



EHESP

Filière des Directeurs des Soins

Promotion 2014

Date du Jury : décembre 2014

Le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) : une opportunité managériale pour le Directeur des Soins.

Laurence BOHIC

Remerciements

Mes remerciements s'adressent aux professionnels de santé paramédicaux et médicaux ainsi qu'aux universitaires qui m'ont permis de progresser et de développer des compétences tout au long de mon parcours professionnel.

Un grand merci aux terrains de stage pour leur accueil et plus particulièrement à mes tuteurs, directeurs des soins, pour leur générosité et la qualité de leur encadrement.

Une pensée particulière à ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenu.

«Face au réel, ce qu'on croit savoir clairement offusque ce qu'on devrait savoir. Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés».

Gaston BACHELARD

La formation de l'esprit scientifique.

1938, rééd Puf, 2007.

Sommaire

Introduction	3
1. Etat des lieux et opportunités de la recherche infirmière et paramédicale en France	6
1.1 Définitions et objectifs de la recherche en soins	6
1.2 Origine et développement de la recherche en soins.....	8
2. Enjeux et perspectives du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale dans les centres hospitaliers universitaires français.....	14
2.1 Recherche et innovation : une mission centrale des centres hospitaliers universitaires.....	14
2.2 Finalités du programme hospitalier de recherche infirmière et Paramédicale.....	16
2.3 Rédaction du protocole de recherche du PHRIP.....	19
2.4 Avis du comité de Protection des Personnes	24
2.5 Publier ou apporter sa voix au débat scientifique.....	25
2.6 Directeur des Soins (DS), un métier à redécouvrir.....	27
2.7 Management du directeur des soins au regard du PHRIP	27
3. Enquête sur la promotion de la recherche paramédicale dans deux CHU et la mise en place du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale.	30
3.1 Présentation et intérêt de la méthode d'enquête utilisée	30
3.2 Analyse des entretiens exploratoires.....	32
3.3 Analyse des entretiens de recherche.....	34
4. Propositions pour impulser une politique de recherche en soins par le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)...	45
Conclusion.....	52
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANDEP	Association Nationale des Directeurs d'Ecole Paramédicale
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSI	Association de Recherche en Soins Infirmiers
PBRP	Pratique Basée sur des Résultats Probants
CDI	Centre de Documentation et d'Information
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CII	Conseil International des Infirmières
CSP	Code de la Santé Publique
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DEI	Diplôme d'Etat d'Infirmier
DG	Directeur Général
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHU	Département Hospitalo-Universitaire
DIEF	Département des Instituts et Ecoles de Formation des Professions de Santé
DRCI	Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DS	Directeur des Soins
DSAP	Direction des Soins et des Activités Paramédicales
DG	Directeur Général
DPC	Développement Professionnel Continu
EBM	Evidence-Based Medicine
EBN	Evidence-Based Nursing
ECTS	European Credits Transfer System
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESI	Etudiants en Soins Infirmiers
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHU	Groupement Hospitalier Universitaire
GIRCI	Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation
HAS	Haute Autorité de Santé

HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IF	Impact Factor
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRSC	Instituts de Recherche en Santé du Canada
LMD	Licence – Master – Doctorat
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PBRP	Pratique Basée sur des Résultats Probants
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche de Clinique
PHRI	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PREPS	Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins
PRS	Projet Régional de Santé
UE	Unité d'Enseignement
UFR	Unité de Formation et de Recherche

Introduction

La recherche et l'innovation sont inscrites dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST¹). Dès 1998, le Conseil International des Infirmières (CII) déclarait que *«le besoin de développer la connaissance scientifique afin de soutenir la pratique des soins infirmiers et le besoin de combler le fossé entre pratique et recherche, de façon à ce que les résultats de la recherche soient canalisés vers la pratique et que les sujets demandant une recherche soient amenés de la pratique vers les chercheurs»*. Le rapprochement entre la formation infirmière et l'Université, s'est traduit en 2009, par l'universitarisation des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier² qui apporte la reconnaissance du système LMD (Licence-Master-Doctorat). L'obtention du grade Licence permet aux infirmières qui le souhaitent, de continuer des études universitaires jusqu'au doctorat. De son côté, le rapport De Singly³ préconise d'apporter à la formation des cadres de santé, une équivalence universitaire de type Master dans un parcours de formation organisé, incluant la validation des acquis de l'expérience. La promotion de la recherche par les cadres pourrait contribuer au décloisonnement et créer des liens entre les métiers puisqu'ils sont à l'interface entre la direction et les équipes hospitalières.

Contrairement à beaucoup d'autres pays, la discipline infirmière n'est pas reconnue en France, les infirmières doctorantes ont recours aux sciences humaines telle que la sociologie, la philosophie ou les sciences de l'éducation. A ce sujet, le rapport IGAS⁴ déclare que *«...La question d'un débouché universitaire en «sciences infirmières», encore très peu développé en France, ne représente ni une condition à ces réformes, puisque le sujet en est indépendant, ni, dès lors, un obstacle. En effet, disposer de personnels très qualifiés et détenant des titres universitaires élevés, voire d'enseignants chercheurs, permettra d'enrichir le potentiel pédagogique des IFSI⁵, voire des IFCS⁶»*. La recherche infirmière et paramédicale se situe au croisement des sciences médicales et des sciences humaines. Contrairement à ce qui s'est passé aux Etats-Unis, la recherche en France est venue du terrain et non du secteur de la formation. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juillet 2013, reconnaît que la recherche paramédicale est insuffisamment développée en France.

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Lire infirmier ou infirmière pour l'ensemble du document.

³ DE SINGLY C., Rapport de la mission cadres hospitaliers, septembre 2009.

⁴ YAHIEL M., MOUNIER C., Rapport IGAS, Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? Novembre 2010, p 28.

⁵ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

⁶ Institut de Formation des cadres de Santé.

La création de masters de recherche pluridisciplinaire tel que celui des «Sciences cliniques infirmières» semble encore peu connu des professionnels. Pourtant, les enquêtes ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins) de 2004 et de 2008 montrent la nécessité d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. La recherche a un impact social qui rejoint la finalité de tout soignant, à savoir : dispenser le «juste soin» répondant aux exigences de qualité et de respect de la personne soignée et de son entourage. Dans son article «*Nursing research in Europe a progress report*» de 2007, Smith précise que le développement de la recherche infirmière en Europe est lié au manque de reconnaissance de la profession infirmière par les pouvoirs politiques.

Les années 2009-2010 marque une prise de conscience de nos politiques dans le domaine de la recherche en soins. Le lancement du premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) concrétise l'évolution de l'exercice infirmier et lui donne ses lettres de noblesse en officialisant la recherche infirmière en France. Un an plus tard, en 2010, le PHRI est devenu PHRIP car il est étendu aux autres professions paramédicales appelées également «*auxiliaires médicaux*⁷». Il vise à financer des projets de recherche dont l'objectif est de fournir des connaissances scientifiquement fondées contribuant à l'amélioration de la qualité des soins. D'autres décisions politiques tendent vers l'articulation entre la recherche et la pratique, comme l'introduction de l'Evidence-Based Nursing (EBN), le rapprochement entre la formation infirmière et l'Université ou la généralisation du développement professionnel continu (DPC),

Notre premier stage s'est déroulé dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) où l'un des axes du projet stratégique d'établissement 2013-2018 concerne le développement de la recherche. La recherche paramédicale est supervisée par le coordonnateur général des soins et a bénéficié d'une dynamique forte, liée à des personnes désireuses de s'y investir. En prenant appui sur la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), plusieurs sous-commissions ont été créées, dont celle de la recherche paramédicale. Elle est présidée par un cadre de santé en mission transversale dont le but est de soutenir et d'accompagner les équipes désireuses de s'investir dans un projet de recherche infirmière et paramédicale, comme c'est le cas pour le PHRIP. Cette nomination traduit une volonté institutionnelle de promouvoir la recherche dans l'établissement.

⁷ Masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens.

Avant de cibler notre recherche sur le PHRIP, nous avons fait une enquête exploratoire sur la recherche paramédicale en France. Nous avons interrogé deux directeurs des soins, un médecin et un cadre de santé. Dans un souci de lisibilité, nous développerons le contenu de ces entretiens, dans la deuxième partie du mémoire.

Notre question de recherche sera la suivante :

Dans quelle mesure, le PHRIP pourrait être utilisé comme un levier de management par le directeur des soins, afin d'impulser une politique de recherche paramédicale en vue d'améliorer la qualité des soins dispensée aux patients ?

Cette interrogation suscite un questionnement :

- Le développement d'une politique de recherche en soins est une compétence attendue du directeur des soins : pourquoi alors déléguer la mise en place et le suivi des PHRIP ?
- Faut-il privilégier l'expertise afin de valoriser un échange transversal et non vertical ?
- Quel est le statut des professionnels qui s'occupent de la mise en place et du suivi des PHRIP ? Quelle est leur formation ? Ont-ils un diplôme universitaire ? Si oui, lequel ?
- Existe-t-il un partenariat avec les instituts de formation et en particulier entre le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation ?
- Est-ce que l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) forme ses futurs Directeurs des soins à la recherche et plus spécifiquement au PHRIP ?

Nous allons limiter notre étude aux centres hospitalo-universitaires (CHU). En effet, les CHU contractualisent avec les instances universitaires de formation et de recherche étant donné que la recherche et l'innovation font parties de leurs missions.

Après avoir présenté la recherche paramédicale dans son ensemble, nous allons centrer notre étude sur l'arrivée du PHRIP et son application au sein des Centres Hospitaliers Universitaires français. Nous allons plus particulièrement nous intéresser au rôle du Directeur des soins dans ce dispositif puis nous terminerons notre étude par des propositions.

1. Etat des lieux et opportunités de la recherche infirmière et paramédicale en France

1.1 Définitions et objectifs de la recherche en soins

La recherche est «*d'abord un processus, une démarche systématique qui permet d'examiner des phénomènes en vue d'obtenir des réponses à des questions précises qui méritent une investigation⁸*». C'est aussi «*un ensemble d'actions qui a pour but d'améliorer et d'augmenter l'état des connaissances dans un domaine scientifique⁹*». «*La recherche nous aide à dévoiler d'autres perspectives. Elle fait appel à une souplesse d'esprit qui permet de considérer autrement notre univers et nos pratiques. C'est dans cette attitude de questionnement qui soumet «les vieilles habitudes» et «les vieilles choses» à une interrogation constante¹⁰*». La recherche permet de prendre de la distance par rapport à des présupposés et repose sur une rigueur intellectuelle.

«*La recherche infirmière 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. Elle englobe la promotion de la santé, 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 paix¹¹*». Pour Donaldson¹², la raison ultime du développement du savoir infirmier est de parfaire la pratique professionnelle et de contribuer à améliorer la santé des soignés. Néanmoins, «*l'esprit de recherche suppose que le chercheur soit convaincu qu'il existe une réalité en dehors de sa perception, de ses connaissances (...). L'objectivité est une qualité prépondérante dans la recherche. Elle lui confère sa validité; Elle lui permet d'être reconnue comme scientifique¹³*».

⁸ FORTIN M F., Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation, Décarie, Québec, 1996, p.15.

⁹ RIPOCHE S., LAMBRICH C.L., «La recherche clinique : intérêts et difficultés dans la pratique des soins», Recherche en soins infirmiers, 90, 2007.

¹⁰ FORMARIER M., POIRIER-CONTENSAIS G., Initiation à la recherche en soins infirmiers; Recherche infirmière, Lamarre-Poinat, juin 1988.

¹¹ Conseil International des Infirmières (CII), 1998.

¹² DONALDSON S.K., «Nursing science for nursing practice», OMERY Y A., KASPER C.E., PAGE G.G., (éds), *In search of nursing science*, Sage Thousand Oaks, CA, 1995, p. 3-12.

¹³ DUBOS R., ESCANDE J.P., Chercher. Des médecins, des chercheurs et des hommes, Coll. Médecine Ouverte. Stock, Paris, 1979, p 67.

L'objectif étant de produire, par la recherche, des savoirs scientifiques utilisables dans les prises de décisions infirmières et paramédicales qui concernent aussi bien la clinique, la formation ou l'enseignement. Son champ d'application est très large car la pratique n'est pas limitée au monde hospitalier. Le vieillissement de la population et l'émergence des maladies chroniques nécessitent un développement de l'exercice extrahospitalier. La recherche en soin intéresse non seulement les infirmières, les paramédicaux mais aussi les sciences humaines comme par exemple les sociologues qui s'intéressent à l'étude des relations avec les autres professions de santé. La recherche est l'affaire de tous les paramédicaux mais à différents niveaux d'implication.

La recherche n'est pas réservée à une élite, le professionnel qui se questionne sur ce qu'il voit, entend et qui soulève des problématiques est déjà dans une démarche de recherche. La recherche est un état d'esprit basé sur le questionnement et la remise en cause de ses certitudes. Encore trop de paramédicaux novices ou experts se sentent peu concernés par une activité de recherche. Il est vrai que, dans la formation initiale, c'est une initiation à la recherche qui est proposée. Elle demande à être complétée par une formation universitaire ou continue. De plus, la profession soignante a longtemps transmis ses connaissances oralement ou par modélisation. Il faut aussi souligner que les paramédicaux chercheurs sont souvent peu visibles aux yeux de leurs pairs et cette situation n'encourage pas l'émulation par mimétisme. Pourtant, selon H. Desroche¹⁴, *«l'aptitude à la recherche sommeille, dort ou se trouve en état de veille chez la plupart des êtres humains»*. Il est clair que cette prédisposition demande à être complétée par une formation à la recherche. La recherche infirmière et paramédicale vient des pays anglo-saxons, la langue de recherche étant l'anglais, elle demande à être maîtrisée.

La recherche en soins ne peut pas être dissociée de l'éthique. En effet, le chercheur a des droits et des devoirs vis-à-vis de son objet de recherche mais aussi, au regard des personnes sollicitées et interrogées. *«L'éthique traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale¹⁵»*.

Les objectifs de la recherche en soins sont nombreux et se déclinent à différents niveaux¹⁶ : S'engager dans une recherche, c'est avant tout, développer des connaissances sur les soins pour améliorer les pratiques. C'est aussi comprendre les mécanismes fondamentaux qui affectent les capacités des individus et des familles.

¹⁴ DESROCHE H., Apprentissage en sciences sociales et éducation permanente. Les éditions ouvrières, Paris, 1971, p 23.

¹⁵ DURKHEIM E., la division du travail, 1893, p 16.

¹⁶ CII : Conseil International des Infirmières – 2008.

Pour assurer la qualité et la rentabilité des soins, la publication des résultats de recherche est capitale. Au final, conduire et collaborer à des recherches cliniques, c'est promouvoir la santé, influencer les politiques de santé et valoriser l'enseignement.

1.2 Origine et développement de la recherche en soins

La science infirmière s'est développée en Angleterre avec Florence Nightingale. D'autres infirmières «chercheuses» comme Martha Rogers aux Etats-Unis et Rosette Poletti en Suisse, ont proposé des modèles de soins infirmiers issus de recherche universitaire. A l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui voulait développer la culture scientifique et la recherche, l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur voit le jour le 6 septembre 1965 à Lyon. Cette date représente les prémices d'un partenariat entre l'Université (lieu de production et de diffusion du savoir), et la formation professionnelle dont la formation infirmière. Selon le docteur L. Hessevik¹⁷ : « (...) il est indispensable de préparer les infirmières à occuper des postes de direction dans divers domaines spécialisés des soins infirmiers, de les former à exercer des fonctions administratives, et à organiser et diriger l'enseignement infirmier, ainsi qu'à participer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers». Malgré ses bonnes intentions, trente ans plus tard, l'école de Lyon fermera ses portes.

La recherche infirmière est relativement jeune et varie selon les pays. La méthode utilisée par Hélène Sylvain et Nicole Quillet, docteurs en philosophie au Québec¹⁸, s'appuie sur le modèle de Tierney (1998) et permet de distinguer quatre étapes dans le développement de la recherche. La première s'appelle l'émergence, elle représente des activités de recherche individuelle, souvent non subventionnée et peu reconnue. La seconde concerne l'identification qui correspond au début des activités collectives avec une contribution des associations nationales. Des conférences sur la recherche apparaissent ainsi que la mise en place d'instituts de recherche. Ensuite, nous arrivons à la formalisation se traduisant par le développement de la formation universitaire des infirmières et l'obtention de maîtrise voire de doctorat. Les publications dans les revues scientifiques et dans les ouvrages sont en plein essor. La quatrième et dernière étape se traduit par la consolidation.

¹⁷ Directeur en 1965, des services de santé au bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

¹⁸ STORDEUR S., KISS P., VERPRAET R., DE MEESTER M., La recherche en sciences infirmières : Une réalité internationale. Revue recherche en soins infirmiers N°100, mars 2010, p 81.

Nous voyons alors apparaître, au niveau national, l'élaboration de priorités et le développement de stratégies de recherche. Ce classement, nous permet d'en déduire que la France se situe entre le stade d'identification et de la formalisation.

La notion d'évaluation utilisée dans les pays anglo-saxons dès les années soixante, apparaît en France dans les années soixante-dix. Elle est liée à l'augmentation continue des dépenses de santé. Depuis le début des années 1990, la prise de décision médicale s'appuie sur une médecine fondée sur des preuves scientifiques. Il s'agit d'utiliser des résultats probants de la recherche pour améliorer la prise en charge des malades. Cette pratique des médecins anglo-saxons a ensuite été adoptée par les médecins français. C'est l'«Evidence-Based Medicine» (EBM) ou encore la «médecine factuelle» Elle se définit comme *«l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient¹⁹»*. Le processus de la médecine factuelle respecte quatre étapes :

Etape 1 ou la formulation de la question clinique, à partir du problème posé. Elle doit être en relation directe avec le problème médical. Généralement le chercheur utilise le modèle «PICO» qui divise la question clinique en différents concepts pour construire ensuite la stratégie de recherche. Pour faciliter la lecture, vous trouverez ci-dessous, un tableau récapitulatif du modèle «PICO».

Critère P	Caractéristiques du patient (âge, sexe,...) et/ou le problème posé (diagnostic,...)
Critère I	Intervention
Critère C	Comparaison par rapport à une autre intervention (si adaptée)
Critère O	Issue clinique recherchée

Etape 2 ou la recherche d'articles cliniques pertinents dans la littérature. Le choix de la ou des bases de données à interroger dépend du sujet et du niveau d'exhaustivité souhaité. Il faut souvent interroger plusieurs bases de données pour avoir le maximum d'informations. Des sites comme Medline, Cancerlit, ou PDQ (Physician Data Query) sont proposés gratuitement sur certains sites Web. Il existe aussi d'autres sources accessibles par Internet qui fournissent des données, revues par des experts²⁰.

¹⁹ SACKETT D.L., ROSENBERG W. M., GRAY J.M., HAYNES R.B., RICHARDSON W.S., «Evidence-based medicine : what it is and what it isn't », British Medical Journal, 312 (7023), 1996, p. 71-72.

²⁰ <http://www.update-software.com/cochrane/>; <http://www.ebm-journal.presse.fr/>; <http://nhscrd.york.ac.uk/welcome.html>...

Etape 3 ou l'évaluation critique de la validité et de l'intérêt des résultats trouvés. La recherche d'articles pertinents va dépendre du type de recherche choisi. Il faut se poser la question du niveau de preuve (est-ce suffisant ou pas ?) et si les résultats sont appropriés à la question posée. Cette troisième étape consiste à évaluer de manière systématique la validité et l'intérêt des résultats puis d'extraire les preuves qui sont à la base des décisions cliniques.

Etape 4 ou l'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante. L'application des résultats de l'évaluation se fera, après une évaluation des bénéfices et des risques potentiels concernant le traitement envisagé, sur le patient.

Nous voyons que la « médecine factuelle » vise à améliorer la prise en charge des patients. La prise de décision clinique est adaptée à chaque patient et s'appuie sur les résultats des recherches les plus récentes. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais randomisés contrôlés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. Les EBM utilisent des résultats probants, classés selon des grades de recommandations allant de A à E. Le niveau A est considéré comme la meilleure preuve, à ce jour. La médecine factuelle consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques et l'expérience mais aussi sur des preuves scientifiques, et ce, en tenant compte de l'avis des patients. Nous sommes passés d'une culture de l'expérience clinique vers une culture basée sur les faits médicaux. La recherche infirmière s'inscrit dans ce mouvement de réflexion internationale. D'ailleurs la création du PHRI par le Ministère de la Santé en 2009 traduit une volonté politique de promouvoir la participation des infirmières à la recherche.

L'« evidence-based nursing » (EBN) créé en 1995 dans les pays anglo-saxons, constitue la version infirmière de l'EBM, utilisée quinze ans plus tôt par les médecins. L'EBN est « *un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats de la recherche, pour prendre des décisions qui concernent tous les soins*²¹ ». L'EBN intègre des résultats scientifiquement validés, l'expertise des professionnels et le point de vue des patients. Les données fondées sur des résultats probants doivent servir de guide aux pratiques professionnelles des soignants.

²¹ DICENSO A., CULLUIMIN N., « EBN », n°1, janvier 1998, cités par Monique FORMARIER, Congrès du CEFIEC, Paris, mai 2011.

La pratique basée sur des résultats probants (PBRP) se traduit par *«l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques disponibles pour prendre des décisions concernant les soins à prodiguer à un patient²²»*. La PBRP a pu se développer grâce à l'émergence des banques de données informatisées et la multiplicité des méta-analyses qui utilisent des essais cliniques randomisés. Dans les années 1990, des réseaux internationaux en Angleterre, au Canada, en Allemagne et en Australie voient le jour pour diffuser des méta-analyses et influencer la recherche et la pratique infirmière. La PBRP prend en compte les données de la science mais aussi, le savoir des experts et les préférences des malades.

En fonction des pays, les échanges sur la recherche en soins se font par l'intermédiaire de publications, de journées destinées à la recherche ou par des conférences et des congrès. L'implication des enseignants et des chercheurs à publier leurs recherches et à organiser des rencontres est essentielle. Dans certains pays les recherches restent confidentielles et les échanges peu nombreux. Pourtant, la littérature scientifique de recherches infirmières existe, il n'y a qu'à regarder le nombre de publications dans Pubmed, ou dans la base de données spécifiques aux sciences infirmières comme CINHAL.

«Les principales barrières seraient le temps, la pénurie de ressources, le manque de communication, l'accès limité aux revues scientifiques et la faible diffusion des résultats de recherche pertinents [1/4]. Toutefois, le manque d'expérience dans le domaine de la recherche resterait un des facteurs les plus contraignants [1/4]. Parmi les autres obstacles les plus fréquemment cités, on retrouve le manque d'autonomie des infirmières et leurs difficultés à modifier des pratiques de soins qui impliquent d'autres partenaires professionnels. Bien qu'il ne faille pas sous-estimer l'importance de ces obstacles, l'adoption et l'intégration d'une approche scientifique devraient éventuellement les transformer en opportunités de changement puisque les infirmières seront mieux outillées pour gérer leur temps, être efficaces dans la recherche de solutions, prendre une part active au processus décisionnel et par le fait même, acquérir un plus grand degré d'autonomie dans les soins qu'elles prodiguent aux personnes²³ ».

²² Op.Cit.

²³ GOULET C et al., La pratique basée sur des faits probants. Recherche en soins infirmiers 2004 ; 76 : 12-18 .

Le référentiel infirmier de 2009 a pour finalité d'amener l'étudiant en soins infirmiers à «*devenir un praticien autonome, responsable et réflexif*²⁴». La pratique réflexive demande à interroger sa pratique, à se questionner et à accepter de se remettre en question pour pouvoir progresser. C'est un processus réflexif continu qui doit aussi se nourrir des connaissances issues de la recherche en soins. Selon les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), le transfert des connaissances est «*un processus dynamique et interactif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé et d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé.*» Le nouveau référentiel infirmier donne donc une place privilégiée à la recherche en soins infirmiers. Cependant, nous nous apercevons que la demande des formateurs concernant le travail de fin d'études varie selon les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Depuis la Loi du 13 août 2004²⁵, le financement des formations paramédicales est assuré par la région et chaque Agence Régionale de Santé (ARS) est responsable des IFSI de sa région.

A ce jour, les infirmières appuient encore trop peu leur pratique sur des résultats de recherche. Elles ont tendance à privilégier d'autres sources de connaissances que les résultats de recherche, comme l'expérience personnelle, l'intuition ou les avis des collègues. Il existe donc un écart persistant entre la recherche, la théorie et la pratique infirmière.

La recherche en soins infirmiers est un état esprit qui demande une posture de questionnement de nos habitudes et de nos pratiques. Elle implique de procéder à une enquête systématique conçue pour développer, affiner et étendre les connaissances relatives aux sciences infirmières. L'intention est de répondre à des questions, de constituer des savoirs au moyen de méthodes scientifiques quantitatives, qualitatives ou les deux. Le conseil international des infirmières de 2007 a souligné que la recherche contribue à élever le niveau de qualité des soins infirmiers en permettant de vérifier et d'améliorer les techniques déjà utilisées et de développer d'autres techniques plus appropriées. Il a précisé que la pratique des soins infirmiers doit être fondée sur les résultats de la recherche scientifique.

²⁴,Référentiel de formation - Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

²⁵ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Une étude menée depuis 2009 dans douze pays européens et publiée le 26 février 2014 dans la revue scientifique «The Lancet» démontre que la charge de travail et le niveau de formation des infirmiers influent sur la mortalité des patients. La mortalité des patients diminue de 7% quand il y a 10% supplémentaire de soignantes titulaires d'un diplôme de niveau licence. Les résultats obtenus sont semblables à ceux obtenus en 2008. Nous pouvons juste déplorer la non-participation de la France à cette étude.

La création de l'Ordre National des Infirmiers²⁶, la réingénierie des diplômes du sanitaire avec l'universitarisation sur le modèle LMD ou bien encore la mise en place du programme hospitalier de recherche infirmière, devraient favoriser l'émergence d'une rigueur scientifique.

²⁶ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

2. Enjeux et perspectives du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale dans les centres hospitaliers universitaires français.

En France, le programme hospitalier de recherche en soins infirmiers a été mis en place dans les établissements de santé par la circulaire du 28 septembre 2009²⁷. La création du PHRI marque une volonté politique d'accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers. Depuis sa création, le PHRI puis un an plus tard la PHRIP, étendu aux autres paramédicaux, rencontre un grand succès. «*La direction générale de l'offre de soins (DGOS) se montre satisfaite du nombre de réponses aux appels à projets du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (Phrip) et du programme de recherche sur la performance du système des soins (Preps) qui, selon elle, témoignent de l'intérêt pour ces sujets*²⁸ .»

Le PHRIP a permis d'amorcer le développement de la recherche paramédicale en France²⁹. Comme le PHRC (Programme Hospitalier de Recherche de Clinique), réservé à la profession médicale, il est extrêmement sélectif.

2.1 Recherche et innovation : une mission centrale des centres hospitaliers universitaires

L'ordonnance du 30 décembre 1958³⁰, dite Ordonnance Robert Debré unit par convention les grands hôpitaux publics et les facultés de médecine. Ce texte majeur a plus de cinquante ans et les dispositions principales sont toujours d'actualité. Au départ, entre le CHU et l'Université, les liens étaient uniquement juridiques et administratifs. Ils ont ensuite évolué vers une coopération plus intense, en matière de santé, d'enseignement et de recherche sans oublier le développement économique. Depuis leur origine, les CHU sont donc des lieux stratégiques pour la recherche et l'innovation. Ils ont pour mission de promouvoir le progrès médical et le rendre accessible à l'ensemble des malades.

²⁷ Circulaire N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.

²⁸ Dépêche d'APM International du 8 septembre 2014.

²⁹ Annexe I : le PHRIP, dates et chiffres clés.

³⁰ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale (art L 6142-1 CSP).

Ils participent au développement économique et à l'attractivité du territoire et de la région dont ils dépendent. Enfin, ils ont un rôle culturel par la mobilisation des équipes médicales et paramédicales autour de l'enjeu prioritaire de la recherche qui forme à l'esprit critique et favorise une démarche rigoureuse.

Les CHU disposent de trois piliers : l'hôpital, l'Université et les organismes de recherche. Ils assurent tous les niveaux de soins : urgences, proximité, recours et référence dans toutes les disciplines. Ils sont en capacité de prendre en charge toutes les pathologies, de la procréation assistée à la fin de vie. Ils réalisent la quasi-totalité des greffes, traitent près de la moitié des cancers et animent la plupart des 132 centres de référence pour les maladies rares. Ce sont des établissements publics de santé, financés par l'assurance maladie en fonction de leur activité de soins et de recherche et de leurs missions d'intérêt général.

Dès 2006, la proposition n°14 du rapport Giraud³¹, indique déjà que la valorisation de la recherche clinique se fera en établissant «*des relations élargies avec l'université pour bénéficier de la multidisciplinarité nécessaire pour accéder aux pôles de compétitivité*» et en développant «*des montages juridiques et financiers permettant des partenariats avec l'entreprise et la négociation de brevets*».

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) place la recherche au cœur de la mission et de la gouvernance des CHU et conseille d'«*améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche*³²». Dans les faits, l'action des Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) devenues Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI) ont leur propre appel d'offres. Cette coopération interrégionale permet de renforcer les réponses à des appels d'offres nationaux et internationaux et de faciliter les inclusions d'études cliniques. Elle permet aussi d'augmenter la taille critique des équipes de recherche et d'assurer une complémentarité des compétences et des plateformes techniques. En résumé, la coopération couvre des champs de recherche plus importants et facilite l'émergence de grands pôles interrégionaux de recherche.

³¹ Rapport du sénateur Francis GIRAUD : les CHU, réflexion sur l'évolution de leurs missions
Rapport remis au 1er ministre au mois de juin 2006 et publié le vendredi 3 novembre 2006.

³² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Chapitre 1^{er}. «Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé», «Art. L. 6131-1.-Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de : 4° *Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.*

La réflexion actuelle sur les Départements Hospitalo-Universitaires (DHU), à l'instar de l'exemple de l'AP-HP, devrait permettre une meilleure structuration de la recherche biomédicale et une plus grande lisibilité nationale et internationale. Si c'est possible dans les grands CHU, les CHU de petites et de tailles moyennes sont obligés de passer par des DHU inter-établissements

La recherche est définie comme une mission de service public des établissements de santé³³. La loi implique la promotion par les hôpitaux de projets de recherche clinique mais aussi la participation des hôpitaux à des projets de recherche promus par d'autres promoteurs académiques voir par des promoteurs industriels. Le directoire des CHU comporte désormais un vice-président «recherche» nommé par le Directeur Général (DG) sur proposition du président-directeur général de l'INSERM³⁴, du président de l'Université et du vice-président «doyen» du directoire³⁵. Un volet recherche se retrouve dans le projet d'établissement³⁶ ainsi que dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens³⁷ (CPOM) des CHU. C'est pourquoi, il nous a semblé légitime de centrer notre recherche sur les CHU

2.2 Finalités du programme hospitalier de recherche infirmière et Paramédicale.

Le PHRIP s'inscrit avec la même rigueur scientifique et la même finalité que le PHRC médicale, à savoir : l'amélioration de l'état de santé des personnes. A travers le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale, la DGOS témoigne d'une volonté à développer la recherche en soins pour améliorer les pratiques professionnelles des paramédicaux. Le PHRIP complète les autres programmes hospitaliers existants et n'a pas pour but de financer des projets d'actions de soins ou d'évaluation. Sa finalité est de *«fournir des connaissances fondées sur des bases scientifiquement validées pour contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins délivrés par les auxiliaires médicaux et d'améliorer les pratiques(...). Son objectif secondaire est d'impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins paramédicaux et d'en promouvoir l'excellence³⁸ »*.

³³ Article L. 6112-1 CSP et modifie le code de la recherche (art L 112-2) qui mentionne que la recherche publique est organisée dans les établissements de santé.

³⁴ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

³⁵ Art L. 6143-7-2.

³⁶ Art L. 6143-2.

³⁷ Art L. 6114-1.

³⁸ Circulaire DGOS/PF4 n°2013-105 du 18 mars 2013 relative au programme hospitalier de

Le PHRIP a pour objet d'étude la recherche dans toutes les dimensions des soins. La notion de soins doit être comprise au sens large, elle intègre les soins curatifs mais aussi la prévention primaire, secondaire et les soins palliatifs. Ce projet de recherche est exclusivement réservé aux infirmiers et aux paramédicaux. L'appel à projet est placé sous le contrôle des Directions de la Recherche Clinique, présentes dans chaque région, et sous l'autorité du Ministère de la Santé. Le PHRIP apporte également un soutien financier aux soignants qui souhaitent améliorer la sécurité et le confort du patient et faire évoluer les soins hospitaliers. Cette recherche, qualitative ou quantitative, doit être interdisciplinaire et concerne aussi les aspects de besoins de santé, d'organisation et de management au sein des établissements voir d'évaluation du système de santé. Le PHRIP peut parfois concerner des recherches portant sur le management hospitalier. Toutefois, le PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins) répond mieux à cette problématique. Le PREPS est également un appel à projet de la DGOS et s'inscrit dans le prolongement de l'ancien PREQHOS (programme de recherche sur la qualité hospitalière). Son champ d'action est plus large car il peut être lié à la performance de l'offre de soins.

Au final, le PHRIP fournit aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. C'est la direction générale de l'offre de soins qui pilote le dispositif du PHRIP. Chaque année, la circulaire relative au Programme de recherche infirmière et paramédicale est envoyée aux établissements de santé par les ARS. Cette circulaire contient également d'autres programmes de recherche, tels que : la recherche translationnelle en santé, la recherche clinique, la recherche médico-économique et la recherche sur la performance du système de soins. Pour être en cohérence avec la stratégie nationale de santé, la DGOS a précisé que lors des processus de sélection, les projets 2014 portant sur les soins primaires seront privilégiés. L'appel à projets relatif au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale se décline en 2 collèges : Le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) qui a vu le jour en 2010 et le programme hospitalier de recherche aux autres professions paramédicales (PHRIP) qui a été lancé en 2011.

recherche clinique, au programme de recherche médico-économique, au programme de recherche sur la performance du système de soins, au programme de recherche infirmière et paramédicale, au programme de recherche translationnelle, pour l'année 2013. Annexe VIII.

Pour être éligible au programme PHRIP, les projets concernent exclusivement des recherches dans le domaine des soins et doivent être menés par des auxiliaires médicaux³⁹. Chaque projet contient la justification scientifique de la recherche, les hypothèses, les objectifs, la population concernée, les critères de jugement, l'approche méthodologique avec le dispositif de mise en œuvre et les modalités de traitement des données. Chaque PHRIP associe systématiquement un porteur individuel avec un établissement de santé, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et depuis 2014, les maisons de santé ou les centres de santé coordonnateurs peuvent concourir. Le chef du projet reste toujours un auxiliaire médical. Depuis 2013, la présélection des PHRIP se fait par la lettre d'intention déposée sur la plateforme INNOVAC. Les projets retenus sur lettre d'intention présenteront dans un second temps, leur dossier complet. L'évaluation des dossiers se fait par les pairs et au sein d'un jury indépendant⁴⁰.

C'est la DGOS qui prend en charge le financement des projets sélectionnés et la gestion des fonds. Depuis la circulaire de 2012⁴¹, le versement des projets sélectionnés se fait en cinq tranches de financement. Dans le cadre des appels à projets de la DGOS, le financement est conditionné au niveau d'avancement des travaux de recherche. La première tranche est versée dès la sélection du projet mais les modalités de financement impliquent un suivi budgétaire en étroite corrélation avec l'avancement des études. En effet, si l'étude n'avance pas suffisamment pour atteindre la phase suivante, les crédits ne sont pas versés⁴². Les sommes allouées concernent l'établissement de santé, le GCS, la maison de santé ou le centre de santé.

Les projets de recherche clinique naissent d'une observation et/ou de nouvelles connaissances physiopathologiques qui amènent à s'interroger sur son savoir et sa pratique. Conformément à la stratégie nationale de santé annoncée le 23 septembre 2013⁴³, il convient de développer la recherche en soins primaires. Cette priorité concerne l'intégralité des programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins. Tous les offreurs de soins sont donc appelés à déposer des projets de recherche sur les Soins primaires.

³⁹ Annexe II : Etapes clés du PHRIP

⁴⁰ Annexe III : Procédure de sélection des dossiers au PHRIP.

⁴¹ N° DGOS/R1/2012/382 du 9 novembre 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des Établissements de santé

⁴² Annexe IV : Schéma de déroulement et de financement des projets à dotations ministérielles.

⁴³ Instruction N°DGOS/PF4/2014/33 du 28 JANVIER 2014 relative au programme de Recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014.

Pour la DGOS, les soins primaires *«englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé»*. Olivier Louvet, chef du bureau innovation et recherche clinique à la DGOS⁴⁴, explique que *«de nombreuses pathologies ne sont pas vues à l'hôpital»*. De plus, de nombreuses maladies chroniques, ou autrefois létales et devenues chroniques grâce aux progrès médicaux, sont désormais suivies en ville. *«Cela nécessite que la recherche sorte des murs de l'hôpital et aille là où sont les patients»*. Dans ce cadre, et pour la première fois les maisons de santé ou les centres de santé pourront porter eux-mêmes des projets de recherche. Ceci s'inscrit pleinement dans la mise en œuvre des engagements du pacte territoire santé exposé le 13 décembre 2012.

2.3 Rédaction du protocole de recherche du PHRIP

La personne physique ou morale qui prend l'initiative d'une recherche impliquant la personne humaine est dénommée "promoteur". Les personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu sont dénommées "investigateurs".

La rédaction du protocole de recherche revient à élaborer un document de référence pour justifier la recherche et prévoir la prise en charge des participants dans un contexte expérimental ou observationnel. Cette recherche doit respecter le cadre réglementaire ainsi que les règles éthiques et déontologiques.

Chaque protocole débute par des informations générales qui précisent l'identité du gestionnaire, de l'investigateur coordinateur⁴⁵ et des investigateurs associés.

Le premier chapitre consiste à délimiter et à justifier la question de recherche. Les investigateurs présentent leur problématique en synthétisant les connaissances scientifiques connues sur le sujet à ce jour et en en identifiant la fragilité et/ou les manques que l'étude se propose de combler. La justification doit être bien argumentée pour prouver l'intérêt scientifique de la recherche.

⁴⁴ Dépêche de l'Agence de Presse Médicale (APM) du mercredi 5 février 2014, les programmes de Recherche du ministère de la santé s'ouvrent pour la première fois aux soins primaires.

⁴⁵ Obligatoirement un paramédical.

La qualité de ce premier paragraphe permet d'objectiver le sérieux, l'expertise et la crédibilité de l'investigateur. En cas de demande de financement, cela augmente les chances de validation du projet. La justification de l'étude s'appuie ainsi sur toutes les ressources scientifiques disponibles et pertinentes (articles, ouvrages de référence, conférences, ...) qui doivent être référencées dans le texte de manière très codifiée et sur les enjeux actuels portés par la question de recherche (fréquence, gravité, conséquences en termes de santé publique du problème étudié ...). La question de recherche traduit ce que l'on veut savoir par une interrogation claire, précise, univoque et réaliste. Il en découle l'hypothèse qui représente le résultat attendu ou ce que le chercheur souhaite démontrer. La formulation de l'hypothèse est importante car elle permet d'orienter la méthodologie à utiliser pour la phase de recueil de données et le choix des outils les plus adaptés pour y parvenir. La justification de l'étude se conclut par la description des conséquences sur les acteurs impliqués par l'étude (patients, soignants, décideurs).

L'objectif posé est en fait, une description de l'action mise en place pour tester l'hypothèse et répondre à la question de recherche. Il cible la population étudiée et précise la nature de l'étude⁴⁶. En dehors de l'objectif principal, Il peut exister d'autres objectifs, ils sont alors hiérarchisés.

Le schéma de l'étude décrit les méthodes retenues pour répondre à la question de recherche. Il existe deux types d'approches : les schémas de recherche quantitative et les schémas de recherche qualitative :

Il existe différentes études quantitatives que nous allons tenter de définir :

- Pour l'étude de cohorte ou de suivi (cohort study or follow-up study), une sélection des sujets est réalisée, en fonction de l'exposition et non de l'issue. Généralement, c'est une étude d'observation, le plus souvent prospective, dans laquelle un groupe de sujets exposés⁴⁷ est suivi pendant une période déterminée et comparé à un groupe contrôle non exposé.
- Pour l'étude de cas-témoins (case-control study), la sélection des sujets est réalisée en fonction de l'issue. C'est une étude d'observation rétrospective dans laquelle les caractéristiques des malades (les cas) sont comparées à celles de sujets indemnes de la maladie (les témoins).

⁴⁶ Description ou comparaison.

⁴⁷ À des facteurs de risque d'une maladie ou à un traitement particulier.

- L'étude transversale (cross-sectional study), correspond au «cliché d'une population». C'est la description de la fréquence d'une maladie, de ses facteurs de risque ou de ses autres caractéristiques dans une population donnée pendant un laps de temps déterminé.
- Le rapport de cas (case report) et séries de cas (case series), correspond à la description d'un cas ou d'une série de cas intéressant et inhabituel.
- L'étude croisée (cross-over study) est une étude expérimentale dans laquelle on administre à un même groupe de patients deux ou plusieurs traitements expérimentaux, l'un après l'autre dans un ordre déterminé ou au hasard.
- L'essai contrôlé randomisé en cluster (cluster randomized controlled trials) est une étude expérimentale basée sur la même méthodologie que les essais contrôlés randomisés, à la différence que dans ce type d'essais ce ne sont plus les individus qui sont randomisés mais les groupes d'individus (hôpitaux, services, unités de soins, médecins, infirmières).
- L'étude Avant/Après (Before/After studies). Dans ce type d'étude, on cherche à trouver une population-témoins ayant les mêmes caractéristiques que la population qui va subir l'intervention.
- La série chronologique (Chronological series). Les études de type séries chronologiques permettent de détecter si une intervention a permis de modifier une tendance préexistante.
- L'article de revue (review article) est une publication qui résume l'évolution d'une pratique ou d'une pathologie dans le temps.
- La revue de la littérature (littérature review) se définit comme un travail de synthèse qui offre un survol ainsi qu'une évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à un sujet ou problème de recherche.
- La revue systématique (systematic review) peut être définie comme une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné. Elle permet de limiter l'introduction d'erreurs aléatoires, systématiques ou biais.

- La méta-analyse (meta-analysis) consiste à rassembler les données issues d'études comparables et à les réanalyser au moyen d'outils statistiques adéquats. Elle regroupe les études pertinentes qui essaient de répondre à une question précise de manière critique et quantitative.

Concernant les études qualitatives, un des critères de rigueur scientifique correspond à l'adéquation entre la question posée et la méthode choisie pour y répondre. Les trois méthodes de recherche qualitative, les plus utilisées dans le domaine de la santé sont la phénoménologie, la théorisation ancrée et l'ethnographie.

- La phénoménologie va être privilégiée dans les études cherchant à comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir d'une expérience vécue.
- La théorisation ancrée vise à produire une théorie, à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène étudié.
- L'ethnographie réside dans la compréhension d'éléments culturels d'un groupe (représentations, croyances) à partir du point de vue des membres du groupe, son observation, son fonctionnement ou l'analyse de divers types de documents pertinents.

La définition de la population d'étude est en fonction de l'objectif posé. Il s'agit de préciser les critères d'éligibilité (critères d'inclusion et de non-inclusion dans l'étude), de définir le temps de l'inclusion, les caractéristiques des participants (âge, sexe...), le lieu, ainsi que l'état de santé et les traitements. Une des difficultés réside en l'échantillonnage de la population à étudier car il doit être accessible et représentatif de la population ciblée afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus. Selon le schéma retenu, des groupes de comparaison peuvent être définis en fonction de la maladie ou de l'exposition.

Toutes les mesures réalisées dans le cadre de l'étude doivent être présentées. Elles constituent les critères d'évaluation. Le premier présenté est le critère d'évaluation correspondant à l'objectif principal. C'est sur ce critère que se fonde la méthodologie et le calcul de l'effectif en cas de recherche quantitative.

En fonction de la qualification réglementaire du projet, le promoteur soumet le protocole aux autorités compétentes :

- Le Comité de Protection des Personnes (CPP), si la recherche est interventionnelle.
- L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Pour répondre à ces obligations réglementaires, il faut alors décrire les modalités de recueil du consentement écrit des participants, après leur avoir expliqué l'étude et remis une note d'information dans le cas d'une recherche biomédicale. En cas d'études multicentriques, observationnelle ou de soins courant (recherche non qualifiée de recherche biomédicale), l'avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) est requis. Dans tous les cas, l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est nécessaire.

Les conditions d'archivage et les conditions d'accès des données sont identifiées ainsi que la communication des résultats et la valorisation scientifique des résultats.

Il est préférable d'établir un calendrier qui prévoit les dates de réalisation des différentes étapes. Depuis cette année, dans le cadre du PHRIP, un diagramme de Gantt de la démarche de recherche est demandé. Par ailleurs, il est possible de prévoir un comité scientifique dont la mission sera, tout au long de l'étude, de vérifier le respect du protocole.

La conception du protocole est fondamentale car c'est le document de référence tout au long de l'étude. Il permet d'évaluer la qualité scientifique, l'utilité et la faisabilité de la recherche et contient les informations nécessaires au calcul du budget de la recherche. Les investigateurs s'en servent comme un outil de référence pour veiller au bon déroulement de l'étude et également, au moment de la valorisation de la recherche.

Nous pouvons constater que la rédaction d'un protocole est une démarche spécifique, rigoureuse et complexe qui nécessite, un travail collaboratif pluriprofessionnel.

2.4 Avis du comité de Protection des Personnes

A l'instar de toute recherche en santé, la recherche en soins relève des dispositions du Code de la Santé Publique (CSP) et de ses textes d'application. Il existe trois types de recherche : la Recherche Biomédicale, la Recherche en soins courants et la recherche non interventionnelle. Lorsqu'un projet est qualifié de recherche en soins courants, comme c'est le cas pour la plupart des projets PHRIP, des exigences réglementaires sont à respecter. Il est nécessaire d'obtenir un avis favorable du CPP, du CCTIRS⁴⁸ et une déclaration à la CNIL⁴⁹.

La qualification en «soins courants» est possible quand, dans la cadre de la recherche *«tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle mais que des modalités particulières de surveillance sont prévues par un protocole⁵⁰»* Les recherches sur médicament en sont exclues. Elles bénéficient d'un régime juridique allégé. Seule une soumission du dossier de la recherche auprès d'un CPP est exigée pour la mise en œuvre de ces essais ainsi que le respect des dispositions prévues dans le cadre de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Il existe quarante CPP en France et chacun d'entre eux possède une compétence régionale. Ils sont agréés par le Ministère de la Santé pour une durée de six ans. L'avis du comité a un caractère décisionnel et non plus consultatif. Après avis initial du CPP autorisant la mise en œuvre du projet de recherche, toute modification substantielle de celui-ci doit, par le biais d'amendements au protocole, obtenir un nouvel avis favorable du comité pour la poursuite de sa mise en œuvre.

Les membres des CPP sont nommés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour une période de trois ans renouvelable. Leur composition pluridisciplinaire comprend quatorze membres titulaires et quatorze suppléants répartis sur deux collèges :

- Le collège scientifique, constitué de quatre personnes qualifiées en recherche biomédicale dont au moins deux médecins et un biostatisticien ou un épidémiologiste, un médecin généraliste, un pharmacien hospitalier et un infirmier.
- Le collège sociétal comprend des personnes qualifiées : une dans le domaine de l'éthique, un psychologue, un travailleur social, deux experts juridiques et deux représentants d'usagers du système de soins.

⁴⁸ Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé.

⁴⁹ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

⁵⁰ Article L. 1121-1 du CSP

Les membres sont tous bénévoles et doivent faire preuve d'indépendances vis-à-vis des investigateurs et des promoteurs. Ils sont soumis à l'obligation de déclaration publique d'intérêts (article L 1123-3 du CSP) ainsi qu'au secret professionnel.

2.5 Publier ou apporter sa voix au débat scientifique

Selon Monique Formarier⁵¹ : *«pour un chercheur, publier un article scientifique c'est encourir la critique de ses pairs, ne pas publier, c'est ne pas avoir de bibliométrie suffisante pour être crédible et reconnu»*. Pour tout chercheur, les publications sont un moyen de rendre compte de l'état des connaissances à un moment donné, d'expliquer et de faire évoluer les connaissances et les pratiques. Les publications peuvent également offrir la possibilité de s'ouvrir sur d'autres travaux de recherche. Publier c'est aussi apporter sa voix au débat scientifique international et promouvoir une culture de la pratique clinique basée sur des données probantes appelée communément «Evidence Based Practice».

La recherche en soins infirmiers s'amorce en France. Elle permettra aux infirmières d'intégrer à leurs compétences existantes une culture scientifique qui favorisera l'intégration dans la pratique clinique d'intentions et d'actions dont la finalité est d'améliorer le service rendu à l'utilisateur. L'universitarisation des études des infirmières (système LMD) ainsi que l'appropriation d'une culture scientifique, largement promue par le PHRIP sont donc des opportunités à saisir pour que les professionnels paramédicaux puissent peser sur la pertinence des parcours de soins et apporter de l'efficacité au système de santé.

Il existe de nombreuses bases de données et chacune d'entre elle, référence les publications scientifiques. La très grande majorité des articles sont en anglais, ce qui peut être un frein pour certains professionnels. Medline est la base de données la plus utilisée. Elle est gérée par la National Library of Medicine américaine. Elle indexe plus de 4000 journaux internationaux qui pour la plupart, concerne la médecine. Elle est accessible par téléchargement et peut être interrogée sur l'Internet, en version payante ou gratuite grâce à l'interface PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). La version payante est plus complète et offre des services comme faciliter l'interrogation des données. PubMed donne accès à plus de 19 millions de notices bibliographiques.

⁵¹ Recherche en Soins Infirmiers n°90 - Septembre 2007

Elle contient les notices d'articles de plus de 4600 revues spécialisées en médecine, dentisterie, soins infirmiers, médecine vétérinaire, etc. Embase est une autre base de données, plus orientée vers la pharmacologie et la toxicologie mais son prix est plus élevé que Medline. Physician Data Query (PDQ) est une base de données destinée aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux patients. CINAHL concerne les revues anglo-saxonnes dans le domaine des soins infirmiers. La Cochrane Library publie et référence des revues systématiques et des méta-analyses qui constituent de la littérature scientifique véhiculant de hauts niveaux de preuves scientifiques.

La discipline infirmière étant internationale, elle se construit avec les recherches réalisées par les chercheurs de tous les pays. Pour les faire connaître dans le monde professionnel, les publications sont incontournables.

Un facteur d'impact (FI) d'une revue est le nombre moyen de citations de chaque article publié dans cette revue. Le FI est un indicateur, il est considéré par certains, comme un critère pertinent mais il est aussi régulièrement remis en question comme critère de pertinence des revues. Ce qui signifie qu'une revue avec un FI élevé serait mieux considérée qu'une revue avec un FI faible. Ces FI ont donc une influence dans le domaine de la publication scientifique. Ils sont utilisés pour l'évaluation quantitative d'une recherche. Ils sont indexés dans le Thomson Reuters Journal Citation Reports et publiés tous les ans. Le facteur d'impact est facilement calculable, et couvre 8 400 revues de plus de 60 pays différents. C'est en fait un des outils bibliométriques les plus simples et les plus connus. La déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche⁵² (DORA) est une initiative mondiale qui concerne toutes les disciplines. Elle reconnaît le besoin d'améliorer la façon dont sont évalués les fruits de la recherche scientifique.

On dénombre aujourd'hui plus de 500 journaux relatifs aux soins infirmiers dans le monde. Ils sont répertoriés dans l'Ulrich's International Periodicals Directory. Au niveau national, les recherches sont soit partagées lors de symposium ou congrès, soit par le biais de revues scientifiques. Les revues scientifiques infirmières françaises sont peu nombreuses. L'association de Recherche en Soins infirmiers (ARSI) édite la revue la plus connue : «Recherche en Soins Infirmiers».

⁵² Annexe V : Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche.

2.6 Directeur des Soins (DS), un métier à redécouvrir

Le métier de directeur des soins⁵³ a vu ses missions stratégiques renforcées par la loi HPST⁵⁴, de juillet 2009. Il est membre de droit du Directoire et se situe au sein de l'équipe de direction. Il a également des missions de coordination et doit parfois être dans l'opérationnalité. C'est un fédérateur des différents acteurs de santé, il travaille en collaboration avec les instances décisionnelles de l'hôpital. Le Directeur des soins est un manager de la politique des soins et un interlocuteur privilégié de la direction de la Qualité et de la Gestion des risques. Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, il préside la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques⁵⁵ (CSMIRT) et dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil des usagers, il peut faire le choix d'un management intégré en créant des sous-commissions de la CSIRMT touchant différents domaines comme l'éthique, la bientraitance, la recherche en soins, de façon à mobiliser, impliquer et motiver les soignants.

L'hospitalo-centrisme ne permet plus de répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante. Le DS doit savoir analyser son environnement et les offres de soins des autres acteurs de santé, en particulier, ceux du médico-social pour adapter ses services, à la population.

Le métier de directeur des soins peut s'exercer en établissement de santé, il sera alors appelé le «DS gestion» ou bien, il peut diriger un institut de formation paramédicale, il sera alors le «DS formation». La plupart des instituts de formation initiale (IFSI et IFAS) sont adossés à un hôpital support.

2.7 Management du directeur des soins au regard du PHRIP

Le management désigne une dimension fondamentale de la vie des organisations. Pour Mintzberg, «*Manager, c'est assurer la convergence entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré et empêcher que les écarts s'amplifient* ⁵⁶».

⁵³ Lire directeur ou directrice des soins sur l'ensemble du document

⁵⁴ Op. cit.

⁵⁵ Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

⁵⁶ MINZTBER H., 1986, Le pouvoir dans les organisations, Paris : Edition d'Organisation, 679 p

Chaque établissement de santé se situe dans un environnement concurrentiel où les ressources sont limitées, ce qui l'amène à explorer de nouvelles pistes. Selon Le Boterf⁵⁷, *"L'évolution des compétences est au cœur des préoccupations de toute organisation qui veut rester efficiente."* Depuis la loi HPST, le directeur des soins, membre de droit du directoire, est associé aux décisions stratégiques de son établissement puisqu' *«il conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire⁵⁸»*. Ses connaissances sur les métiers du soin et sur l'organisation des établissements de santé en font sa particularité et sa force. Norbert Alter⁵⁹ a observé la coexistence de deux logiques, apparemment contradictoires. L'une centrée sur l'organisation afin de réduire les incertitudes et l'autre vise à tirer parti de ces incertitudes pour innover. La nouvelle gouvernance vise à rapprocher les cultures médicales, paramédicales et administratives. En articulation avec le projet médical et le projet d'établissement, le directeur des soins est responsable de la définition et de la mise en œuvre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le PHRIP est un dispositif visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Pour le directeur des soins, c'est un instrument de pilotage et d'implication des acteurs de soins. Il renforce les compétences des soignants impliqués dans le processus. Un professionnel compétent est *«celui qui prend des initiatives pertinentes dans des situations complexes évolutives inédites, qui coopère efficacement et qui fait appel si nécessaire à des ressources qu'il ne possède pas lui-même⁶⁰»*. La stratégie managériale du directeur des soins doit s'articuler autour d'une démarche de projet où la communication est un des éléments essentiels à sa réussite. C'est aussi un vecteur qui permet aux acteurs, notamment les cadres, de s'approprier les projets et de les relayer auprès des équipes. Le cadre a un rôle important dans la cohésion de son équipe. *«Encadrer, c'est tenter de dire ce qu'on fait et où l'on va⁶¹»*

Les soignants qui participent à un PHRIP sont très impliqués dans leur projet, il ne faudrait pas que cela nuise au collectif de travail. La démarche d'accompagnement du cadre exige d'être progressive et structurante. Elle est de nature à rassurer les professionnels qui s'y engagent et à montrer aux autres le bénéfice qu'il pourrait en tirer. Il faut penser et cultiver le sentiment d'appartenance à l'organisation car tout changement crée des incertitudes. Cela suppose de définir la place des différents acteurs et de s'assurer de l'adhésion des protagonistes.

⁵⁷ LE BOTERF G., 2007, «professionnaliser», Eyrolles, éditions d'organisation, p140

⁵⁸ Référentiel métier de directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

⁵⁹ ALTER N., 2000, L'innovation ordinaire, Paris PUF

⁶⁰ LE BOTERF G., 2006, professionnaliser le modèle de la navigation professionnelle, Editions d'organisation

⁶¹ MISPELBLUM BEYER F, Encadrer. Un métier impossible ?, Armand Colin, 2006.

Le PHRIP est une démarche volontaire. L'exercice va consister à expliquer, ré expliquer... le contexte, les finalités qui convergent toutes dans le même sens, à savoir : renforcer la qualité des soins et au final : l'amélioration de la prise en charge des malades. Faire adhérer son équipe à un projet de recherche, c'est donner l'occasion à chaque soignant de se questionner sur ses propres pratiques pour les remettre en question, en vue de s'améliorer. C'est aussi évoluer dans un environnement mouvant et développer une vision positive du changement. Le directeur des soins devrait pouvoir compter sur le soutien du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) qui, il faut le rappeler, est responsable de la qualité et la prévention des risques associés aux soins.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, introduit la certification au sein du système de santé français. C'est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. La procédure française de certification s'inspire des modèles canadien et américain. Elle est axée sur le parcours du patient et responsabilise l'établissement par une approche pédagogique. Progressivement, une culture de sécurité s'est installée au sein des professionnels de santé. Cela devrait permettre de modifier la représentation des équipes et de renforcer la qualité des soins par le décloisonnement qu'elle génère.

Il faut éviter la séparation voire la rivalité entre la pratique et la recherche mais aussi entre le terrain et la théorie comme on peut le voir parfois entre les instituts de formation paramédicale et les stages. Seule l'union de leurs forces permettra à la recherche de prendre la place qu'elle mérite. Les directeurs des soins doivent montrer l'exemple et nous pensons tout particulièrement au partenariat entre le DS gestion et le DS formation. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les nombreux thèmes traités sur ce sujet, par les élèves directeurs des soins. Ce ne doit plus être une histoire de personne contrairement à ce qui se passe encore aujourd'hui. Dans le cadre de son projet d'établissement, le CHU où nous étions en stage, affiche une ambition forte : devenir un site hospitalo-universitaire de premier plan où la formation des professionnels médicaux et paramédicaux prend une place prépondérante. L'objectif étant de développer le concept «Hôpital-Ecole» qui vise le rapprochement entre les espaces d'apprentissage et le CHU. Cet axe stratégique me semble tout à fait adapter pour rapprocher le DS gestion et le DS formation.

3. Enquête sur la promotion de la recherche paramédicale dans deux CHU et la mise en place du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale.

3.1 Présentation et intérêt de la méthode d'enquête utilisée

Les CHU sont des lieux stratégiques pour le développement de la recherche et de l'innovation. C'est pourquoi, nous allons centrer notre étude sur ces établissements. Cependant, nous n'ignorons pas que la recherche paramédicale se pratique également dans les Centres Hospitaliers (CH), les Centres Hospitaliers Spécialisés ou les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Pour s'en persuader, il suffit de regarder les lettres d'intention retenues pour le PHRIP 2014.

Grâce à notre enquête exploratoire, nous avons pu sélectionner trois CHU qui étaient particulièrement investis dans la recherche paramédicale. Nous en avons retenus deux, car un des CHU nous semblait peu représentatif, tant par sa taille au niveau des Groupement Hospitalier Universitaire (GHU) que par ses moyens dévolus à la recherche. Un des deux autres CHU est régulièrement cité, il est considéré comme l'un des trois pionniers de la recherche paramédicale en France. Le dernier sélectionné est notre lieu de stage également très investi dans la recherche. En effet, son Directeur Général a été Directeur de cabinet adjoint au Ministère de la Santé en 2010 et a participé au lancement du premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière.

Pour faciliter notre lecture, nous les appellerons respectivement : l'établissement A et l'établissement B. Dans ces deux établissements, chaque coordonnateur général des soins est responsable de la recherche et de l'innovation dans leur établissement. Néanmoins, ils ont chacun, privilégié l'expertise et valorisé un échange transversal plutôt que vertical, en nommant un référent recherche.

Afin d'étayer notre recherche, nous avons privilégié les entretiens semi directifs comme outil d'enquête durant la phase exploratoire de notre sujet. C'est une technique que nous avons reconduite pour notre travail de recherche. Cela nous a semblé plus approprié à notre sujet de recherche, en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni fermé. Il nous permet de disposer de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquelles l'interviewé est amené à répondre.

Les entretiens se sont déroulés sur la base de guides d'entretien préalablement établis⁶². Lors de leur construction, nous avons ciblé les thèmes et les axes de recherche en fonction des questions que nous avons été amenées à poser dans notre problématique. Les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre dans lequel nous les avons préparées, ni sous leur formulation exacte. Il y a ainsi une liberté commune au chercheur et à l'interviewé. Autant que possible, nous avons essayé de laisser venir l'enquêté pour qu'il puisse parler plus ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Nous avons parfois recentré l'entretien si cela s'avérait nécessaire.

L'entretien permet aussi de poser des questions auxquelles l'interviewé ne vient pas de lui-même. L'entretien semi directif permet donc de guider la discussion pour obtenir les renseignements recherchés. Il nous a permis de compléter et d'approfondir les thèmes abordés dans notre cadre conceptuel et ce, auprès de professionnels expérimentés dans la recherche paramédicale. En effet, nous voulions recueillir des données qualitatives pour essayer de comprendre la place et le rôle du directeur des soins dans l'organisation du PHRIP dans son établissement. Chaque entretien durait entre trois quarts d'heure à une heure. Un questionnaire aurait pu toucher l'ensemble des 32 CHU de France, parfois nommés CHRU (Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires) mais nous avons estimé que la méthode quantitative ne correspondait pas à notre objet de recherche.

Nous avons aussi quelques limites à formuler. Du fait de l'éloignement géographique, un des entretiens a eu lieu par téléphone. Nous n'avons pas pu prendre en compte la communication non verbale, comme les gestes, postures, mimiques ...

Ayant passé du temps à délimiter notre sujet d'étude, nous avons préféré restreindre le nombre d'établissements étudiés. Nous voulions éviter la dispersion et respecter le temps imparti. Nous avons choisi d'analyser les établissements qui avaient développé la recherche infirmière et paramédicale plutôt que le contraire. En effet, nous avons souvent tendance à remarquer les dysfonctionnements plutôt que de repérer ce qui fonctionne bien.

Dans l'introduction, nous avons vu que notre enquête exploratoire concernait deux directeurs des soins, un médecin et un cadre de santé. Nous allons dans un premier temps analyser le contenu de ses quatre interviews avant de vous exposer le résultat de notre enquête et de tenter de répondre à notre problématique.

⁶² Annexe VI : Guide d'entretien destiné au directeur des soins et/ou au responsable de la Recherche paramédicale dans le CHU.

3.2 Analyse des entretiens exploratoires

Le premier directeur des soins interrogé est conseiller pédagogique national à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). L'entretien s'est déroulé dans une salle à la DGOS. Nous avons parlé librement sans être dérangé. Il nous a confié que le PHRIP avait pour mission de fournir des connaissances scientifiques pour l'amélioration des soins et que ce dispositif était utile et qu'il serait maintenu. Le PHRIP rencontre un fort succès mais il reconnaît qu'il est élitiste, donc peu d'équipes de recherche voient leur projet retenu. Le ministère envisage de développer un master de recherche pluridisciplinaire mais il ne souhaite pas la création d'un master spécifique à une profession. La reconnaissance de la discipline infirmière n'est donc pas à l'ordre du jour.

Le second directeur des soins est conseiller technique régional à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France et possède un doctorat en sociologie. A ce jour, il y a pas de recensement précis sur le nombre de professionnels détenteurs d'un doctorat. Selon la personne interrogée, il y aurait entre deux cent cinquante à trois cents paramédicaux à avoir obtenu un doctorat. La majorité d'entre eux concernent les sciences humaines et en particulier les sciences de l'éducation, certains sont allés à l'étranger et ont pu obtenir un doctorat en sciences infirmières qui n'existe pas en France. Le doctorat marque l'aboutissement d'un projet centré sur la recherche et la publication des travaux réalisés mais ce n'est pas une fin en soi.

A priori, certains professionnels ne déclarent pas leur doctorat sur leur lieu de travail, de peur d'être mal perçu vis-à-vis de leurs collègues ou de leur hiérarchie. Pour d'autres, même après avoir bénéficié de la formation continue, le réinvestissement d'une telle formation dans les établissements de santé ne va pas de soi. Malgré tout, certains grands établissements hospitaliers offrent des bourses doctorales. Ils permettent aux professionnels dont le dossier a été retenu, d'être pris en charge financièrement et détaché des soins pendant trois ans. Ce n'est pas pour autant que le réinvestissement d'une telle formation soit assuré. Par exemple, il n'y a généralement qu'un référent de la recherche paramédicale par CHU. Malheureusement l'endettement des CHU n'est pas là pour favoriser l'extension de la recherche en soins. *«La dette des hôpitaux publics a triplé en moins de dix ans (...). Les CHU comptent parmi les établissements qui ont le plus largement recouru à l'emprunt : leur dette représente 37 % de la dette hospitalière totale (...). L'encours de leur dette a ainsi augmenté de 250 % durant les dix dernières années, contre 171 % pour l'ensemble des établissements publics de santé⁶³».*

⁶³ <http://www.senat.fr/rap/r13-016/r13-0161.pdf>

Un savoir n'est reconnu comme scientifique qu'à partir du moment où il a été publié et par là même, soumis à l'appréciation de ses pairs. Une publication est là pour être utilisée, c'est un diffuseur de savoirs qui peut parfois amorcer une nouvelle étude.

Le médecin interviewé est référent du PHRIP du Département de Recherche Clinique et du Développement (DRCD) de l'ensemble des CHU d'une région. Pour assurer une coordination institutionnelle, le DRCD est en relation avec la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP), chargée de la communication auprès des directions de soins des Groupes Hospitaliers, des cadres experts, des commissions de soins des hôpitaux et des cadres supérieurs des pôles. Le DRCD apporte aux candidats une expertise méthodologique adaptée aux exigences du PHRIP. Cet accompagnement porte ses fruits puisque vingt PHRIP ont été retenus depuis le premier appel d'offres PHRI en 2009. Depuis 2011 la DSAP organise chaque année, une journée consacrée à la recherche infirmière et paramédicale. Ces journées et le webzine institutionnel ont pour objectif principal de permettre aux équipes engagées dans des projets de recherche de présenter leurs travaux et de partager leurs expériences. Au niveau pédagogique, c'est aussi un moyen d'illustrer les modalités pratiques d'accès à la recherche. Cette institution mobilise les unités de recherche clinique (URC) au service des projets paramédicaux et formalise des avis sur les projets proposés avant de les transmettre au Ministère de la santé.

Le cadre de santé, ancien infirmier anesthésiste, est professeur au Département des Sciences Infirmières et Paramédicales de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique créé en 2009. Il travaille plus particulièrement sur les pratiques avancées en soins infirmiers ainsi que sur les stratégies d'enseignement de la recherche en formation infirmière initiale. Il nous a appris que ce département fermerait ses portes au cours de l'année 2014. Ce Département avait pour finalité de «*favoriser le développement de ce domaine disciplinaire en France au travers d'activités d'enseignement et de recherche*⁶⁴». Il est regrettable de constater que ce département, sensé promouvoir la recherche infirmière et paramédicale, a eu une durée de vie particulièrement courte. Cette situation nous surprend mais nous permet de constater que la recherche clinique paramédicale est en mal de reconnaissance en France et qu'elle présente des difficultés à se trouver un nouveau souffle.

Après ces quatre entretiens exploratoires, nous avons réalisé cinq entretiens, auprès de professionnels ayant une activité de recherche clinique.

⁶⁴ <http://www.ehesp.fr/recherche/departements/departement-des-sciences-infirmieres-et-paramedicales/>

3.3 Analyse des entretiens de recherche

L'établissement A est un CHU de moyenne taille avec un peu moins de trois mille lits. Depuis une vingtaine d'années, la Direction des Soins de l'hôpital intègre la promotion de la recherche infirmière et paramédicale, dans ses missions. Son appui est indispensable pour accompagner, promouvoir et soutenir les actions, en faveur de la recherche. En cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS) et le projet de coopération du CHU, une collaboration est développée avec les établissements généraux et privés, en matière de recherche clinique. Le ministère considère les CHU comme des «têtes de réseau» en matière de recherche. Les CHU ont donc une mission de diffusion d'une culture recherche par des actions de formation, de recrutement ou encore d'aide au montage de projets en commun. Des projets de recherche sur l'organisation des soins, sur le développement d'e-santé pourraient être l'occasion de développer des liens avec des infirmiers ou des paramédicaux libéraux. Ce fut le premier CHU de France à s'intéresser à la recherche en soins. Afin de soutenir la dynamique de la recherche infirmière et paramédicale, le Directeur Général du CHU et la présidente de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation proposent des appels d'offres locaux d'une valeur de 30.000 euros. Le projet d'établissement contient un volet Recherche et Innovation qui a pour mission d'identifier les thèmes de recherche en s'appuyant sur le projet médical, la politique locale et les orientations de l'université et des organismes de recherche. Les orientations du projet médical porte notamment sur la recherche en santé publique, sur les technologies et innovations biomédicales sans oublier, la recherche en soins. Aujourd'hui, la recherche clinique s'inscrit dans un cadre européen et international. Dès lors, le soutien institutionnel est essentiel pour assurer la lisibilité aux activités de recherche. Le coordonnateur général des soins a délégué l'axe quatre du projet de soin à un cadre supérieur de santé. Cet axe comprend l'ingénierie pédagogique, les pratiques avancées, les coopérations et la recherche paramédicale. Ce cadre de supérieur de santé, infirmière de formation, est également titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation. Elle est experte en méthodologie et assure une mission d'accompagnement des projets de recherche. Elle travaille également à l'Université comme maître de conférences associée. Sa position est intéressante car elle fait le lien entre l'hôpital, lieu de production et l'Université, lieu du Savoir. Pour elle, *«la recherche sert à rendre visible ce que l'on fait de mieux»*.

Elle travaille étroitement avec les cadres supérieurs de pôles, sans oublier les cadres supérieurs et les cadres de santé. Son rôle est d'accompagner les pôles dans l'organisation interne de leurs activités d'investigation.

Elle remarque que la valorisation de la recherche paramédicale n'est pas encore acquise car l'encadrement paramédical reste avec une représentation plutôt négative de la recherche. Elle reconnaît également que la plupart d'entre eux sont peu formés à la méthodologie de recherche. Pourtant, elle intervient, à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), dans le module trois «Analyse des pratiques et initiation à la recherche⁶⁵» d'une durée théorique de quatre-vingt-dix heures. Elle ne participe pas à la formation infirmière, par manque de temps. Elle a volontairement priorisé la formation cadre car elle pense que les cadres occupent une place stratégique dans les établissements de santé. Ce sont eux, par exemple, qui reçoivent les soignants désireux de se lancer dans un travail de recherche. Même si ce n'est au départ qu'une question, le professionnel est déjà dans le questionnement et cette posture est indispensable à la recherche.

Ces propos confirment ce que nous avons vu dans notre cadre conceptuel, à savoir que la recherche est un état d'esprit qui demande une posture de questionnement de nos habitudes et de nos pratiques.

Elle aide les équipes investigatrices à se professionnaliser en les formant à la recherche clinique. Elle se situe à l'interface entre le ou les pôles et la DRCI. Il est important de se rendre lisible dans l'établissement et à l'extérieur. Elle travaille d'ailleurs beaucoup en inter-région avec deux autres CHU, eux-mêmes mobilisés depuis longtemps, pour la promotion de la recherche paramédicale. A ce jour, elle organise avec ses deux collègues, un séminaire de formation à la recherche en soins pour les cadres supérieurs et les cadres de santé du CHU de l'île de La Réunion.

Elle met beaucoup de convictions à encourager les professionnels de terrain, à écrire y compris dans des revues internationales avec un impact factor élevé. Elle estime que l'evidence-based Nursing (EBS) est une opportunité à la fois pour la direction des soins et pour les soignants. La méthodologie préconisée consiste à formuler une question de départ, en lien avec une pratique qui questionne. Suite à cette interrogation, il faut recenser la littérature portant sur des expériences similaires à la question étudiée (études randomisées, cohorte ...). La grande majorité des publications sont anglophones et malheureusement, la pratique de l'anglais reste encore une difficulté, y compris parmi la jeune génération. Pourtant, le nouveau référentiel infirmier⁶⁶ comprend soixante heures de formation à l'anglais réparties sur les trois ans.

⁶⁵ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

⁶⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Il est à préciser que l'enseignement de l'anglais, pourtant langue internationale, n'est pas prévu dans le référentiel de formation des cadres de santé. La réingénierie des cadres est en cours mais paraît en suspens à ce jour. Par contre, comme le préconisait le rapport De Singly, la plupart des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) ont passé une convention avec une université pour que les étudiants cadres puissent en même temps préparer une première année de master. Dans ces conditions, certaines universités assurent des cours d'anglais.

La recherche bibliographique est fondamentale et prend du temps mais nous pouvons faire appel au centre de documentation. Comme nous l'avons déjà signalé, une recherche ne se fait jamais seule. Sur le plan méthodologique, il est essentiel d'avoir une lecture rigoureuse et critique, des études ou articles sélectionnés.

L'enjeu des PHRIP est d'impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux. La difficulté est qu'il y a beaucoup de dossiers présentés et peu de retenus. Le montage d'un PHRIP est complexe et nécessite un investissement personnel important. Une fois que la pertinence de la recherche a été reconnue, nous travaillons en étroite collaboration avec la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI). La DRCI a un rôle d'information, d'incitation et d'aide méthodologique auprès des investigateurs qui souhaitent présenter un projet. Elle s'assure également du respect des bonnes pratiques cliniques. Pour éviter le découragement des candidats dont le PHRIP n'a pas été retenu, nous mettons tout en œuvre, en accord avec la direction des soins, pour tenter de trouver d'autres sources de financement, qu'elles soient publiques ou privées. Cela prend du temps mais c'est incontournable pour garder des professionnels motivés par la recherche en soins. Cela peut aller de l'utilisation d'un appel d'offre local à la rédaction d'un article. L'essentiel étant de maintenir une dynamique de recherche. La publication de projets ou de travaux effectués par les professionnels de santé, est un moyen de les récompenser mais cela contribue, avant tout, à améliorer la prise en charge des patients et à répondre à des critères d'efficacité et de «juste soin». Le juste soin correspond aux exigences de qualité et de respect de la personne soignée ainsi que de son entourage. Ces projets dont le PHRIP, apportent une reconnaissance à la recherche infirmière et paramédicale.

Faire de la recherche clinique ne s'improvise pas, cela suppose d'acquérir des compétences en réglementation, en méthodologie et dans différents champs comme l'éthique et le droit. Avec un soutien fort des différentes directions et des universités, des formations communes se sont organisées en association avec deux autres CHU.

Ces formations portent sur la formation à la méthodologie de recherche, à la rédaction de protocole de recherche ou à la mise en place de projets de recherches multicentriques. Cette structuration a déjà porté ses fruits, nous avons pour preuve, le nombre de projets retenus dans le cadre de financement par le PHRIP. La recherche n'a de sens que dans le partage et la mutualisation des moyens et des compétences de chacun. Nicole Chevalier⁶⁷ l'illustre parfaitement en parlant de la recherche : «*Où tu travailles pour toi ou tu travailles pour la patrie soignante*». Ce qui fait défaut actuellement, c'est notre manque de visibilité et le lien entre le terrain et la théorie, y compris chez les directeurs des soins. En France, nous n'avons que deux DS qui sont habilités à suivre des recherches universitaires. Ces personnes sont en fin de carrière et la relève n'est pas assurée.

L'établissement B est un CHU de petite taille avec une capacité de mille cinq cent lits où nous avons effectué notre premier et troisième stage.

Nous avons d'abord interrogé le coordonnateur général des directeurs des soins, responsable de deux pôles ainsi que de la recherche et de l'innovation sur le CHU. C'est une personne très engagée qui est aussi investigateur principal d'un PHRI sélectionné et qui prépare également un doctorat. Elle souhaite montrer l'exemple et valoriser la recherche en soins dans son établissement. Pour elle, la recherche paramédicale est un levier pour favoriser la diffusion du savoir infirmier. L'arrivée de la réforme des études infirmières et la mise en œuvre des PHRIP a conduit le CHU, à changer de paradigme. «*La recherche en soins infirmiers est un excellent outil de développement d'une posture réflexive (travail de questionnement du sens des situations, de l'action, des phénomènes produits...)*. Au CHU, «*Nous sommes passés de la simple motivation à l'action : la recherche paramédicale est aujourd'hui véritablement active, puissant moteur de qualité et de sécurité des soins*».

Elle est aussi à l'initiative de la première journée francophone de recherche en soins qui a eu lieu en 2013. Cette journée était placée sous le patronage du Ministère de la Santé et parrainée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Fédération Hospitalière de France (FHF). C'est un signal fort et une volonté institutionnelle de diffuser une «culture recherche» par le partage de connaissances scientifiques et la promotion de pratiques infirmières et paramédicales validées. La recherche en France est certes en retard mais il faut savoir s'enrichir des expériences étrangères les plus significatives. C'est aussi l'occasion de rassembler des professionnels internationaux.

⁶⁷ Coordonnateur Général des Soins à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.

La journée francophone de recherche aura lieu tous les deux, en effet, la recherche de sponsors demande du temps et de l'énergie mais c'est indispensable dans un univers contraint financièrement.

Le projet d'établissement contient un volet «Recherche, enseignement et innovation» et le DG est persuadé que le devoir du service public hospitalier est de participer au rayonnement et au développement de la recherche paramédicale. Depuis 2012, Il a lancé un appel d'offre interne doté d'une enveloppe de 25 000 euros spécifiquement ciblée sur les projets de recherche paramédicale, enveloppe qui, pour l'appel de 2013, s'élève à 50 000 euros. Il estime que les grands laboratoires devraient mieux accompagner et financer la recherche paramédicale car elle participe à l'amélioration de la prise en charge des patients. Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) des Hôpitaux Universitaires dont ce CHU, a confié au GIRCI (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation), le développement de la recherche clinique sur le territoire, par un travail en réseau. Il est prévu que ce soit le cadre de santé responsable de la recherche infirmière et paramédicale de l'établissement B qui soit aussi responsable de la recherche paramédicale dans le GIRCI. Pour avoir assisté à quelques réunions du GCS, nous avons remarqué que le CHU où nous sommes en stage a développé des compétences sur la recherche infirmière et paramédicale qui seront certainement très utiles aux autres établissements partenaires.

Nous avons ensuite interrogé un cadre supérieur de santé, formateur à l'école des cadres. Sa formation d'origine est kinésithérapeute, il a fait ses études en Espagne et a obtenu un master 2 en «Recherche et management en soins». En 2010, il faisait fonction de cadre supérieur de santé et partageait son temps de travail entre une mission d'encadrement des équipes de rééducation et le développement et l'accompagnement de projets de recherche infirmière et paramédicale de l'établissement. Il a également participé à la préparation de la première journée francophone de la Recherche en soins qui permettait une visibilité du CHU en matière de recherche. La coopération avec la DRCl a demandé un peu de temps. En effet, comme le PHRIP n'est pas une recherche médicale, l'investigateur principal ne peut pas être un attaché de recherche clinique mais bien un paramédical. Il a aussi travaillé avec le médecin responsable de la recherche sur le CHU qui est aussi le chef de service de la réanimation médicale.

En tant que coordonnateur de la recherche infirmière et paramédicale; il avait pour mission de faire émerger les projets de recherche, avec l'aide du conseil scientifique de la recherche. Il apportait une aide méthodologique et participait à l'écriture du projet.

La finalité de la recherche paramédicale est de produire du savoir et de contribuer à la formation des professionnels pour améliorer la qualité des soins. Il intervenait à la fois, auprès des étudiants cadres et auprès des étudiants en soins infirmiers. Selon lui, les futurs professionnels ont peu l'occasion, durant leurs différents stages, de rencontrer des soignants engagés dans la recherche. Il est alors nécessaire de leur présenter des exemples concrets de recherches effectuées par des infirmiers et des paramédicaux de l'établissement support. C'est aussi un moyen de participer à leur professionnalisation.

Depuis 2013, il a été reçu au concours sur titre de cadre supérieur de santé et a intégré en tant que formateur, l'institut de formation des cadres de santé. Il a été remplacé par un cadre, faisant fonction de cadre supérieur et contrairement à son prédécesseur il a été nommé à temps plein, au poste de coordonnateur de la recherche paramédicale. Cette personne a travaillé dix ans en réanimation médicale, en tant que cadre de santé, il connaît donc bien le médecin responsable de la recherche médicale sur le CHU.

Ce même médecin a regretté de perdre un cadre mais a jugé cette nomination adaptée au poste. En tant que coordonnateur de la recherche paramédicale et représentant des filières paramédicales au Conseil Scientifique de la délégation à la recherche scientifique et à l'innovation, il pense qu'il est essentiel de montrer l'exemple. En 2014, il est notamment l'investigateur principal d'un PHRIP sur *«l'Impact de la mobilisation précoce sur la durée de ventilation mécanique des patients de réanimation»*. Il a passé la première sélection puisque sa lettre d'intention a été retenue. A ce jour, il a envoyé son dossier complet en attendant les résultats du jury final.

Il travaille en relation étroite avec les pôles de l'hôpital et il peut aussi accompagner les structures partenaires du CHU, comme les hôpitaux locaux ou les réseaux de soins. Il est sous l'autorité du Directeur des Soins Coordonnateur Général et responsable de la recherche paramédicale. Il collabore avec le responsable de la DRCI, qui est rappelons-le son ancien chef de service et avec tous les responsables des cellules opérationnelles du département recherche.

Sa fonction est de permettre l'émergence et la viabilité d'une culture scientifique auprès des professionnels paramédicaux dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés au patient. Il organise des formations sur la lecture critique des articles de recherche et favorise la recherche bibliographique, inhérente à tout travail de recherche. Il sollicite les paramédicaux à écrire des articles professionnels et leur propose, si besoin, son aide.

Il a aussi un rôle de promotion de ces écrits professionnels auprès des éditeurs et recense les écrits issus du CHU pour une newsletter interne au CHU. Il anime la sous-commission recherche qui émane de la CSIMRT.

Dès son arrivée, il a souhaité faire évoluer cette sous-commission. Au début, elle était composée de professionnels paramédicaux qui souhaitaient obtenir des renseignements sur la recherche en soins mais peu désiraient s'investir dans un projet recherche. A ce jour, cette sous-commission est un lieu de rencontre de professionnels qui ont ou qui veulent mener une recherche. Pour y avoir assisté, c'est un lieu qui aide les futurs chercheurs à mieux cerner leur problématique. En effet, ils exposent au groupe leur questionnement et les échanges entre pairs les aident à délimiter leur recherche. D'autres sont là pour exposer l'avancée de leurs travaux. Cette émulation favorise l'entraide et la motivation.

Une fois que les limites de la recherche sont cernées, le coordonnateur apporte son aide à la rédaction du projet avant de rencontrer les professionnels de la Maison de la recherche. Il apporte un soutien méthodologique aux projets jusqu'à leur publication. Le coordonnateur général des directeurs des soins reconnaît ses compétences en matière de recherche paramédicale et le sollicite beaucoup. Il représente le CHU dans les instances locales, régionales et nationales de promotion de la recherche en soins. Il rencontre parfois les «référénts recherche paramédicale» des autres CHU de France. Ce partenariat devrait se renforcer pour arriver à mieux valoriser les travaux de recherche effectués sur le sol français et promouvoir la recherche infirmière et paramédicale. IL reconnaît que certains CHU dont l'établissement A ont réussi à structurer la recherche paramédicale dans leur établissement et en inter région. Il pense par contre que l'établissement B, malgré sa petite taille a un rôle majeur dans le développement de la recherche en soins. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard, si sa candidature a été retenue pour diriger la recherche paramédicale du GIRCI. De plus en plus, les établissements de santé se regroupent pour mener en commun un projet de recherche et mettre ainsi en synergie leurs compétences. Il anime la Fédération des chercheurs paramédicaux du CHU.

Nous avons eu l'occasion d'assister à la soirée des «jeunes chercheurs⁶⁸» qui était animée par le DG, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), un représentant des collectivités locales, membre du Conseil de Surveillance et le médecin président du conseil scientifique de la DRCI. Cette soirée a mis à l'honneur les treize lauréats qui ont obtenu un financement pour leur recherche. Certains sont financés par des organismes de recherche publics, d'autres par des entreprises privées ou par l'appel d'offres interne du CHU. Les deux projets paramédicaux retenus et suivis par le coordonnateur, sont financés par l'appel d'offre interne du CHU.

⁶⁸ C'est à dire âgé de moins de quarante ans.

Ces initiatives prouvent que le développement de la recherche médicale et paramédicale font partie des priorités institutionnelles de l'établissement. Pour ce coordonnateur, faire une recherche c'est déjà donner du sens à sa pratique. C'est aussi, ce qui va permettre de dispenser des soins personnalisés et de qualité.

Nous avons également rencontré un médecin, membre du jury du PHRIP 2013⁶⁹. Ce jury est pluridisciplinaire et présidé par madame Chantal Eymard, chercheur à l'Université d'Aix-Marseille. Les thèmes des projets sélectionnés sont liés à la qualité des soins, la qualité de vie des patients, la prise en charge de la douleur et la formation des professionnels.

Le médecin qui a participé au jury du PHRIP 2013, nous a confirmé que la sélection était drastique, parfois trop à ses yeux. Il a noté un fort besoin de reconnaissance des paramédicaux au regard du monde médical. Il pense que la sélection s'explique par la volonté des paramédicaux à garantir la crédibilité du PHRIP vis à vis du PHRC.

Ce n'est pas un hasard si le PHRIP est aussi appelé : le «petit frère du PHRC» car il a été conçu selon la même méthodologie. Le terme "petit" ne doit pas être compris comme inférieur au PHRC mais tout simplement parce que le PHRIP a vu le jour après le PHRC.

Il nous a ensuite expliqué le déroulement du comité de sélection. C'est la présidente du jury qui distribue, en tenant compte des compétences et du lieu d'exercice de chacun des membres du jury, les lettres d'intentions envoyées par les candidats. Chaque rapporteur étudie ses dossiers et en fait déjà une présélection. Chaque membre du groupe expose et argumente ses choix devant l'ensemble du jury. Une fois que chaque jury a exposé ses préférences, la sélection des lettres d'intention se fait, par l'ensemble des évaluateurs, sous forme de consensus. La sélection des lettres d'intention est ensuite publiée et les candidats envoient leur dossier complet avant une date butoir. Chaque rapporteur reçoit ensuite les dossiers correspondant aux lettres d'intentions qu'il avait déjà examinées puis sollicite l'avis d'un expert selon le domaine traité.

Chaque membre du jury prend connaissance de l'avis des experts et rédige sa proposition qui sera ensuite exposée à l'ensemble des examinateurs. Selon lui, il est important que les paramédicaux s'emparent de la recherche paramédicale sinon il risque d'en être dépossédé par les médecins eux-mêmes. Il argumente son point de vue en précisant que l'avenir des PHRC régionaux semble incertain.

⁶⁹ Annexe VII : Guide d'entretien destiné à un des membres du jury du PHRIP.

Son propos interpelle car l'investigateur principal est, selon le cadre réglementaire, obligatoirement un paramédical. Les paramédicaux devront être vigilants pour ne pas risquer de se faire déposséder de leur PHRIP.

Nous avons vu que les coordonnateurs de la recherche paramédicale des deux établissements ainsi que l'un des membres du jury, soulignent le caractère très sélectif du PHRIP. Pour objectiver ce constat, nous pouvons comparer le nombre de lettres d'intention déposées et la comparer au nombre de dossiers retenus.

Le PHRIP selon les années	Nombre de lettres d'intentions déposées	Nombre de dossiers retenus
2010	84	16
2011	113	21
2012	112	19
2013	130	20

Ce tableau confirme le succès du PHRIP puisque le nombre de lettres d'intention a pratiquement doublé entre 2010 et 2013, ce qui a pour conséquence, une sélection de plus en plus sévère des dossiers retenus. Suite à ce constat, il nous a semblé intéressant de recueillir le ressenti d'un infirmier qui trois ans de suite, a vu son dossier PHRIP non retenu.

Cet infirmier, au parcours atypique, fait fonction de cadre de santé dans un service de gériatrie du CHU. Avant d'être infirmier il était qualicien et travaillait dans un laboratoire de recherche. En 2006, il est devenu infirmier et a travaillé auprès de personnes handicapées puis en gériatrie. Son chef de service est très axé recherche et par son histoire de vie et son expérience acquise, il lui a semblé naturel de s'engager vers un PHRIP en 2009. Le thème du PHRIP portait sur la chute de la personne âgée. Après son premier refus, il a pris en considération les remarques du jury et a revu les étapes de son PHRIP avec l'aide du coordonnateur de la recherche et de la direction des soins. L'année suivante, même résultat, il commençait à douter de l'intérêt de cette recherche mais ses supérieurs y compris son chef de service l'ont encouragé à persévérer. Son PHRIP, à nouveau remanié, n'a pas été retenu pour la troisième fois. Il était alors complètement découragé, démotivé et ne voulait plus entendre parler de recherche. Il faut reconnaître que la préparation d'un PHRIP demande beaucoup d'abnégation et une implication personnelle très forte. C'est alors que le coordonnateur aidé par la direction des soins et l'équipe médicale de gériatrie ont décidé de présenter son projet lors de l'appel d'offre interne de l'établissement. Il a été retenu à l'unanimité.

Devant ce succès pour lui, inattendu, il a repris confiance et a pu s'investir à nouveau dans sa recherche. Cette recherche s'est déroulée en trois étapes :

La première étape avait pour but d'améliorer la déclaration concernant la chute de la personne âgée, dans l'établissement. Au départ, c'était une feuille à remplir par les soignants auprès de services test comme la gériatrie, la médecine et le service porte des urgences. Puis le dossier patient informatisé a été mis en place sur l'hôpital, ce qui a nécessité d'informatiser la feuille de déclaration des chutes. Ce fut un moment délicat car les équipes devaient avant tout s'approprier l'outil informatique. L'âge des soignants a été déterminant, pour les plus jeunes il n'y a eu aucune difficulté mais ce ne fut pas le cas pour d'autres plus anciens. Du fait de ce contexte, le projet a pris de retard. Comme avec la prise en charge de la personne âgée, il faut parfois savoir perdre du temps pour en gagner par la suite. C'est ce qu'il a fait car il voyait bien que le personnel n'était pas prêt. Deux mois après la mise en place de l'outil informatique, il est reparti avec son bâton de pèlerin dans les services test pour expliquer l'intérêt de ces déclarations de chute et surtout la nécessité de leur évaluation afin de pouvoir améliorer la feuille de déclaration. Il en est ressorti qu'il fallait un outil facile et surtout rapide à utiliser (moins de trois minutes), sinon les soignants ne le remplissaient pas. Avec l'aide du DRCI, il a réussi à mettre au point un outil informatique répondant aux critères attendus. Avant d'y arriver, il a fallu tester neuf versions différentes.

Cet outil a ensuite été généralisé et financé par l'ARS, aux maisons de retraite du département, par une plate-forme informatique, équipé d'un serveur Web. Par souci de confidentialité, il faut utiliser un mot de passe pour pouvoir y entrer.

La seconde étape concerne la prévention des chutes de la personne âgée. Il a fallu là aussi créer un outil informatique qui a pour objectif de prévenir la chute de la personne âgée. Elle ressemble à la grille escarre et comme lors de la première étape de la recherche, il a fallu rencontrer à nouveau, les professionnels y compris ceux de nuit. Le chef de service s'est engagé à faire connaître cette recherche, à ses confrères sur le CHU, afin de leur prouver que la chute de la personne âgée n'est pas inéluctable. Au final cette grille prend en compte le sexe, l'âge⁷⁰ de la personne, le nombre de médicaments prescrits, et le nombre de pathologies recensées. Cette grille est simple à utiliser car en fonction des réponses apportées, des sous items apparaissent. Ainsi cette grille permet au soignant d'évaluer le risque de chute de la personne âgée, dès son entrée dans le service.

⁷⁰ Les chutes sont plus fréquentes à partir de 85 ans et si la personne âgée prend plus de 5 médicaments par jour.

Ces résultats ont été publiés dans le Journal of the American Geriatrics Society, ce qui fait la fierté du CHU. Cette récompense montre qu'il faut savoir rebondir de ses échecs et que le PHRIP n'est pas une fin en soi.

La troisième étape part du constat que la perte de la masse musculaire augmente avec l'âge. Pour ralentir ce phénomène et par là même le risque de chute, les soignants vont stimuler les patients âgés hospitalisés, par quelques exercices physiques simples, comme mesurer le temps passé hors du lit, rester debout devant une chaise, se lever et s'asseoir d'une chaise... Cette recherche vient d'être primée, elle recevra un financement par l'appel d'offres interne du CHU. Elle devrait débuter dès le mois prochain.

Nous pouvons voir que malgré trois refus au PHRIP, l'appel d'offre interne a permis à cette recherche de voir le jour. Le réinvestissement de ce financement n'est plus à démontrer, il a permis de valoriser le CHU au niveau régional auprès des ARS et au niveau international par une publication dans une revue américaine.

4. Propositions pour impulser une politique de recherche en soins par le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Suite à notre enquête, nous nous rendons compte que, pour ces deux établissements, la recherche et l'innovation sont une priorité institutionnelle. Il est évident que c'est une situation très favorable pour le directeur des soins. L'établissement A est un des premiers CHU de France, à avoir impulsé une politique de développement de la recherche paramédicale. Au fil du temps, il a appris à se structurer en inter région avec deux autres CHU. Ce n'est pas un hasard si chaque année un ou deux PHRIP sont retenus parmi ces trois établissements. Pour l'établissement B, nous pouvons constater que malgré sa petite taille, il est très investi dans la recherche aussi bien médicale que paramédical. Ce choix politique est impulsé par le directeur général lui-même et relayé aussi bien par les médecins que par la direction des soins, et plus particulièrement par la coordonnatrice générale des soins. Ces deux exemples nous montrent que l'orientation stratégique d'un établissement est capitale pour pouvoir développer la recherche en soins. Nous avons vu que dans les deux CHU interrogés, les directeurs des soins ont privilégié l'expertise en s'entourant d'un professionnel (cadre supérieur de santé ou faisant fonction) compétent pour coordonner la recherche sur l'établissement. Déléguer au profit de l'expertise nous semble un choix judicieux car l'élaboration d'une recherche paramédicale nécessite de disposer de connaissances et de soutiens méthodologiques. La personne choisie doit maîtriser l'usage de l'anglais car la majorité des articles de recherche sont écrits dans la langue de Shakespeare. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'être cadre supérieur de santé pour ce poste, un paramédical titulaire d'un Master de recherche et/ou ayant mené une recherche peut, à notre avis, avoir les compétences suffisantes pour occuper ce poste. Il ne faut pas oublier que le contexte financier des établissements de santé et en particulier des CHU, est déficitaire.

Une des compétences attendues d'un directeur des soins est «*d'impulser une politique de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques*⁷¹». La création d'une sous-commission «recherche paramédicale» est un bon moyen de mobiliser des paramédicaux.

⁷¹ Référentiel de compétences des directeurs des Soins, décembre 2011 et mise à jour décembre 2013, compétence 7, p 23.

En France, les infirmières disposent encore de peu de références validées et de soutiens méthodologiques sur lesquels elles peuvent s'appuyer et expliciter des résultats portant une valeur ajoutée de façon reproductible. Aussi le ministère de la Santé finance chaque année depuis 2010 des PHRI et depuis 2011 des PHRIIP. Le PHRIIP demande que les recherches portent sur des soins fondés sur des données probantes. Cela permet de passer d'un savoir individuel local à un savoir plus généralisable. Il s'agit d'une pratique fondée sur des résultats de recherche. L'intitulé de quelques-uns des PHRIIP retenus en 2013, donc les plus récents à ce jour, illustre concrètement tout l'intérêt de la recherche infirmière et paramédicale qui devrait permettre de valider de nouvelles connaissances ou de nouvelles méthodes de soins au bénéfice des patients. A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), un PHRIIP porte sur «l'Evaluation de l'efficacité d'un journal de bord lors de la prise en charge initiale des patients traumatisés graves sur la qualité de vie des patients à 1 an». Au CHU de Nîmes c'est «l'Evaluation de l'impact des transmissions professionnelles orales sur les manifestations d'agressivité des patients accueillis aux urgences». Au Centre Inter hospitalier Maison Blanche, c'est une «Mesure et recherche des freins et des leviers à la construction de l'Alliance Thérapeutique avec les Infirmiers et les Aides-soignants en Psychiatrie». Ces quelques exemples nous montrent la diversité des sujets et des lieux retenus. La recherche paramédicale est un levier pour favoriser la diffusion du savoir infirmier. Sans aller jusqu'à s'investir dans un PHRIIP, le directeur des soins a un rôle à jouer dans la promotion de la recherche paramédicale dans son établissement. Tous les paramédicaux ne seront pas en mesure de se lancer dans une recherche, par contre, la publication et la diffusion de ces nouveaux savoirs sont indispensables pour améliorer la sécurité et la qualité des soins.

Nous savons que beaucoup de professionnels novices ou experts estiment que la recherche ne les concerne pas ou bien qu'elles n'ont pas le niveau requis pour le faire. Le rôle des cadres et de l'encadrement supérieur est primordial pour faire évoluer ses mentalités. L'entretien d'évaluation du personnel pourrait être un moment privilégié pour questionner le professionnel sur sa pratique et l'encourager le cas échéant à rencontrer le directeur des soins pour lui parler de son projet de recherche. Ce dernier le mettra ensuite en relation avec le coordonnateur recherche pour une aide méthodologique.

A ce jour, la réingénierie des cadres de santé semble en suspens. Dès le 26 juillet dernier, l'Association Nationale des Directeurs d'Ecole Paramédicale (ANDEP) avait adressé un courrier à la ministre de la Santé, à ce sujet. Le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) a décidé d'en faire autant, le 20 octobre 2014.

Le rapport de l'IGAS sur «*Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le processus LMD*» paru début 2014 recommande également de reprendre ces travaux. Pourtant, nous avons vu précédemment que les étudiants cadres de santé n'ont qu'une initiation à la recherche. Nous pensons que c'est insuffisant pour pouvoir promouvoir la recherche dans leurs unités de soins.

La communication est essentielle, comme à l'occasion de soirée organisée au profit des «jeunes chercheurs», de journées «recherches paramédicales», voir des «journées francophones» qui donnent la possibilité aux paramédicaux chercheurs, de présenter leur travail de recherche et leur niveau d'avancement. C'est en valorisant les travaux de recherche que l'on sensibilisera le plus grand nombre. Ces journées sont aussi l'occasion de faire se rencontrer, des professionnels reconnus de la recherche paramédicale avec des paramédicaux, peu sensibilisés à cette cause. La recherche doit pouvoir se vivre au plus près du terrain. Il faut savoir se rendre lisible aussi bien à l'intérieur de son établissement qu'à l'extérieur.

L'introduction de l'EBP a permis aux professionnels de santé de développer des liens avec les professionnels médicaux. Malgré tout, le rapport hiérarchique entre les médecins et les infirmières perdure en France. En effet, dans les pays de culture latine, la collaboration interdisciplinaire que devrait développer les infirmiers et les médecins pour répondre au mieux, aux besoins de la population, est souvent perçue par ces derniers sous l'angle d'une relation verticale de pouvoir. Alors qu'il ne s'agit que d'une relation professionnelle horizontale de complémentarité dans laquelle chaque professionnel assume un rôle précis et différent de l'autre. «*C'est pourquoi, pour sauver le fondement et la qualité des soins infirmiers, habituellement réduits à la simple exécution des prescriptions médicales, il convient de développer la recherche en soins infirmiers qui légitimera la discipline infirmière en établissant sa distinction d'avec la médecine. Il s'agit de laisser apparaître la plus-value, pour souligner l'enjeu majeur que représente le développement de la discipline et de la recherche infirmière⁷²*».

Pour valoriser la recherche paramédicale dans un établissement de santé, nous pouvons souligner que le directeur des soins a bien un rôle stratégique à défendre. Le directeur des soins doit être un manager, un guide afin de revendiquer sans relâche, le respect du droit patient et tout particulièrement la sécurité et la qualité des soins qui lui sont dispensées. Il est évident que cela doit se faire en cohésion avec l'équipe médicale et plus particulièrement avec le directeur de la CME.

⁷² KOFFI K, DELMAS P, N'GORAN Y, ANDOH J. La recherche infirmière pour le développement de l'approche qualité totale en soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers, mars 2010 ; 100 : 117.

Selon Joseph Kélada , professeur titulaire à l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales (HEC) de Montréal au Canada, «assurer la qualité totale en management, consiste à répondre à trois impératifs de l'environnement d'une organisation. Il s'agit de la satisfaction du client, la satisfaction de l'actionnaire et la satisfaction de l'employé». Cette trilogie pourrait être transférée vers une approche qualité totale des soins infirmiers et paramédicaux en adaptant : les attentes de la population avec la politique nationale de santé publique et les compétences du personnel infirmier et paramédicaux qui seront évaluées dans le cadre du Développement Professionnel Continu⁷³ (DPC). Le DPC est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

Malheureusement, les contraintes budgétaires, l'instauration des 35 heures et l'obligation pour beaucoup d'infirmières de lier leur vie professionnelle et familiale sont des obstacles au développement de la recherche clinique. De plus, la fermeture du département des sciences infirmières et paramédicales de l'EHESP risque de repousser la création d'un laboratoire de recherche en sciences infirmières et la création d'un cursus universitaire complet. Cette situation ne fait qu'aggraver le retard pris par la France, dans ce domaine. Malgré tout, même si c'est à une petite échelle, le PHRIP participe à la reconnaissance de la compétence des paramédicaux vis-à-vis du corps médical. Les médecins appellent d'ailleurs le PHRIP : «le petit frère du PHRC». Nous avons vu que la construction d'un dossier de PHRIP demande des compétences pluriprofessionnelles et beaucoup d'investissement sur son temps personnel. Peu de dossiers sont retenus, il faut donc trouver d'autres sources de financement pour ne pas risquer de décourager des soignants. Pour l'éviter, les responsables recherche se tournent alors vers leurs institutions pour tenter d'obtenir un appel d'offre interne ou vers des associations voir des industriels ou autres financeurs. Certains professionnels décident de revoir leur projet de recherche en s'appuyant sur les remarques du jury. En effet, tous les dossiers refusés sont accompagnés d'une synthèse argumentée par le jury pour proposer aux candidats des pistes d'amélioration. Le contexte de raréfaction des moyens y compris au niveau national ne permettra pas l'essor du PHRIP.

⁷³ Art 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Selon l'article 59, le DPC a pour objectifs «l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé».

Afin de répondre à notre question de recherche, nous pouvons dire que le PHRIP peut être un levier de management pour le directeur des soins, mais ce n'est pas le seul. En effet, la possibilité d'avoir son projet de PHRIP retenu est trop faible pour pouvoir s'en servir comme stratégie managériale unique. Néanmoins, le PHRIP reste un but à attendre pour de nombreux infirmiers ou paramédicaux qui se lancent dans une recherche en soins. Il faut aussi rappeler que l'une des missions d'un CHU est la promotion de la recherche et de l'innovation. Nous avons vu que les deux coordonnateurs généraux des Soins avaient confié la responsabilité de la recherche paramédicale à un professionnel expert dans ce domaine, l'un avait un doctorat en sciences de l'éducation et l'autre un master 2 en recherche. Au départ, cette situation nous a interpellée mais après cette enquête, nous pensons au contraire que cette nomination traduit une volonté managériale forte de valoriser et de développer une politique de recherche en soins, dans l'établissement. Cette orientation managériale a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins dispensée aux malades.

En ce qui concerne le partenariat entre les directeurs des soins gestion et les directeurs des soins formation, il existe mais pourrait sans doute être amélioré dans l'établissement A. En effet, par manque de temps, le coordonnateur recherche n'assure pas les cours d'initiation à la recherche, auprès des étudiants en soins infirmiers. Concernant, l'établissement B, il y a un réel partenariat entre les directeurs des soins gestion et formation puisque, dans le cadre du projet «Hôpital-École», mon tuteur de stage est à la fois directeur des soins du Département des Instituts et Ecoles de Formation des Professions de Santé (DIEF) et DS d'un pôle du CHU. De plus, il a un bureau à l'IFCS et un bureau qu'il occupe le plus souvent, dans le bâtiment administratif, à côté des bureaux des autres DS dont le coordonnateur général des Soins. En lien avec les universitaires, l'enseignement de l'initiation à la recherche en IFSI, est assuré par le coordonnateur recherche du CHU et pour l'IFCS, c'est l'ancien coordonnateur recherche, maintenant formateur, qui prend en charge avec les universitaires du master 1, cet enseignement.

En tant que cadre de santé, nous avons participé à la mise en place, en septembre 2009, du nouveau référentiel infirmier basé sur les compétences. L'ambition de cette réforme des études infirmières, en lien avec l'évolution des besoins en santé et la revalorisation de la profession s'inscrit dans une volonté de former des praticiens réflexifs à travers notamment les analyses de pratiques et le travail de fin d'études. Dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, la méthodologie de recherche s'inscrit dans la formation initiale, sous la forme de deux unités d'enseignements (UE) comptabilisant plus d'une centaine d'heures. Les études durent trois ans et sont découpées en semestres. L'UE 3.4 «Initiation à la démarche de recherche» se déroule sur deux semestres et concerne la fin de la deuxième année et la fin de la troisième année.

L'UE 5.6 «Analyse de la qualité et le traitement des données scientifiques et professionnelles» a lieu au semestre six. Ces unités d'enseignements sont en lien avec le référentiel de compétences : compétence 7 «*Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*» et compétence 8 «*Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*». L'enseignement de l'anglais est organisé tous au long des trois ans de formation. En se basant sur notre propre expérience, nous pouvons reconnaître que la qualité de l'enseignement sur l'initiation à la recherche reste disparate, dans les IFSI. Cet avis est confirmé par une enquête exploratoire⁷⁴ adressée à 305 IFSI par le biais d'un «e-questionnaire» avec un taux de réponse de 115 instituts de formation.

Lors de notre enquête exploratoire, nous avons rencontré le médecin responsable des PHRIP pour un grand groupe hospitalier. Pendant cet entretien, nous avons eu l'occasion de faire connaissance avec un doctorant qui avait donné quelques cours d'initiation à la recherche en IFSI. Son constat est identique au nôtre. Nous en avons convenu qu'il faudrait davantage formaliser cet enseignement. A la fin de notre formation, nous allons prendre la direction d'un IFSI et d'un IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants). Cette recherche a été passionnante et nous souhaitons réinvestir ce travail auprès des formateurs de cet IFSI. Avec le médecin et un doctorant, nous avons le projet de monter une formation destinée aux formateurs. Nous verrons par la suite si ce travail est généralisable.

Au début de notre questionnement, nous nous étions demandé si l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) formait les futurs directeurs des Soins à la recherche et plus spécifiquement au PHRIP ? Il est encore difficile de répondre à cette question car nous n'avons pas encore eu de cours répondant à cette thématique. Par contre, il est prévu, à notre retour de stage, deux jours d'enseignement sur la recherche en soin dans le cadre de l'UE10 «*Adaptation des organisations de soins et de la prise en charge du patient*». Selon nous, il aurait été préférable d'avoir ces apports avant notre dernier stage pour sensibiliser l'ensemble des futurs directeurs des soins à cette problématique, pourtant si importante puisqu'elle touche la sécurité et la qualité des soins dispensés aux malades. En effet, les capacités à rechercher une information fiable, à réactualiser ses connaissances et à se servir des données probantes pour améliorer la qualité des soins, deviennent des compétences incontournables que chaque professionnel de santé se doit d'acquérir.

⁷⁴ TANDA-SOYER N, EYMARS C, ALDERSON M. Etat des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation. Recherche en soins infirmiers, mars 2014 ; 116 : 70-80.

Le développement des PHRIP, l'augmentation des journées réservées à la recherche paramédicale et le nombre d'articles publiés par les équipes soignantes sont des signes encourageant que tout directeur des soins devrait soutenir.

Conclusion

L'arrivée du PHRI puis du PHRIIP est un message politique fort et une opportunité de «penser les soins» et de travailler de façon interdisciplinaire. Cependant, des freins persistent au développement de la recherche infirmière et paramédicale, en France.

Les soins infirmiers se sont construits oralement et le développement d'une culture de l'écrit prend du temps. Pourtant selon Van Der Maren⁷⁵ :«(...) *Un chercheur qui ne produirait pas d'écrit ne pourrait pas être reconnu comme tel, si bien que la première activité à laquelle un chercheur doit se former, c'est l'écriture* ». La publication des écrits en soins infirmiers reste faible et contrairement à d'autres pays, en particulier anglo-saxons, la France n'a qu'une seule revue, la «Recherche en Soins Infirmiers». Or, nous savons que l'ensemble des étudiants de l'enseignement supérieur et la plupart des soignants maîtrisent encore peu l'anglais. La barrière linguistique peut être considérée comme un problème éthique car elle freine l'accès à la connaissance et par là même à la qualité des prestations de soins. En France, l'autonomie de l'infirmière reste faible au regard des médecins mais nous percevons une légère évolution avec la prise en charge de patients de plus en plus complexes. *«C'est pourquoi, pour sauver le fondement et la qualité des soins infirmiers, habituellement réduits à la simple exécution des prescriptions médicales, il convient de développer la recherche en soins infirmiers qui légitimera la discipline infirmière en établissant sa distinction d'avec la médecine. Il s'agit de laisser apparaître la plus-value, pour souligner l'enjeu majeur que représente le développement de la discipline et de la recherche infirmière⁷⁶».*

Tout au long de notre travail de recherche nous avons pu constater que la recherche d'information fiable, la réactualisation de ses connaissances⁷⁷ et l'utilisation des données probantes deviennent des compétences incontournables à acquérir pour tout professionnel de santé.

Pour Monique Rothan Tondeur⁷⁸, l'évolution vers des pratiques avancées, est un moyen de faire progresser certaines infirmières vers le statut de praticienne.

⁷⁵ Op.cit.

⁷⁶ Op.cit.

⁷⁷ «Pour garantir la qualité des soins qu'ils dispensent et la sécurité du patient, l'infirmier ou infirmière a le **devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles...**» : Art. R.4312-10 du Code de la Santé Publique - Partie réglementaire - Professions de santé - Livre III - Titre 1^{er} : profession d'infirmier ou d'infirmière.

⁷⁸ ROTHAN TONDEUR M a été directrice du département des sciences infirmières et paramédicales de l'école des hautes études en santé publique qui a fermé ses portes, en cours d'année 2014. Elle a été nommée à la présidence du comité de sélection du programme de recherche en soins infirmiers (PHRI) en 2009 par la Ministre de la Santé de l'époque.

Elle approuve le rapport Hénart relatif aux métiers de la santé de niveau intermédiaire soumis à Xavier Bertrand en janvier 2011. *«Cela permettrait d'élargir le champ d'activités et de reconnaissance de certaines infirmières hyper spécialisées dans un domaine, à travers un décret de compétence adéquat».*

Le plan cancer 3 prévoit la création et la formation au niveau Master, du métier «d'infirmier clinicien en cancérologie».

Face au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, les soignants vont devoir faire face à des situations de soins de plus en plus complexes dans un environnement économique contraint. Les pays latins dont la France, contrairement aux pays anglo-saxons ont longtemps privilégié le curatif et ont peu investi dans le préventif. Pourtant, l'évolution épidémiologique prouve que l'éducation thérapeutique est une des voies pour éviter l'aggravation des maladies déjà présente. Depuis la loi Kouchner⁷⁹, nous assistons à un changement de paradigme entre le monde médical et les patients. Avec la recrudescence des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique se développe et le patient devient acteur de sa maladie et se transforme en patient partenaire. Cette posture favorise l'émergence d'un partenariat entre la recherche, l'enseignement et la diffusion des bonnes pratiques, au profit des personnes soignées. Le savoir se démocratise et il n'est pas rare que ce soient les patients eux-mêmes qui interrogent les banques de données, pour la plupart anglo-saxonnes, afin de connaître les derniers traitements proposés. Le médecin ni les paramédicaux ne peuvent plus ignorer le savoir expérientiel de ses patients. Dans ce contexte, la recherche clinique devrait être considérée comme une activité à part entière de notre activité au quotidien. Elle peut passer par la lecture et l'analyse d'articles scientifiques qui nous permettrait d'acquérir de nouvelles connaissances, dont la finalité est une prise en charge optimale du patient.

Face au développement des maladies chroniques, au vieillissement de la population et à des patients de mieux en mieux informés et de plus en plus exigeants, voir procéduriers, le rapport avec les soignants et les médecins, évolue. Comme le souligne la Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec⁸⁰, Internet a changé le monde, toutes les connaissances deviennent disponibles. L'accès aux résultats de recherche est quasi immédiat. (...) Encore faut-il qu'il y ait un leadership professionnel [assez] fort! [...] Voilà un défi pour l'espace francophone. Saurons-nous tisser des liens [professionnels] assez forts pour partager le savoir infirmier?

⁷⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁸⁰ DESROSIERS G., « Les ordres infirmiers et la mondialisation », Soins, 2006, no 709, p. 57-60.

La qualité, la prévention des risques et la sécurité des soins ont été identifiées comme une priorité mondiale par l'OMS. La contribution infirmière et paramédicale reste trop souvent oubliée ou mal définie alors qu'elle pourrait être un levier décisionnel important pour les politiques de santé. *«Les hôpitaux seront bientôt payés à la qualité⁸¹»*. Dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015, les députés ont adopté l'article 36, relatif à "l'amélioration de la qualité". Le deuxième volet prévu par l'article consiste à créer un dispositif de contractualisation entre les ARS et les établissements tarifés à l'activité (T2A) ciblant ceux *«pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux⁸²»*.

Nous restons persuadés que la recherche en soins est un formidable levier pour la construction identitaire des futurs professionnels et pour la reconnaissance de notre savoir-faire. La recherche infirmière et paramédicale doit être une exigence professionnelle avant d'être une exigence réglementaire.

⁸¹ Le Figaro. 30 septembre 2014.

⁸² APM International du vendredi 24 octobre 2014.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Circulaire N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.

Circulaire DGOS/PF4 n°2013-105 du 18 mars 2013 relative (...) au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2013 – annexe VIII.

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

Instruction N°DGOS/PF4/2014/33 du 28 JANVIER 2014 relative au programme de Recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

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

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale (art L 6142-1 CSP).

Référentiel de formation - Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Textes législatifs et réglementaires (Suite)

Référentiel de compétences des directeurs des Soins, décembre 2011 et mise à jour décembre 2013.

Référentiel métier de directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

Rapports / Communication

DE SINGLY C., Rapport de la mission cadres hospitaliers, septembre 2009.

DICENSO A., CULLUIMIN N., «EBN», n°1, janvier 1998, cités par Monique FORMARIER, Congrès du CEFIEC, Paris, mai 2011.

GIRAUD F., Rapport sur les CHU, réflexion sur l'évolution de leurs missions, Rapport remis au 1er ministre au mois de juin 2006 et publié le vendredi 3 novembre 2006.

YAHIEL M., MOUNIER C., Rapport IGAS, Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?, Novembre 2010, p 28.

Revues

DESROSIERS G., « Les ordres infirmiers et la mondialisation », Soins, 2006, no 709, p. 57-60.

DONALDSON S.K., «Nursing science for nursing practice», OMERY Y A., KASPER C.E., PAGE G.G., (éds), In search of nursing science, Sage Thousand Oaks, CA, 1995, p. 3-

FORMARIER M., POIRIER-CONTENSAIS G., Initiation à la recherche en soins infirmiers; Recherche infirmière, Lamarre-Poinat, juin 1988.

GOULET C et al., La pratique basée sur des faits probants. Recherche en soins infirmiers 2004 ; 76 : 12-18 .

Revues (suite)

KOFFI K, DELMAS P, N'GORAN Y, ANDOH J. La recherche infirmière pour le développement de l'approche qualité totale en soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers, mars 2010 ; 100 : 117.

RIPOCHE S., LAMBRICH C.L., «La recherche clinique : intérêts et difficultés dans la pratique des soins», Recherche en soins infirmiers, 90, 2007.

SACKETT D.L., ROSENBERG W. M., GRAY J.M., HAYNES R.B., RICHARDSON W.S., «Evidence-based medicine : what it is and what it isn't », British Medical Journal, 312 (7023), 1996, p. 71-72.

STORDEUR S., KISS P., VERPRAET R., DE MEESTER M., La recherche en sciences infirmières : Une réalité internationale. Revue recherche en soins infirmiers N°100 mars 2010 p 81.

TANDA-SOYER N, EYMARS C, ALDERSON M. Etat des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation. Recherche en soins infirmiers, mars 2014 ; 116 : 70-80.

Ouvrages

ALTER N., 2000, L'innovation ordinaire, Paris PUF.

DESROCHE H., Apprentissage en sciences sociales et éducation permanente. Les éditions ouvrières, Paris, 1971, p 23.

DUBOS R., ESCANDE J.P., Chercher. Des médecins, des chercheurs et des hommes, Coll. Médecine Ouverte. Stock, Paris, 1979, p 67.

DURKHEIM E., La division du travail : Livre I, 1893, p 16.

FORTIN M F., Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation, Décarie, Québec, 1996, p.15.

Ouvrages (suite)

LE BOTERF G., 2006, professionnaliser le modèle de la navigation professionnelle, Editions d'organisation.

LE BOTERF G., 2007, «professionnaliser», Eyrolles, éditions d'organisation, p 140

MINZTBER H., 1986, Le pouvoir dans les organisations, Paris : Edition d'Organisation, 679 p

MISPELBLOM BEYER F, Encadrer. Un métier impossible ?, Armand Colin, 2006.

Presse

Dépêche de l'Agence de Presse Médicale (APM) du mercredi 5 février 2014, les programmes de Recherche du ministère de la santé s'ouvrent pour la première fois aux soins primaires.

Dépêche d'APM International du 8 septembre 2014 et du 24 octobre 2014.

Le Figaro. 30 septembre 2014.

Sites Internet :

http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RSI_100_0115

[http://www.ebm-journal.presse.fr/;](http://www.ebm-journal.presse.fr/)

<http://www.ehesp.fr/recherche/departements/departement-des-sciences-infirmieres-et-paramedicales/>

<http://nhscrd.york.ac.uk/welcome.html...>

<http://www.senat.fr/rap/r13-016/r13-0161.pdf>

<http://www.update-software.com/cochrane/>

Liste des annexes

- Annexe I :** Dates et chiffres clés du PHRIP
- Annexe II :** Etapes clés du PHRIP
- Annexe III :** Procédure de sélection des dossiers du PHRIP
- Annexe IV :** Schéma de déroulement et de financement des projets à dotations ministérielles.
- Annexe V :** Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche.
- Annexe VI :** Guide d'entretien destiné au directeur des soins et/ou au responsable de la recherche paramédicale dans le CHU.
- Annexe VII :** Guide d'entretien destiné à un des membres du jury du PHRIP.

ANNEXE I : Dates et chiffres clés du PHRIP

Encadré 1 : Le PHRIP - dates et chiffres clés

- **2009** - la Ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT, initie le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI), destiné aux infirmiers et infirmières diplômés d'État.
- **2010** - le programme s'ouvre aux autres professions paramédicales : masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs radio... Le PHRI devient le PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale.
- **2013** - appel à projets commun : Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins (PREPS), Programme de Recherche Médico-Économique (PRME), Programme de Recherche Translationnelle en cancérologie (PRT-K).



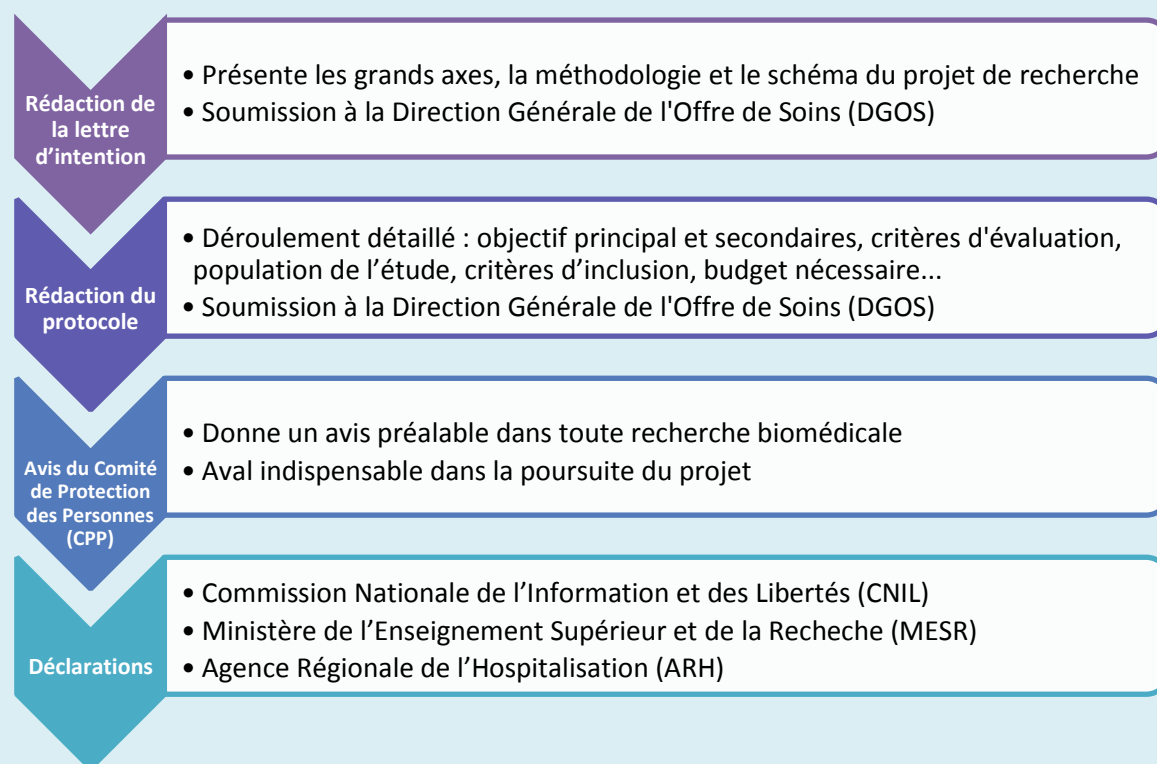
Evolution du PHRIP 2010-2013

aiahus.fr/jias2014/7_JIAS_2014_BROCKER_Recherche_Infirmière.pdf

ANNEXE II : Etapes clés du PHRIP

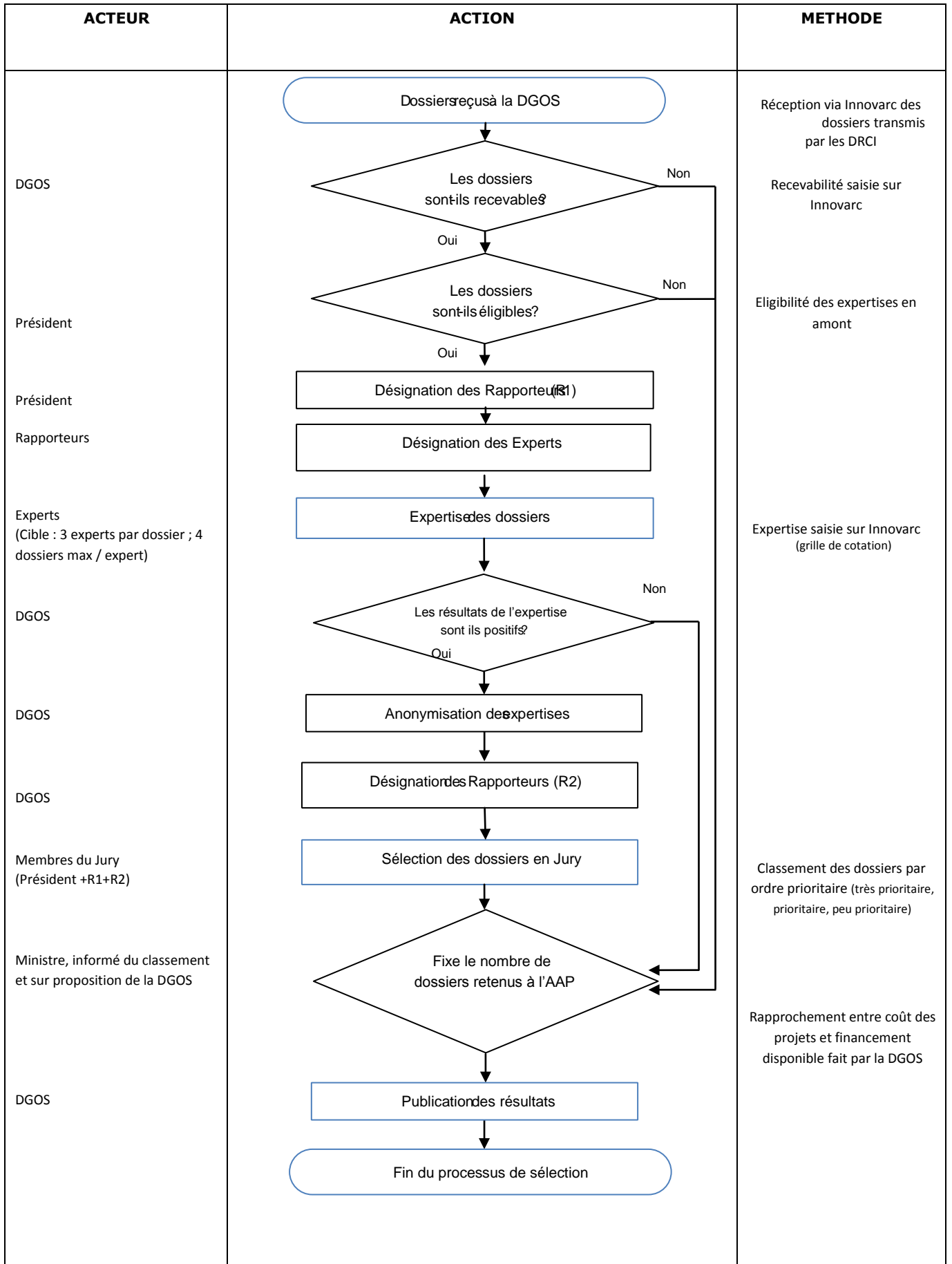
Encadré 2 : Le PHRIP - étapes clés préalables au lancement d'un projet de recherche

ACCOMPAGNEMENT D'UNE UNITE DE RECHERCHE CLINIQUE TOUT AU LONG DU PROCESSUS



aiahus.fr/jias2014/7_JIAS_2014_BROCKER_Recherche_Infirmière.pdf

ANNEXE III : Procédure de sélection des dossiers du PHRIP



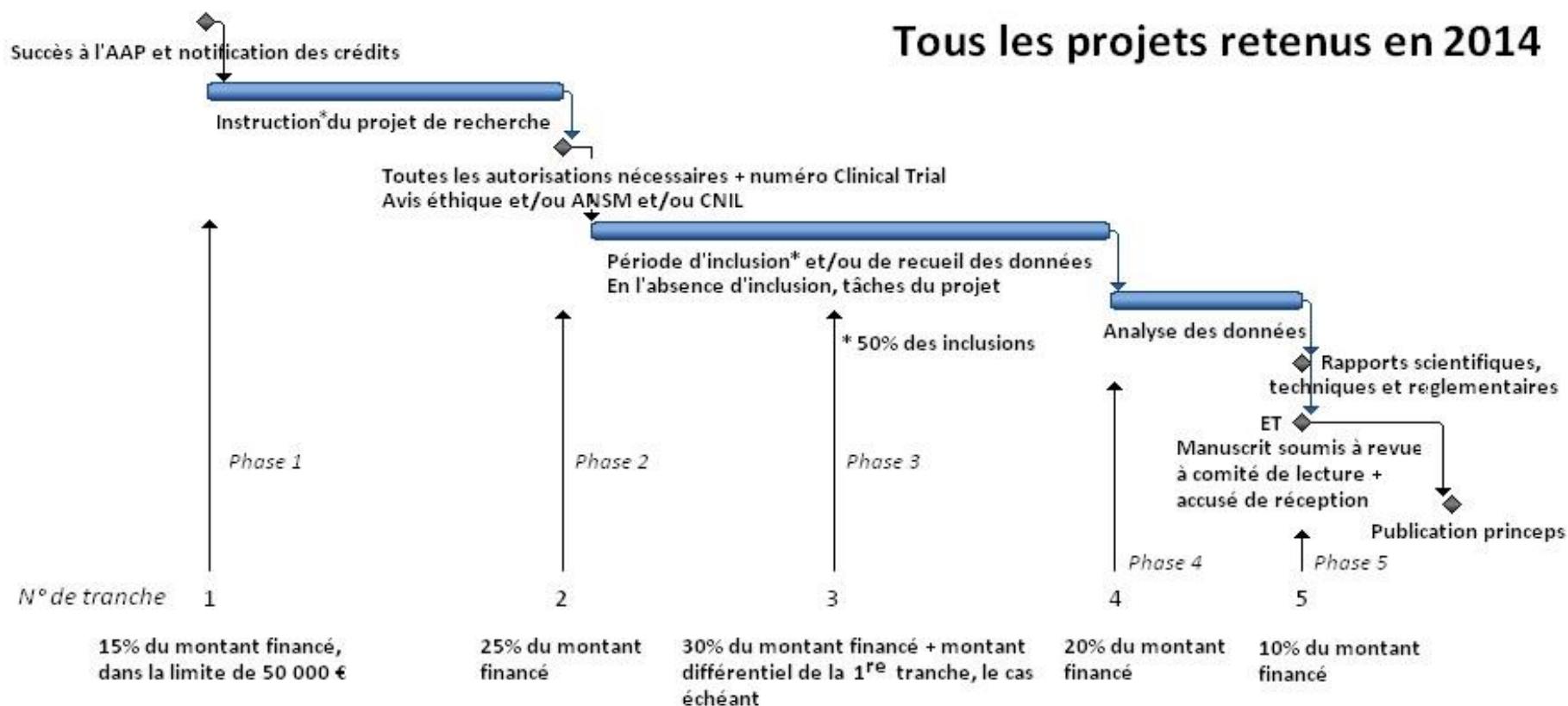
DGOS / PF4

PROCEDURE DE SELECTION DES DOSSIERS AU PHRIP

10/04/2012

ANNEXE IV : Schéma de déroulement et de financement des projets à dotations ministérielles

Tous les projets retenus en 2014



* instruction du projet : préparation et validation de tout document nécessaire au bon déroulement du projet, des circuits nécessaires à sa bonne organisation -circuit patients, imagerie, biologie, données, médicaments, etc.-, actions en vue de l'obtention des avis réglementaires...

DGOS PF4 v1-0

ANNEXE V : Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche

Pour une évaluation scientifique de la recherche

Il existe un besoin urgent d'améliorer la façon dont la production scientifique est évaluée par les organismes de financement, les institutions universitaires et les autres intervenants.

Afin d'aborder ce problème, un groupe de rédacteurs et d'éditeurs de revues savantes se sont rencontrés le 16 décembre 2012 lors de la réunion annuelle de l'Association américaine de biologie cellulaire (American Society for Cell Biology, ASCB) à San Francisco. Le groupe a rédigé un ensemble de recommandations sous le nom de *Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche*. Nous invitons toutes les parties intéressées, quelle que soit leur discipline scientifique, à exprimer leur soutien en signant cette Déclaration.

Les productions de la recherche scientifique sont multiples et variées. Elles comprennent : des articles de recherche portant sur des connaissances, des données, des réactifs, des logiciels nouveaux ; de la propriété intellectuelle ; et de jeunes scientifiques hautement qualifiés. Les organismes de financement, les institutions qui emploient les scientifiques, aussi bien que les scientifiques eux-mêmes ont le désir et le besoin d'évaluer la qualité et l'impact des productions scientifiques. Il est donc absolument nécessaire que la production scientifique puisse être mesurée avec précision et judicieusement évaluée.

Le « facteur d'impact » est souvent utilisé comme paramètre principal pour comparer la production scientifique des individus et des institutions. A l'origine, le facteur d'impact, selon la formule établie par Thomson-Reuters, a été conçu comme un outil d'aide aux bibliothécaires pour leurs achats de revues, et non pas pour mesurer la qualité scientifique de la recherche faisant l'objet d'un article. A la lumière de cette observation, il faut bien comprendre qu'en tant qu'instrument d'évaluation de la recherche, le facteur d'impact comporte un certain nombre de défauts bien répertoriés. Parmi ses limitations : A) la distribution des citations à l'intérieur des revues est fortement biaisée [1-3] ; B) les propriétés du facteur d'impact sont spécifiques à la discipline : c'est un composite de toutes sortes d'articles de types variés, incluant des articles originaux et des articles de revue [1,4] ; C) les facteurs d'impact peuvent être manipulés (« trichés ») par la politique éditoriale [5] ; et D)

les données utilisées pour calculer les facteurs d'impact ne sont ni transparentes ni accessibles au public [4,6,7].

Nous formulons ci-dessous un certain nombre de propositions en vue d'améliorer la façon dont la qualité de la recherche est évaluée. Dans le futur, les productions autres que les articles seront amenées à gagner en importance dans l'évaluation de l'efficacité de la recherche, mais les articles scientifiques revus par les pairs conserveront un rôle central dans le processus d'évaluation. Par conséquent, si nos recommandations portent principalement sur les pratiques relatives aux publications de recherche dans les journaux à comité de lecture, elles peuvent et doivent être étendues en reconnaissant l'importance d'autres productions, comme les séries de données. Ces recommandations sont destinées aux organismes de financement, aux institutions universitaires, aux journaux, aux organisations qui fournissent les indicateurs quantitatifs, et aux chercheurs.

Un certain nombre de thèmes parcourent ces recommandations :

- la nécessité d'éliminer les indicateurs bibliométriques, comme le facteur d'impact, pour le financement, le recrutement, et les promotions ;
- la nécessité d'évaluer la recherche sur ses propres mérites plutôt qu'en fonction du journal dans lequel les résultats sont publiés ; et
- la nécessité d'exploiter les possibilités offertes par la publication en ligne (comme d'assouplir les limites inutiles sur le nombre de mots, de chiffres et de références dans les articles, et d'explorer de nouveaux indicateurs de portée et d'impact).

Nous reconnaissons que beaucoup d'organismes de financement, d'institutions, d'éditeurs et de chercheurs encouragent déjà de meilleures pratiques d'évaluation de la recherche. De telles mesures commencent à donner une impulsion vers des approches plus évoluées et plus significatives de l'évaluation de la recherche, qui peuvent désormais être développées et adoptées par tous les acteurs concernés.

Les signataires de la Déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche soutiennent l'adoption des pratiques suivantes dans l'évaluation de la recherche.

Recommandation générale

1. Ne pas utiliser d'indicateur bibliométrique, tels que le facteur d'impact, comme mesure de substitution de la qualité d'articles scientifiques individuels, pour évaluer les contributions individuelles d'un scientifique, ou dans le cadre des recrutements, des promotions ou du financement.

Pour les organismes de financement

2. Être explicite sur les critères utilisés pour évaluer la productivité scientifique des demandeurs de subventions, et souligner clairement, tout particulièrement à l'intention des chercheurs débutants, que le contenu scientifique d'un article est beaucoup plus important que la bibliométrie ou l'identité du journal qui l'a publié.

3. Pour l'évaluation de la recherche, prendre en compte la valeur et l'impact de toutes les productions (y compris les séries de données et les logiciels) en plus des publications, et utiliser une large palette de mesures d'impact comprenant des indicateurs qualitatifs, tels que l'influence sur l'orientation et les pratiques scientifiques.

Pour les institutions

4. Être explicite sur les critères de recrutement, de titularisation et de promotion en soulignant clairement, tout particulièrement à l'intention des chercheurs débutants, que le contenu scientifique d'un article est beaucoup plus important que la bibliométrie ou l'identité du journal qui l'a publié.

5. Pour l'évaluation de la recherche, prendre en compte la valeur et l'impact de toutes les productions (y compris les séries de données et les logiciels) en plus des

publications, et utiliser une large palette de mesures d'impact comprenant des indicateurs qualitatifs, tels que l'influence sur l'orientation et les pratiques scientifiques.

Pour les éditeurs

6. Réduire significativement le rôle du facteur d'impact du journal à des fins de promotion, l'idéal étant de cesser de promouvoir le facteur d'impact ou de le présenter en contexte avec plusieurs indicateurs bibliométriques (par exemple facteur d'impact à 5 ans, Eigenfactor [8], SCImago [9], h-index, délais d'acceptation et de publication, etc.) qui donnent une meilleure vision de la prestation offerte par le journal.

7. Rendre disponible une gamme d'indicateurs applicables au niveau des articles, afin d'encourager l'évolution vers une évaluation fondée sur le contenu scientifique des articles plutôt que sur les indicateurs bibliométriques des journaux dans lesquels ils sont publiés.

8. Encourager les pratiques responsables concernant la paternité des articles et l'information sur la contribution spécifique de chaque coauteur.

9. Pour les publications en libre accès comme pour les abonnements, supprimer les restrictions à l'utilisation des listes de références et les transférer au domaine public [10].

10. Supprimer ou réduire les règles limitant le nombre de références dans les articles scientifiques et, le cas échéant, exiger de citer les articles originaux plutôt que les articles de revue, afin que les découvertes soient attribuées à leurs auteurs.

Pour les organisations qui fournissent les indicateurs quantitatifs

11. Pratiquer l'ouverture et la transparence en fournissant les données et les méthodes utilisées pour calculer les indicateurs.

12. Fournir les données sous une licence autorisant leur utilisation sans restriction, et fournir les données sous forme informatisée lorsque c'est possible.

13. Indiquer clairement qu'aucune manipulation inappropriée des données n'est tolérée ; énoncer explicitement ce qu'il faut entendre par manipulation inappropriée et indiquer les mesures qui seront prises pour les combattre.

14. Tenir compte des différences selon les types d'articles (par exemple articles de revue et articles originaux) et, entre disciplines différentes, distinguer indicateurs agrégés et indicateurs de comparaison.

Pour les chercheurs

15. Dans les comités statuant sur les financements, les recrutements, les titularisations ou les promotions, réaliser des évaluations fondées sur le contenu scientifique plutôt que sur la bibliométrie.

16. Le cas échéant, citer la source originale plutôt que les revues, de façon à attribuer les résultats à leur auteur.

17. Pour mettre en évidence l'impact des publications individuelles et des autres productions de la recherche, employer une gamme composée d'indicateurs bibliométriques et d'autres indicateurs dans les rapports d'activité et les lettres de recommandation [11].

18. Remettre en cause les pratiques d'évaluation qui reposent de façon inadaptée sur les fauteurs d'impact et promouvoir et enseigner les bonnes pratiques, centrées sur la valeur des productions scientifiques et sur leur influence.

Références

1. Adler, R., Ewing, J., and Taylor, P. (2008) *Citation statistics. A report from the International Mathematical Union.* www.mathunion.org/publications/report/citationstatistics0
2. Seglen, P.O. (1997) *Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research.* *BMJ* 314, 498–502.
3. Editorial (2005). *Not so deep impact.* *Nature* 435, 1003–1004.
4. Vanclay, J.K. (2012) *Impact Factor: Outdated artefact or stepping-stone to journal certification.* *Scientometrics* 92, 211–238.
5. The PLoS Medicine Editors (2006). *The impact factor game.* *PLoS Med* 3(6): e291 doi:10.1371/journal.pmed.0030291.
6. Rossner, M., Van Epps, H., Hill, E. (2007). *Show me the data.* *J. Cell Biol.* 179, 1091–1092.
7. Rossner M., Van Epps H., and Hill E. (2008). *Irreproducible results: A response to Thomson Scientific.* *J. Cell Biol.* 180, 254–255.
8. <http://www.eigenfactor.org/>
9. <http://www.scimagojr.com/>
10. <http://opencitations.wordpress.com/2013/01/03/open-letter-to-publishers>
11. <http://altmetrics.org/tools/>

**ANNEXE VI : Guide d'entretien destiné au directeur des Soins et/ou au
Responsable de la recherche paramédicale dans le CHU.**

1. Est-ce la promotion de la recherche et de l'innovation est un des axes de votre projet d'établissement ?
2. Comment est structurée la recherche paramédicale dans votre établissement ?
3. Qui s'occupe de la recherche paramédicale dans votre établissement ? Pourquoi ?
4. Est-ce que cette personne a eu une formation pour s'occuper des PHRIP ?
5. Est-ce que la personne responsable des PHRIP dans l'établissement, participe également à des recherches dans l'établissement ? Assure-t-elle des cours concernant le module recherche en IFSI ou en IFCS ou dans d'autres écoles paramédicales ?

EN TANT QUE DIRECTEUR DES SOINS :

6. Que pensez-vous de la mise en place des PHRIP ?
7. Pensez-vous que le PHRIP peut-être un outil de management pour inciter et valoriser la recherche paramédicale ? Merci d'argumenter votre réponse.
8. Avez-vous une stratégie pour inciter les paramédicaux à la recherche ?
 - Si oui, laquelle ?
9. Organisez-vous des journées recherche ?
 - Si oui depuis combien de temps ?
10. Pouvez-vous me retracer brièvement votre parcours professionnel ?

ANNEXE VII : Guide d'entretien destiné à un membre du jury du PHRIP

1. Depuis quelle année, participez-vous au jury du PHRIP ?
2. Quelle est sa composition ?
3. Peut-on dire que le PHRIP est le petit frère du PHRC ?
4. Pensez-vous que le PHRIP participe à la reconnaissance des paramédicaux par le monde médical ?
5. Quel lien entre la recherche médicale et paramédicale ?
6. Avez-vous un droit de regard sur les PHRIP de votre CHU ?
7. Comment voyez-vous l'évolution de la recherche paramédicale et son impact sur le terrain ?

BOHIC	Laurence	Décembre 2014
DIRECTEUR DES SOINS Promotion 2014		
Le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) : une opportunité managériale pour le Directeur des Soins.		
<p>Résumé :</p> <p>La recherche est un état d'esprit basé sur le questionnement et la remise en cause de ses certitudes. Elle permet de prendre de la distance par rapport à des présupposés et repose sur une rigueur intellectuelle. La recherche infirmière et paramédicale vient des pays anglo-saxons. La langue de recherche étant l'anglais, elle demande à être maîtrisée. A ce jour, il existe un écart persistant entre la recherche, la théorie et la pratique infirmière.</p> <p>Le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) vise à financer des projets de recherche dont l'objectif est de fournir des connaissances scientifiquement fondées contribuant à l'amélioration de la qualité des soins. Ce dispositif, géré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), rencontre un grand succès mais la sélection est draconienne. Nous avons enquêté deux CHU afin d'étudier, le rôle du directeur des soins dans le développement de la recherche en soins, dans son établissement.</p> <p>La recherche n'est pas réservée à une élite ; <i>«L'aptitude à la recherche sommeille, dort ou se trouve en état de veille chez la plupart des êtres humains⁸³»</i>.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Anglais - Compétence - Directeur des Soins - Financement - Formation à la recherche Management - Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) Pratique Basée sur des Résultats Probants (PBPR) - Qualité des soins - Questionnement.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

⁸³ DESROCHE H., Apprentissage en sciences sociales et éducation permanente. Les éditions ouvrières, Paris, 1971, p 23.