

UNE POSTURE DE PRATICIEN-CHERCHEUR ENTRE SOINS ET SCIENCES DE L'ÉDUCATION D'UNE QUÊTE À UNE CONQUÊTE

ÉLIZABETH NOËL-HUREAUX

INTRODUCTION

Quelle est la place de la santé dans les sciences de l'éducation¹ ? Il est nécessaire de rappeler que la santé est traversée par au moins deux thèmes traités en sciences de l'éducation, à savoir la professionnalisation des personnels de santé² et l'éducation en santé³. Je vais m'attacher à montrer comment, au travers de mon parcours inscrit dans la double démarche des soins infirmiers, d'une part, et de la formation, d'autre part, il est possible de retrouver l'émergence d'une problématique transversale intéressant dans son principe d'universalité

et de transférabilité des questions posées, aussi bien dans les soins que dans les sciences de l'éducation. Des grandes étapes de notre itinéraire aux interrogations suscitées par ces allers-retours entre pratiques et savoirs, voici un parcours particulier de praticien-chercheur.

DES BALBUTIEMENTS...

Le milieu infirmier n'avait *a priori* guère de secret pour moi car, issue d'une famille d'infirmières, c'était une activité professionnelle avec ses valeurs qui était transmise

1. Question posée par Jacqueline Billion lors de la conférence de l'AECSE du 15 mai 2004 sur « Ethique et intervention éducative au Québec ». N'oublions pas non plus que la revue *Les Sciences de l'éducation, pour l'Ère nouvelle* dont le volume 36, n° 2, université de Caen, paru en 2003, est consacré à « la formation des soignants ».
2. Thème questionné par Michel Vial.
3. Dont les précurseurs ont été J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre.

de mère en fille, et ce depuis plusieurs générations. C'est donc « tout naturellement » que ce choix professionnel a été inscrit comme suite logique d'une transmission généalogique. Cependant, suivre un parcours professionnel débutant, certes, par l'exercice de la profession d'infirmière et souhaiter ensuite transformer mes connaissances en une recherche rendant compte « des réalités » vécues par les infirmières, me demandait de dévoiler ce qui justifie notre quête de sens. Il est vrai que j'ai été peu de temps infirmière et que, surtout, ma curiosité naturelle m'amenait à des changements fréquents de services ou d'institutions. Une insatisfaction liée à la façon de soigner, à la difficulté de « dire » et surtout d'être entendue dans ma conception du soin éprouvait ma manière de penser et de prendre en charge la personne humaine avant la personne malade. De plus ma réflexion semblait isolée puisqu'elle ne trouvait pas d'écho chez des collègues qui ne souhaitaient pas faire autre chose que s'appliquer à un rôle qui leur était défini. Il m'était difficile dans certaines situations de dire ma satisfaction à être auprès des malades, car tout l'environnement, parfois pesant, m'obligeait à lutter pour modifier des comportements hérités, peu appropriés mais qui semblaient convenir à tous et qui se perpétuaient dans les différents lieux d'exercice. C'était la mise en avant de connaissances issues du registre médical qui qualifiaient avant tout « la bonne infirmière », et non l'écoute des personnes ou des familles dont la vie bascule dans la maladie. Ainsi, rechercher des causes psychologiques ou de conditions de vie à ce basculement dans la souffrance ne me suffisait pas pour soigner. Face à moi, cette interrogation à de multiples reprises répétée : « pourquoi moi ? », et notre impossibilité à répondre, petit à petit, m'a conduit à me distancier de ce métier. Trop d'injustices devant la difficulté à vivre certaines situations professionnelles comme trop d'incompréhension de la part d'autres professionnels de santé m'empêchaient de m'épanouir dans ce métier.

Afin d'avoir la possibilité de pouvoir « véhiculer » ma conception des soins, la seule alternative était l'entrée en école des cadres, passage obligé pour une légitimité définie par le statut professionnel. C'est durant cette année-là que j'ai découvert la pédagogie dans ses contenus et dans ses méthodes, et en même temps un désir de poursuivre des études, une envie de *savoir*⁴, alors que dans le même temps je vivais les grèves de 1988⁵. Ces grèves ont révélé une crise profonde de la profession, qui n'a pas trouvé de réponse dans le discours politico-social. Dans cet espace rendu possible par les revendications infirmières, la construction d'un nouveau discours ouvrant l'individu singulier sur une assise collective s'est trouvée en phase avec la dynamique de mon questionnement. En effet, il s'agissait à la fois d'alerter sur la position de l'infirmière, décalée des évolutions sociales de la femme, et de rappeler que le soin ne se réduit ni à un coût, ni à une technologie, mais qu'il est traversé par de « l'humain ». Une inscription à Paris 8 dans le prolongement de l'école des cadres, la découverte de l'université, si différente dans son fonctionnement de l'école d'infirmières, des méthodes d'enseignement novatrices, la possibilité de s'exprimer, bref, c'était la rencontre avec la vie d'étudiante. Dans le même temps, le choix de devenir formatrice en formation initiale me permettait d'avoir les mêmes problématiques que celles des étudiants en sciences de l'éducation rencontrés sur le campus, puisque c'était le jeudi que j'assistais aux cours (à l'époque, journée chômée pour les enseignants). Ce fut aussi l'occasion de prendre conscience d'un décalage avec la spécificité de mes enseignements, et plus encore avec ma position de formateur au sein d'une école professionnalisante⁶. La richesse a été que les savoirs appris pouvaient être transférés et surtout qu'ils donnaient du sens à ma pratique de formatrice, en

4. Nous ne reviendrons pas ici sur la signification du besoin de formation chez l'adulte, mais nous savons que ce thème a été très largement développé par des chercheurs tels P. Goguelin ou J.-P. Boutinet.
5. Mouvement fort bien décrit dans l'ouvrage de M. Schachtel et A. Rebours, *Ras la seringue, Histoire d'un mouvement*, Paris, Lamarre-Poinat, 1989, mais aussi par D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doare, D. Senotier, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre, 1992. « Ce mouvement de l'automne 1988 s'appuyait sur la volonté de poser les exigences en termes d'identité professionnelle et non en termes d'identité féminine. Les demandes des infirmières n'étaient pas d'avoir une égalité homme/femme, médecins/infirmières mais d'être reconnues comme des professionnelles à part entière. »
6. L'école d'infirmières, comme toute école professionnelle, délivre une formation ciblée. Au-delà du texte juridique qui spécifie la durée et le contenu des enseignements et des stages, chaque école rédige un projet pédagogique en lien avec les valeurs de l'équipe pédagogique et détermine les enseignements à privilégier tout au long de la formation. Il n'y a donc ni contenu théorique uniforme, ni application pratique unique puisque chaque étudiant vit en stage des situations de soins contextualisées. C'est dans le décret en date du

questionnant sans cesse, essentiellement, les méthodes pédagogiques appliquées auprès des élèves infirmiers. J'ai ainsi pu réfléchir aux significations multiples de l'évaluation (dans des situations théoriques et pratiques), à la relation instaurée entre le formateur et les élèves, mais plus encore à la difficulté d'enseigner « une certaine vision » du métier qui ne pouvait être éprouvée que dans sa pratique au quotidien. Accepter que tout soit confondu, à savoir des exigences scolaires, son propre idéal de la profession et la confrontation avec une réalité qui était apprise en termes de connaissances et non en termes d'organisation du travail avec différents partenaires du soin me semblait être la perpétuation d'une image décalée de la profession.

Plus encore, c'est la découverte de l'ethnométhodologie qui m'a décidée à devenir chercheur. En effet, n'ayant que des connaissances superficielles en sociologie, c'est tout naturellement que ce courant de la sociologie américaine a fait écho en moi, d'une part pour avoir suivi les enseignements d'Alain Coulon qui affirmait que « l'acteur agit dans le monde en fonction de la façon dont il le voit et non comme il apparaîtrait à un observateur étranger⁷ » et d'autre part parce qu'il faisait sien les propos d'Harold Garfinkel, précurseur de ce mouvement sociologique, en affirmant que les personnes ne sont pas des « idiots culturels⁸ ». Dès lors, toutes mes interrogations ont porté sur la compréhension du passage d'élève à infirmier, au travers des significations de l'affiliation et plus encore sur la visibilité des compétences dans ce métier. Sans le savoir, je posais déjà les bases de la signification de l'autonomie et celle des stratégies de professionnalisation développées par les infirmières.

Pour comprendre cette question de l'implication, nous pourrions la résumer ainsi : ce par quoi ton sujet tient à toi et toi tu tiens à ton sujet, en voici la démonstration. C'est ainsi que suite au DEA⁹ j'ai débuté une première thèse sous la direction de Guy Berger dont le thème était l'identité des infirmières. Cette recherche interrogeait l'expression des infirmières dans la construction de leur vie de femme et d'infirmière, au travers de multiples interactions tant dans la vie personnelle que dans la vie professionnelle. Pour ce faire, seule la méthode des entretiens semi-directifs, avec comme support de référence l'autobiographie raisonnée, semblait adaptée. Certes, l'autobiographie raisonnée est une méthode plutôt centrée sur la dynamique de production de savoirs, mais pertinente dans ce cadre puisqu'il existe un lien entre le vécu de la famille, le choix de l'individu et son devenir dans la profession¹⁰ et ce en relation avec le travail de formateur en formation continue que j'avais débuté depuis peu. L'objectif était de rechercher l'histoire du rapport au savoir et du choix de cette profession d'infirmière afin de comprendre l'histoire des relations que les infirmières engagent par la suite dans leur vie. En utilisant un tableau chronologique des liens entre différentes activités, sociales, scolaires, professionnelles et familiales, nous souhaitons rechercher les caractéristiques définies dans l'identité professionnelle. Après la construction de l'objet de recherche et le choix de conduire des entretiens individuels, un certain nombre de questions se sont posées : que faire de la parole des infirmières interrogées ? Comment analyser ce qu'elles

23 mars 1992, que l'élève infirmière devient étudiante avec l'attribution des mêmes avantages que ceux accordés aux étudiants universitaires. Au nom du concept d'autonomie elle bénéficie de la possibilité de ne pas assister à certains enseignements durant sa formation, mais cette possibilité est vécue comme paradoxale d'autant que les lieux de formation créent des « professionnels », ce qui se solde souvent par la mise en place d'un contrat pédagogique qui oblige l'étudiant à suivre tous les cours. Ce texte modifie l'appellation des écoles d'infirmières qui deviennent des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). En synthèse, la volonté législative affichée est celle d'« un(e) infirmier(ère) bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation. »

7. A. Coulon, *L'école de Chicago*, Paris, PUF, Que sais-je, 1992, p. 94.
8. H. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall (1984 : Cambridge, Polity Press), 1967.
9. Intitulé « approches multi-référentielles des systèmes éducatifs », année 1991-1992.
10. Dans l'ouvrage de M. Wenner, *Pourquoi et comment devient-on infirmière ?* Paris, Lamarre, 1992, il est question de la trajectoire des infirmières. Mais bien évidemment le terme d'autobiographie raisonnée est lié au nom d'Henri Desroches.

avaient confié sur leur passé, leur situation présente, leur conception de la vie ? En reconnaissant que travailler sur l'identité est une difficulté majeure, d'emblée, la question du choix du thème de recherches s'est surajoutée à l'objet étudié : en quoi l'unicité et la spécificité de soi, mais aussi de l'autre, se superposent-elles ou se distinguent-elles au point de ne pouvoir ni les confondre, ni les nier ? C'est avant tout mon identité d'infirmière qui rencontrait et se superposait à la professionnelle, dans ses difficultés d'exercice et dans les interrogations à cerner les contenus et les limites de la relation singulière, telle qu'elle peut être également éprouvée dans le soin. S'est aussi posé le problème d'une distanciation à établir entre le sujet et l'objet ; en effet, dans les propos recueillis, le sujet-chercheur ne reconnaissait pas sa propre identité professionnelle, et par conséquent n'avait plus de regard assez positif sur la profession infirmière¹¹. Peut-être d'ailleurs que cette posture était rendue encore plus difficile à adopter suite à mon importante filiation au monde de la santé.

Une interruption de plusieurs années donna à mes questionnements de chercheur un goût d'inachevé, dans le parcours universitaire mais non dans « le savoir d'expérience »¹². Des années en tant que formatrice en formation continue et une recherche constatée comme nécessaire sur l'équilibre à trouver entre commande institutionnelle et attentes des participants ; cela d'autant plus que les thèmes traités étaient pour la plupart relatifs à la professionnalisation des infirmières et rappelaient le besoin de s'arrêter sur la pratique et de sans cesse la réinterroger. Ainsi, des questions relatives au savoir professionnel, tant dans sa nature que dans son utilisation, surgissaient : que signifiait la recherche incessante de production et de diffusion de nouveaux outils dans cette profession ? Ces outils correspondaient-ils à une évolution obligée du métier ou à la défense du service infirmier pour garantir la pérennité de la profession ? Étaient-ils les pendants à l'existence d'une véritable

réflexion infirmière ? Il est vrai que nous ne pouvions nier l'extraordinaire assise de la profession d'infirmière depuis la définition du 31 mai 1978 lui attribuant deux rôles : un, sur prescription, correspondant aux actes que l'infirmière fait par délégation médicale, et un rôle propre correspondant aux actes dont elle a l'initiative et la responsabilité, et dans le même temps la difficulté qui restait entière de définir les infirmières¹³.

Un emploi d'enseignante contractuelle à l'Université Paris 13, faisant suite à un poste de responsable pédagogique¹⁴, m'a offert la possibilité de me présenter devant une commission de spécialistes, dans laquelle siégeait Gilles Brougère. Il a accepté de m'accompagner dans la reprise de mon cursus universitaire.

L'histoire de la seconde recherche est assise sur la richesse des données de la précédente, en ce sens que la question de l'autonomie se rattache tant à l'histoire de chacun qu'à sa façon de l'utiliser dans son cadre professionnel. C'est parce que les revendications des infirmières, dès 1988, portaient sur leur volonté d'être reconnues, en évoquant leur malaise et leur mal-être, que nous avons établi notre questionnement sur ce que voulaient ces femmes, dont d'ailleurs nous faisons partie.

C'est pourquoi, pour nous, la rupture épistémologique provoquée par la recherche vient « dire » deux choses : nous sommes tous des acteurs analytiques de la réalité, et la chercheuse se doit de prendre une posture différente, nécessaire pour sortir des évidences et de la familiarité de notre quotidien, quel qu'il soit. En ce sens, nous rejoignons la position de Bourdieu quand il écrit : « *En prenant pour objet un monde social dans lequel on est pris, on s'oblige à rencontrer sous une forme que l'on peut dire dramatisée, un certain nombre de problèmes épistémologiques fondamentaux, tous liés à la question de la différence entre la connaissance pratique et la connaissance savante, et notamment à la difficulté particulière et de la rupture avec l'expérience indigène et de la restitution de la connaissance obtenue au prix de cette rupture.*¹⁵ »

11. L'obligatoire mise à distance de la chercheuse n'ayant pu s'établir en miroir, celle-ci s'est trouvée, pour un temps, démotivée dans la poursuite même de sa recherche.

12. Nous faisons bien sûr référence à Jacky Beillerot et à J.-M. Barbier.

13. I. Feroni ou A. Vega, in « Existe-t-il un profil infirmier ? » : enquête de Brigitte Postel-Ferry, *L'infirmière Magazine*, n° 142, octobre 1999, p. 33-35.

14. Nous avons participé de 1996 à 1999 à une expérience « pilote » au sein de l'université Paris Nord, Santé, médecine, biologie humaine, à savoir que les étudiants suivaient en parallèle un cursus conduisant au diplôme d'État d'infirmier et un autre universitaire leur permettant d'obtenir un Deug de soins.

15. P. Bourdieu, *Homo Academicus*, Paris, Éds de Minuit, 1984, p.11.

Notre positionnement de chercheuse se fonde sur l'appartenance au milieu professionnel dont nous connaissons les fonctionnements internes et les codes, mais il s'en dégage aussi pour une nécessaire distanciation qui permet de décrypter plus objectivement les dysfonctionnements en les formalisant. Ainsi, l'épistémologie apporte un type de regard, de questionnement, de réflexion qui ne porte pas sur l'élaboration « naturelle » d'un savoir donné, mais qui s'interroge sur les conditions de production de ce savoir. Il s'agit bien de rompre avec les attentes du corps professionnel interrogé pour construire un autre type de discours, dont l'intérêt est d'être un moteur d'action pour ce même corps professionnel.

Nous avons « éprouvé » cette distance nécessaire avec l'objet de recherche, mais aussi avec la profession. Nous confirmons donc que la méthode est toujours liée à l'objet de recherche et qu'elle n'est donc pas séparable de « notre » implication. Elle renvoie de fait à la position du sujet et surtout à la difficulté de son objectivité quand son étude s'inscrit dans le domaine des sciences humaines. Quant aux choix des données restituées, il tient à la posture même de l'actrice-chercheuse. La question posée réside dans la problématique implication-distanciation : être pleinement actrice du fait de la familiarité du terrain et conserver suffisamment de recul pour rester observatrice et analyser les données naturelles. « *En son sens le plus large, le regard clinique est donc celui qui porte sur un terrain structuré par un jeu de relations et d'interactions dynamiques, complexes, requérant toujours une compréhension, autant herméneutique que systématique mais supposant que le praticien, le chercheur aient eux-mêmes convenablement remanié le rapport implication-distanciation pour pouvoir être effectivement co-présents à la situation qu'ils analysent sans y*

*perdre leur spécificité et leur compétence.*¹⁶ » Il s'agit d'abandonner le champ du fusionnel et, dans le même temps, de passer d'un statut d'expert à celui de chercheur, sachant qu'aucune analyse n'épuiserait jamais la richesse du réel. Ainsi, dans cette seconde recherche, qualifier l'observation de « participante » c'est évoquer, certes, le fait de ne pas avoir partagé la vie de ces infirmières, mais aussi pouvoir rendre compte de l'authenticité de leurs propos, grâce à notre connaissance du milieu hospitalier et du métier d'infirmière en choisissant comme méthode de recherche l'entretien collectif¹⁷ qui combinait nos connaissances empiriques et notre questionnement analytique.

COMMENT SE RÉALISER EN TANT QUE PRATICIEN-CHERCHEUR ?

C'est la personne même qui est convoquée dans ses différentes identités de femme, de mère, d'épouse, de citoyenne et de professionnelle. C'est donc un sujet inscrit, comme tout être, dans ses multiples dimensions bio-psycho-sociales, à l'intérieur d'un environnement complexe et diversifié. Pour moi, il s'agit de montrer que sans ce mouvement incessant de va-et-vient entre la chercheuse et sa confrontation au monde pratique, il ne peut y avoir existence même d'un espace possible entre soi et les autres. Mettre en parallèle deux types de connaissances, l'une contextualisée par la pratique des infirmières et l'autre théorisée par le chercheur, tels sont les deux facteurs indissociables de mon cheminement. Que ce soit la lecture de certaines recherches¹⁸ ou un certain regard sur le terrain, tous ces éléments ont confirmé l'observation¹⁹ comme construction sociale. Sujet vu, produit, permettant un accès à la connaissance

16. J. Ardoino, *Perspectives de l'analyse institutionnelle*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1988. Nous empruntons à G. Malglaive sa définition de la compétence comme articulation du « savoir en usage » (qui relève de l'association dynamique des savoirs théoriques et procéduraux avec les savoirs pratiques et le savoir-faire) à sa « formalisation » (activité cognitive permettant de poser et modéliser une connaissance) nécessairement intégrée par l'individu qui la met en œuvre, in *Enseigner à des adultes*, Paris, PUF, 1990. Pour B. Walter (infirmière diplômée d'État, également titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation), *Le savoir infirmier, Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*, Paris, Lamarre, 1988, « la compétence vient de ce que l'infirmière sait, peut, est », par conséquent, la compétence intègre le niveau de formation, l'expérience personnelle ainsi que la diversité des expériences professionnelles.

17. Cette méthodologie est en référence à celle utilisée par G. Brougere et J. Tobin, in « Culture et sexualité enfantine à l'école maternelle, étude comparée entre les États-Unis et la France », *Éducation et Sociétés*, n° 6, 2000, p. 167-185.

18. Principalement, celles de A.-M. Arborio, de A. Perraut-Solivres et de A. Vega.

19. En référence à Ruth Canter Kohn.

de la personne par le choix des données qui respecte l'individu, tout en s'autorisant l'utilisation de son observation pour la recherche. Et, dans le même temps, compréhension plurielle articulée aux savoirs.

C'est la définition de praticien-chercheur que nous empruntons à A. Perraut-Soliveres qui nous semble réunir les deux chemins si complémentaires et pourtant si distincts. Le praticien-chercheur est un chercheur de l'intérieur. Partant de la réalité qu'il partage avec d'autres, il met en perspective tout ce qu'il perçoit qui lui semble donner du sens à ce qu'il fait. L'une et l'autre postures, celle de praticien et celle de chercheur, se nourrissent mutuellement, permettant l'aller-retour permanent de la pratique à la recherche. Le praticien-chercheur est un militant pour une autre vision de la recherche²⁰. Nous devons comprendre que le chercheur établit des problématiques qui questionnent le savoir selon certains angles en lien avec le besoin de la société cherchant à comprendre ses constructions, dans le but de réinjecter ces apports comme explication « scientifique ». Il est là pour faire une lecture qui se fonde sur une démarche scientifique, obligeant à une certaine posture empreinte de distance vis-à-vis des situations vécues et, dans le même temps, favoriser l'amélioration des pratiques par son questionnement incessant. Ce qui caractérise le praticien-chercheur est cette dimension

d'expert, au sens de « connaissance en arrière-plan », du terrain, alliée à une mise à distance lui permettant de ne pas être « happé ».

CONCLUSION

Aujourd'hui notre intérêt se porte sur les agencements des savoirs, sur une possible professionnalisation du métier et surtout sur l'affiliation comme mode de transmission de l'impensé du travail. Celui-ci est à nos yeux un thème alliant sciences de l'éducation et soins, car il interroge toutes les actions réalisées en amont par les professionnels (enseignants comme soignants) et qui ne figurent jamais dans la définition de la fonction, d'autant que les professionnels eux-mêmes ne le considèrent pas comme une partie de leur activité. Dans certains cas, les infirmières le qualifient de « feeling » alors qu'il est aussi le conservatoire des gestes de la profession.

La réalisation de notre projet, facilitée par notre affiliation, pourrait valider en savoirs d'expérience une production de savoirs sur la construction du métier.

Élizabeth NOËL-HUREAUX
Enseignante à Paris 13

20. A. Perraut-Soliveres, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, Coll. Partage du Savoir 2001, p. 193-205.