

Chapitre 8

Architecture de la recherche

Exemple d'une méthodologie appliquée en IFSI pour l'élaboration du mémoire de fin d'études en soins infirmiers

Marielle Boissart et Romain Serafini

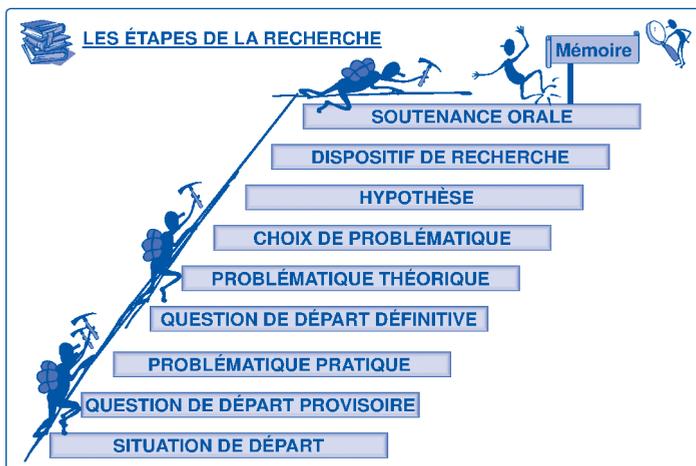
L'architecture de la recherche est déclinée en fonction des étapes méthodologiques qui répondent, selon la méthodologie choisie, à une recherche appliquée conduite selon une méthode expérimentale. Nous allons expliciter, tour à tour, chacune de ces étapes qui sont au nombre de 8 pour l'élaboration de l'écrit du mémoire de fin d'études. La soutenance sera décrite au sein de la troisième partie de cet ouvrage.

Pour l'écriture de ce travail, il est conseillé de s'exprimer à la première personne du singulier afin de mettre en évidence clairement le positionnement et l'implication.

Un point supplémentaire sera traité à la fin de ce chapitre. Il concerne la mise en forme de l'écrit du mémoire de fin d'études et les parties périphériques (introduction, bibliographie...).

Les étapes méthodologiques sont les suivantes :

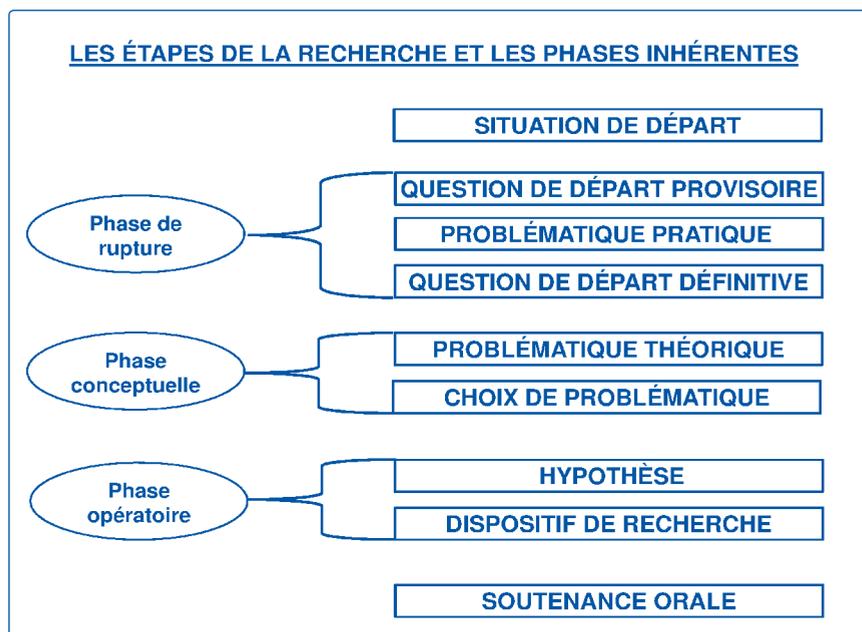
- situation de départ ;
- question de départ provisoire ;
- problématique pratique ;
- question de départ définitive ;
- problématique théorique ;
- choix de problématique ;
- hypothèse ;
- dispositif de recherche.



Document 1 : Les étapes de la recherche

Trois phases vont guider l'étudiant, comme dans toute recherche, lors de ce travail de recherche.

Phase de rupture
Celle-ci va se dérouler durant le travail réalisé à partir de la question de départ provisoire jusqu'à la question de départ définitive. Concomitante à la phase exploratoire, elle constitue le préalable à toute recherche scientifique. Il s'agit d'identifier ses prénotions, ses préjugés, ses <i>a priori</i> . Il s'agit en quelque sorte d'engager le travail de recherche avec un regard neuf débarrassé de ses certitudes. La rupture va permettre de faire une nouvelle place à ce qui pourra être exploré.
Phase conceptuelle
Elle consiste à éclairer la question de départ définitive d'un cadre conceptuel de références à partir d'auteurs, d'articles, de références, de textes, et de mettre en dialogue les théories choisies dans plusieurs ouvrages. L'objectif est d'approfondir les concepts induits par la formulation de la question de départ définitive. Grâce à cet éclairage, la problématique peut alors être formulée et explicitée permettant ainsi d'émettre une hypothèse (pour la méthodologie ici présentée) ou une question théorisée.
Phase opératoire
Située entre l'hypothèse et la conclusion, elle repose sur l'élaboration méthodique d'un cadre opératoire et d'outils d'enquête permettant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse (pour la méthodologie ici présentée), ou d'apporter des éléments objectifs de réponse à la question de recherche.



Document 2 : Les étapes de la recherche et les phases inhérentes

1. Situation de départ

1.1. Motivations, auto-questionnement pour traiter le sujet

L'étudiant « apprenti-chercheur » doit argumenter son choix, expliquer son intérêt pour cette situation. Il pose les désirs, l'engagement pour ce travail. Il est indispensable que cette recherche présente un intérêt pour l'étudiant lui-même.

Les motivations apparaissent au sein de la narration de la situation de départ. Ces motivations peuvent être de nature personnelle, professionnelle, institutionnelle. Le processus motivationnel qui repose sur la conviction de l'intérêt du projet de recherche s'avère être un moteur pour l'élaboration de toute recherche : un chercheur qui ne croit pas à ce qu'il fait ne s'inscrit pas réellement dans une démarche de recherche.

Il est également important de s'auto-questionner dès le début de ce travail ; cela permet de partir dans un maximum de directions afin de lister toutes les questions que la situation vécue, lue ou observée impose.

1.2. Constat

Le chercheur part d'une situation problématique. L'étudiant peut s'appuyer sur des situations de travail vécues en stage, partir de lectures professionnelles ou de témoignages.

Ce sont des situations, des techniques de soins qui ont interpellé, dérangé ou interrogé.

Celles-ci constituent un problème pour l'étudiant ; cette situation peut être induite par :

- un doute ;
- une insatisfaction, une satisfaction ;
- une intuition ;
- une difficulté ;
- une pratique considérée de qualité par l'étudiant ;
- une idée...

Un des points d'appel possible consiste à partir d'une analyse de pratique du portfolio. Cette situation est en effet, ancrée dans la réalité professionnelle et a interpellé l'étudiant. Elle a déjà été décrite et interrogée du point de vue du positionnement professionnel.

Il s'agit ensuite de décrire ce qui définit et caractérise l'objet d'étude ; c'est-à-dire la description de la situation professionnelle qui pose question et de préciser les personnes qui sont concernées. Cette première démarche vise à élaborer un constat.

Il s'agit donc dans un **premier temps de décrire** clairement et précisément la situation qui pose problème, qui interroge.

Décrire la situation de départ à partir :

- des personnes concernées (Q : Qui) ;
- des actions observées (Q : Quoi) ;
- des terrains d'observation (O : Où) ;
- du moment de l'observation (Q : Quand) ;
- de la manière dont les événements se déroulent dans la situation (C : Comment).

Afin d'amorcer le processus de description, une carte conceptuelle à partir de ces 5 questions peut être construite en plaçant la situation au centre (Cf. Chapitre 2, p. 15).

Dans un deuxième temps, la situation est questionnée.

Interroger la situation de départ : le questionnement de l'étudiant est essentiel. Les interpellations de l'étudiant sont mises en évidence sous forme de questions. Cela va permettre d'éclater le sujet et de trouver plusieurs pistes pour le travail de recherche afin de ne conserver qu'une seule question (la question de départ provisoire abordée ultérieurement) qui guidera tout le processus de recherche. Plusieurs questions sont posées au décours de la situation de départ.

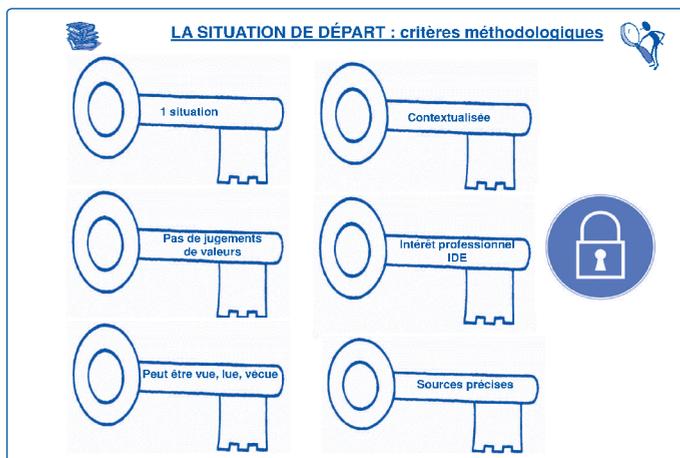
Les questions peuvent être formulées en regard :

- des textes réglementaires ;
- des techniques de prises en soins ;
- des valeurs professionnelles et des valeurs personnelles ;
- des savoirs qui découlent des UE du référentiel de formation infirmière ;
- de la conception de la profession infirmière sur les plans sanitaires, économiques et sociaux... ;
- de la situation éthique ;
- ...



Critères de conformité méthodologique

- Narration d'une seule situation.
- Contextualisation de la situation (QQOQC).
- Positionnement neutre sans émission de jugements de valeurs.
- Appartenance au champ professionnel infirmier.
- Description de la situation à partir de lectures, d'observation ou du vécu.
- Précision des sources lorsque l'étudiant part de documents (tout en respectant l'anonymat des lieux et des personnes).



Document 3 : La situation de départ – Critères méthodologiques



Questions que l'étudiant peut se poser afin de s'assurer qu'il est en adéquation avec les critères de conformité méthodologiques

- En quoi la situation m'interpelle-t-elle ?

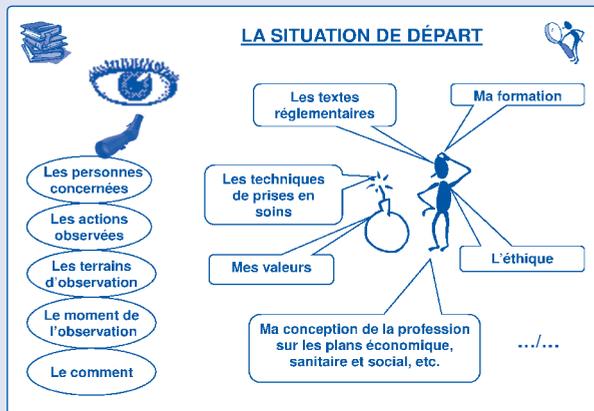


- Pourquoi cette situation ? Quelles sont mes motivations pour cette situation ?
- Dans quel contexte je situe ma situation ?
- Quelles sont mes sources ?
- Quelle adéquation avec QQQQC ? (préciser l'élément manquant du QQQQC si besoin).
- Quels sont les faits précis ?
- Quel est l'intérêt professionnel ?
- Quel est le rapport avec la profession ?
- En quoi la situation de départ respecte-t-elle les critères de conformité méthodologique ?
- Quel questionnement ? (exemple : si je me positionnais du point de vue du patient, du point de vue de l'institution ?...)

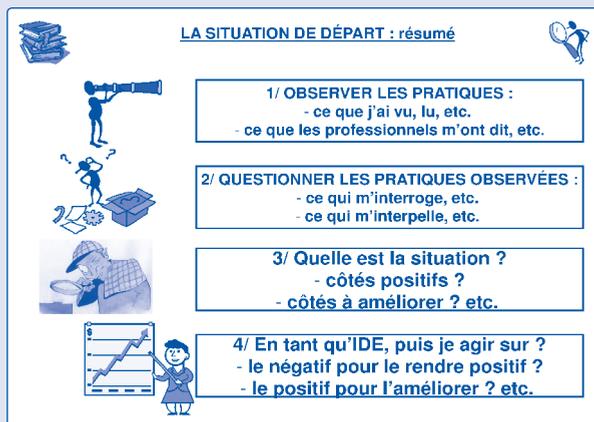
Points clés

La situation de départ consiste en une description narrative précise et exhaustive des événements à analyser. Elle précise :

- ce que j'ai observé ? (être le plus précis possible) ;
- ce qui m'interpelle ? (en rapport avec).



Document 4 : La situation de départ



Document 5 : La situation de départ - résumé



Application concrète : exemple d'une recherche à visée formative réalisée par un groupe d'étudiants

Situation de départ par le groupe d'étudiants

Lors des stages effectués au cours de notre formation, nous avons pu être témoins directs de chutes de résidents en EHPAD.

Cet événement qui passe parfois inaperçu ou qui semble anodin au premier regard nous a profondément interpellé ; en effet, pour plusieurs raisons, il nous semble inacceptable qu'un résident puisse tomber alors qu'il se trouve dans un milieu qui est sensé être sécurisant.

Que pensez alors de ces chutes qui peuvent avoir des conséquences dramatiques sur les capacités motrices et psychologiques des résidents ainsi que des conséquences en termes d'hospitalisations et de réalisation d'examen complémentaires dans un contexte à budget contraint ?

Sensibilisés sur les risques de chutes, durant notre formation, nous avons rencontré plusieurs accidents en EHPAD. En voici un décrit plus en détails :

Nous nous situons dans un EHPAD (*certaines données ont été modifiées afin de rendre cet exemple totalement anonyme*) au sein d'un bâtiment ancien, composé de deux étages avec ascenseur. Celui-ci comprend 60 résidents (30 par étages).

Le contexte de la journée prend en compte le fait qu'il manque deux aides-soignantes qui n'ont pas été remplacées. Nous comptons le cadre de santé, deux infirmières, deux aides-soignants et un agent de service présents.

Une résidente de 85 ans, admise la veille, est tombée en marchant dans le couloir, muni de rampes, en se rendant à la salle à manger pour le repas de midi. Cet incident s'est déroulé lors de notre premier stage de première année. Cette résidente est entrée pour isolement car ses enfants n'habitent plus dans la région. Elle bénéficie d'une chambre seule.

Elle présente une obésité : 1,60 m pour 71 kg.

Elle a grossi de 6 kg ces derniers mois car elle est sédentaire et grignote souvent dans la journée.

Elle réalise seule sa toilette au lavabo mais nécessite une aide pour le dos et les jambes.

Elle présente des antécédents :

- d'arthrose au niveau des genoux et des hanches ;
- d'insuffisance cardiaque stabilisée, traitée par diurétique (furosémide) 40 mg/jour ;
- de thromboses veineuses profondes récidivantes, traitées par antivitamine K (préviscan®) 20 mg, 1 cp par jour ;
- d'hypertension artérielle traitée par antihypertenseur (atacand® 16 mg), 1 comprimé le matin ;
- d'anxiété traitée par anxiolytique (lysanxia® 10 mg), 30 mg par jour.

Elle vivait seule chez elle et développait un syndrome dépressif suite au décès de son mari un an auparavant. Elle se déplace sans appareillages mais présente une acuité visuelle altérée avec port de lunettes inadapté selon ses dires. Au moment de la chute, dans ce couloir, relativement sombre, étaient présents une aide-soignante et une infirmière. Deux chariots étaient disposés sur le passage de cette résidente. Elle portait ses lunettes mais ne se tenait pas à la rampe.

Lors du recueil de données à son admission, elle a déclaré qu'elle souhaitait garder son autonomie dans ses déplacements et qu'elle ne voulait pas être accompagnée lors de ces derniers.

Ce constat nous permet de nous interroger et de nous demander qu'est-ce qui fait que les résidents chutent en EHPAD ?



Au regard des règles professionnelles, en particulier du rôle propre, il nous apparaît important d'approfondir ce risque. Ce travail de recherche nous permettrait de développer un cadre d'analyse de ce type de problème de santé publique et d'optimiser notre savoir agir face à ce problème.

Il nous semble capital d'aborder tout d'abord nos motivations qui s'appuient à la fois sur des critères personnels, professionnels et sur un constat de terrain.

Sur le plan professionnel, il nous semble inconcevable qu'un patient puisse chuter en EHPAD. Cette personne confie sa santé à des équipes compétentes et formées pour sa prise en soins. Si l'on se réfère aux textes qui légifèrent la profession infirmière, cette mise en danger du résident engage notre responsabilité de soignant.

Sur le plan institutionnel, les établissements de santé sont garants de la sécurité des résidents. Depuis les ordonnances de 1996, avec la démarche d'accréditation et à présent de certification, chaque établissement de santé doit tendre vers l'amélioration de la qualité de ses pratiques.

Au niveau économique, une chute en EHPAD peut entraîner une hospitalisation et donc des dépenses de santé supplémentaires.

Sur un plan plus personnel, nous ne pouvons nous résoudre au fait qu'un résident puisse être victime d'une chute. Il nous apparaît donc nécessaire d'étudier tous les facteurs pouvant influencer ce phénomène afin d'optimiser nos actions de prévention.

En outre, le taux de chutes dans cet EHPAD s'élève à 15% par mois avec 7% de récurrences. Dès lors, nous nous interrogeons sur différents points.

- Le changement du cadre de vie influence-t-il le risque de chutes ?
- Les risques de chutes sont-ils influencés par l'attitude du résident qui ne veut pas accepter d'aide ?
- Quels sont les facteurs de risques de chutes chez les résidents ?
- Le manque de personnel est-il un facteur prépondérant ?
- Une évaluation de l'équilibre de la marche serait-il judicieux ?
- Existe-t-il des actions spécifiques à mettre en œuvre au niveau prévention ?
- En quoi consiste le rôle de prévention des chutes des résidents au sein d'un EHPAD ? Quelle prévention pour une prise en soin de qualité ?
- Quel est le rôle infirmier dans la prévention des chutes ?
- Quels sont les éléments d'anamnèse prépondérants lors de l'admission du résident en EHPAD ? Quels sont ceux qui déterminent la prévention des chutes ?
- Quelles sont les conséquences des chutes pour les résidents ?
- Quelles sont les considérations éthiques en regard des pratiques de contention pour limiter les chutes des résidents en EHPAD ?

L'ensemble de ce questionnement nous amène à choisir une question de départ provisoire.



Application concrète : exemple d'un mémoire de fin d'études d'un étudiant • Romain

Situation de départ par Romain

Je suis étudiant dans un Institut de Formation en Soins infirmiers au sein de la promotion 2009/2012, soit la première promotion d'étudiants à œuvrer sous le nouveau programme d'études en soins infirmiers.

Dans la plupart de mes stages, j'ai été le premier étudiant du nouveau référentiel à être



reçu. Ce statut particulier m'a très souvent valu d'être confronté aux doutes, aux craintes et aux incompréhensions des professionnels de santé issus de programmes d'études infirmières plus anciens. De plus, la suppression des mises en situation professionnelles est souvent incomprise, par les professionnels diplômés, qui ont du mal à se familiariser avec le nouveau système d'évaluation : il s'agit d'un système où l'on évalue les étudiants sur des compétences. Paradoxalement, les étudiants n'ont jamais autant été mis en situation professionnelle que depuis que celles-ci ont été supprimées.

En tant que délégué des étudiants, j'ai également pu assister à plusieurs reprises à des réunions avec le conseil régional et les autres délégués de la région. Cela afin d'établir une convention entre les universités et les Instituts de Formations en Soins Infirmiers, pour définir le statut d'« ÉTUDIANT » infirmier, et approfondir la réflexion sur ce nouveau programme dans le but d'aider les étudiants face aux nouveaux besoins que la formation implique. J'ai donc été surpris par le fait que l'accessibilité aux services universitaires (CROUS, accès aux bibliothèques universitaires...) commence à être définie seulement avec ce nouveau programme de formation, alors que le statut d'étudiant est accordé aux infirmiers depuis la réforme du programme de 1992.

Lors de mon arrivée sur mon deuxième stage, dans un centre de rééducation privé, je me suis présenté à l'infirmière qui était une vacataire connaissant bien le service. Elle fut surprise de me voir car elle attendait également la nouvelle infirmière qui commençait le même jour que moi sur son nouveau poste et qui devait donc être formée par l'infirmière vacataire sur deux jours. Durant cette première journée, nous avons longuement pu échanger avec les infirmières qui n'avaient que très peu de connaissances sur ce nouveau référentiel de formation et qui se posaient des questions :

- « Comment peut-on être évalué sans les mises en situation professionnelles ? »
- « Quel est le rôle des cadres formateurs dans ce nouveau programme d'études ? ».

Les infirmières exprimaient également leurs inquiétudes :

- « Deux stages par an, ce n'est pas suffisant, je suis contente d'être diplômée, car les cours à la faculté et l'anglais, ça n'aurait pas été pour moi. »
- « Les notations par les tuteurs c'est dangereux, car si elle ne vous aime pas elle va le faire ressentir dans la notation. ».

Tout au long de cette journée, j'ai essayé tant bien que mal de les rassurer et de leur expliquer les grands principes du nouveau référentiel de formation, mais j'avais compris que cela ne se ferait pas en un jour, mais tout au long de mon stage.

À la fin de mon stage, cette infirmière, qui était entre-temps devenue ma tutrice et moi-même, avons été reçus par le cadre de santé du service pour remplir mon portfolio et faire mon bilan de stage. Ainsi, je me suis aperçu à quel point les infirmières du service avaient compris les principes de ce référentiel : elles n'avaient plus d'inquiétude, se disaient rassurées d'un tel changement dans les études infirmières, et en expliquaient même les grandes lignes à la cadre de santé. Ce qui m'a le plus interpellé c'est que sur ce lieu de stage, je n'étais pas le premier, mais le deuxième étudiant évoluant sous le nouveau programme à être reçu.

Malgré tous ces doutes auxquels j'ai pu être confrontés, je me suis aperçu qu'au plus j'évoluais dans ce nouveau référentiel et donc je me l'appropriais, au plus j'avais envie d'expliquer celui-ci aux personnes qui s'interrogent. J'ai également souvent pu constater qu'après mes explications, et mon implication au sein des stages, le regard des personnes sceptiques quant à ce nouveau référentiel, avait évolué. Elles en avaient compris les principes et pour la plupart était moins inquiètes voire satisfaites d'un tel changement dans les études infirmières.



Face à ces constats, de nombreux questionnements sont apparus chez moi :

- les inquiétudes des professionnels de santé sont-elles fondées ?
- qu'est-ce que ce référentiel va apporter de nouveau aux soignants et à la communauté infirmière ?
- quels sens donne-t-on au mot compétence dans l'évaluation des étudiants infirmiers sur le terrain ?
- faut-il comparer cette évaluation des compétences avec l'évaluation des mises en situations professionnelles ?
- pourquoi ce nouveau référentiel fait-il si peur ?
- pourquoi les terrains de stages qui critiquaient les mises en situations professionnelles, continuent d'en faire, voire en font plus qu'auparavant ?
- qu'est-ce qui aide les professionnels de terrain à s'approprier ce nouveau référentiel ?
- qu'est-ce qui fait que d'un étudiant à l'autre le référentiel de formation n'est pas ressenti de la même façon par les terrains ?



Approche réflexive de cette étape méthodologique par Romain

Mon vécu

La situation de départ marque le commencement de ce travail de grande envergure ; il est donc nécessaire de la réaliser avec beaucoup de précision et d'employer les termes appropriés. Elle permet d'introduire une situation qui nous a interpellée et reflète surtout la façon dont nous l'avons analysée.

Un questionnement bien établi et pertinent facilite grandement la suite du travail. Il est aussi primordial que la situation soit compréhensible par tous les lecteurs ; il faut donc être clair et précis lorsque vous écrivez.

Les principales difficultés de cette étape résident dans la formalisation par écrit d'une situation vécue et de notre façon de raisonner. Écrire sur un ressenti n'est pas toujours évident. De plus le choix du domaine de recherche est très important et est souvent source de nombreux doutes et hésitations.

En outre il m'a été assez difficile de distinguer les différences entre le questionnement et la question de départ provisoire.

Mon auto-évaluation avec le recul

Le recul que j'ai sur mon travail et mes recherches, me permet d'y porter un autre regard. Je conçois ainsi, après de nombreuses recherches que ma situation de départ comporte de nombreux défauts de formulation. Par exemple, je parlais de programme d'études au lieu de référentiel de formation. Cependant, la description de cette situation avec ses imperfections démontre mon regard encore étudiant qui légitime la nécessité d'un approfondissement de l'objet de recherche.

Cette situation est rédigée avec honnêteté ; elle montre bien mon cheminement et mon questionnement.

À la relecture de cette situation par plusieurs personnes, j'ai pris conscience que je n'étais pas assez précis dans mes explications pour permettre au lecteur de comprendre tous les éléments qui m'ont interpellés.

De plus, je me rends compte que je n'ai pas toujours été clair dans mes explications, et qu'il n'est pas évident pour un lecteur extérieur de comprendre précisément tous les éléments qui m'ont amené à mon questionnement.



Par ailleurs, le lecteur comprend bien les étapes qui m'ont conduit à choisir ce domaine de recherche.

Mes astuces

- Tout d'abord concernant le domaine de recherche : pour les plus chanceux la situation de départ découle comme une évidence, tant mieux ! Dans le cas contraire dites-vous bien que votre travail de recherche doit pouvoir être développé sur une quarantaine de pages ; il doit donc être suffisamment ouvert. Vous pourrez toujours réduire votre champ de recherche grâce à la méthodologie développée dans la suite du travail. Choisissez un domaine de recherche qui attise votre curiosité et pas un domaine de recherche que vous maîtrisez. En effet, vous risqueriez de vous enfermer dans vos certitudes. N'hésitez pas à vous reporter aux analyses de pratiques du portfolio.

Pour vous aider à trouver votre domaine de recherche, vous pouvez vous poser la question suivante :

Lorsque je serai infirmier, quel domaine je souhaiterais faire évoluer au sein des pratiques professionnelles ?

- En ce qui concerne la rédaction de votre situation de départ : le plus important est de rester naturel ; pour cela imaginez-vous en train de raconter cette situation à un de vos collègues de promotion, un de vos tuteurs ou un de vos cadres pédagogiques. Mais attention, veillez à utiliser un langage professionnel et à ne pas émettre de jugement de valeurs. Ces critères pris en compte, soyez honnête et franc et dites-vous que le jury qui lira cette situation est passé par les mêmes étapes du développement professionnel que vous.
- Enfin, faites-vous relire par plusieurs personnes de votre entourage (professionnel et non professionnel) de façon progressive et assurez-vous que tout ce que vous avez voulu exprimer ait été bien compris. Parfois en écrivant notre ressenti, des détails qui nous semblent être évidents peuvent être oubliés. Pourtant, ils peuvent manquer au lecteur pour lui permettre de comprendre tout ce que vous avez voulu dire.
- Dernière astuce pour cette étape concernant votre questionnement : notez sur un bout de papier toutes les questions qui vous viennent à l'esprit. Essayez d'y répondre sans faire de recherches ; celles qui persistent, marqueront le départ de votre questionnement puis essayez de les hiérarchiser et de les thématiser ; ce qui vous servira par la suite.

2. Question de départ provisoire

Afin de formuler cette question, il convient tout d'abord de clarifier l'objectif de recherche. Cela signifie que l'étudiant met en évidence ce qu'il veut savoir et comprendre en regard du problème de recherche identifié. Cette clarification assoira ensuite l'argumentation du choix de la question de départ provisoire.

La question de départ provisoire se définit comme l'énoncé du projet sous forme d'une question qui traduit l'intention de compréhension des phénomènes étudiés.

Pour remplir correctement sa fonction, la question de départ provisoire doit avoir un certain nombre de qualités de clarté, de faisabilité et de pertinence.

- Qualités de clarté :
 - précise ;
 - concise : formulation qui s'appuie sur une syntaxe rigoureuse ;
 - univoque : question compréhensible pour tout le monde.
- Qualité de faisabilité :
 - réaliste : l'exploration sur le terrain doit pouvoir amener des éléments de réponse à la question posée avec prise en compte des contraintes liées à ce type de recherche.
- Qualités de pertinence :
 - questionne un vrai problème infirmier : il ne s'agit pas d'enfoncer des portes ouvertes ;
 - aborde l'étude de ce qui existe : la fréquence du problème posé doit être trouvée ainsi que la considération du contexte actuel ;
 - présente une intention compréhensive ou explicative et non moralisatrice.

La question de départ est à ce stade de la recherche dite « provisoire » car le but va être, lors de la prochaine étape, de la confronter au point de vue des professionnels ; suite à cette confrontation, la question pourra évoluer avant d'ouvrir sur des perspectives théoriques.



Critères de conformité méthodologique

La formulation de la question de départ provisoire repose sur les critères suivants :

- interrogative ;
- ouverte ;
- d'intérêt professionnel ;
- univoque ;
- ne commence pas par pourquoi, ni comment ;
- débute par en quoi ? Qu'est-ce qui fait que ?



Questions que l'étudiant peut se poser afin de s'assurer qu'il est en adéquation avec les critères de conformité méthodologiques

- Quel est l'intérêt professionnel de ma question ?
- Quel est le lien avec ma situation de départ ?
- Pourquoi le choix de cette question de départ provisoire ?
- En quoi, selon moi, est-elle suffisamment claire ?
- En quoi les critères méthodologiques de la question de départ provisoire sont-ils respectés ?

Points clés

La clarification de l'objectif de recherche est une première étape. Elle va aider à argumenter le choix de la question de départ provisoire. Une question de départ provisoire n'est pas un jugement de valeur et n'appelle pas une réponse par OUI ou par NON. Clarté, faisabilité et pertinence constituent les qualités de cette question.