pas forcément de réponses toutes faites et qui serait encore à visée prescriptive mais tout dépendra surtout du niveau d'implication dans cet engagement dans une activité de recherche : se limitera-t-elle à établir une revue de littérature ? A enquêter auprès de la population ou du terrain étudié ? S'agira-t-il d'accompagner un projet élaboré par un investigateur ou d'être soi-même le porteur de projet et de gérer la recherche de bout en bout ? Mais quel que soit le degré d'implication et le niveau d'expérience dans ce domaine, la recherche exige surtout de faire preuve d'humilité et donc, la nécessité de s'appuyer sur des tierces personnes, de reconnaître ses limites techniques, méthodologiques, d'expertise du sujet, amènera à devoir ajuster son projet ou se donner les moyens de le concrétiser, de le rendre accessible, autrement dit de revoir sa pertinence et sa faisabilité.

Le temps consacré, dédié à la recherche est donc autant le « nerf de la guerre » que son financement, voire plus. Il semble également être un fort marqueur d'engagement, que l'on retrouve bien dans les récits de V. et de J., au point d'en être au bord de l'épuisement, menace d'épuisement qui se voit contrecarrée par leur motivation et les « bénéfices secondaires » retirés de leur projet. La question du temps de la recherche est à la fois un véritable challenge et un objet de négociation avec soi et l'équipe car, pour les infirmiers exerçant en milieu hospitalier, il s'agit bien de « jongler » (Bouffartigue, Bouteiller, 2006) entre obligations de soins au lit du patient et temps de coordination, d'accompagnement et d'investigation de la recherche mais aussi vie privée et personnelle, que l'on ressent bien dans les récits de ces infirmiers, sauf L. qui a pu bénéficier d'un véritable temps dégagé de ses obligations professionnelles. D'où l'importance de négocier, de faire reconnaître par la parole, par « le dire », la nécessité de ces temps de recherche, en explicitant et en communiquant sur le projet, comme l'ont souligné V., J. et B. sur les tenants et les aboutissants, son utilité... qui permet aussi de gagner en efficacité et en efficience sur la gestion de projet si le protocole est bien connu et compris du plus grand nombre.

La temporalité de la recherche est longue, se comptant en plusieurs mois à plusieurs années, ce qui nécessitent à la fois de programmer les étapes de la recherche (planification qui pour les projets financés sont une des conditions pour l'obtention du financement), ce qui peut être une source de tensions et d'inquiétudes non négligeables, non seulement de

par les aléas qui peuvent survenir en cours, sur le plan administratif, de la disponibilité des personnels de recherche ou encore l'inclusion des patients, comme ressorti dans ces mêmes récits.

Temporalité d'autant plus inquiétante que les aléas constituent une menace permanente pour l'engagement dans l'activité de recherche et qu'à l'instar de la formation, la recherche comporte un indice élevé de contingence vis à vis des résultats auxquels on peut s'attendre et qui peut d'autant plus être susceptible de rallonger encore le temps requis.

Mais c'est aussi le temps que la « culture », dans le sens de culture de recherche ou de culture scientifique émerge et s'installe dans le quotidien des professionnels paramédicaux, comme le suggère B., où pour elle c'est une question de temps, de patience que « cela va venir » et ce qui était encore laborieux hier deviendra de plus en plus fluide et facilité à l'avenir.

La recherche en soins infirmiers croise et cristallise donc en elle-même une intrication entre temporalité macro historique, temporalité méso à un niveau institutionnel et une temporalité micro, individuelle et singulière, (Roquet, ), propre à chacun des infirmières et infirmières doivent donc composer, s'adapter, aménager leur contraintes de temps, « *compétences temporelles* » (Bouffartigue, Bouteiller, 2006) particulièrement développées dans cette profession aux horaires le plus souvent décalés.

Il faut cependant du temps pour que les légitimités se construisent, pour que la posture de chercheur s'élabore, pour que la reconnaissance émerge... Du temps pour la recherche mais aussi pour la formation, axe de réflexion qui est apparu dans les récits et qui mérite également de nous y pencher quelque peu.

#### **4. Question de la formation**

L'engagement dans la recherche se situe dans un entrelacement à chaque fois singulier entre engagement professionnel et engagement en formation, en particulier la formation en master et en thèse. Mais la formation, c'est aussi la formation initiale, qui s'est toujours invitée dans chacun de ces entretiens, non seulement pour évoquer leur propre initiation à la recherche à leur époque mais aussi la place qu'occupe la recherche dans la formation actuelle et dans le « cœur » des étudiants.

Celle-ci apparaît au final plutôt « mal aimée », mal comprise dans ses objectifs d'apprentissage, qui clairement n'est pas une priorité chez des étudiants, qui priorisent

l'apprentissage du « métier » et en particulier ses techniques, souvent dans une forme d'applicabilité de ce qui a été appris en cours ou en stage. Ceci pose la question fondamentale de cette place de la recherche, sous forme « d'initiation » et du « rituel de passage » (C., l.1192) du mémoire, de continuer de s'interroger sur sa finalité et comment la rendre plus accessible aux étudiants, plus compréhensible dans son utilité sociale mais aussi pour les formateurs : si cela n'est pas clair pour les étudiants, est ce si clair que cela également pour les formateurs ? Comment intéresse-t-on les étudiants à la recherche et quel est rôle des formateurs ?

A préciser que l'objectif en formation initiale n'est pas tant de former des chercheurs, même si certains étudiants pourront sentir naître une vocation dans ce sens, mais plutôt de permettre aux futurs professionnels d'être capable de se questionner, réfléchir, problématiser, se documenter en faisant appel à des travaux et résultats de recherche afin de nourrir en équipe leurs réflexions, leurs pratiques et leurs prises de décisions cliniques. Ainsi, la recherche recouvrirait une dimension professionnalisante dans le sens d'amener les étudiants à s'approprier un certain nombre de savoir-faire et d'outils liés à la recherche scientifique tel que mener une recherche documentaire en santé, procéder à une lecture critique d'article, savoir structurer et présenter un écrit, construire et utiliser un outil d'enquête... Qui peuvent être transférables et utiles à des moments ciblés de pratique clinique ou gestionnaire des soins, qui pourraient alors éventuellement constituer le point de départ d'une recherche et d'une problématisation en tant que telle, selon le contexte, les moyens et la volonté des professionnels qui souhaiteraient aller plus loin dans la démarche de questionnement.

A noter également que, cette formation ne se limitant qu'à un niveau d'initiation, les mémoires de fins d'étude n'ont qu'un impact encore minime sur la pratique et restent confinés à un « exercice d'école », qu'un certain nombre d'étudiants s'approprient non sans difficultés. Ceci pose la question de la place à accorder à ces travaux et quel impact ils peuvent apporter en terme de potentiel de recherche ultérieure, de champ de pratique à défricher, à éclairer des situations de soins, à engendrer une réflexion et une posture réflexive à poursuivre durant leur carrière professionnelle. Ce qui relève d'un défi majeur en sachant que les étudiants ne sont pas forcément toujours enclins aux travaux de lectures, écritures et de mise en forme de leur pensée, étant bien davantage préoccupés par la validation de leurs unités d'enseignements et le développement de leurs compétences techniques sur le terrain des stages. Ainsi, un « *travail de fin d'étude ne respectant pas complètement la rigueur scientifique d'un projet de recherche dynamique* » peut «



*pérenniser chez le futur professionnel des compétences fragmentaires et générer de mauvaises habiletés* » (Soyer, Tanda, 2014 p.).

Se pose en parallèle le constat d'une formation initiale actuelle permettant aux étudiants d'obtenir un grade de licence, concomitamment à leur diplôme d'Etat, alors que les formateurs seraient alors censés détenir un niveau master, voire doctorat (Novic, 2010), afin notamment, d'être plus aguerris en terme de méthodologie et d'accompagnement à la recherche. Le contexte d'universitarisation a néanmoins permis une accélération dans la volonté des cadres formateurs et des directeurs de s'inscrire de plus en plus dans une élévation de leur niveau de formation et qu'ils expriment la nécessité d'une formation de type master (Yahiel, Mounier, 2010).

En 2016 s'est tenu une Grande Conférence de la santé, réunissant plusieurs associations professionnelles de santé, le premier ministre et la ministre de la santé. Une feuille de route a été élaborée autour de différents chantiers d'évolutions de la formation des professionnels de santé. Cette feuille de route a notamment pour objectif « *de constituer un vivier d'enseignants-chercheurs paramédicaux, de façon à inscrire ces formations dans les standards justifiant la délivrance du grade ou du diplôme de master, à développer des capacités de recherche parmi les personnels paramédicaux et à constituer une filière complète en matière de formation et de recherche* » et de « *favoriser l'acquisition de doubles compétences soignant – chercheur* »<sup>7</sup>. Cette feuille de route ambitieuse se voit être un défi de taille à relever compte tenu du nombre augmentant mais encore insuffisant d'infirmiers et/ou cadres dirigeant des projets de recherches cliniques, de formations à un niveau master et a fortiori en doctorat, sans parler de l'absence de filière académique claire pour les infirmiers. Elle a cependant l'avantage non négligeable de donner un cap très encourageant à court, moyen et long terme pour le développement de la recherche et de la formation, à partir des dispositifs existants ou innovants, pour des infirmiers/cadres engagés ou qui souhaitent dans cette démarche, en favorisant l'accès aux études universitaires et affiner la place que détiendra la recherche infirmière et paramédicale dans le paysage académique français.

Encore faut-il réussir à « combattre » les « barrières » venant de la part d'autrui ou de soi-même, dans le sens où « *même si la formation continue fait partie de la vie professionnelle des adultes, la reprise d'études universitaires revêt une dimension exceptionnelle, ou*

---

<sup>7</sup> Feuille de route de la Grande conférence de santé : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11\\_02\\_2016\\_grande\\_conference\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf)

« anormale » pourrait-on dire. En effet, il n'est pas dans le cours des choses qu'un adulte après avoir construit sa vie personnelle et professionnelle, s'engage dans un cursus universitaire, parfois très long » (Fond-Harmant, 1995, p.12), ce que l'on retrouve bien dans le récit de J., où ses collègues le rabrouent vis à vis de sa reprise d'études en master.

Or, cette reprise d'étude est précisément ce qui fait sens dans leur parcours et les « nouveaux savoirs qu'ils acquièrent en formation ont un effet de transformation identitaire (...). La reprise d'études constitue le prolongement de situations évènementielles particulières » (Fond-Harmant, 1995, p.20), que l'on retrouve dans le récit de C. ou dans celui de J., où l'engagement en master 2 sur l'éducation thérapeutique coïncide avec son engagement dans le programme de recherche en chirurgie cardiaque, le confortant ainsi dans son rôle d'accompagnement.

S'engager dans la recherche et la formation, c'est aussi réfléchir en profondeur à son avenir professionnel, qui peut gagner un nouveau souffle « Ainsi, pour certains étudiants en reprise d'études, la formation peut-être envisagée comme moyen de créer un potentiel pour la réalisation d'un projet professionnel futur mais encore indéterminé plutôt que comme moyen d'accomplir un projet déjà déterminé. » (Merhan, Bourgeois, 2015, p.22), ce que chacun des récits illustrent de manière singulière.

Par ailleurs, les compétences durables en recherche et la volonté de problématiser et contribuer à l'élaboration de connaissances destinées à la communauté professionnelle et scientifique se développeront non seulement par le biais d'une formation approfondie en master et en doctorat mais aussi par la réflexivité et l'analyse des pratiques, pouvant aboutir à la réalisation de projets de recherche, en milieu universitaire et/ou sur le terrain, hospitalier ou autre.

Ce qui pose également l'enjeu, pour en revenir à la reconnaissance, de celle de l'infirmière ou l'infirmier passés par un long cursus universitaire en tant que chercheur, « face à la nécessité d'acquérir une légitimité auprès de trois instances : les scientifiques, la société mais également les professionnels infirmiers utilisateurs potentiels des savoirs qu'il aura contribué à faire émerger et qu'il aura diffusé » (Debout, Eymard, Rothan-Tondeur, 2010, p. 138).

Pour rejoindre les propos de Marie-Françoise Collière (2001) et Françoise Acker (2008), sans cet ancrage de la recherche à partir de la pratique, sans ce dialogue entre action et savoir, le risque à terme serait de voir naître une scission dans la profession entre une « élite » universitaire (bien) « pensante » du soin infirmier et de ce qu'il est sensé être, entre art et science, et d'une grande partie de la profession, qui serait les infirmières

« agissantes », constamment plongées dans la dure réalité du terrain... En effet, « *seule une dynamique de la rencontre des savoirs empiriques et universitaires et leur circulation à partir du champ d'exercice professionnel peut laisser augurer d'une influence bénéfique des formations universitaires pour donner une plus-value aux soins, et par voie de conséquence valoriser les soignants.* » (Collière, 2001 p. 447). L'idéal étant que les apports des uns puissent servir les autres et que les savoirs pratiques intériorisés et si peu explicités puissent s'articuler, se conjuguer avec les savoirs théoriques par le biais de l'utilisation de résultats de recherche. L'émergence de thématiques et d'objets d'études seront ainsi tour à tour initiés aussi bien par les professionnels du soin, que ceux de la formation et par extension par les étudiants en soins infirmiers. Les savoirs techniques infirmiers en particulier pourraient dorénavant se référencer du point de vue universitaire et conjointement du point de vue d'une véritable recherche-développement (conception et évaluation de protocole de soins infirmiers, de dispositifs matériels de soin...), qui donnerait une dynamique et du sens à cette recherche appliquée, dont l'utilité directe pour la pratique infirmière semble un critère incontournable.

Se pose alors non seulement la question en corollaire de la formation au métier d'enseignant-chercheur ou de formateur-chercheur mais aussi celle des types de recherches à mener, y compris collaboratives, interdisciplinaires et interprofessionnelles dans le champ de la santé et du social.

L'envers du décor de cette reconnaissance de cette posture de chercheur peut toutefois potentiellement entraîner une tension identitaire entre appartenance au groupe professionnel infirmier et à une communauté scientifique reliée à une discipline académique, dont la préoccupation principale ne sera pas le champ de l'activité infirmière sous toutes ses formes.

Les infirmiers pourront donc se sentir « tirillés » dans cette double appartenance aux mondes des praticiens et des chercheurs, tension qui mériterait que l'on s'y penche quelque peu et qui permettrait d'amener un ensemble de réflexions rétrospectives et prospectives vis à vis de l'ensemble de ce travail qui touche à sa fin.

### **3. L'infirmier « chercheur » : qui est-il ? existe-t-il ? Doit-il exister ?**

A en croire les infirmiers ayant fait part de leur expérience, il semblerait qu'effectivement, l'activité de recherche soit compatible avec la pratique professionnelle et même tout à fait souhaitable, dans le sens de pouvoir contribuer à l'amélioration de la qualité des soins mais aussi de prendre du recul sur les pratiques et la posture soignante.

Pour la plupart de ces infirmiers, nous avons vu combien la capacité de questionnement tient une place centrale dans ce qui peut motiver ensuite à faire de la recherche. Se poser des questions sur sa pratique, donner du sens, « qu'est ce qui fait que ? » « qu'est ce que tu en penses ? », (C., J.) inviter à rechercher des réponses probables, susciter la curiosité, l'envie d'aller plus loin... d'aller vérifier dans la littérature ce qui se dit sur le sujet... démarche qui commence dès la formation initiale des infirmiers, dès leur immersion dans les soins, pour ensuite prolonger cette démarche de questionnement et de réflexion dans sa pratique professionnelle.

Ce qui fait inmanquablement le lien avec la pratique réflexive, qui semble bien être le préalable de la recherche, prendre de la hauteur sur son quotidien de praticien, de déconstruire sa manière de faire, de dire, de procéder, d'analyser la situation...

Il est clair que les infirmiers et les professionnels paramédicaux dans leur ensemble souhaitent gagner une réelle autonomie non seulement dans leur pratique mais aussi dans la constitution de leurs savoirs et pour une part souhaitent également devenir des acteurs à part entière de la recherche et l'innovation à l'hôpital et faire valoir leur participer pleinement et activement à ces enjeux de santé et d'avenir.

Par ailleurs, ce but d'amélioration de la qualité des soins s'inscrit dans l'ère du moment entre injonction de qualité et de sécurité des soins, ainsi que la médecine fondée sur les preuves, où les résultats de recherche permettraient d'apporter un gage de fiabilité et de pertinence aux soins délivrés.

La démarche qualité et de certification les établissements de santé impulsée par la Haute Autorité de Santé (HAS) peuvent effectivement contribuer cette dynamique et servir de tremplin, de moteur pour la recherche, en particulier la recherche évaluative. Avec une nuance à apporter néanmoins entre démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la recherche, qu'amène le récit de B., dans le sens où l'une se centre sur la mesure et la réduction des écarts entre la pratique et des normes établies (dont certaines sont le

fruit de recherches) et l'autre qui se centre davantage sur une perspective descriptive, compréhensive ou explicative.

Ces deux démarches se ressemblent car elles font appel à la recherche documentaire, le questionnement et la prise de recul sur la pratique mais à la différence, l'EPP, « rassurante » car très cadrée sur le plan méthodologique et surtout obligatoire depuis 2005, prend comme point de repère les recommandations de bonnes pratiques, dont la norme devrait être suivie dans la réalisation des soins. Alors que la recherche permettrait soit d'évaluer l'efficacité des interventions et/ou de mettre à jour de nouvelles pistes de compréhension de cette pratique, de son environnement, ou des interactions mises en jeu au décours de cette pratique par exemple.

Il y a donc nécessité de développer une vigilance pour que la recherche en soins ne servent pas systématiquement les intérêts d'une efficacité au détriment du sens. D'où l'intérêt de continuer de s'interroger dans sa posture de chercheur et du type de projet de recherche que l'on mène.

### **1. Des chercheurs « par nature » ?**

Les résultats de l'analyse poussent par ailleurs à s'interroger sur les liens subtils et intimes qu'entretient le chercheur avec sa recherche.

La recherche ne semble pas entraîner « automatiquement » un mouvement identitaire vers le fait de se reconnaître « chercheur ». Pourtant il serait possible de se dire que ce n'est pas parce que le sujet ne s'identifie pas comme chercheur qu'il ne l'est pas pour autant...

Devenir chercheur lorsque l'on est un professionnel... un poste ou une posture ? Il y a lieu de différencier le chercheur dans un poste statutaire et chercheur dans le sens de celui qui cherche dans son quotidien ou aussi l'apprenti-chercheur, qui se forme de manière formelle ou informelle à la recherche, en attendant de passer de la « posture » à un « poste » reconnu statutairement sur le plan académique. Lieu également de différencier le chercheur qui est en poste et « vit » de sa recherche et l'acteur qui va endosser ponctuellement la posture du chercheur et qui va donc devoir adopter sur un temps donné un raisonnement distancié et scientifique.

Les infirmiers ayant fait part ici de leur parcours ne se sentent pas nécessairement « chercheurs » du fait même de l'activité de recherche mais se sentent en construction, en devenir, vis à vis de cette posture. La recherche ne fait pas donc pas forcément le

chercheur mais peut l'amener à le devenir, ce qui est particulièrement ressorti dans les récits de J. et L.

« *Se mettre en recherche, lorsque l'on est professionnel des soins, c'est passer provisoirement ou définitivement du faire au dire, de l'action à l'expression. Bon nombre de soignants chercheurs visent même à passer du faire au dire pour en revenir au faire.* » (Michaux, 2013, p. 90-91).

« Se mettre en recherche » ou « faire de la recherche » pour faire dialoguer action et réflexion ? En effet, il est possible de différencier « *faire de la recherche* » et « *se mettre en recherche* » (Hesbeen, 2016, p.27), à l'instar de ce qu'évoquait C. dans son récit : faire de la recherche viserait à consacrer son activité à la production rigoureuse de connaissances, se centrerait plutôt la notion de résultats, de production d'un travail méthodique qui deviendrait un objet de débat et discussion pour la communauté professionnelle et scientifique, dans l'objectif ou pas de devenir chercheur à part entière. Se mettre en recherche vise plutôt la volonté d'explorer un questionnement personnel et/ou professionnel, d'y trouver des éclairages et des pistes de compréhension, implique la personne du chercheur dans sa subjectivité et sa capacité à cheminer au travers de ses lectures, réflexions, observations, rencontres et échanges sur le terrain.

Cette courte clarification ne doit pas nécessairement entraîner un cloisonnement entre ces deux expressions mais plutôt amener l'idée qu'elles s'associent, voire dialoguent entre elles, en particulier chez le chercheur qui aura pleinement conscience de l'impact de sa subjectivité, voire qui l'intégrera de manière explicite dans son processus de recherche.

La plupart des infirmiers dans leur récit constatent bien que la recherche est loin d'être une priorité en soi pour l'ensemble des infirmiers et infirmières, risquant de créer un fossé entre « ceux qui pensent » et ceux « qui ont les mains dans le cambouis » (C.), ce qui constitue un frein important pour le développement de cette activité de manière évidente dans les services, si ce n'est le plus redoutable. Fossé entre ceux qui s'y intéressent vraiment et s'investissent même juste pour y participer ponctuellement, ceux qui ont un regard curieux, voire admiratif ou tout juste poli sur la question et ceux qui n'y portent véritablement aucune attention, si ce n'est pas pour certains du dénigrement pour cette activité et sa portée intellectuelle vue comme « menaçante » par les « purs » praticiens. Et comme le disait C., certains soignants revendiqueront le fait de ne vouloir rester *que* dans le soin, sans se laisser happer par cette injonction à la recherche, une injonction au tout

scientifique, aux données probantes, au détriment de la spontanéité de « l'art » infirmier (Hesbeen, 1997 ; Michaux 2013).

Il y a donc un paradoxe entre le fait que les infirmiers ne seront peut-être pas tous chercheurs d'un point de vue purement académique et le fait qu'ils le soient « *tous fondamentalement* », comme le souligne C., dans le sens d'être animé en permanence de cette capacité de se questionner, de s'étonner, en tentant de ne pas garder « la tête dans le guidon ». Ce que souligne également mais aussi par L. Michaux, en lien avec les compétences cliniques infirmières : « *Mais soigner, c'est aussi et surtout chercher. (...) Tout soignant est un chercheur en puissance (...). Pour s'évertuer à chercher ce qui ne va pas chez cet autre en demande, il dispose des signes et des symptômes présentés, des paroles des patients et de leurs proches (...), son expérience, son savoir-faire, les entretiens avec les collègues, les données publiées, la littérature. (...) L'art de soigner (...) comporte on le voit, des points communs avec l'art du chercheur, lui-même en soif de savoir et de découvrir.* » (Michaux, 2013, p 17-18)

## **2. Les infirmiers investis dans des activités de recherches : des praticiens chercheurs qui s'ignorent ?**

En effet, un certain nombre de questions peuvent se poser en cours de route pour l'infirmier, avant ou après l'engagement dans son activité de recherche : vers quoi je vais lorsque je fais de la recherche ? Et resterais-je par conséquent moins bon praticien ?

L'inconfort possible entre posture de praticien et posture de chercheur peut éventuellement trouver son « salut » dans le fait d'assumer pleinement cette double appartenance, comme a pu le vivre Anne Perrault Soliveres, infirmière, cadre de santé devenue docteure en sciences de l'éducation, au bout d'un long et sinueux cheminement de sa thèse sur le travail infirmier de nuit « *la relation entre les termes de « praticien-chercheur » s'est révélée non seulement productrice de sens mais aussi de changements profonds tant dans la pratique que dans l'expérience de recherche* » (Perrault Soliveres, 2001, p.194)

Se pose alors par ailleurs pour ce « *chercheur de l'intérieur* » (Canter-Khon, 2001, p.20) la question du terrain de la recherche : utiliser son propre terrain comme objet d'investigation, d'observation ? (Michaux, 2013 69, p81-82)

Ce qui est justement le propre du praticien-chercheur d'interroger son terrain du quotidien, dans lequel il baigne et connaît dans ses moindres détails, car « *le trait marquant du praticien-chercheur est d'être d'abord un acteur critique, dont la problématique de recherche est alimentée par son expérience* » (Perrault Soliveres, 2001, p. 200), ce qui, pour certains peuvent questionner sur l'éternelle opposition entre subjectivité-objectivité, implication-distanciation, source de litige épistémologique (Kaddouri, 2008).

Terrain, pour ne pas dire « territoire » et enjeux de pouvoir partagés entre divers professionnels de santé médicaux et non médicaux mais aussi du social, qui aspirent également pour certains à réfléchir à leurs pratiques et à promouvoir des projets de recherche de diverses natures.

Mais qui sont finalement ceux qui se revendiquent ouvertement comme « praticiens-chercheurs » ?

Quelles sont les dynamiques identitaires en jeu entre posture de praticiens et posture de chercheur ? A quel moment se rencontrent-elles et comment s'articulent-elles, comment sont-elles conscientisées et perçues par le « praticien-chercheur », ainsi que par son entourage professionnel ? Comment cette identité de praticien-chercheur est-elle « négociée » avec soi et avec les autres, comment est-elle revendiquée ?

Voici donc un certain nombre de questions qui se posent à ce stade du travail et qui ferait potentiellement l'objet d'un approfondissement ultérieur, élargi peut-être à d'autres champs professionnel que celui des infirmiers et de la santé... de nouvelles pages d'écriture et de recherche biographique à défricher et à réinventer.

### **Pour ne pas conclure**

J'ai donc été guidée tout au long ce travail par l'envie d'aller à la rencontre de ces infirmiers qui font de la recherche, de comprendre ce qu'ils vivent et ont vécu de cette expérience et en particulier la posture de chercheur, comment elle s'est construite, à partir de quelle représentation de départ, grâce à quelle ressource humaine, matérielle, structurelle ou stratégique.

Ce qui m'a intéressé de savoir ce n'était donc pas tant l'objet ou la méthodologie employée par ces infirmiers dans leurs propres recherches mais plutôt d'étudier comment ils en sont arrivés à intégrer cette activité particulière dans leur activité professionnelle.



Je cherchais donc avant tout à comprendre et explorer comment et pourquoi des infirmiers s'investissent ou s'engagent sur le chemin de la recherche et comment ils adoptent une posture de chercheur, pour ne pas dire une double posture, de soignant/praticien et de chercheur.

Ce présent travail aura tenté d'ancrer cette émergence de la recherche chez les infirmiers d'un point de vue socio-historique et de donner quelques repères sur comment s'est construit cette posture de recherche et/ou de chercheur dans une histoire plus collective, à partir de parcours et de récits singuliers de certains d'entre eux, laissant des traces à la fois singulières et communes de « comment sont-ils devenus ce qu'ils sont devenus ».

Peut-on parler alors de biographisation collective dans le sens où les infirmiers, de part leurs parcours respectifs singuliers, participent à l'histoire collective de l'évolution et l'émancipation lente et progressive d'une profession vis à vis du modèle médical qui a toujours sonné comme un absolu ? De même que cette évolution retentit sur le parcours singulier de cet infirmier ou infirmière souhaitant creuser son sillon dans un domaine aussi complexe que la recherche ?

Il semblerait ainsi que par cette biographisation collective, où le tout serait plus important que la somme des parties, processus de professionnalisation et processus de subjectivation se conjugueraient alors dans un mouvement subtil à la fois extérieur et intérieur, visible et invisible, objectif et subjectif de complémentarité où l'un nourrirait l'autre, où le collectif agit sur l'individuel et l'individuel sur le collectif. Ce qui rend ainsi au processus de professionnalisation des infirmiers toute sa dimension humaine, biographique et sensible.

## Post face

Travailler autour des infirmiers engagés dans un parcours de recherche a été tout simplement passionnant et m'encourage plus que jamais à poursuivre moi-même sur cette voie, de poursuivre mes réflexions et participer à mon niveau à cette aventure qui est de contribuer au développement de la recherche infirmière. Infirmière que je suis moi-même donc, et qui immanquablement participe à l'écriture de notre histoire collective, ainsi que ma propre histoire.

Poursuivre également je l'espère sur la voie de la recherche biographique, qui a véritablement donné du sens à ce master, à ce mémoire, a contribué à me projeter vers le chercheur que je souhaite devenir.

J'ai pris conscience en cours de route que ce mémoire est au final un des fruits de ma propre biographisation dans le cadre de ce master, en ce sens qu'il est l'objet qui cristallise en son sein le parcours qui a été, est et sera le mien de chercheur en sciences humaines, qu'il est le maillon d'une chaîne qui ne cesse de s'activer et de se réactiver, la chaîne de mon parcours de vie, conjonction subtile entre ma vie professionnelle, personnelle, interpersonnelle, qui fait ce que je suis aujourd'hui et serait demain.

J'assume à présent totalement le fait que ce mémoire soit une photographie de ce passage, de cette transition biographique qui est la mienne, au travers et grâce à d'autres infirmiers « chercheurs » et à qui j'ai pu peut-être et j'espère, de par ce modeste travail, contribuer un tant soit à peu à leur propre biographisation, au travers de nos rencontres et nos échanges.

Fruit de différents parcours donc, conjugué à mon propre parcours, aussi et riches et passionnants les uns que les autres et que j'ai donc choisi de présenter dans ce travail, avec l'objectif tout aussi modeste mais réel, authentique de contribuer par cette petite pierre à l'évolution de la profession infirmière, à son inscription dans la société comme une profession qui mérite que l'on s'arrête en chemin et que l'on regarde ce qui s'y passe, ce qui s'y joue, profession qui vit actuellement sa transition biographique « collective », au travers notamment de ces infirmiers qui se sont engagés sur la voie de la recherche.



## **Bibliographie**

### **Articles :**

Acker, F. (2008). Formation universitaire et recherche infirmière : un chantier pour la profession, la santé et la société ? *Recherche en soins infirmiers*, 93, 122-124.

Allin-Pfister, A. (2006). Formons-nous réellement à la recherche, dans les écoles de soins infirmiers ? *Recherche en soins infirmiers*, 87,(4), 136-139. doi:10.3917/rsi.087.0136.

Ambrosino, F. (2016). Quel exercice professionnel pour l'infirmier/ère de pratique avancée ? *Revue hospitalière de France*, 569, 26-32.

Ardoino J. (1989). D'une ambiguïté propre à la recherche-action aux confusions entretenues par les pratiques d'intervention. *Pratiques de Formation/Analyses* No 18 (disponible sur : <http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/18presentation.html>)

Barbier, JM. (2008). Les rapports entre recherche, action et formation : distinctions et articulation. *Education permanente*, 177, 49-66.

Bouffartigue P. et Bouteiller J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. Temporalités. En ligne : <http://temporalites.revues.org/334> ; DOI : 10.4000/temporalites.334

Bourgeois, E. (1998). Apprentissage, motivation et engagement en formation, *Education permanente*, n°136, 101-109.

Boutinet, JP. (1998). L'engagement des adultes en formation et ses formes de légitimation, *Education permanente*, n°136, 91-100.

Carré, P. (1998). Motifs et dynamique d'engagement en formation, synthèse d'une étude qualitative de validation auprès de 61 adultes en formation professionnelle continue, *Education permanente*, n°136, p.119-131.

Debout, C. (2010). Les soins infirmiers : une profession, une discipline, une science. *Soins*, 748, 57-60.

Debout, C., Eymard, C. & Rothan-Tondeur, M. (2010). Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus value et orientations dans le contexte français. *Recherche en soins infirmiers*, 100, (1), 134-144. doi :10.3917/rsi.100.0134.

Flexner, A. (1915). Is social work a profession ? *Social Welfare History Project*. Retrieved [date accessed] from <http://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/is-social-work-a-profession-1915/>

Fond-Harmant, L. (1995). Approche biographique et retour aux études. *Education permanente* n°125, 7-26.

Goulet, C. et al. (2004). La pratique basée sur les résultats probants. Partie 1 : origine,

définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. *Recherche en soins infirmiers*, 76, 12-18

Jovic, L. (2015). L'association de recherches en soins infirmiers : une histoire de concours de circonstances, un axe fort et des rencontres. *Recherche en soins infirmiers*, 121, 5-10.

Kaddouri, M. (2008). Praticiens et chercheurs : litige autour d'un qualificatif. *Education permanente* n°177, 79-89.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaire des formes d'engagement en formation, savoirs n°25, 69-86.

Lecordier, D. & Jovic, L. (2015). Recherche en soins infirmiers : 30 ans de publication scientifique. *Recherche en soins infirmiers*, 121,(2), 4-4. doi:10.3917/rsi.121.0004.

Nadot, M. (2014). L'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable. *Recherche en soins infirmiers*, 119, (4), 75-84. doi:10.3917/rsi.119.0075.

Novic, M. (2010). Développement de compétences par la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 102,(3), 83-93. doi:10.3917/rsi.102.0083.

Péoc'h, N. (2008). L'exigence d'un repérage – ou comment comprendre la double posture intriquée du praticien et du chercheur. *Recherche en soins infirmiers*, 95,(4), 14-22. doi:10.3917/rsi.095.0014.

Roquet, P. (2010). Temporalités, activités formatives et professionnelles. *Recherches qualitatives – hors série* n°8, pp.76-92.

Stuwe, L., Parent, M. & Louvet, O. (2015). Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ? *Recherche en soins infirmiers*, 121,(2), 64-71. doi:10.3917/rsi.121.0064.

Soyer, L., Tanda, N. (2014). Le développement de la recherche en sciences infirmières en question. *Objectifs soins et management*, n°229, pp. 51-57.

Tanda-Soyer, N., Eymard, C. & Alderson, M. (2014). État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation. *Recherche en soins infirmiers*, 116,(1), 70-80. doi:10.3917/rsi.116.0070.

Vertongen, G., Bourgeois, E., Nils, F. et al (2009). Les motifs d'entrée en formation des adultes en reprise d'études universitaires, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 25-44)

Vinck, D. (2009). Construction des sciences et des disciplines scientifiques : question pour la recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 98, (3), 5-11. doi:10.3917/rsi.098.0005.

## Ouvrages :

Bardin, L. (1977). L'analyse de contenu. Paris : PUF.

Bertaux, D. (2016). Les récits de vie. L'enquête et ses méthodes, 128. Paris : Armand Colin.

Boutinet, JP. (1990). Anthropologie du projet. Paris : PUF.

Carré, P. (2005). L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir. Paris : Dunod.

Collière, M. (1982). Promouvoir la vie. De la femme soignante aux soins infirmiers. Paris : Interéditions-Masson.

Collière, M. (2001). Soigner, le premier art de la vie. Paris : Masson.

Deci E. et Ryan R. (2000). What is the self in self-directed learning, in G. Straka (éd), Conceptions of Self Directed Learning, Munster, Waxmann.

Delory-Momberger C. (2014). La recherche biographique en éducation. Fondements, méthodes, pratiques. Paris : Tétraèdre.

Demazière D. et Dubar, C. (1997). Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion. Paris : Nathan.

Diebolt, E. et Fouché, N. (2011). Devenir infirmière en France, une histoire Atlantique ? (1854-1938). Paris : Edition Publibook Université.

Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson.

Hesbeen, W. et D'hoore W. (2016). Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers – se révéler l'auteur de sa pensée. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Honneth, A. (2013). La lutte pour la reconnaissance. Paris : Folio.

Kaufmann, J.C. (2011). L'entretien compréhensif. L'enquête et ses méthodes, 128. Paris : Armand Colin

Kniebihler, Y. (2008). Histoire des infirmières – en France au XXème siècle. Paris : Hachette.

Lesourd, F. (2009). L'homme en transition. Education et tournants de vie. Paris : Economica – Anthropos.

Mead, G.H. (1934). L'esprit, le soi et la société. Paris : PUF.

Magnon, R. (2006). Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Paris : Masson.

Michaux, L. (2013), le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins. Paris : Seli Arslan.

Michaux, L. (2016) Les recherches en soins, du mémoire de fin d'études à l'essor de la recherche infirmière. Paris : Seli Arslan.

Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière. Montréal : Chenelière éducation.

Perrault Soliveres, A. (2001). Infirmières, le savoir de la nuit. Paris : PUF.

Poiroux, L. (2015). L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing. Paris : De Boeck.

Ricoeur, P. (2004). Parcours de la reconnaissance, trois essais. Paris : Stock.

Vallerand, R., Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Paris : Vigot.

Van der Maren, JM. (2014). La recherche appliquée pour les professionnels, éducation, (para)médical, travail social, Bruxelles : De Boeck.

Vroom V.H. (1964). Work and Motivation, New York : Wiley.

### **Chapitres d'ouvrages :**

Bourgeois, E. (2000). Le sens de l'engagement en formation, in JM. Barbier, O. Galatanu, signification, sens, formation, (pp. 89-106). Paris : PUF.

Bourgeois, E. Merhan F. (2015). Dynamiques d'engagement professionnel en situation de formation par alternance in Merhan, F. Jorro A., De Ketele JM, Mutations éducatives et engagement professionnel. (pp.19-36) Bruxelles : De Boeck.

Canter-Khon, R. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In Mackiewicz MP. (coord.) (2001). Praticien et chercheur – Parcours dans le champ social. Paris : l'Harmattan.

De Ketele J.M. (2013). L'engagement professionnel : tentative de clarification conceptuelle. In Jorro A., De Ketele JM, L'engagement professionnel en éducation et formation. (pp. 7-21) Bruxelles : De Boeck.

Jorro, A. De Ketele J.M. (2013). Défis professionnels et scientifiques de l'engagement en éducation et formation. In Jorro A., De Ketele JM, L'engagement professionnel en éducation et formation. (pp.165-173) Bruxelles : De Boeck.

Kaddouri, M. (2008). Quelques motifs identitaires d'engagement des professionnels dans les dispositifs de formation à la recherche, in C. Solar (dir.), P. Hébrard (dir.)

professionnalisation et formation des adultes : une perspective universitaire (pp. 157-195). Paris : L'Harmattan.

Négroni, C. (2010), Ingrédients des bifurcations professionnelles : latence et événements déclencheurs. In M. Bessin, C. Bidart, M. Grossetti, Bifurcations, les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement (pp.176-183). Paris : la découverte.

Négroni, C. (2013). La latence, concept clé des bifurcations professionnelles : approcher la prise de décision à travers une analyse du récit et du statut de la parole des individus. In C. Delory Momberger, C. Niewiadomski (dir). Territoires contemporains de la recherche biographique (p. 59-67). Paris : Tétraèdre.

Perraut Soliveres A., (2013). Heurs et malheurs du praticien-chercheur : la vie après la thèse... In Canter Khon R., (coord). Pour une démarche clinique engagée. (pp.105-118). Paris : L'Harmattan.

### **Webographie :**

Barlet, M. et Marbot, C., (2016). Portrait des professionnels de santé - édition 2016. Collection Panoramas de la Drees - Santé, avril, 160 p. repéré à :  
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>  
(consulté le 09/09/2017)

Code de la santé publique, livre III, titre 1er profession d'infirmier ou d'infirmière, règles liées à l'exercice de la profession repéré à :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cIdTexte=LEGITEXT000006072665>

Comité OMS d'experts des soins infirmiers. (1966). 5<sup>ème</sup> rapport. Organisation Mondiale de la Santé. Repéré à :  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39937/1/WHO\\_TRS\\_347\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39937/1/WHO_TRS_347_fre.pdf)

Conseil économique social et environnemental. (2016). Grande conférence de la santé. Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels. Feuille de route. Repérée à :  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11\\_02\\_2016\\_grande\\_conference\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf)

Conseil International des Infirmières (2009). La recherche dans le domaine des soins infirmiers : un outil pour l'action, fiche d'information, repéré à :  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/18a\\_FS-Recherche\\_domaine\\_soins\\_infirmiers-Fr.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/18a_FS-Recherche_domaine_soins_infirmiers-Fr.pdf)

DHOS (2009), CIRCULAIRE N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. Repéré à :  
[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/09/cir\\_29627.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29627.pdf)



Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière Art. L.714-26.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DFA10EF682DF9A27FE7A32EC8F76A89F.tpdila13v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101#LEGIARTI000031916524](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DFA10EF682DF9A27FE7A32EC8F76A89F.tpdila13v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101#LEGIARTI000031916524)

École nationale de santé publique. (2007). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 1 : facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaires, social et médico-social publics. Rennes : éditions de l'école nationale de santé publique. Repéré à :  
<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome1.pdf>

### **Dictionnaires, encyclopédie**

Barbier, J.M. (2009) Recherches, action, formation : approches conceptuelles. In Barbier J.M. et *al.* Encyclopédie de la formation. (pp. 1081-1107). Paris : PUF.

Bourgeois, E. (2014). Engagement en formation. In Anne Jorro (dir), Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. (pp.95-99). Louvain : de Boeck.

Roquet, P. (2014). Temporalité. In Anne Jorro (dir), Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. (pp.315-317). Louvain : de Boeck.