Chapitre 12

Recherche dans le domaine de la santé et recherche en sciences de l'éducation : apprentissages infirmiers en situation de travail

Anne Gaudry-Muller
Doctorante, Université Paris Ouest Nanterre La Défense EA 1589

Résumé : En France, le système de santé et la profession infirmière sont confrontés à des défis d'envergure. Le premier doit assurer sa mission dans un environnement en évolution permanente : répondre aux besoins de santé de la population en proposant une offre de soins adaptée et efficiente. Les enjeux pour la profession infirmière sont aussi l'émergence et la reconnaissance d'une discipline en soins infirmiers. L'acquisition des savoirs des infirmières au cours de leur pratique devient un enjeu de professionnalisation et de qualité de soins. La recherche qualitative présentée ici met en exergue les pratiques d'apprentissages informels des infirmiers au quotidien. Ceux-ci par définition, secondaires aux activités de la vie quotidienne, ni organisés ni structurés, ont souvent un caractère non intentionnel (Cedefop, 2009). Elle fait émerger les savoirs nécessaires à la pratique du métier pour en caractériser l'épistémologie, les modalités d'appropriation. Les apprentissages professionnels informels permettent au professionnel d'acquérir et ajuster les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à la compétence dans le juste à temps et de se professionnaliser (Le Boterf, 2010). La réflexivité des professionnelles apparaît comme médiateur dans le processus d'apprentissage informel et levier majeur de professionnalisation permanente.

Mots clés : recherche, santé, apprentissages informels, réflexivité, épistémologie, savoirs

12.1 Introduction

Le congrès de l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants (ANFIIDE) en 2012 s'ouvre sur ces mots : « Dans notre quête de soins de santé de qualité et accessibles, nous devons constamment nous efforcer d'appliquer aux services infirmiers des approches fondées sur les preuves ». Ainsi cette introduction

pose-t-elle d'emblée la relation de cause à effet entre recherche, qualité des soins et soins basés sur des preuves.

Au regard des mutations notamment celles du contexte hospitalier et de l'évolution constante des savoirs à mobiliser dans la pratique quotidienne, la professionnalisation des infirmières nécessite à la fois l'apprentissage et la recherche. La professionnalisation est entendue par Wittorski (2008) comme un processus finalisé de transformation continue de compétences en rapport avec un processus de transformation d'activités liée à l'évolution des situations de travail. Celle-ci peut se penser comme un processus récurrent et progressif tout au long de la vie professionnelle (Muller, 2013). Bourdoncle (2000), lui, différencie la professionnalisation de l'activité, du groupe exerçant l'activité, de la formation et des savoirs. Les compétences infirmières, définies en termes de connaissances, habiletés et attitudes, évoluent grâce à l'acquisition de savoirs par l'expérience. Les apprentissages informels liés à la réflexivité des professionnels leur permettent d'être compétents dans le *juste à temps* des soins à prodiguer aux patients. L'épistémologie précise les savoirs que les professionnels jugent nécessaires à la pratique quotidienne pour une efficience des soins.

Cette recherche qualitative met en exergue les pratiques d'apprentissages informels des professionnels infirmiers sur le terrain. Ceux-ci par définition, secondaires aux activités de la vie quotidienne, ni organisés ni structurés, ont un caractère non intentionnel la plupart du temps (CEDEFOP [1], 2009). Le corpus des apprentissages informels et savoirs mobilisés s'appuient sur des données empiriques recueillies lors d'une recherche exploratoire auprès de trente professionnels de terrain. Les résultats montrent leur réflexivité définie comme «un retour sur soi en vue d'une prise de conscience de son propre fonctionnement » (Muller, 2013, p. 131 citant Vinatier, 2012). La réflexivité est *médiateur* dans le processus d'apprentissage informel.

Le travail au quotidien, l'agir professionnel, concourt à la professionnalisation par les apprentissages informels et la réflexivité. Celle-ci se produit à deux niveaux et en deux temps : dans l'action de soigner et dans le récit narratif des apprentissages. La première phase de l'entretien consiste en la relecture des écrits consignés dans le journal de bord, outil de recension des apprentissages. Les professionnels explicitent et mettent en récit par la parole leur expérience, ce qui favorise le retour sur soi, l'identification de leurs modalités et temporalités d'apprentissage dans un continuum. La distanciation de l'infirmière, sujet de son propre fonctionnement concernant les apprentissages informels, objet de recherche est favorisée et ouvre sur une autonomie élargie.

12.2 Le contexte de la recherche : vers une articulation de logiques de soins

A la suite d'une évolution de la demande de soins nouvelle et plurielle, des changements de logiques et de techniques de soins et de communication émergent, où l'usager devient client et acteur du système de santé.

1. Le CEDEFOP est le Centre européen pour le développement de la formation professionnelle.

Le Ministère de la Santé met en œuvre et articule diverses réformes impactant la pratique et la formation pour une même finalité, la qualité des soins et le service rendu au patient. Les enjeux sont d'ordres économique et humain, liés à l'exercice compétent du métier, à la mobilisation pertinente des ressources du professionnel en situation (Le Boterf, 2010). La recherche est un moyen de professionnalisation et de revendication pour une discipline en sciences infirmières. De 2008 à 2013 de nombreuses réformes ont vu le jour que ce soit dans le lieu d'exercice ou dans la formation infirmière. La réforme hospitalière transforme le fonctionnement de l'institution hospitalière, instaurant une évolution de sa gestion, de son fonctionnement, de son organisation interne et de ses valeurs. Les parcours de soins des patients sont repensés avec un renforcement des collaborations entre professionnels de santé au sein des territoires de santé (Couty, 2013 ; Kervasdoué, 2011).

La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » promeut une offre de soins large, de qualité c'est-à-dire avec une qualité de soins prouvée répondant à l'ensemble des besoins de santé, et accessible à tous. Un programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI, 2009) vise à développer la recherche en soins infirmiers en France et la qualité des soins. La Haute Autorité de Santé met en place des leviers de changements que sont les recommandations professionnelles et l'évaluation des pratiques professionnelles, par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La coopération entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux développe de nouveaux modes d'exercice collectif et des transferts d'activité pour optimiser une production de soins de qualité à moindre coût (Reynaudi et Sauneron, 2011).

In fine, la formation des professionnelles, initiale et continue permet la mobilisation des connaissances et habiletés, des compétences spécifiques pour prendre en charge de manière pertinente un patient dans son environnement. Dans ce contexte où le développement de compétences initiales, nouvelles ou de « métacompétences » est exigé, la réingénierie de la formation initiale infirmière de 2009 est un nouveau levier de changement. En cela, elle suit le Conseil International des Infirmières (1998) qui prône la formation des infirmières à la conduite de recherches, à l'analyse critique des résultats de recherche et aux transferts de connaissances dans les pratiques de soins.

Le référentiel de formation souhaite s'inscrire dans le paradigme du socioconstructivisme et vise la professionnalisation de l'infirmière selon une logique de compétence et d'« apprendre à apprendre ». Ainsi les étudiants entrent dans un parcours de professionnalisation tout au long de la vie instauré depuis 2008 dans la fonction publique hospitalière. Le développement professionnel continu est d'actualité. Une initiation à la recherche en sciences sociales et humaines est à ce propos développée dans le programme de formation.

12.3 L'état des lieux de la recherche en soins infirmiers aujourd'hui

La recherche en soins infirmiers se situe dans un large champ, celui du domaine de la santé. Plusieurs définitions complémentaires peuvent en être données.

12.3.1 De définition en définitions

Selon le Conseil International des Infirmières, « la recherche dans le domaine des soins infirmiers est une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés ». Cette définition de la recherche, en tant que positionnement militant, englobe tous les aspects des questions de santé qui revêtent un intérêt 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. « Elle 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.» (CII, 1998). La recherche est encore définie comme un « processus systématiquement et intentionnellement orienté et ajusté en vue d'innover ou d'augmenter la connaissance dans un domaine donné» (De Ketele, Rogiers, 1996, p.91). Elle porte sur « la qualité et la sécurité des activités et des services de soins, l'organisation et la gestion de ces services, l'évaluation des organisations, l'impact des politiques de santé et des outils de régulation et de formation sur la qualité et l'efficience des pratiques et des organisations des soins infirmiers » (Circulaire DHOS, septembre 2009). Ces définitions mettent l'accent sur les notions de processus et de démarche, de quête ou d'augmentation de nouveaux savoirs ou de connaissances dans un domaine donné, pour le bénéfice de populations différentes. Qu'en est-il du statut des savoirs ?

12.3.2 Des méthodologies plurielles, un flou sur le statut des savoirs

La profession infirmière n'ayant pas su, à ce jour, faire reconnaître ou démontrer l'existence d'une *discipline infirmière*, les recherches liées aux soins infirmiers, au métier et à sa formation sont disséminées dans les domaines tels que les sciences sociales et humaines, en particulier dans les sciences de l'éducation, la santé publique, la médecine (Vial, 2000). Les méthodologies utilisées sont celles des différents types de recherche : fondamentale, descriptive, empirique, expérimentale, clinique, appliquée voire même recherche-action. Ce foisonnement ouvre à toutes les potentialités possibles et peut apparaître telle une richesse, alors que paradoxalement il en résulte plutôt un manque de consistance, un flou qui nécessite de travailler sur le sens voire l'essence de ce qu'est le soin infirmier ou même une discipline infirmière. Penser l'épistémologie permettrait de préciser l'appellation et de nommer ce que pourrait être une discipline et la recherche y afférant : recherche en santé, recherche infirmière, recherche clinique infirmière, recherche en soins, recherche en soins infirmiers ou encore recherche en sciences infirmières. La non-formalisation d'un terme unique montre l'absence de consensus de la profession, participant au flou et engendrant la dissémination des recherches dans des champs qui ne sont pas propres ou singuliers à la profession. Comment pourrait-il en être autrement alors que Nadot [2] (2002) recense dans les écrits professionnels francophones pas moins de quarante cinq qualitatifs du mot *soin* et que le terme *savoir* est équivoque ?

2. Michel Nadot est infirmier, chercheur, professeur d'histoire et d'épistémologie en sciences infirmières. Il a enseigné à la Haute école de santé de Fribourg (Suisse). Associé à l'école doctorale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval à Québec (Canada), il est à l'origine du premier modèle conceptuel en sciences infirmières de l'Europe francophone.

12.3.3 Entre recherche, discipline et savoirs

Le fait que les différents types de recherche se discriminent et s'articulent amènent à une réflexion épistémologique sur le statut des savoirs produits par chacune des disciplines : sciences de l'éducation ou sciences infirmières. Pour Nadot, une discipline existerait dans un champ pratique et se devrait de prendre en compte les dimensions d'espace et de temps. La conceptualisation qu'il propose, montrerait alors l'évolution des pratiques de soins situées dans une culture et un champ d'activités spécifiques. Le caractère de spécificité résiderait non pas dans l'acte de soin mais dans « la grandeur, la réputation ou la valorisation du savoir qui y est liée » et dans « la possibilité d'accéder à la source de ce savoir et de le communiquer » (Nadot, 2002). On voit ici tout l'enjeu que peut revêtir la recherche dans cette configuration : faire émerger les savoirs nécessaires à la pratique du métier, les produire, les valider, les formaliser et les diffuser en vue d'une appropriation pour les pairs et les novices. La réflexion et la formalisation permettent que l'expérience se transforme en savoir.

12.4 Les savoirs de la pratique professionnelle, un champ étendu, variable, fluctuant et évolutif

Le champ des savoirs que l'infirmière doit être en capacité de mobiliser est étendu, variable, fluctuant et évolutif selon les contextes d'exercice. Les activités infirmières sont recensées et décrites dans un référentiel susceptible d'évoluer. L'émergence de nouveaux métiers nécessite de préciser pour chacun sa singularité, son cœur de métier et sa complémentarité avec les métiers connexes. La coopération entre les paramédicaux et les autres professionnels entraîne des besoins d'acculturation variables selon les spécialités et les contextes. La diversification des savoirs infirmiers nécessaires à l'exercice compétent de la profession exige au quotidien un effort d'apprentissage (Carré et Muller, 2009). Cette recherche montre que les professionnels réalisent par l'expérience dans la pratique quotidienne des apprentissages informels permettant de proposer des soins adaptés et de qualité aux usagers. Dans le domaine de la santé, la recherche en soins, synonyme de qualité, est un moyen au service de cette professionnalisation et concourt à la reconnaissance de la discipline infirmière. Un paradoxe existe alors pour les professionnels entre apprendre de manière informelle et apprendre de la recherche, voire produire des savoirs. C'est en naviguant entre ces entre-deux, de caractères scientifiquement différents que la profession progresse.

12.4.1 Evolution de la modalité d'apprentissage vers des apprentissages informels

Depuis 2012, la promotion des soins infirmiers, fondée sur des preuves est un objectif de l'ANFIIDE, les savoirs tacites du compagnonnage tendent à devenir des savoirs scientifiques tels que les données probantes relevant d'une *Evidence Based Nursing* (Debout, 2012). Les savoirs évoluent, ceux utilisés *dans* la pratique se transforment, d'autres sont issus *de* la pratique par la recherche. L'infirmière est amenée à changer de postures, l'une réflexive dans la mobilisation des savoirs pertinents et adaptés issus de la recherche dans la pratique et l'autre pro active de recherche pour la production de nouveaux savoirs. Mais qu'en est-il réellement ?

Nous montrerons dans cette recherche que l'infirmière réalise sur le terrain des apprentissages informels lui permettant d'acquérir et d'ajuster les savoirs et savoir-faire nécessaires à la pratique de soins, correspondant aux situations de travail. Ces apprentissages informels permettent aux infirmières de *savoir agir* en situation (Le Boterf, 2010) et correspondent à un apprentissage permanent, dont le périmètre reste à définir. Réalisés par les infirmiers dans leur pratique professionnelle, ce sont des *apprentissages professionnels informels* tels que définis par Carré et Charbonnier (2003, p.20) :

> tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formations instituées et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle qui trouvent leur source dans les dimensions relationnelles du travail et dans la confrontation aux aléas relationnels (initiation, panne, incident).

Toutefois, la culture infirmière, malgré ses velléités d'émancipation du mode médical et les leviers mis à sa disposition pour apprendre de manière formelle privilégie encore aujourd'hui dans la pratique les apprentissages implicites, tacites du compagnonnage ou de la socialisation (Dubar, 1996).

Si les recherches dans le domaine infirmier ne sont pas légion, elles sont cependant plurielles principalement dans le monde anglo-saxon. En France aucune recherche sur le thème des apprentissages informels infirmiers n'est répertoriée avant 2009, exception faite d'une première publication récente (Carré et Muller, 2009). Le phénomène est paradoxal pour cette profession puisqu'aujourd'hui, les apprentissages semblent se perpétrer par voie d'expérience et par transmission. Les professionnels le perçoivent puisqu'ils ont contribué à mettre la réflexivité comme élément clé du référentiel de formation.

12.5 De l'épistémologie des savoirs de la pratique à l'épistémologie des savoirs des apprentissages informels

12.5.1 Méthodologie de recherche

L'enquête qualitative a été réalisée auprès d'une population de trente infirmières, exerçant dans différents services sur deux terrains d'enquête, une clinique et un hôpital. L'objet de recherche -les apprentissages infirmiers dans la pratique- mettent en évidence les savoirs appris nécessaires à la pratique. Une recension des écrits sur ce thème fait l'objet d'une note de synthèse de la revue *Savoirs* (Cristol et Muller, 2013). Un outil, le journal de bord, permet aux professionnelles de recenser et formaliser les apprentissages réalisés chaque jour, pendant six semaines. Elles y consignent les connaissances, habiletés ou attitudes apprises dans la journée, les occasions d'apprentissage, les ressources humaines ou matérielles utilisées, ainsi que l'intérêt pour leur pratique professionnelle. Au terme des six semaines, un entretien permet la compréhension objective des écrits. L'analyse empirique des apprentissages permet d'envisager une typologie de cinq cent apprentissages classés en trois catégories selon un degré variable d'intentionnalité et/ou une conscience de l'acquisition de connaissances. Une grille de lecture est utilisée pour mettre en évidence les savoirs mobilisés dans la

pratique. Il s'agit de la typologie des quatre types de savoirs de Carper (1978). Un *savoir empirique* s'appuie sur les manifestations de la santé et de la maladie, et résulte d'une conceptualisation, lui octroyant un caractère scientifique (Debout, 2008). S'y ajoute un *savoir artistique* de nature pratique et expérientielle, qui en mobilisant ressources, connaissances théoriques ou techniques favorise l'individualisation des soins et l'adaptation en situation. Un *savoir personnel*, en termes de connaissance de soi et de l'autre, permet de comprendre la représentation et le sens que chacun donne aux situations vécues. Un *savoir éthique* permet d'appliquer, de participer ou de prendre des décisions dans des situations réelles de la pratique.

12.5.2 Des apprentissages de savoirs en situation de travail

Au total, les trente personnes déclarent près de 500 apprentissages composés de savoirs, habiletés et attitudes. Soit 16,5 en moyenne par personne de tous les apprentissages confondus : les savoirs sont de l'ordre de 10 apprentissages par personne, les habiletés de 3 par personne, les attitudes entre 1 à 2 par personne. Les savoirs, représentant 67% des apprentissages déclarés, concernent l'institution (administration, culture, valeurs, organisation, projets, outils de communication intranet) ou des savoirs théoriques spécifiques au service relatif à la spécialité (les progrès matériels et médicaux, les nouvelles molécules, les pathologies, les techniques opératoires, et techniques de soins) et les soins infirmiers qui en découlent, les protocoles et procédures d'entrée, de techniques de soin). Les habiletés représentent 21% (mise en œuvre de protocoles, de soins techniques, de commandes) et les attitudes 9% (gestion de stress, de conflits, prise de position, savoir dire non). Deux dimensions prépondérantes permettent de les préciser : les dimensions thérapeutique et organisationnelle avec respectivement dans les deux cas : 53% et 12% pour les savoirs et 34% et 17% pour les habiletés. La dimension thérapeutique des apprentissages est en lien avec les évolutions scientifiques et techniques, le développement des procédures qualité. Ces savoirs et habiletés représentent 89% des apprentissages.

12.5.3 Une typologie des apprentissages professionnels informels infirmiers

Une première catégorie d'apprentissage concerne des apprentissages professionnels intentionnels, ayant pour finalité un projet individuel. Une seconde catégorie d'apprentissage, la plus significative concerne des apprentissages professionnels incidents liés à des situations inhabituelles ou nouvelles rencontrées par l'infirmière. Ils se produisent à l'occasion de changements de poste de travail, de prise de responsabilités nouvelles, de dysfonctionnements ou de situations quotidiennes de soins auprès de patients. Ces apprentissages, conscients et involontaires, de survenue aléatoire sont des apprentissages incrémentaux concernant des données modifiées, en lien avec l'évolution des savoirs, des techniques ou des organisations. Ils sont nécessaires dans l'activité infirmière pour « savoir agir » dans l'ici et maintenant. Ils sont liés à une injonction de l'environnement à apprendre. Les professionnels font preuve de réflexivité en situation, ils réinterrogent leur pratique et apprennent de manière permanente. Une troisième catégorie correspond à un apprentissage professionnel implicite réalisé au cours de la vie quotidienne, sans que la professionnelle ait eu l'intention de l'acquérir

et sans en avoir conscience. Il se révèle lors de la confrontation à une situation et/ou activité. L'infirmière prend alors conscience qu'elle sait, va savoir agir ou a su agir par ce qu'elle possède la connaissance. En situation, elle comprend qu'elle *sait* pour faire. Cet apprentissage tacite lié à l'intériorisation de valeurs, attitudes, comportements ou de savoirs relève de la socialisation. Ces apprentissages sont retrouvés dans des situations-problèmes par la réflexivité des journaux de bord et de l'entretien. La dimension de réflexivité est présente que ce soit en situation d'agir ou dans l'écriture du journal de bord.

12.5.4 Apprentissages informels, recherche et professionnalisation

Les résultats montrent les liens entre apprentissages informels, recherche et professionnalisation. Si tous les apprentissages visent la professionnalisation, la recherche en tant que moyen ou finalité est moins présente.

Les pratiques d'apprentissage informel permettent à l'infirmière de développer de nouvelles compétences pour anticiper le futur ou en situation d'immédiateté au regard de normes de qualité attendues. L'infirmière apprend des gestes techniques, des procédures pour agir en situation, être opérationnelle. La dimension organisationnelle des apprentissages est significative de l'évolution des structures internes et externes à l'hôpital (la sectorisation, la répartition en pôles d'activités, les parcours de soins des patients, les réseaux de soins, la collaboration), de la rationalisation (économie, efficience) du processus qualité (certification des hôpitaux), du mode de management (mode participatif), des conditions et des modes de travail (ajustement des effectifs, pénurie, flexibilité du travail).

Le mot recherche n'apparait dans aucun journal de bord quel que soit l'item : contenu, occasion, ressource ou finalité d'apprentissage. Ajoutons qu'aucune infirmière n'a même prononcé le mot de *recherche.* Aucun apprentissage informel n'est en lien avec une activité de recherche en cours dans le service ou dans l'institution. Ce qui revient à dire qu'aucune infirmière n'a évoqué de projet d'apprentissage ou déclaré avoir appris à propos de la recherche. Les apprentissages incidents, effectués au cours de l'activité A9, référencée dans le référentiel d'activités infirmières sous l'appellation *veille professionnelle et recherche*, représentent 9% des 500 apprentissages. Les professionnels, bien que formés à l'initiation à la recherche en formation initiale, ne collaborent que très peu à des recherches sur le terrain, ce qui explique qu'aucun apprentissage ne soit réalisé en faisant une recherche. Ils sont liés à la recherche mais ne sont pas issus des recherches infirmières.

La recherche est envisagée comme moyen d'amélioration de la qualité de soins et non de production de savoirs. Les infirmières utilisent les méthodes ou les résultats de la recherche pour une opérationnalité de la pratique mais ne produisent pas de savoirs**.** La recherche à ce jour enrichit plus la dimension thérapeutique ou technique du soin que la clinique. La maîtrise d'usage se situe juste à un niveau d'utilisation et non de production. (Carré, 2009 ; Vulbeau, 2009). L'infirmière peut être considérée comme usager, consommatrices de savoirs issus de la recherche, de savoirs nouveaux provenant des évolutions scientifiques concernant les pathologies, les thérapeutiques ou la technologie. Les résultats de la recherche, les savoirs sont consultés et deviennent

des ressources mobilisées par les infirmières pour être compétentes dans l'action et répondre ainsi aux attendus de qualité de soins. Les infirmières utilisent les procédures, les résultats, les méthodologies attendues par la profession, et font ainsi preuve de professionnalisme, en respectant dans leur pratique les procédures et les normes établies. La stratégie du corps professionnel est d'aller au-delà du métier vers une profession, de revendiquer une élévation dans l'échelle des activités. L'épistémologie des savoirs mobilisés en situation peut y aider.

12.5.5 Les apprentissages en regard de la typologie des savoirs infirmiers de Carper

La lecture des apprentissages informels peut être faite en regard de la typologie des savoirs infirmiers de Carper (1978) qui catégorise les savoirs en savoirs empirique, artistique, éthique et personnel. Cette typologie est reconnue dans la discipline infirmière et développée dans la littérature internationale sur les sciences infirmières (Debout, 2012).

La référence à ces savoirs est limitée. Le savoir empirique concerne les manifestations de la santé et de la maladie et correspond selon cette typologie à un savoir « scientifique, factuel et vérifiable » peu présent dans les apprentissages. Les savoirs, objets d'apprentissage, ne sont ni conceptualisés, ni issus de la recherche, de lecture de publications scientifiques ou de recommandations de bonnes pratiques cliniques. Les infirmières n'utilisent pas de méthodes scientifiques pour décrire, expliciter ou formaliser le savoir utilisé dans la pratique. Les apprentissages concernent peu l'état clinique du patient ou l'évolution des signes cliniques qui permet à l'infirmière de poser un jugement clinique suite à l'observation du patient. Ce savoir à l'état empirique existe par ce qu'il est basé sur une démarche de raisonnement scientifique mais sans donner lieu à explicitation ou à prédiction. Il reste de l'ordre de l'utilisation, de l'intuition, non de la démonstration. Des conduites à tenir, des attitudes, des règles à respecter sont transmises oralement, sans référence scientifique. Pourtant ce savoir constitutif de la discipline cœur du métier permettrait la compétence de la professionnelle dans la mobilisation et l'articulation de savoirs maîtrisés (fondamentaux, appliqués, théoriques, procéduraux), d'habiletés et des schèmes de pensée ou d'action dont la codification n'est jamais totale (Perrenoud, 1994). L'explicitation des schèmes permettrait leur transmission et serait un fondement de la profession.

Le savoir éthique, peu évoqué, permet de discerner une situation et de faire des choix moraux. Il repose sur un ensemble de principes théoriques, de valeurs et de règles mais aussi de raisonnement amenant à poser un jugement et une prise de décision éthique. Il pose le sens de l'action et de ses actes. En psychiatrie notamment, les infirmières réalisent des apprentissages en regard de ce savoir éthique, en discutant avec les psychologues et les psychiatres pour déterminer le contenu des entretiens, « de ce qui est à dire », « de ce qu'elles vont pouvoir dire » et « comment elles vont pouvoir le dire aux patients ». Il est objet d'apprentissage aussi pour une infirmière faisant fonction de cadre lorsqu'elle doit prendre ses responsabilités et faire face au mécontentement d'une famille.

Le savoir personnel est lié à la compréhension de soi et de l'autre en tant que personne singulière. Les infirmières ont évoqué le fait que remplir des journaux de bord leur permettait de faire une analyse réflexive et donc de mieux se connaître, ce qui correspond au savoir personnel pour une meilleure compréhension de soi. Il est perceptible dans les apprentissages liés à une posture ou aux interactions avec un professionnel, un patient ou une famille. Par contre, l'empathie ou la compréhension de l'autre comme individu singulier sont peu évoquées. Le style générique est utilisé, « je le saurai la prochaine fois », ou alors « quand cela se représentera ». L'autre (le patient) est considéré tel que faisant, plus tard dans une autre situation l'objet d'un transfert de l'apprentissage. De la même manière, l'autre (infirmière) sera le sujet-récepteur d'un apprentissage parce que considéré comme nécessaire à la pratique.

Le savoir esthétique est lié à la perception de l'expérience humaine. Il permet de comprendre le sens que la personne-soignée singulière donne à sa situation pour lui prodiguer des soins individualisés. Bien que ces expériences humaines soient le lot de la pratique infirmière au quotidien, le nombre d'apprentissages relatifs à ce savoir est faible. Les infirmières portent leur regard sur ce qui sort de la routine et qui les interroge. Quand bien même ces apprentissages sont évoqués sporadiquement, ils sont isolés, situés et singuliers.

Ces savoirs que nous venons d'évoquer ne sont pas nommés par les infirmières en ces termes mais sous les mots de « savoir, savoir-faire ou attitude/comportement », comme utilisés fréquemment dans le discours en formation initiale. Les infirmières ne semblent pas utiliser ces termes, ni les connaître. La référence à la typologie de Carter semble à l'heure actuelle l'apanage des intellectuels de la profession, œuvrant à la reconnaissance d'une discipline.

12.6 Visibilité des apprentissages et visibilité de la recherche

Cette recherche montre l'utilité voire la nécessité de faire de la recherche pour mettre en évidence les apprentissages implicites et tacites en situation de travail. Elle permet le regard croisé entre recherche en santé et recherche en éducation. Elle décloisonne et montre les similitudes entre sciences infirmières et sciences de l'éducation, entre la manière de soigner des professionnelles et leurs modalités d'apprentissage, entre « soigner » et « apprendre » du soin. Plurielles, les disciplines s'enrichissent réciproquement. Un parallèle peut être établi. Une démarche empirique pour les sciences infirmières distingue les éléments fondamentaux du soin infirmier que sont la personne, sa situation, son environnement et son autonomie. La démarche empirique dans les sciences de l'éducation fait émerger les apprentissages professionnels informels infirmiers d'une professionnelle, dans une situation, dans l'environnement de travail pour *in fine* être une professionnelle autonome.

Cette recherche précise le lien entre travail et formation. Les infirmières réfléchissent leur pratique quotidienne pour mieux soigner et apprennent de la même manière qu'elles soignent. Les savoirs mobilisés par la praticienne sont formels et informels, et relèvent d'une hybridation. L'acte d'apprendre devient l'art d'apprendre à apprendre, d'apprendre à mobiliser et articuler des savoirs en situation dans un environnement donné. Il résulte de la confrontation aux situations de travail et de soins, de l'analyse

de pratiques et de l'évaluation des compétences acquises. La formation en alternance se révèle un moyen privilégié d'apprentissage professionnel. La compétence ne s'observant qu'en situation puisque les savoirs théoriques et les savoirs d'action y sont mobilisés, le terrain est un passage obligé de la compétence. Les situations de travail quotidiennes sont un terreau d'apprentissages sous certaines conditions. La hiérarchie, les collègues, les patients mêmes deviennent des ressources d'apprentissage potentielles. Les acteurs professionnels de la formation (formateurs, tuteurs ou maîtres de stage) suivent la même logique, être facilitateurs de l'« apprendre à apprendre » des apprenants, être accompagnateurs de la construction de compétences.

Un autre point saillant mis en évidence est l'écart de langage ente théoricien et praticien. Le praticien en situation conceptualise, mais cette conceptualisation est implicite sans reconnaissance par la communauté scientifique. Il adapte des théories, des stratégies, des manières de faire pour comprendre la situation, poser des hypothèses et répondre à l'imprévu. Il développe un *agir réflexif* (Schön, 1994), une réflexion au cours de l'action, dans l'action. Il s'appuie sur le savoir en action, sans pouvoir expliciter comment il le fait. Ce savoir est tacite et implicite dans les schèmes de perception et d'action. Le constat est établi que les apprentissages déclarés relatifs au rôle propre infirmier, qu'ils soient liés aux savoirs, au raisonnement ou au jugement clinique infirmier sont inférieurs en nombre aux savoirs scientifiques ou techniques. Ceci peut être mis en relation avec la représentation de la profession infirmière et la construction identitaire de l'infirmière. Les données probantes sont peu objets d'apprentissage, ce qui tendrait à rejoindre les résultats de la recherche de Pravikoff, Tanner, Pierce (2005).

12.7 Une réflexivité à différents niveaux

Dans le large champ de la réflexivité, cette recherche cible la réflexivité liant pratique professionnelle et apprentissage. La réflexivité se situe à plusieurs niveaux, il s'agit de réflexivité «de» et «sur» sur la pratique d'apprentissage ; dans la pratique professionnelle elle-même et dans le protocole de recherche induite par les outils de recueil de données que sont le journal de bord et l'entretien de relecture de ce dernier.

Dans son livre *Le praticien réflexif*, Schön évoque les liens entre réflexivité et expérience, telle que la réflexion dans l'action. La réflexivité quasi constante des infirmières dans leur pratique professionnelle et l'acquisition de connaissances par l'expérience de leur profession les amènent à se professionnaliser au quotidien, tout au long de la vue. L'infirmière est un praticien réflexif, un *chercheur dans un contexte de pratiques* (Schön, 1998). A l'aide du langage et de la parole, par la mise en récit, elles sont capables de formalisation et de réflexivité, démontrant ainsi qu'elles ne sont pas des « idiots culturels » (Garfinkel, 1967). Les infirmières ont des pratiques professionnelles et réflexives différentes. Elles sont des sujets, auteurs et acteurs du développement de leurs apprentissages et de son développement professionnel continu.

Les pratiques d'apprentissage sont considérées, dans la continuité comme objet de recherche réflexive, permettant l'appellation de pratique réflexive selon Pineau (2013) plus que d'action réfléchie. Un changement paradigmatique s'instaure au travers de ces pratiques d'apprentissage infirmier, inscrites dans l'agir professionnel, qui acquièrent

un caractère de légitimité scientifique. Le modèle scientifique est issu de la pratique, et n'y est plus appliqué.

La médiation par les journaux de bord et la parole instaure une activité réflexive. L'expression narrative, qu'elle soit écrite ou orale, se révèle un moyen de réfléchir sur la pratique. Le journal de bord en est un moyen écrit, la formalisation de sa pratique de travail et d'apprentissage et de sa transformation en objet de réflexion permet la prise de distance en se différenciant d'elle comme sujet (Pineau, 2013). L'entretien par la mise en travail de parole ouvre au dialogue avec soi et autrui, lequel devient alors médiateur pour aider à la mise en mot et permettre la réflexivité. L'entretien se rapproche de deux démarches, l'une narrative des manières de faire les pratiques professionnelles et les apprentissages dans le contexte singulier de chacune des professionnelles, l'autre réflexive. L'entretien est le moment d'une prise de conscience des dispositions acquises, incorporées de façon inconsciente le plus souvent. Le *tournant réflexif* de l'infirmière est alors lié au regard critique qu'elle pose sur sa pratique et ses apprentissages. Issus d'une pratique plus subjective que scientifique, contextualisée avec des contraintes et des aléas (Pineau, 2013), les apprentissages informels concernent les savoirs nécessaires dans le *juste à temps* de la pratique auxquels les professionnelles portent attention.

L'infirmière prend les actions de soigner et d'apprendre comme objet de réflexion. Cette pratique est *langagière, dialogique et sociale* (Perrenoud, 2004) dans le récit d'apprentissage de la vie professionnelle. Par le langage, l'expérience professionnelle est mise en mots et partagée, sans dispositif réel d'analyse de pratiques, que ce soit au cours des échanges entre professionnelles dans la pratique quotidienne, au sein d'une communauté de pratiques ou lors de l'enquête au travers des outils. Ainsi la réflexivité et les apprentissages informels ont-ils tous deux un caractère secondaire, l'un au décours de l'activité, l'autre au terme de la formalisation des apprentissages dans le journal de bord. Les apprentissages informels sont situés, précis et ponctuels, ce qui leur confère un caractère social, temporel, et affectif. Tous deux visent une logique d'autonomisation des professionnelles.

La pratique réflexive initiée par les outils d'enquête apparait comme un levier de professionnalisation du métier face aux différentes et constantes évolutions des savoirs et des organisations, qui demandent aux infirmières des expériences nouvelles, singulières et plurielles.

La réflexivité et les processus d'apprentissages informels sont les fils conducteurs de la construction de l'expérience et de la formation tout au long de la vie ainsi que de la transformation de l'identité infirmière. La réflexivité relie le travail avec la formation et le développement de «chercheur dans un contexte de pratique». Le chercheur que nous sommes espère à l'instar de Levin être un praticien qui au-delà de la réflexion sur sa propre recherche, prépare l'expérience des pratiques d'apprentissages d'autrui.

12.8 Conclusion

Cette recherche montre l'intérêt d'un regard croisé de deux disciplines sur un même objet de recherche. Leur articulation et complémentarité permettent de rendre lisible

les apprentissages informels par nature invisible, de comprendre leurs modalités et conditions de réalisation dans la pratique quotidienne. La réalité des apprentissages sur le terrain est appréhendée au travers de l'expression narrative des acteurs eux-mêmes, qui par la parole utilisée en donnent le sens et la finalité. La compréhension du langage et de la culture professionnels aident le chercheur.

L'infirmière est un sujet apprenant (Carré, 2005), en formation permanente dans la pratique professionnelle, selon différentes dimensions du soin. Les résultats montrent le regard réflexif des infirmières sur leurs modalités de prise en charge des patients et leurs apprentissages informels pour s'adapter aux diverses évolutions sociétales, scientifiques, techniques et technologiques. Dans cet environnement mouvant, l'infirmière a le pouvoir de réfléchir ses pratiques de travail et d'apprentissages et de leur donner du sens. Il y a sous un vocabulaire différent une autorégulation et un autopilotage des apprentissages (Pineau, 2013) et une autorégulation et une autodirection des apprentissages (Carre, Moisan, Poisson, 2010). Les infirmières montrent l'acquisition de deux méta-compétences, apprendre à apprendre et celle de réflexivité (Trognon, 2003).

Le dispositif d'enquête favorise le regard réflexif sur le contenu des apprentissages, les savoirs, puisqu'il incite les infirmières à noter et expliciter leur pratique d'apprentissage. Cette dimension réflexive n'est en rien liée à celle de la recherche infirmière, comme processus constant de création des savoirs, de transformation et d'évaluation de pratiques pour une finalité de qualité et de sécurité des soins. Elle est liée à l'exponentialité des savoirs nécessaires à la pratique infirmière et aux activités transformées. Une citation résume nos propos : « Dans notre monde, les savoirs stabilisés apparaissent de moins en moins efficaces pour exercer un métier durablement, au profit d'autres apprentissages liés à la capacité de se mouvoir dans l'incertitude » (Bataille, 2010, p.26)

Ces apprentissages informels permettent aux infirmières de savoir agir en situation et de réaliser le travail réel en regard du travail prescrit. Les infirmières sont engagées dans l'action de production de soins et à la fois dans l'acquisition de nouveaux savoirs et compétences. La recherche quelle qu'elle soit, facilite la connaissance soit des savoirs mobilisés et/ou produits dans la pratique, la mise au jour de savoirs nouveaux, la production de savoirs infirmiers ou de leur modalités d'apprentissage. La recherche est à la fois un moyen et une finalité, de qualité de la production et de la formation. La recherche par la production et la diffusion des savoirs et des pratiques validées participe à la qualité des soins. La recherche est une démarche indispensable pour développer la métacognition sur la pratique, « génératrice de transformations et d'évolutions professionnelles ». (Cros, 2006). Les pratiques de soins et d'apprentissages sont centrées sur les savoirs nécessaires, adaptés et pertinents à la pratique réelle. La recherche est considérée tel un moyen, une revendication d'atteindre un but. Permettant l'épistémologie des savoirs, elle est un levier pour une discipline en sciences infirmières.

12.9 Bibliographie

Bataille O. (2010), *Les apprentissages professionnels informels. Comment nous apprenons au travail pour se former toute sa vie*, Paris, L'Harmattan.

Bourdoncle R. (2000), « Formes et dispositifs de la professionnalisation. Autour des mots. Professionnalisation », *Recherche et formation*, no. 35, pp. 117-132.

Carré P., Charbonnier O. (2003), *Les apprentissages professionnels informels*, Paris, L'Harmattan.

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

Carré P., Muller A. (2009), « Evolution des compétences infirmières et formation tout au long de la vie », *Savoirs et soins infirmiers*, Paris, Masson.

Carré, P. (2009), « La maîtrise d'usage : une notion d'avenir pour l'ingénierie pédagogique », *Les Cahiers de l'ED139*, pp.43-52.

Carré P., Moisan A., Poisson D. (2010), *L'autoformation. Perspectives de recherche*, Paris, PUF.

Carper B. (1978), « Fundamental patterns of knowing in nursing », *Advances in Nursing Science,* vol 1, no.1, pp. 13-23.

CEDEFOP (2009), *Validation de l'apprentissage non formel et informel en Europe. Etat des lieux 2007*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes.

Circulaire no.DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.

Conseil international des infirmières (1998), *Guide pratique pour la recherche dans le domaine des soins infirmiers*, Genève, W.L. Holzemer.

Couty E. (2013), *Le Pacte de confiance pour l'hôpital*, en ligne à : `www.sante.gouv.fr/rapport-d-edouard-couty\ \-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital.html`

Cristol D., Muller A. (2013), « Les apprentissages informels dans la formation des adultes », *Savoirs,* 2013/2, no. 32, pp. 11-59.

Cros F. (2006), « Les conditions d'une professionnalisation par la recherche en formation initiale », *Esprit critique,* vol 8, no. 1, p.13. en ligne à : http ://www.espritcritique.org/ http ://www.espritcritique.org.

Debout C. (2008), « Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline », *Recherche en soins infirmiers*, no. 93, pp. 72-82.

Debout C. (2012), « Les savoirs utiles à l'infirmière », *Soins*, no. 770, pp. 24-27, en ligne à : http ://www.em-consulte.com/article/767646/les-savoirs-utiles-a-linfirmiere

Debout C. (2012), « Infirmières de pratiques avancées et défis de santé publique », *Soins Cadre*, vol 21, no. 81, pp. 14-17.

Décret no. 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

De Ketele J.-M., Roegiers X. (1996), *Méthodologie du recueil d'informations*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Université.

Dubar C. (1996), « Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité », *Education permanente* no. 128, pp. 37-44.

Garfinkel, H. (2007), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Quadrige, PUF [trad. fr. de : Garfinkel, H. (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall].

Jouet E., Flora L., Las Vergnas O. (2010), « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients » *in* Jouet E. et Flora L. (éds), *Pratiques de formation : Analyses*, no. 58/59, pp. 13-94.

Kervasdoué (de) J. (2011), *L'hôpital,* Paris, PUF, coll. « Que sais-je ».

Le Boterf G. (2010), *Professionnaliser*, Paris, Editions d'Organisation.

Loi no. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en ligne à : `//www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015` [consulté le 12/04/2013].

Loi no. 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en ligne à : http ://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000020879475 [consulté le 12/04/2013].

Muller C. (2013), « De l'influence de l'expérience sur l'agir enseignant », *Éducation permanente*, no. 196, pp. 129-138.

Nadot M. (2002), « Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline », *Perspective soignante*, no. 13, pp. 29-86.

Perrenoud P. (2010), « Les processus de (dé)professionnalisation entre savoir, rapport au savoir et contrôle », *Recherche en Education*, no. 8, pp. 121-126.

Perrenoud P. (2004), « Adosser les conditions de la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation », *Education permanente*, no. 160, pp. 35-60.

Perrenoud P. (2001), « De la pratique réflexive au travail sur l'habitus », *Recherche & Formation,* no. 36, pp. 131-162.

Perrenoud P. (1994), *L'ambiguïté des savoirs et du rapport au savoir dans le métier d'enseignant*, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, en ligne à : `www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1994/1994_03.html` [consulté le 18/02/2012].

Pineau G. (2013), « Les réflexions sur les pratiques au sein du tournant réflexif », *Éducation permanente*, no. 196, pp. 9-24.

Pla A., Beaumel C. (2011), « Bilan démographique 2010 : La population française atteint 65 millions d'habitants », *INSEE Première*, no. 1332, en ligne à : `www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf`

Pravikoff, D., Tanner, A., & Pierce, S. (2005), Readiness of US nurses for evidence-based practice. L'état de préparation des infirmières américaines pour la pratique factuelle. *American Journal of Nursing,* vol 105, no.9, pp. 40-50.

Reynaudi M., Sauneron S. (2011), « Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? (volet 2) La télésanté », *La note d'analyse,* no. 255, pp. 1-12, en ligne à : http ://www.leciss.org/sites/default/files/111205-cooperations-professionnels-Centre-analyse-strategique-254.pdf

Schön D-A. 1994), *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.* Montréal, Logiques.

Trognon L. (2013), « Accompagner la réflexivité, une construction de l'expérience », *Éducation permanente*, no. 196, pp. 9-24.

Vial M. (2000), « La recherche en sciences de l'éducation et la santé », *Spirale – Revue de Recherches en Éducation*, no. 25, pp. 119-142.

Vulbeau, A. (2009), « La maîtrise d'usage, entre ingénierie pédagogique et travail avec autrui ». *Les Cahiers de l'ED,* no. 139, pp.53-70.

Wittorski R. (2008), « La professionnalisation », *Savoirs*, 2008/2, no. 17, pp. 9-36, en ligne à : http ://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2.htm