



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**La recherche paramédicale :
Une stratégie locale et territoriale
du Directeur des Soins**

Anne-Marie FORET

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à tous les intervenants de l'École des Hautes Études en Santé Publique, le responsable de filière et les collègues de promotion qui ont contribué à mon cheminement et enrichi ma réflexion dans ce travail.

Je tiens également à remercier tous les professionnels qui m'ont accueillie en stage, et particulièrement les maitres de stage, avec lesquels j'ai pu partager sur le thème et bénéficier d'échanges toujours fructueux, propices à la construction de ma posture.

Aux professionnels, qui ont accepté de participer à l'enquête et qui m'ont permis d'étayer ma réflexion.

A tous ceux qui m'ont entourée et soutenue dans ma vie personnelle et professionnelle, ils se reconnaîtront.

Sommaire

INTRODUCTION	5
1 LA RECHERCHE PARAMEDICALE	8
1.1 Des définitions aux différentes dimensions	8
1.1.1 Le sens des mots	8
1.1.2 Les domaines et les étapes de la recherche	9
1.1.3 Les types de recherche	10
1.2 Les paramètres professionnels	12
1.2.1 La jonction entre la recherche et la pratique	12
1.2.2 Les métiers support de la recherche	12
1.2.3 La posture du chercheur.....	13
1.3 Le cadre législatif et historique	14
1.3.1 Les exigences règlementaires.....	14
1.3.2 Eclairage historique de la recherche en soins infirmiers	16
1.3.3 Le système de santé français.....	20
2 LES INVESTIGATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DE LA RECHERCHE PARAMEDICALE.....	28
2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'étude.....	28
2.1.1 Cerner le sujet pour une compréhension pertinente	28
2.1.2 Des outils quantitatifs et qualitatifs en complémentarité.....	28
2.1.3 Les limites de l'étude	30
2.2 La recherche paramédicale : une définition complexe, des exigences, des opportunités	31
2.2.1 Les entretiens : des compétences aux personnes ressources.....	31
2.2.2 Les questionnaires : le projet de soin et la formation comme leviers	32
2.2.3 Analyse croisée : des moyens ou une réelle volonté ?	40
2.3 Vérification des hypothèses posées et conclusion de l'enquête.....	41
2.3.1 La majorité des hypothèses confirmées	41
2.3.2 Conclusion de l'enquête : soutien et formalisation comme éléments clés	42
2.3.3 Amorce de réflexion pour une stratégie au service du directeur des soins	42

3	UNE STRATEGIE LOCALE ET TERRITORIALE POUR LE DIRECTEUR DES SOINS EN CENTRE HOSPITALIER	43
3.1	Le projet de soins : outil du directeur des soins	43
3.1.1	L'utilisateur : premier bénéficiaire	43
3.1.2	Le projet managérial : facteur de réussite	44
3.1.3	La CSIRMT : lieu de dynamique d'impulsion	46
3.2	Une stratégie d'actions internes pour le directeur des soins	47
3.2.1	Le travail en équipe et la relation avec les acteurs médicaux	47
3.2.2	La certification V2014 : un lien entre EPP-DPC et recherche	48
3.2.3	La formation : initiale, continue, diplômante	48
3.3	Vers une stratégie territoriale	49
3.3.1	Partenariats avec l'ARS : rôle des DS conseillers régionaux.....	49
3.3.2	Coopérations avec les CHU : bâtir des relations entre DS	49
3.3.3	Adhésions dans le cadre des futurs GHT : implication territoriale du DS.....	50
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	I
	LISTE DES ANNEXES	IV

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARC	Attaché de Recherche Clinique
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSI	Association de la Recherche en Soins Infirmiers
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CPR	Conseiller Pédagogique Régional
CRBSP	Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique
CRU	Commission des Relations avec les Usagers
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmier, Rééducation et Médico-Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTR	Conseiller Technique Régional
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
DRCI	Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
DS	Directeur des Soins
EBN	Evidence Based Nursing
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EIESI	École Internationale d'Enseignement Supérieur Infirmier
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPSM	Établissements Publics de Santé Mentale
ETP	Équivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IFAS	Institut de Formation des Aides Soignants
IFCS	Institut de Formation des Cadres de santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRC	Infirmière de Recherche Clinique

LMD	Licence, Master, Doctorat
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACTE	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PHRI	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière Paramédicale
PRE	Plan de Retour à l'Équilibre
PRS	Projet Régional de Santé
RSI	Recherche en soins infirmiers
TEC	Technicien d'Étude Clinique

« Rien ne vaut la recherche lorsqu'on veut trouver quelque chose »

J.R.R Tolkien

Introduction

La santé constitue un domaine complexe où les savoirs scientifiques sont en constante évolution, en rapport avec les données médico-techniques, économiques et politiques. La qualité et la sécurité des soins sont la préoccupation constante des professionnels de santé, et les pouvoirs publics œuvrent en ce sens à travers les lois, textes et décrets. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a d'ailleurs pointé en 1996, dans un rapport technique, l'incontournable nécessité de la recherche.

La recherche en soins s'apparente à une démarche intellectuelle où se côtoient éthique, sens, remise en question, doute, découverte, créativité, amélioration de la qualité des soins, création de savoirs et ouverture¹. Dans le cadre des accords de Bologne sur l'enseignement supérieur et la formation continue et de la mise en place du système Licence, Master, Doctorat (LMD), la réingénierie des diplômes des professions paramédicales introduit la notion de recherche en tant qu'investigation systématique, laquelle repose sur des méthodes rigoureuses destinées à répondre à des questions et/ou à résoudre des problèmes issus de la clinique. Elle introduit également la notion de pratique fondée sur des résultats probants en tant que pratique professionnelle qui consiste à prendre des décisions sur les soins à prodiguer en tenant compte des meilleurs résultats probants disponibles.

Si le chercheur produit des savoirs au service des pratiques, la recherche est un excellent outil de mise à distance de l'activité, du développement d'une posture réflexive et en ce sens de professionnalisation. La recherche paramédicale doit être en prise directe avec les systèmes de santé, avec les lieux d'activité du soin car, en tant qu'outil de distance critique des pratiques, elle pose un des défis de l'accompagnement au changement des institutions de soins. L'implication des paramédicaux constitue un enjeu dans le cadre des recherches en santé pour la qualité de vie des personnes, pour la prévention et l'efficacité des soins auprès des populations. La recherche paramédicale a pour conséquence et exigence d'avoir des professionnels expérimentés de mieux en mieux formés. Dans ce cadre, les paramédicaux sont de plus en plus sollicités, soit comme acteur accompagnant un projet de recherche, soit comme responsable/coordonnateur de recherche dans son champ d'expertise. Il convient dans ce cadre de renforcer la professionnalisation des paramédicaux et des métiers support de la recherche.

¹ TANDA-SPYER Nicole « *l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : genèse d'un néo processus de professionnalisation* » Master 2 en éducation, système d'apprentissage, d'évaluation et de formation Année 2011-2012, p 1.

Toutefois, si l'implication paramédicale est connue et valorisée dans les pays anglo-saxons, elle est encore peu lisible et confuse en France du fait de la méconnaissance du sujet et de la grande variabilité des situations, des formations et des statuts. Il est important et nécessaire de se préoccuper de la place des paramédicaux dans la recherche. La plupart des équipes cliniques des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), voire des Centres Hospitaliers (CH), se doivent d'inscrire leurs activités de soins dans une perspective de recherche. En association avec les investigateurs, le plus souvent médecins, et des métiers supports à la recherche, les équipes soignantes y sont associées par les soins prodigués dans le cadre de la recherche, et parfois même elles participent au recueil des données.

Dans un contexte en constante évolution et contraint, les professionnels de santé doivent sans cesse se remettre en question et s'interroger sur leurs pratiques. La Haute Autorité de Santé (HAS) a introduit des critères tels que les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ou la pertinence des soins pour inciter les acteurs à l'évaluation de leurs soins et leur pertinence au service des usagers. Pour ce faire la recherche est un moyen de performance dans le domaine. Le défi posé prendra forme grâce à la capacité des professionnels actuels et futurs à s'engager dans un processus de recherche.

Aussi, le Directeur des Soins (DS), ayant pour mission de garantir la qualité et la sécurité des soins auprès des usagers, devra-t-il œuvrer pour la réussite de ce processus.

C'est en tant que future DS en Centre Hospitalier que nous nous sommes interrogés sur la stratégie à adopter pour accompagner ce processus. En effet, nos premiers stages nous ont permis de constater que la compétence 7 du référentiel de compétences des Directeurs des Soins « Impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques » n'était pas acquise et qu'il nous fallait l'explorer. C'est pourquoi, nous avons choisi de traiter la thématique de la recherche paramédicale et le rôle d'un Directeur des Soins exerçant en Centre Hospitalier. Après quelques lectures et discussions avec des DS pendant nos stages, nous avons mis en exergue le manque de référentiels de bonnes pratiques validés nationalement pour déployer la recherche paramédicale et un faible pourcentage d'établissements non CHU impliqués dans la recherche.

Nous avons alors posé la question de départ suivante afin d'être en capacité, à l'issue du travail, de formuler des préconisations servant de guide pour déployer une démarche :

« Quelles stratégies le Directeur des soins doit-il mettre en œuvre pour développer la recherche en soins paramédicale au sein d'un centre hospitalier ? »

Ensuite, à partir de nos prénotions, nous avons formulé plusieurs hypothèses pour tenter de répondre à la question de départ :

Hypothèse 1 : le Directeur des Soins doit être formé à la recherche via l'obtention d'un doctorat

Hypothèse 2 : le Directeur des Soins doit s'entourer de professionnels dédiés et experts dans le domaine de la recherche

Hypothèse 3 : le Directeur des Soins doit inscrire un axe recherche dans le projet de soins

Hypothèse 4 : le Directeur des Soins doit proposer dans le plan de formation des items en lien avec la recherche pour acculturer les professionnels paramédicaux

Pour affirmer ou infirmer nos hypothèses et tenter de répondre à notre question de départ, nous avons retenu une méthodologie consistant à mener des entretiens auprès de professionnels faisant de la recherche et à envoyer des questionnaires à des Directeurs de Soins exerçant dans différentes structures de santé.

Notre travail se compose ainsi de 3 parties : une première avec des définitions, un historique et un état des lieux actuel sur la recherche paramédicale, une deuxième partie présentant les résultats de nos travaux, et enfin une troisième partie, avant de conclure, sur des préconisations permettant au Directeur des Soins de déployer une démarche de recherche paramédicale au sein de l'établissement dans lequel il exerce.

1 LA RECHERCHE PARAMÉDICALE

1.1 Des définitions aux différentes dimensions

1.1.1 Le sens des mots

A) La recherche

Étymologie : le terme recherche vient du bas latin *circare*, « aller autour » et d'une manière générale, le mot recherche désigne l'action de rechercher. Formé à partir de *chercher* et du préfixe *re-* (« chercher de nouveau »), le mot peut désigner **l'effort intellectuel** entrepris pour parvenir à une maîtrise de nouvelles techniques ou notions.

Le guide de formation publié par l'OMS en 2003 définit la recherche comme « consistant en une **quête des connaissances** au moyen d'une enquête, d'une étude ou d'une expérimentation conduite avec application dans le but de découvrir et d'interpréter des connaissances nouvelles »².

Marie Fabienne FORTIN, professeure émérite de l'université de Montréal écrit que « La recherche est un **processus**, une démarche systématique qui permet d'examiner des phénomènes en vue d'obtenir des réponses à des questions précises qui méritent une investigation »³.

B) La recherche scientifique

Différents auteurs proposent une définition :

- « La recherche scientifique est une démarche systématique reposant sur la **collecte de données** observables et vérifiables tirées du monde empirique, c'est-à-dire du monde qui est accessible à nos sens, en vue de décrire, d'expliquer, de prédire ou de contrôler des phénomènes » (Fortin, 2006).

- « Investigation systématique reposant sur des **approches ordonnées et méthodiques**, effectuées dans le but de répondre à des questions ou résoudre des problèmes » (Loiselle, 2007).

C) La recherche en sciences infirmières

Marie-Fabienne FORTIN écrit que « La recherche en sciences infirmières relève de l'investigation systématique : celle-ci peut porter soit sur les **clientèles**, soit sur la pratique des **soins** et sur ses **effets** auprès des clients, leurs familles, la communauté, soit encore l'étude des **contextes** de soins. Les contextes de soins englobent aussi bien la

² OMS, 2003, *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé, guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*, 2^{ème} édition, p 1.

³ FORTIN M-F., *Le processus de la Recherche, de la conception à la réalisation*. Québec : Decarie, 1996, p 75.

prestation, l'organisation que l'évaluation des soins infirmiers dans l'ensemble des milieux où les soins peuvent être prodigués »⁴.

D) La recherche en soins infirmiers et paramédicale

Le terme « paramédical » et la notion de profession paramédicale n'ont pas de valeur légale. Dans le code de la Santé publique (Livre III), on parle d'**auxiliaires médicaux** qui sont représentés par 13 professions dont : Infirmier, Masseur-kinésithérapeute, Pédiacre-podologue, Ergothérapeute, Psychomotricien, Orthophoniste, Orthoptiste, Manipulateur d'électroradiologie médicale, Technicien de laboratoire médical, Audioprothésiste, Opticien-lunettier, Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, Diététicien.

William HOLZEMER, expert internationalement reconnu dans l'enseignement des soins infirmiers écrit que « la recherche en soins infirmiers comprend l'étude de tous les aspects, activités et phénomènes **relatifs à la santé** et pouvant être intéressants, d'une manière ou d'une autre, pour les infirmières. Elle cherche à trouver des moyens d'intervention qui puissent être utilisés pour améliorer la réponse des patients face à la santé et à la maladie. Elle étudie l'administration des soins **dans tous les établissements**, à savoir, les hôpitaux, les cliniques, les écoles, les lieux de travail et les communautés »⁵.

Rosette Poletti, infirmière en soins généraux et en psychiatrie suisse, propose la définition suivante : « la recherche en soins infirmiers c'est avant tout une expression active et concrète de l'espérance qui habite au fond de chacun de nous, qu'il existe des solutions, qu'il doit y avoir une **autre alternative** et qu'il nous appartient de la trouver ».

1.1.2 Les domaines et les étapes de la recherche

A) Les domaines de recherche

La recherche s'exerce dans différents domaines et, selon les institutions, certains axes sont prédominants. Par exemple, les travaux de recherche conduits à l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) s'inscrivent dans les 6 domaines de recherche et d'expertise suivants :

- **Environnement** et santé
- Organisation, pilotage, régulation et management des **services de santé** dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale
- **Politiques** sociales et de santé
- Promotion de la santé et **prévention**
- **Sécurité** sanitaire

⁴ FORTIN M-F., *Le processus de la Recherche, de la conception à la réalisation*. Québec : Decarie, 1996, p 26.

⁵ HOLZEMER W., *Guide pratique de la Recherche en soins infirmiers*. Genève : Conseil International des Infirmières. 1998, p 4.

Selon l'instruction n° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015, les champs concernent :

- la recherche **clinique**,
- la recherche **médico-économique**,
- la recherche sur la performance du **système de soins**,
- la recherche **infirmière et paramédicale**.

Et en termes de priorité thématique, conformément à la stratégie nationale de santé annoncée, il convient de développer la **recherche en soins primaires**⁶. Tous les offreurs de soins sont donc appelés à déposer des projets de recherche sur les soins primaires. Dans ce cadre, les maisons de santé ou les centres de santé peuvent porter eux mêmes des projets de recherche. Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire (GCS) sont, comme précédemment, invités à proposer des projets dans l'ensemble des champs de recherche.

B) Les étapes du processus de recherche⁷

Au préalable, concernant la faisabilité de l'étude, plusieurs indices doivent être examinés par le chercheur : le coût **financier** mais aussi en **temps** de la recherche, l'**expertise** disponible dans le domaine, l'accès aux **sources** documentaires, l'accessibilité à la **population**, la coopération avec **l'équipe clinique**, la coopération de **l'équipe de recherche**, la mise en place du **réseau**, les considérations **éthiques** et la **résistance** du chercheur aux difficultés. Ensuite, le processus de recherche est composé de **quatre phases** : conceptuelle, méthodologique, empirique, d'interprétation et diffusion.

1.1.3 Les types de recherche

Selon Jean-Marie DE KETELE, docteur en psychopédagogie, chercheur et professeur émérite de l'Université catholique de Louvain, il y a six types de recherches⁸ :

1. La recherche **scientifique** (fondamentale)
2. La recherche **descriptive**
3. La recherche de développement technologique ou **appliquée**
4. La recherche **évaluative** (ou opérationnelle)
5. La recherche **action**
6. La recherche **exploratoire** (scientifique ou technologique)

⁶ 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

⁷ DELMAS Philippe, Professeur associé, cadre expert, mission recherche et développement

⁸ DARRAS E., Conférence à Lisbonne le 17/05/96 lors de la Journée internationale de l'infirmière

Léopold PAQUAY, docteur en sciences de l'éducation, regroupe ces types de recherches suivant leurs visées :

- **confirmatoires** ou productives d'un savoir nouveau,
- **exploratoires**, pour émettre de nouvelles hypothèses,
- **heuristiques**, pour appréhender des réalités peu encore ou non encore explorées.

Cette typologie montre bien les différentes formes que peut prendre la recherche. Elle relativise la place de domination que la recherche fondamentale, en laboratoire ou de terrain, occupe encore. Les autres formes de recherche doivent donc s'affirmer. Par exemple, en soins infirmiers, il y a urgence à valoriser ces autres formes de recherches si l'on veut garder au savoir infirmier produit par la recherche, toute sa richesse, sa pertinence, sa complexité. Les travaux de recherche fondés sur des faits probants commencent à se développer, favorisant ainsi la réduction de l'écart entre la pratique et la recherche.

A) L'Evidence Base Nursing⁹

L'utilisation des savoirs infirmiers scientifiques dans la pratique clinique infirmière s'illustre par l'Evidence Based Nursing (EBN), mouvement né en médecine qui repose sur l'utilisation consciencieuse, formelle et judicieuse des meilleures preuves scientifiques dans les prises de décisions concernant les soins délivrés aux patients. Cette pratique est censée combiner l'expertise clinique individuelle aux meilleures preuves scientifiques provenant de revues d'études systématiques. Cette démarche qui se situe au sein de la clinique infirmière est un des moyens de favoriser la reconnaissance de leurs savoirs par les autres professionnels. Le courant des résultats probants s'est rendu incontournable, porté comme **moyen de promotion de la qualité** des soins, de la sécurité des usagers mais aussi **de la réduction des coûts** des dépenses de santé. Leur nombre et leur impact potentiel sur les systèmes de soin font des infirmiers une cible de choix pour les politiques de développement du transfert de résultats probants en pratique de routine. Il faut pour cela promouvoir une solide formation initiale de niveau licence avec possibilité de master et doctorat.

Les publications s'intéressant à l'EBN en général viennent majoritairement d'Amérique du nord, d'Europe du Nord et d'Australie. Malgré tout, ces études constatent que l'écart entre données scientifiques et pratique clinique reste flagrant.

⁹ POIROUX L., 2015, *L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing*. Sciences et santé, Thérèse Psiuk, 127p.

1.2 Les paramètres professionnels

1.2.1 La jonction entre la recherche et la pratique¹⁰

La communauté de chercheurs met souvent en évidence sa rationalité, son objectivité, son ouverture à de nouvelles idées, et son dévouement à la découverte des principes de la pratique. Cette communauté pense les professionnels comme trop peu partisans, trop pressés, trop indifférents aux exigences de la rigueur scientifique, trop irresponsables dans la poursuite de solutions rapides et simples appliquées à des problèmes ardues et complexes. Les professionnels de la pratique, eux, se définissent comme pragmatiques, responsables, bien informés sur le fonctionnement de leur environnement mais trop peu aidés par les chercheurs. Autrement dit, **praticiens et chercheurs habitent deux univers séparés**. Il existe alors un fossé culturel et fonctionnel.

Les connaissances scientifiques sont produites dans un cadre universitaire et transmises par le truchement d'instituts de formation, d'associations, de moyens d'information et de personnages clés. Le rôle joué par des personnes appartenant à deux unités ou deux groupes sociaux est alors important. En ayant un pied dans ces deux univers, cette personne pourrait ainsi accélérer le cheminement d'un travail de recherche vers une unité opérationnelle. D'où **l'importance des mécanismes de liaison** entre chercheurs et praticiens, que ce soit sous forme institutionnalisée ou par l'intermédiaire d'un individu.

1.2.2 Les métiers support de la recherche¹¹

Lors des ateliers de Giens en 2013, les activités des paramédicaux dans la recherche ont été jugées extrêmement larges et variées, et les paramédicaux impliqués ont été classés en 3 catégories :

- Catégorie 1 : les paramédicaux à l'hôpital participant à la recherche, qu'elle soit à promotion industrielle ou institutionnelle, dans le cadre de leurs activités de soins habituelles. Il s'agit notamment des diététiciens, orthoptistes, et surtout infirmières ou kinésithérapeutes.
- Catégorie 2 : les métiers support de la recherche tels que les Attachés de Recherche Clinique (ARC) ou les Techniciens d'Etude Clinique (TEC).
- Catégorie 3 : les paramédicaux chercheurs initiant un projet de recherche, qu'ils soient diplômés au niveau universitaire (master, doctorat) ou non, et qui mènent un projet de recherche comme coordonnateur ou investigateur principal.

Dans des structures dédiées à l'activité de recherche clinique ou au sein de services de soins, des professionnels de santé paramédicaux se spécialisent dans le domaine de la recherche clinique. Il s'agit des **infirmières de recherche clinique (IRC)**, un métier particulièrement utile pour améliorer la participation des patients aux essais et leur qualité,

¹⁰ HUBERMAN M., *Revue Française de pédagogie* n°98, janvier-février-mars 1992.

mais qui a de grandes variabilités tant en termes de formations, que de responsabilités, de lieux d'exercice voire de statuts. L'IRC est une vraie **ressource dédiée** à la recherche clinique ayant du temps officiellement alloué à la recherche. L'IRC est surtout l'interlocutrice privilégiée des patients, de l'inclusion dans le protocole jusqu'à la fin du suivi, et assure la vérification des critères d'inclusion, l'information donnée au patient sur le protocole en collaboration avec le médecin, les soins, le suivi. Ainsi « dans des essais cliniques qui sont par essence pluridisciplinaires, l'IRC est un peu la **plaque tournante** opérationnelle ». Dans le cas des équipes de recherche mobiles au sein de différents services hospitaliers, les IRC peuvent, en fonction des protocoles, être soit acteurs de soins, soit **accompagner** l'équipe médicale et paramédicale en les formant aux protocoles. Les IRC contribuent alors à impliquer davantage les acteurs paramédicaux des services afin de répondre aux exigences croissantes des essais. En sensibilisant de manière élargie les équipes au domaine de la recherche, ces IRC participent parfois au développement de la recherche clinique paramédicale, un domaine en plein essor. En effet, dans certaines structures, les IRC réalisent spécifiquement des activités de sensibilisation et de formation sur ce thème, voire elles accompagnent les phases d'élaboration des projets initiés par les paramédicaux.

D'autres métiers support de la recherche existent afin de faciliter la réalisation des essais cliniques. Ce sont par exemple les métiers de **Technicien d'Etudes Cliniques (TEC)**. Ces professionnels ont également un niveau de formation extrêmement variable (diplômes universitaires reconnus ou formations privées). Les TEC travaillent en collaboration étroite avec les cliniciens, les épidémiologistes, le personnel soignant, la pharmacie hospitalière, les promoteurs d'essais ou d'enquêtes et la tutelle administrative. Avec un rôle d'**assistance** d'un investigateur sur le lieu d'une étude clinique, le TEC assure le bon déroulement de celle-ci, tout en gérant les données logistiques. Leur excellente connaissance de l'hôpital et du dossier médical en font des acteurs de choix dans le domaine de la recherche clinique et dans le recueil et la gestion des données médicales. Leur connaissance de l'informatique est un atout majeur pour les cliniciens et l'équipe hospitalière (gestion, analyses, présentations...).

1.2.3 La posture du chercheur

Devenir un soignant chercheur ne s'improvise pas car cela demande **du temps et des moyens**. Par ailleurs, le chercheur doit adopter **une certaine posture**¹² : curiosité, rigueur, veille constante, modes de raisonnement type scientifique, façon de se questionner, de remettre en question les évidences, quête du sens par le biais de l'écrit permettant de prendre du recul sur la portée des actions et avis. Être chercheur, c'est

¹² MICHAUX L., 2013, *Le soignant chercheur. Pour une recherche humaine en soins*. Seli Arslan, p 23 - 37.

résister aux doutes et à l'incertitude. La recherche en soins demande de faire preuve de réactivité, de souplesse pour tenir compte de la réalité du terrain.

Les qualités importantes conduisant au succès dans la recherche sont¹³ : un esprit curieux pour trouver de nouveaux faits, la persévérance et la patience, l'intégrité pour soi-même et pour la valeur de la méthode scientifique, un esprit analytique capable de participer à des réflexions critiques, la réceptivité aux critiques au niveau professionnel, l'ouverture d'esprit et la capacité de déceler la signification d'observations inattendues, l'objectivité.

Un soignant qui s'inscrit dans une recherche est un soignant qui se donne l'autorisation de ne pas faire sienne les évidences du soin, ose la rupture avec ses prénotions, en convoquant l'éclairage théorique. Il est **soucieux de professionnalisme** dans la mise en œuvre des savoirs et des pratiques de sa profession.

Être soignant et acteur dans un parcours de recherche, c'est accepter l'existence du marcheur en soi. Cet arpenteur qui doute, tâtonne, hésite, glisse parfois sur les écueils d'un chemin escarpé, mais qui ne cesse d'explorer et de s'interroger. Un auteur qui s'engage et s'implique dans un parcours de recherche en acceptant la remise en cause de ses *a priori*, de ses schèmes de perception et de comportement acquis tôt dans sa pratique professionnelle, en choisissant librement de prendre un risque, qui peut balayer son « *institué* » en tant que système de valeurs et ordre établi¹⁴.

La notion de posture professionnelle est essentielle, il s'agit d'**acquérir une culture scientifique** sur les bases d'un solide ancrage clinique car le savoir dans un contexte professionnel ne fait pas référence uniquement aux faits mais également à la compréhension de ces faits¹⁵.

1.3 Le cadre législatif et historique

1.3.1 Les exigences règlementaires

A) Les textes en lien avec les formations initiales

Le code de la santé publique en 2004 stipule dans son article R4311-15 : « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : **Recherche** dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche **pluridisciplinaire** ».

¹³ OMS, 2003, *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé, guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*, 2^{ème} édition, p 10.

¹⁴ PEOC'H N., *L'essentiel dynamique de la recherche en soins dans l'évaluation des pratiques professionnelles*, Soins cadres n°71 aout 2009.

¹⁵ POIROUX L., 2015, *L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing*. Sciences et santé, Thérèse Psiuk, p 6.

Dans le cadre des accords de Bologne sur l'enseignement supérieur et la formation continue et de la mise en place du système LMD, les formations paramédicales sont aujourd'hui inscrites dans un cursus universitaire. La réingénierie des diplômes des professions paramédicales introduit la **notion de recherche** en tant qu'investigation systématique, laquelle repose sur des méthodes rigoureuses destinées à répondre à des questions et/ ou à résoudre des problèmes issus de la clinique. Elle introduit également la **notion de pratique fondée sur des résultats probants** en tant que pratique professionnelle qui consiste à prendre des décisions sur les soins à prodiguer en tenant compte des meilleurs résultats probants disponibles.

Le référentiel de compétences du directeur des soins¹⁶ est composé de 9 champs de compétences spécifiques dont la « C7 : **Impulsion d'une politique** de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ». Les tâches nécessitant la **mise en œuvre** de cette compétence sont, par exemple, l'élaboration du projet de soins, la réponse à un appel d'offre de recherche en soins paramédicaux, la projection de stratégies permettant le développement sur la recherche en soins au sein d'un établissement, l'inscription de la méthodologie de recherche dans le projet pédagogique à destination des étudiants paramédicaux, ou encore la mise en place de la supervision et de l'analyse de pratiques des équipes. L'activité du DS s'organise généralement de la manière suivante, adaptable en fonction des situations : identifier le périmètre d'action par rapport à l'activité recherche, définir les finalités en concertation avec les équipes de soins concernées, évaluer les ressources et compétences disponibles dans l'établissement accompagner les équipes dans l'élaboration de leurs projets, être en appui dans la mise en œuvre du projet de recherche, assurer la coordination à l'échelle d'un institut, valoriser les résultats en interne/externe, valoriser les effets sur la prise en charge du patient et l'apprentissage des étudiants.

B) Les textes en lien avec le rôle du directeur des soins

La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont inscrites dans la loi Hôpital patients santé territoires (HPST) à l'article L. 6112-1. « Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : 4° **La recherche** ». Dans le référentiel métier de directeur des soins de mars 2010, les activités dans le champ de compétences propres concernent le **développement de la recherche** en soins, les pratiques innovantes et les coopérations entre les professionnels de santé et veille à leur diffusion.

¹⁶ EHESP, Direction des études, Filière de formation des directeurs des soins, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*, Décembre 2011 et 2014.

Le 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, art. R.6146-10 – I. – La CSIRMT est consultée pour avis sur : 5° La **recherche** et l'innovation dans le domaine des SIRMT.

Le Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière stipule : « III. – Sous l'autorité du directeur d'établissement : « 9° Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les **programmes de recherche** en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

1.3.2 Eclairage historique de la recherche en soins infirmiers

A) La genèse de la recherche

L'évolution des savoirs utiles à la pratique en soins infirmiers a été marquée par différents personnages. Tout d'abord Florence Nightingale (1820-1910), infirmière britannique, a conduit une recherche et élaboré des statistiques concernant le taux de mortalité de personnes malades à domicile et hospitalisées prouvant alors que le travail des infirmiers était bien fondé sur des **connaissances scientifiques**. Ensuite, Anna Hamilton (1864-1935), médecin d'origine franco-britannique et directrice d'école privée, va contribuer à la construction de **l'identité infirmière** par la voie de la formation en créant en France un diplôme de garde-malade hospitalière, précurseur du Diplôme d'Etat actuel, source de progression de la profession avec le souci de développer les idées et les conceptions, et de les diffuser. Le courant de pensée novateur consistant à soigner le malade avant tout en tenant compte de son **environnement** et non pas seulement de sa maladie a été porté par le Docteur Anna Hamilton mais également par Léonie Chaptal (1876-1937), infirmière française qui a œuvré à la **réglementation de la profession** en participant à l'élaboration de plusieurs textes législatifs et à la formation des infirmières. Durant les années qui suivirent les travaux de Nightingale, peu d'activités de recherche seront recensées dans les écrits en sciences infirmières. C'est seulement autour des années 1950 que la recherche infirmière aborde un tournant positif, notamment avec la création de la première **revue de recherche** en sciences infirmières, *Nursing Research*, en 1952. C'est une révolution. Par la voie des écrits, des infirmières communiquent à leurs pairs les résultats de leurs travaux. Les années 1950-1960 voient le développement des théories et des modèles conceptuels en sciences infirmières. Des pionnières, comme Hildegarde Pépleau et Virginia Henderson, font valoir **l'importance des assises théoriques et des données probantes** issues de la recherche pour le développement de la profession. En 1965, l'Ecole Internationale d'Enseignement Supérieur Infirmier de Lyon (EIESI) est créée. La revue Recherche en Soins Infirmiers (RSI) naît en 1985. Les travaux de

recherche portent principalement sur **l'organisation des soins, la place de l'infirmière, la formation, l'éducation à la santé**. Dès les années 1990, dans les instituts de formation en soins infirmiers, des **enseignements d'initiation à la recherche** en soins sont intégrés dans les programmes de formation. Aujourd'hui, l'impulsion donnée par le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (**PHRIP**), programme dédié aux soignants afin de les aider à « *se confronter à de vraies valeurs de recherche* », est un véritable levier pour renforcer le développement d'une politique de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques au sein des directions des soins.

B) La recherche en soins infirmiers au niveau national

La France vit dans une certaine autarcie par rapport à la communauté scientifique infirmière internationale. Elle souffre d'une **insuffisance** : la discipline n'est pas encore « universitaire », notamment par des doctorats dédiés. Les doctorats sont effectués par des infirmiers dans des disciplines connexes (Jovic 2009). L'utilité sociale de la recherche infirmière étant d'apporter des bénéfices pour les patients, elle doit être publiable donc partagée (recommandations de bonnes pratiques). Par ailleurs, les résultats doivent être utilisables dans les différents domaines de la discipline (soins infirmiers, formation, encadrement), notamment par des travaux interdisciplinaires, au niveau national, ou plus global (Debout 2010). Il est souvent difficile pour les infirmières françaises d'accéder aux publications internationales en langue anglaise et, d'autant plus, d'y publier leurs résultats.

La progression de la recherche en soins infirmiers en France se construit en intégrant les dispositifs de formations, la création d'associations, et l'émergence de certains concepts.

Les **événements remarquables** concernent :

- L'encadrement qui doit produire un **mémoire** de fin d'étude à l'école des cadres (écrit qui va permettre aux professionnels de porter un regard critique sur leur discipline, prémices incontournables au positionnement d'un praticien réflexif et d'un chercheur en soins),
- L'Association de la Recherche en Soins Infirmiers (**ARSI**) créée en 1982 dont la singularité est de se centrer sur l'essor de l'activité de recherche et qui éditera sa propre revue en 1985,
- Le **décret** n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier stipule dans l'article 9 : « selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose, organise ou participe à des actions de recherche dans le domaine des soins infirmiers ».

- Le manuel de certification de la **HAS**, avec le critère sur l'EPP, amène tous les professionnels de santé à s'engager dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Ainsi, asseoir sa pratique sur des preuves scientifiques va devenir un réflexe pour tout soignant soucieux d'améliorer ses pratiques professionnelles. Et l'**EBN** vient combler le décalage entre pratique et recherche. Mais, parce qu'issus d'une longue tradition orale, les soignants ont du mal à intégrer cette **nouvelle culture**, à savoir l'utilisation des **résultats probants** et la recherche dans la littérature des dernières données de la science en matière de pratique professionnelle.

En 2009, un **département** d'enseignement et de recherche en sciences infirmières et paramédicale a été créé à l'EHESP et a été dirigé par une infirmière, Monique Rothan-Tondeur ayant un doctorat en santé publique et une habilitation à diriger des recherches. La mission de ce département a été de mettre en place un master pour ensuite créer une formation doctorale. Une autre initiative a été la création de la **chaire** de recherche infirmière en 2010 avec l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) et l'EHESP. Toutefois, face à l'insuffisance de structures universitaires consacrées à la recherche infirmière, ce sont les appels à projets qui permettent le financement d'initiatives de recherche.

C) Les PHRIP

C'est en septembre 2009 que la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin, via la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), met en place le premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) au sein d'établissements de santé. Le champ de la recherche hospitalière en soins paramédicaux est indiqué dans la circulaire chaque année et concerne la qualité et sécurité des soins.

Le PHRIP doit permettre la mise en œuvre des objectifs des politiques nationales de Santé, à savoir : Renforcer la **qualité** des prestations de soins ; Assurer le maintien et le renouvellement des **connaissances** professionnelles ; Développer les **compétences** et de transmettre les savoirs acquis entre génération de professionnels ; Échanger et mutualiser les **expériences** de manière interdisciplinaires et entre établissements de santé.

Les projets retenus bénéficient ainsi d'un financement au titre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). A partir de 2011, la notion de paramédicale sera rajoutée (PHRIP).

Un bilan national a repertorié le nombre de dossiers déposés par collèges :

Années	Collège 1 : IDE	Collège 2 : Masseur Kinésithérapeute, ergothérapeute, diététiciens, Manipulateur en électro-radiologie médicale, orthophoniste, podologue, psychomotricien, audioprothésiste, technicien de laboratoire
2010	74	39
2011	74	41
2012	75	40

À titre d'exemple, les projets financés inscrivait la notion de soin dans une acception large. Soins à visée **curative** : « *Évaluation des concentrations et de l'homogénéité des principes actifs dans une seringue électrique* » (PHRIP 2010 - SAMU SMUR Corbeil Essonne). Prévention **primaire** : « *Validation d'une échelle d'évaluation du risque de constipation des patients hospitalisés* » (PHRIP 2010 – CH Bordeaux). Prévention **secondaire** : « *Étude de l'impact d'une implication du personnel infirmier des services de neurologie vasculaire dans la prévention secondaire du post-AVC* » (PHRIP 2011 – CHU Lille). Rééducation, réadaptation ainsi que soins à visée **palliative** : « *Évaluation d'un programme de mobilisation rachidienne dans le traitement du Canal Lombar Étroit acquis central après infiltration épidurale : Étude comparative randomisée versus rééducation en cyphose* » (PHRIP 2012 – CHU Bordeaux).

A partir des données issues du site du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes¹⁷, nous avons pu établir un état des lieux du nombre et de la typologie des établissements participants ainsi que le nombre de dossiers retenus.

Nombre et typologie d'établissements participants	2011	2012	2013	2014	2015
CHU-CHR	11	11	11	13	19
CH	1	2	2	1	5
Autres		1	1	1	5
TOTAL	12	14	14	15	29

Dossiers retenus	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre	21	19	20	28	55

Ces appels à projets sont un véritable **maillage** entre les besoins des usagers et les enjeux économiques et sociaux. Cette **évolution** de la recherche est de fait, étroitement liée aux **transmutations** au sein du système de santé.

¹⁷<http://www.sante.gouv.fr/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicale-phrip,6777.html>

1.3.3 Le système de santé français

A) Les différentes mutations

L'organisation du système de santé, placé sous la responsabilité du Ministère de la Santé, du Travail et de l'Emploi, tente de développer la promotion et la prévention en santé même si les soins curatifs sont toujours priorités. L'état de santé des français est jugé bon, bien que les cancers, les maladies cardio-vasculaires et accidents soient les premières causes de mortalités prématurées. Par parallèle, la France est confrontée au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques.

La profession infirmière est en perpétuelle interaction avec cette société où se côtoient individualisme, compétition et changements **complexifiant la prise en charge** des patients. Et les **différentes logiques** politiques, financières, institutionnelles, ou organisationnelles peuvent être source de tensions pour la recherche. Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'université de Louvain en Belgique, a soulevé (lors de la 2^{ème} journée régionale de la recherche en soins à Montpellier en 2011) le sens donné à l'humain et la recherche dans cette évolution du système de soins, soulignant que le développement de la recherche doit être fait pour améliorer la qualité des soins aux patients et ne doit pas se faire non plus au détriment de l'engagement des professionnels. Même si le nombre d'infirmiers en France est conséquent (638 248 infirmiers en 2015¹⁸), il ne suffit pas à lui seul à développer la recherche au service de la qualité du système de santé. De fait, « œuvrer vers plus de pertinence, d'humanité, d'efficacité et d'efficience dans les soins infirmiers en articulant pratique et recherche amène logiquement à une optimisation de l'utilisation des ressources que le système de santé met à disposition de la population »¹⁹.

B) Les enjeux

L'agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation "France Europe 2020", définit des priorités nationales ainsi que des mesures spécifiques pour favoriser le transfert et l'innovation, et assurer à la France sa place dans l'espace européen de la recherche. L'enjeu étant de préparer la recherche française à mieux répondre aux grands **défis scientifiques, technologiques, économiques et sociétaux** des décennies à venir, en cohérence avec la dynamique européenne impulsée par le programme Horizon 2020.

¹⁸ Selon le rapport « *La démographie des autres professions de santé (RPPS et Adeli)* » publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) le 8 avril 2015.

¹⁹ Debout, C., Eymard, C. et Rothan-Tondeur, M. (2010) *Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus value et orientations dans le contexte français*. Lyon : Mallet Conseil. *Recherche en soins infirmiers*, p142.

La recherche, la formation, l'innovation, la médecine et les soins doivent être **pensés ensemble** pour le bénéfice des patients. Les objectifs sont portés par deux ministères avec renforcement des formations décloisonnées afin de s'adapter aux évolutions des pratiques et des modes d'exercice, et répondre aux problèmes de la démographie médicale. Le continuum allant de la recherche la plus fondamentale à la recherche clinique jusqu'au soin sera renforcée via un **co-pilotage des ministères** des affaires sociales et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche, via une simplification des structures de recherche en santé pour favoriser la cohérence et l'efficacité interdisciplinaire et enfin, via la mise en place d'une meilleure **coordination des financements** nationaux et régionaux.

La pratique infirmière et paramédicale pourrait être considérée comme un laboratoire, un milieu riche de données qui invite au questionnement et à la recherche. Pour Blin (1997), lorsqu'un praticien réfléchit et agit sur ces pratiques, il devient un « praticien réfléchi », autonome, libre et responsable. En ce sens, la recherche est non seulement inscrite dans la pratique mais elle en émane. C'est dans ce **rapprochement entre recherche, pratique et transfert des connaissances** que se situent les orientations et les enjeux de la recherche infirmière et paramédicale. Dès lors, il est légitime de s'interroger sur **le sens** du soin, sur **la compréhension** de la pratique soignante, en l'analysant, en l'objectivant, en la questionnant, en la critiquant. Des tendances fortes se dessinent autour de quatre principaux enjeux. Les enjeux **ontogéniques**, à savoir aider les acteurs à prendre conscience des déterminants de leur action et à prendre des décisions spécifiques conséquentes afin d'œuvrer à la promotion de la santé des individus et des groupes. Les enjeux **évaluatifs et décisionnels** avec un double objectif à la fois pour trouver des solutions pour l'amélioration de la qualité des soins, et pour évaluer les systèmes de valeurs présents au sein d'une institution dans une évaluation valide et fiable en vue de fonder la décision. Les enjeux **praxéologiques** visant l'optimisation des pratiques et la production de connaissance en termes de construction des savoirs par la communication et le partage des travaux de recherche au sein de la communauté soignante. Les enjeux **identitaires** visant le renforcement de la professionnalisation et de l'identité professionnelle à travers le développement d'une vraie culture scientifique.

De nos jours, en filigrane, la recherche infirmière et paramédicale s'inscrit davantage dans un courant de pensée utilitariste où la notion de pratiques fondées sur des données probantes a ses lettres de noblesse. Il y a des forces au-delà de l'individu qui ont des effets sur leur comportement. Le rôle du chercheur est de les expliquer, de « *considérer les faits sociaux comme des choses* ». Pour Weber, il s'agit de comprendre la signification que les personnes attribuent à leur comportement pour comprendre la société.

C'est donc dans cette dialectique « expliquer » *versus* « comprendre » que les priorités et les objectifs de recherche se déclineront et feront l'objet de débats. S'il est essentiel dans le contexte actuel de **documenter** l'efficience, la qualité, la sécurité et les coûts des soins infirmiers et paramédicaux, il est aussi fondamental de **rendre visible l'invisible**, de rendre explicite l'implicite des actions soignantes.²⁰

La recherche infirmière est une nécessité pour la régulation des pratiques de soin et un haut niveau de santé pour la population. Si la santé des patients et des groupes sociaux est la préoccupation principale des soignants, elle constitue un enjeu majeur de notre société. Tant du point de vue du développement de la qualité de vie des personnes que de celui de la rationalisation des objectifs économiques, les questions de santé s'inscrivent dans un domaine complexe où les savoirs sont constamment remis en cause. Ce qui était considéré comme valide hier ne l'est plus aujourd'hui. La notion même de santé a évolué au cours des siècles. Les décisions en matière de santé et de soins d'une population sont souvent l'objet de débats, pour partie liés au rapport au monde du sujet et à ce qu'il vit au quotidien, mais aussi aux tendances sociales, économiques et politiques, aux phénomènes de modes et à l'évolution tant collective qu'individuelle de la société. Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques sont des éléments forts du contexte démographique et socio-économique actuel, au sein duquel les attentes de la population en matière de santé et de soins infirmiers se sont modifiées. Cette évolution exige un **personnel de plus en plus qualifié et souvent polyvalent**. Comprendre les pratiques de soins pour aboutir à une théorisation scientifique est un des premiers objectifs de la recherche en soins. Mais il y a aussi des invariants comme le **passage d'une culture orale à une culture écrite**, la comparaison et la mise en cause permanente des acquis, l'utilisation de méthodes, de démarches systémiques dont la finalité consiste en l'amélioration des pratiques, la qualité du service rendu à la population par la mise à disposition des soins les plus adaptés à sa situation de vie. L'enjeu du développement de la recherche en soins paramédicale se trouve dans **l'articulation entre la recherche et la pratique**. Renforcer, ou même parfois créer, la complicité entre recherche et pratique devient le défi à relever. La diminution des budgets alloués à la recherche oblige à dégager de nouvelles formes de recherches où la collaboration avec les terrains et entre chercheurs et praticiens s'avère inéluctable. Le développement d'une ingénierie de soins paramédicaux ayant pour but de développer des outils divers pour contrôler, améliorer la pratique soignante, pour réaliser les diagnostics infirmiers, pour évaluer les compétences. Cette ingénierie au carrefour de la recherche et des pratiques serait de nature à renforcer les synergies. Mais si ce mouvement semble s'amorcer, c'est encore bien timidement car encore trop souvent il nous faut faire le constat d'un hiatus

²⁰ CEAX C., PÉOC'H N., Recherche infirmière et paramédicale, Revue Hospitalière de France, n°546 mai juin 2012, p13.

entre la recherche et le terrain, une des meilleures preuves en est bien la faible diffusion des résultats des recherches parmi les praticiens et, en corollaire, l'enrichissement très limité des pratiques grâce aux résultats des recherches²¹. Huberman, chercheur suisse, a étudié comment améliorer les retombées des recherches sur la pratique. Selon lui, il y a un **fossé culturel et fonctionnel** entre le praticien et le scientifique. Il s'appuie sur la théorie de la communication pour décrire la relation entre théorie et pratique. Celle-ci explicite la trajectoire des messages depuis leur source, à travers différents canaux de transmission, jusqu'aux publics visés.

La certification des établissements de santé, instaurée par la loi du 13 août 2004, introduit l'évaluation des pratiques professionnelles. L'opportunité de l'introduction de ces **EPP** offre aux soignants la possibilité d'utiliser concrètement dans leurs pratiques les résultats et les connaissances issus de la recherche en soins. L'enjeu est de taille et la lisibilité de la recherche accessible. Il ne s'agit pas de faire de la recherche pour faire de la recherche. L'intention qui prévaut aujourd'hui, laisse toute sa place à la recherche pour **« savoir » et « agir »**.

A contrario, les procédures externes d'audit et d'évaluation ont sensibilisé les acteurs du soin dans leur réalité évaluative. Tout comme la recherche en soins, les conditions de leur application, voire de leur appropriation restent à l'initiative du **cadre de santé, véritable pivot et révélateur de sens d'une culture d'évaluation**.

Pour les établissements : attractivité, fidélisation, performance

Un véritable effort de recherche anime les hospitaliers, ambition présente au sein des CHU, lieu privilégié où s'invente la médecine de demain, grâce à la mobilisation d'équipes reconnues internationalement. Les **Centres Hospitaliers généraux sont des partenaires** très importants. Et ceci, non seulement parce qu'ils traitent une part importante des malades, mais aussi parce qu'ils comptent en leur sein des praticiens qualifiés et intéressés par la recherche clinique. Celle-ci est un **facteur d'attractivité** pour les établissements. Mais l'objet de recherche hospitalière ne doit pas se limiter à la seule recherche médicale ; la recherche en soins infirmiers et paramédicale est tout à la fois un facteur de progrès dans les soins délivrés aux patients, de valorisation des équipes et d'attractivité des professions, à l'heure où émergent de **nouveaux métiers** soignants qui tiendront une place importante dans l'organisation des soins.²²

Au regard des enjeux de la gestion hospitalière, la **recherche en management** doit également prendre une place prépondérante, en particulier au sein de l'EHESP. Ainsi, la

²¹ DARRAS E., Professeur, Conférence à Lisbonne le 17/05/96 lors de la Journée internationale de l'infirmière

²² VALLETOUX F., VINCENT G., *La recherche, un levier pour fédérer les énergies*, Revue hospitalière de France n°546 mai-juin 2012.

recherche est donc **l'affaire de tous** dans la mesure où elle conditionne le progrès des connaissances comme des pratiques. Mais le faible essor constaté de la recherche trouve des explications à différents niveaux.

C) Les freins au développement de la recherche en soins

Différents freins peuvent être relevés au développement de la recherche en soins infirmiers. Tout d'abord, le contexte hospitalier avec **la charge de travail et la pénibilité** des métiers. Puis **la tradition orale** de la transmission des savoirs. Ensuite **la temporalité**, paramètre inaliénable de la recherche, n'est pas non plus un facteur prépondérant. Un autre frein majeur identifié est la culture de l'écriture. De fait, la littérature professionnelle infirmière en France, même si elle augmente, fait l'objet de **peu de publications et peu visibles**. La revue Soins et Preuves fait référence depuis de nombreuses années mais le problème de traduction demeure. La **barrière de la langue** se pose alors comme un frein à l'accès de ces ouvrages malgré la mise en place du nouveau programme de formation en lien avec le LMD offrant une réponse en imposant 60 heures d'anglais sur les 3 années de formation. En effet, la communauté des savoirs étant internationale, les publications sont majoritairement en anglais.

Concernant l'appropriation d'une méthodologie de recherche, il n'en n'existe pas de spécifique en France, l'approche faisant souvent référence aux sciences sociales. **L'hétérogénéité des approches des mémoires** de fin d'études est également à pointer, et la pratique révèle un **faible réinvestissement des résultats** de recherche. Cette absence de visibilité est un point faible de la reconnaissance. Elle peut impacter également le devenir de la recherche. Enfin, concernant le cursus professionnel, **les diplômes obtenus ne sont pas reconnus** en terme de postes, fonction et rémunération. Toutefois, les CHU réussissent à piloter et développer la recherche de plusieurs manières.

D) Expériences de certains établissements issues de la littérature

a) *Le CHU de Toulouse*²³

Sous l'initiative et la volonté affirmée de Christine Ceaux, Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Soins (CGS), cette recherche en soins infirmiers perdure et amorce aujourd'hui un nouveau virage, en se tournant vers tous les professionnels de santé, toutes filières confondues (diététiciens, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale...). Dénommée recherche en soins, elle relève principalement

²³ ROTHAN-TONDEUR M., 2012, « *La recherche infirmière en France et dans le monde* » Revue hospitalière de France n°546 mai - juin 2012

de la recherche clinique, de la recherche appliquée, de la recherche-action et de la recherche praxéologique. Depuis quinze ans, la direction des soins crée un **environnement favorable** à l'émergence de l'enrichissement des soins par la recherche. Cet environnement propice repose sur l'articulation d'un **triptyque opérationnel** reposant sur trois objectifs :

1. L'**accompagnement** sur le plan pédagogique et méthodologique des équipes de soins dans la réalisation d'un protocole de recherche en suscitant la posture de questionnement ;
2. La **communication** de ces travaux à l'ensemble de la communauté soignante ;
3. La **formation** : deux niveaux sont dispensés dans le domaine de la recherche en soins en partenariat avec la direction de la formation. Le premier niveau est intitulé « *sensibilisation à la recherche en soins* » (module de formation de trois jours). Le deuxième niveau est intitulé « *la recherche en soins au service de l'évaluation des pratiques professionnelles* » (module de formation de trois jours).

b) *Le CHU de BORDEAUX*

Le CHU de Bordeaux²⁴ a inscrit dans son **projet d'établissement** une orientation n°3 intitulée « assurer un haut niveau de recherche et d'innovation » avec 3 objectifs dont « **valoriser les projets** paramédicaux de recherche ». Le CGS, L.DURAND, évoque les **préalables**, à savoir le **soutien** de la direction générale, de la direction des soins, et de la DRCI (Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation) ; l'inscription du projet recherche **dans le projet d'établissement** ; et enfin la **structuration** de la démarche. Il considère également les **cadres comme un levier de réussite**. Ces derniers doivent développer des **compétences** en terme de rigueur, méthodologie, travail en équipe, motivation pour transmettre, qualité d'expression écrite et orale, ainsi que le sens de l'engagement.

c) *Le CHU de LIMOGES*

Au CHU de Limoges, la CGS, J.BOURINAT²⁵, considère la recherche paramédicale comme un **outil de management** pour attirer et fidéliser les professionnels, un **levier stratégique**, un élément de **marketing**. Selon ses propos, la recherche paramédicale bénéficie d'**opportunités** telles que son émergence en France, les différentes lois (HPST), décrets (CSIRMT), circulaires (PHRIP), ou encore la réingénierie des formations. Les **impacts** étant positifs autant pour les professionnels bénéficiaires de connaissances

²⁴ EHESP, 2^{ème} séminaire des directeurs de soins, « *recherche et qualité des soins facteurs d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé* », avril 2012.

²⁵ Ibidem.

modifiant et donnant du sens à leurs pratiques, que pour les patients bénéficiaires de soins. Les **moyens** pour aboutir sont de divers ordres : la campagne de **recrutement**, le **projet de soins**, la culture **qualité-recherche**, le **comité** de promotion de la recherche paramédicale et innovation piloté par un cadre de santé expert, la **communication** interne et externe et enfin la **majoration de prime** aux chercheurs paramédicaux. Les missions du cadre de santé correspondent à la gestion du comité (piloter, préparer, animer), l'organisation et le suivi des travaux de recherche (répertorier, accompagner, coordonner), la communication (des résultats, publications), la formation (politique de formation, formation interne). Les missions du comité sont, elles, de fédérer, analyser, valider les thèmes, aider, rédiger un rapport annuel d'activité. Le comité a pour premier objectif de promouvoir et de développer la recherche en soins avec 3 sous objectifs qui sont :

1. **D'organiser les ressources** : recenser les expertises (Diplômes universitaires) ; promouvoir la recherche en soins (formation à la méthodologie de la recherche, dynamisation des équipes, visibilité) ; positionner un référent recherche dans chaque pôle (issu du comité, cadre en pédagogie) ; organiser un groupe focus (discussion des problématiques de recherche) ; engager un partenariat avec la DRCI (validation et suivi des projets, aide méthodologique et statistique, collaboration avec IRC), la Cellule promotion recherche réflexion éthique (cadre éthique à construire), le Comité évaluation qualité des pratiques professionnelles (EPP comme point de départ pour la recherche), et les Instituts de formation ; initier les étudiants à la démarche recherche (binômes étudiant-personnel recherche) ; créer une banque de données accessible sur internet (références bibliographiques, revue d'informations) ; créer un bulletin pour rendre compte (intranet, affichage).
2. Faire de la **recherche infirmière** : engager un premier travail type recherche-action (réunions, études d'EPP).
3. **Communiquer** : présenter le comité et ses missions (DRCI, CSIRMT, réunions cadres, internet, plaquettes) ; présenter l'avancée des travaux (bulletin, journée sur la recherche, forum)

d) Le CHU d'Angers

La concordance entre la réforme des études infirmières et la mise en œuvre des PHRIP ont conduit la communauté paramédicale du CHU d'Angers à s'approprier de **nouveaux leviers de qualité du soin**. La recherche paramédicale y est aujourd'hui un **puissant moteur** de qualité des soins. Cette nouvelle dynamique ne pouvait se concevoir qu'avec un **accompagnement institutionnel** puissant qui s'est traduit, dès 2010 par une structuration innovante et interdisciplinaire de la recherche paramédicale : la **création au**

sein de la CSIRMT d'une sous commission « recherche paramédicale » coordonnée par un cadre de santé chargé de la promotion et de la coordination de la recherche au niveau de l'établissement. Cela a permis un affichage clair de la stratégie de développement de la recherche et une fédération de toutes les énergies attirées par cette thématique.

Le lancement d'un appel d'offre interne dont une partie de l'enveloppe est dédiée à la recherche paramédicale a induit une **collaboration active et performante avec la DRCI**. L'incitation au **développement professionnel continu (DPC)** (formations spécifiques d'initiation à la recherche, diplômes universitaires, masters, doctorats) est un engagement de l'institution au profit d'une recherche paramédicale de haut niveau. Ainsi, l'ensemble de la communauté paramédicale est stimulé par cette dynamique institutionnelle. Les bases d'un engagement pérenne de cette évolution ont pour objectif principal d'entretenir une **pratique de soins ancrée sur des données probantes** par des professionnels réflexifs au bénéfice d'usagers acteurs de leurs prises en charge.

2 LES INVESTIGATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DE LA RECHERCHE PARAMÉDICALE

Dans cette partie, nous exposerons le travail d'enquête réalisé afin de répondre à la question posée et aux hypothèses énoncées.

2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'étude

2.1.1 Cerner le sujet pour une compréhension pertinente

Les objectifs nous permettent de déterminer la population à étudier, les moyens de recherche et les techniques de mise en œuvre. Ainsi, il s'agit, dans un premier temps, de cerner le sujet de la recherche auprès d'acteurs concernés afin d'en avoir une compréhension pertinente pour ensuite, dans un deuxième temps, recenser auprès des directeurs des soins la définition de la recherche paramédicale qu'ils en donnent, comprendre leur stratégie de déploiement de la recherche paramédicale, repérer les facteurs favorisants et les freins rencontrés.

2.1.2 Des outils quantitatifs et qualitatifs en complémentarité

Afin d'étudier la réalité de la recherche en soins infirmier et paramédicale, plusieurs outils d'enquête sont utilisés dans un objectif de **complémentarité** entre l'approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative reste modérée avec un échantillon de 42 directeurs des soins sur 157 et l'approche qualitative consiste en 6 entretiens avec différents acteurs en lien avec la recherche.

A) Choix de la population enquêtée

Pour cerner le sujet, nous avons souhaité nous entretenir (lors de notre 2^{ème} stage de formation de directeur des soins réalisé en CHU) avec **différents acteurs** en lien avec la recherche : un cadre supérieur de santé, un cadre de santé, une infirmière de recherche clinique et un praticien hospitalier biostatisticien. Nous avons également interviewé deux personnes préparant le concours de directeur des soins rencontrées pendant l'enseignement à l'EHESP : un cadre de santé ayant mené un PHRIP et un cadre supérieur de santé réalisant un doctorat. Cela permettant de croiser les données et les regards.

Pour répondre à la question de départ et aux différentes hypothèses, nous avons enquêté auprès de **directeurs des soins** exerçant dans **différentes structures** :

- Centres Hospitaliers Universitaires
- Centres Hospitaliers avec MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)
- Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM)

Afin d'avoir un échantillon suffisant, nous avons sélectionné plusieurs régions de France : les régions retenues ont été celles qui avaient au moins 2 CHU sur leur région. Ensuite, pour recenser les coordonnées des directeurs des soins à enquêter, nous avons utilisé l'annuaire hospitalier du site de la FHF (Fédération Hospitalière de France). Ci dessous, le tableau récapitulatif des établissements audités.

	Région A	Région B	Région C	Région D	Région E	Région F	Région G	TOTAL
CHU-CHR	2	2	2	2	2	3	2	15
CH MCO	16	13	12	12	8	27	22	110
EPSM	4	5	2	7	3	6	5	32
TOTAL	22	20	16	21	13	36	29	157

B) Méthodes de recueil de données

Afin de répondre aux objectifs fixés pour l'étude, nous avons retenu deux méthodes de recueil des données :

1. La réalisation d'**entretiens semi-directifs** auprès de professionnels précédemment cités afin d'explorer le sujet, de recueillir le sens que les acteurs donnent à leur pratique, leurs expériences et leur posture et d'identifier les points de vue, les enjeux et les systèmes de relations entre les acteurs. Les entretiens ont été réalisés lors du stage 2 au début du mois de juin.
2. La réalisation d'un **questionnaire** (à questions fermées, ouvertes et semi-ouvertes) envoyé aux directeurs des soins des établissements recensés. Les questionnaires ont été envoyés par mails groupés par régions au début du mois de juillet. Une relance à la fin du mois de juillet a été nécessaire au regard du nombre insuffisant de questionnaires à traiter avec seulement 18% de retours.

C) La grille d'analyse

Pour les entretiens :

Chaque entretien a fait l'objet d'une prise de note en direct. De chaque relevé d'entretien ont été extraits les idées développées, qui ont été classées selon une grille d'analyse primaire de recueil. Puis une grille d'analyse catégorielle (Cf. Annexe 1) a été alimentée par ces données extraites des entretiens. Chaque catégorie a ainsi fait l'objet d'une analyse au regard de notre cadre conceptuel afin d'en extraire une nouvelle approche du sujet nous permettant de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Pour les questionnaires :

Chaque questionnaire (Cf. Annexe 2) a été rentré dans une base excel afin de pouvoir effectuer des analyses globales, mais également par région ou par type d'établissement. Concernant les questions ouvertes du questionnaire, une grille d'analyse catégorielle a été construite afin de se référer à notre cadre conceptuel nous permettant alors de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses pour ensuite conclure et proposer des préconisations.

2.1.3 Les limites de l'étude

Nous sommes bien conscient des limites de ce travail de recherche qui fait appel à un échantillon réduit, qui aurait mérité d'être élargi. De même, les contextes des établissements étudiés n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie pouvant permettre de croiser certains éléments complémentaires avec les données que nous avons pu recueillir. Certains biais sont également possibles tels que le fait que nous nous soyons présenté comme élève Directeur des Soins à nos interlocuteurs, et que nous ayons côtoyé certains professionnels rencontrés dans le cadre de nos stages.

Le nombre d'entretiens réalisés nous a permis de cerner le sujet, mais il aurait été pertinent de les élargir au Directeur d'établissement, au Président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) et enfin à des usagers, bénéficiaires de la démarche.

Le nombre de questionnaires envoyés au départ nous semblait être suffisant mais le retour à 27% ne permet pas d'affirmer de façon exhaustive nos hypothèses. Par ailleurs, nous nous sommes confrontés à des erreurs de mails du fait de la non mise à jour du site de la FHF.

Aussi, la période estivale de juillet et août pour l'envoi des questionnaires n'a pas été favorable au regard de l'absence des directeurs de soins. Enfin, certains ne se sont pas sentis concernés du fait d'être faisant fonction directeur des soins.

2.2 La recherche paramédicale : une définition complexe, des exigences, des opportunités

2.2.1 Les entretiens : des compétences aux personnes ressources

Les entretiens ont été menés auprès de 6 personnes exerçant en CHU, en IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) et en EPSM. Deux personnes interviewées n'avaient aucune **formation** ou compétence dans le domaine de la recherche. Les projets de recherche initiés par les personnes interrogées l'ont été à partir d'une problématique de **terrain**, d'une opportunité de rencontre, ou encore de poste. Le **temps** de maturation du projet est variable selon les personnes pouvant aller de 3 semaines à 2 ans, en rencontrant les professionnels de terrain et en étudiant la faisabilité.

Toutes les personnes nous ont cité un **soutien** indispensable de personnes ressources : médecin, Unité de Recherche Clinique, Centre de Recherche Clinique, unité innovation, cadre supérieur de santé, cadre de santé, Attaché de Recherche Clinique, épidémiologiste.

Pour mener à bien le projet recherche, seules 4 personnes avaient du **temps dédié** et 3 étaient **experts** dans le domaine.

Les **compétences** nécessaires citées pour effectuer un projet recherche ont été :

- la méthodologie, la rigueur
- l'anglais
- la revue de littérature, l'analyse, la rédaction
- la motivation, l'appétence
- les connaissances législatives
- la prise de recul

Les échecs vécus ont été la non **validation** par la direction, la non **publication** du projet, l'absence de **chaire** en sciences infirmières en France.

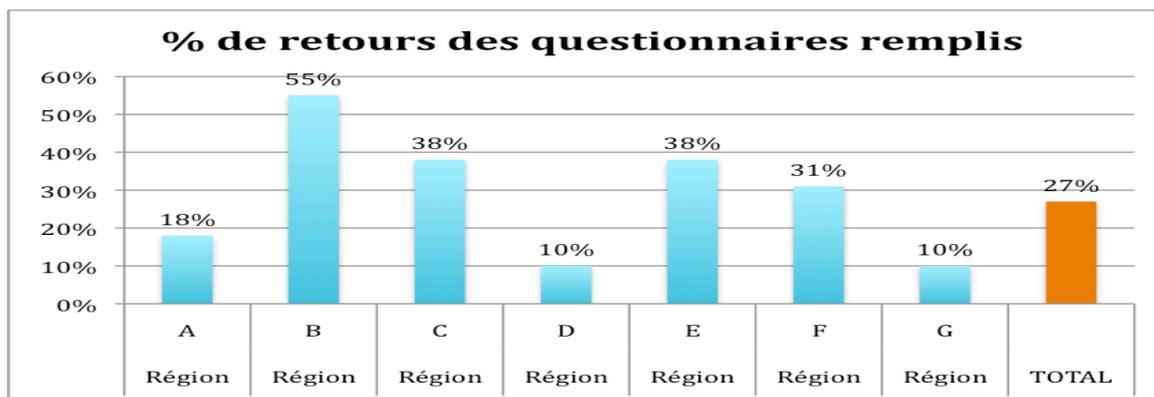
Les réussites des interviewés ont été l'ouverture du **réseau** professionnel, la **légitimité** vis à vis du corps médical, la mise en place de **formations** institutionnelles sur la recherche, les études à partir des **questionnements** des professionnels.

Les vigilances verbalisées concernaient le fait de devoir **publier** tous les ans pour un doctorant, les PHRIP **qualitatifs** à développer, le **financement** des PHRIP accaparés par les médecins, le pouvoir **médical**, une démarche **appuyée**, un **sens** donné (finalité patient), une **satisfaction** du travail réalisé.

Enfin, les 6 professionnels ont fait un lien entre la recherche et les EPP et le DPC.

2.2.2 Les questionnaires : le projet de soin et la formation comme leviers

Nous avons eu un taux de retours de questionnaires remplis à 27%.



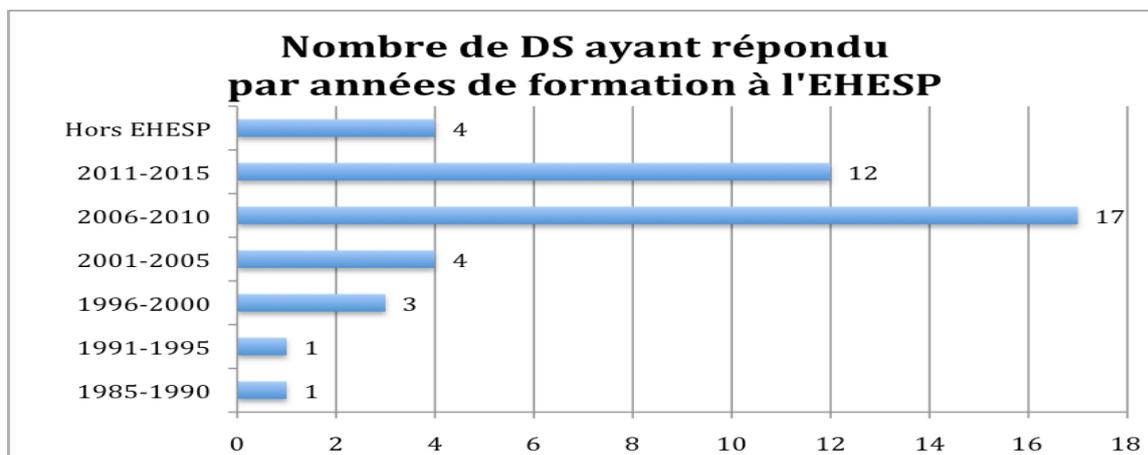
Le tableau ci-dessous détaille le nombre de retours, de refus ou de non réponses par région.

	Région A	Région B	Région C	Région D	Région E	Région F	Région G	TOTAL
Retours	4	11	6	2	5	11	3	42
Refus	1	0	1	1	0	0	5	8
Sans réponses	17	9	9	18	8	25	21	107
TOTAL	22	20	16	21	13	36	29	157
Retours %	18%	55%	38%	10%	38%	31%	10%	27%

Les motifs des refus : prise de poste récente, faisant fonction DS, pas de DS en poste, manque de temps, pas de démarche recherche dans l'établissement.

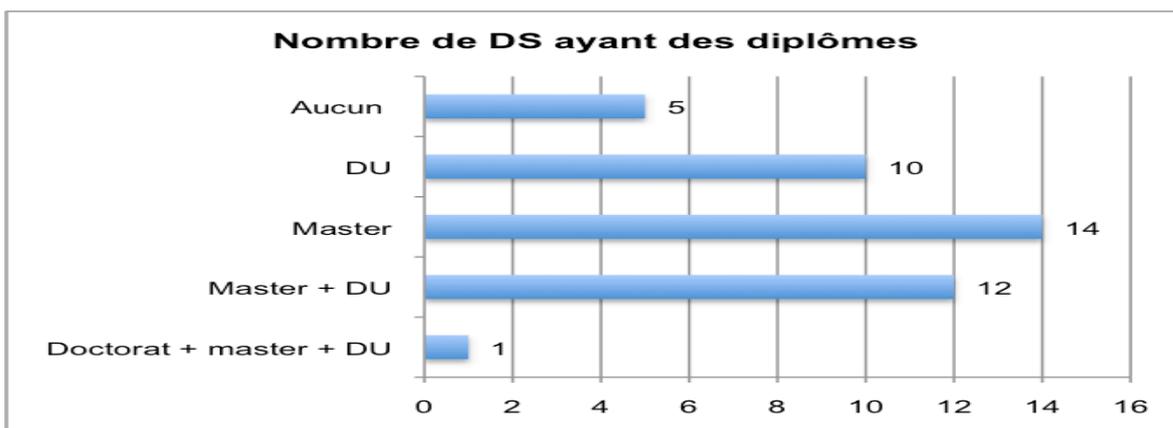
→ Ce premier tableau nous montre que la région B se démarque sur le taux de retour à 55%. Une dynamique régionale semble prégnante où les DS seraient plus sensibilisés.

L'année de formation à l'EHESP des DS ayant répondu :



→ Les DS ayant répondu majoritairement sont sorti de l'EHESP depuis moins de 10 ans.

Les diplômes possédés par les répondants sont :



→ Les DS ayant répondu aux questionnaires ont un master à 64%. Les 5 personnes ayant répondu aucun ont toutefois inscrit un axe recherche dans leur projet de soins, 4 connaissent les PHRIP et 1 a déjà déposé un projet qui a été retenu.

Le tableau ci après synthétise l'ensemble des intitulés de diplômes cités :

Diplômes	Intitulés cités
Doctorat	Cognition, Education, Interaction
Master	le management des établissements, des organisations, de la santé les sciences humaines, de l'éducation la psychologie pathologique et clinique le droit, l'économie et le social les compétences et conditions de travail l'organisation et conduite du changement
D.U	l'hygiène les sciences de l'éducation les sciences en soins infirmiers la gestion des risques la gestion des établissements l'éthique médicale le droit et l'expertise en soins la communication l'évaluation en santé l'organisation et méthode

→ Les intitulés cités sont divers mais aucun ne fait référence à la recherche.

Leur définition de la recherche paramédicale :

Nous avons réparti les données en 3 axes du fait que les éléments cités faisaient également référence à des objectifs, des exigences et des opportunités.

Les mots clés les plus souvent cités ont été par ordre décroissant : étude, démarche, processus, méthode, analyse.

Synthèse des définitions :

- **Etude** d'activités, de phénomènes, de situations, de personnes, de pratiques de soins
- Démarche d'**évaluation**, de réflexion, de production de savoirs scientifiques, validation d'hypothèse, comparaison
- Processus de **conceptualisation** des pratiques, méthodologique
- Méthode d'**analyse**, clinique, d'une pratique, d'un processus de soins, d'une pertinence de soins
- **Preuve** scientifique, types universitaire et pragmatique, qualitative, quantitative, mono ou pluridisciplinaire
- **Interface** entre le terrain et les nouveaux besoins d'une population
- Recherche **clinique infirmière** s'appuyant sur des bases scientifiquement validées
- **Evaluation** des risques et **proposition** d'actions soignantes adaptées aux besoins du patient
- **Concerne** la clinique, la formation ou l'enseignement, la qualité et la sécurité des soins, la prévention, la promotion de la santé, les soins, les technologies de soins, les processus, l'éthique, l'organisation et le management

Les éléments cités et catégorisés comme « objectifs » :

- **Améliorer** les soins, se préoccuper du bien être des patients, faire progresser les prises en charge, développer de nouvelles techniques, thérapeutiques, activités
- **Actualiser**, asseoir, conceptualiser les pratiques paramédicales sur des bases scientifiques reconnues, des données probantes afin de définir des « bonnes pratiques »
- **Conduire** et collaborer à l'évolution de la clinique, à la promotion de la santé, au développement et à la gestion des services de santé, à l'amélioration des politiques de santé et enfin, à l'enseignement des futurs professionnels
- **Développer** un état d'esprit qui permet au quotidien d'essayer de comprendre avant de juger les situations et les phénomènes, promouvoir les réflexions professionnelles
- **Innov**er dans les outils de travail ou de communication
- **Viser** la reconnaissance des professionnels

Les éléments catégorisés comme « exigences » :

- Appui à un Centre de Recherche Clinique
- Dimension réflexive importante, constante, et créativité
- Méthodologie précise, rigoureuse
- Temps d'accompagnement, de conception

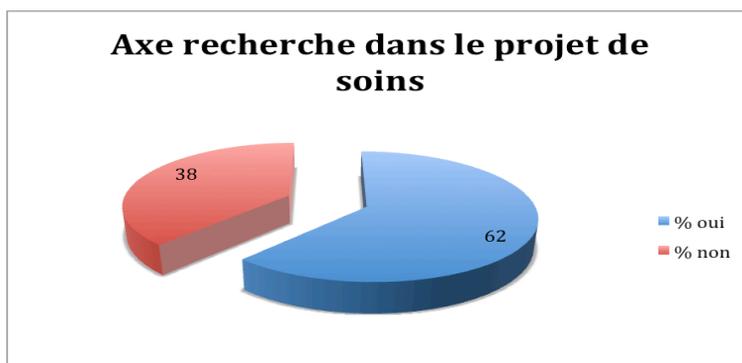
Les éléments catégorisés comme « opportunités » :

- Activité qui relève du rôle propre de tout professionnel paramédical
- Evolution réglementaire
- Inscription dans le dispositif PHRIP
- Axe 4 du plan santé mentale 2011-2015
- Développement de la formation des paramédicaux
- Participation à la commission EPP pluridisciplinaire
- Levier pour expliciter les pratiques professionnelles et les faire évoluer
- Moyen de valoriser les pratiques soignantes paramédicales

→ *Chaque DS a répondu différemment, il n'y a pas eu de consensus sur « une » définition. Cela démontre bien la complexité du thème mais aussi sa richesse.*

La question concernant le projet de soins :

Plus de la moitié des directeurs des soins répondants a inscrit un axe recherche dans son projet de soins.



Nous présentons maintenant le thème de leur axe selon la typologie de l'établissement.

Les 4 CGS de CHU ont inscrit un axe recherche dans leur projet de soins :

« Axe fédérateur 2 : Formation, Recherche et innovation- Objectif 3 : **Promouvoir et valoriser** les projets de recherche en soins au sein des pôles »

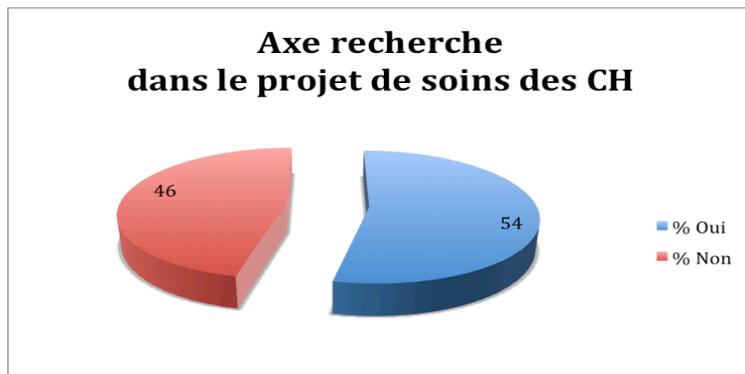
« **Favoriser** les projets de recherche clinique des paramédicaux »

« Dans le projet d'établissement est souligné l'importance de : **Renforcer** la recherche paramédicale »

« Le **développement** de la recherche clinique en soins »

→ Les CGS en CHU emploient tous des verbes d'impulsion (promouvoir, favoriser...) plutôt que des verbes de pérennisation comme (poursuivre) suggérant que la recherche n'est pas totalement ancrée et demande encore à progresser.

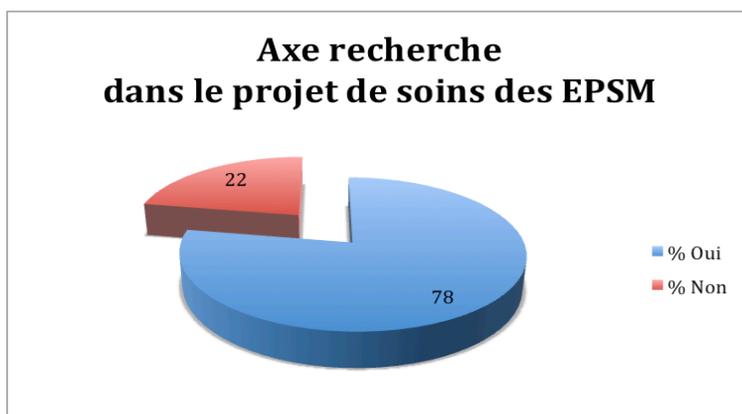
La moitié des DS en CH a également inscrit un axe recherche dans son projet de soins :



Développer la recherche en SIRMT
Développer des actions de recherche en soins infirmiers, à partir des travaux de fin d'études (TFE) des étudiants sur des thèmes ou situations observés en stage au C.H
Développer la recherche et l'innovation paramédicale
Mettre en œuvre la recherche infirmière et paramédicale
Promouvoir la recherche en soins : élaborer un PHRIP, formaliser les liens avec l'URC, créer un département de recherche en soins
Valoriser la recherche et l'innovation avec 6 objectifs et plans d'actions concernant les thématiques suivantes : PHRIP, CRC, pertinence des soins (EPP, chemins cliniques et transmissions ciblées, parcours patient), pratiques avancées et coopérations, programmes d'éducation thérapeutique (UTEP), publications.
Investir les champs de la prévention de l'éducation thérapeutique et de la recherche clinique.
Valoriser le développement des compétences individuelles et collectives. Sous commission de la CSIRMT intitulée : sous commission de la promotion de la recherche en soins
En lien avec le CHU : participation à un PHRIP 2015 qui a pour objectif d'évaluer le bénéfice d'une hyperhydratation post ponction lombaire.
En lien avec le CHU : projet MOSTRA qui a pour objectif d'évaluer la meilleure combinaison des outils de développement de la politique de bientraitance dans un établissement.
Analyse de la pertinence des soins
Travail autour du repas du patient atteint d'une pathologie cancéreuse
Transmissions ciblées
Education thérapeutique

→ Les DS en CH notent également une démarche d'impulsion (développer, promouvoir) en interne mais aussi en partenariat avec les CHU. Certains ont initié des travaux autour de thématiques (pertinence des soins, repas, transmissions, éducation).

Les 3/4 des DS en EPSM ont inscrit un axe recherche dans leur projet de soins :



Développement des compétences en psychiatrie
La valorisation des expertises et compétences des professionnels paramédicaux et la recherche (également un axe du projet médical)
Mettre en œuvre la recherche infirmière et paramédicale
Développement de la recherche paramédicale
Attractivité et fidélisation des professionnels : la recherche en soin
Tutorat des jeunes professionnels.

→ Les DS en EPSM parlent également avec le même vocabulaire (développement, valorisation) mais formulent aussi en termes de levier (attractivité et fidélisation).

Au total : les DS en CHU inscrivent systématiquement un axe recherche dans leur projet de soins, et les DS en EPSM sont plus sensibilisés à la thématique contrairement aux DS en CH.

La question concernant le temps et le personnel dédié :

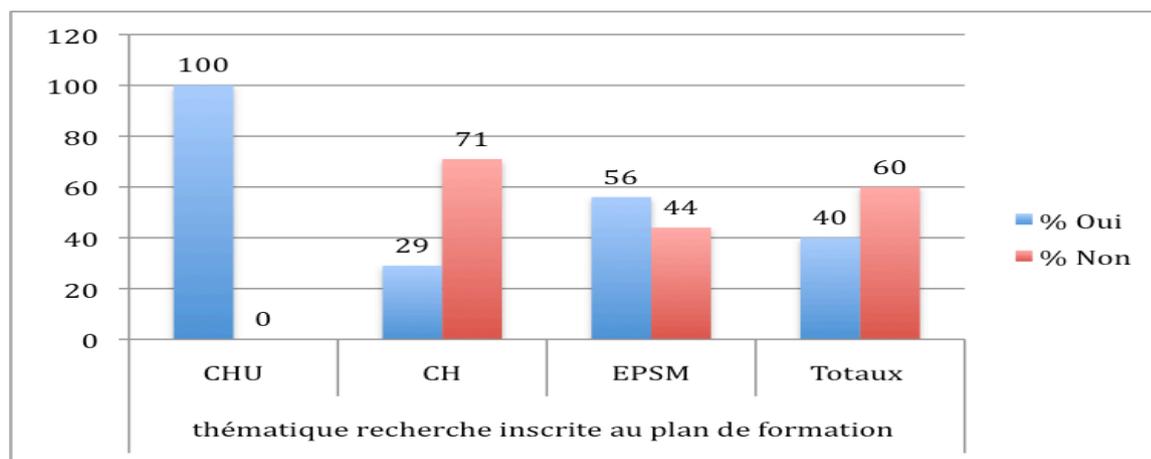
En CHU : il y a systématiquement un agent dédié à hauteur minimale d'1 ETP (Equivalent Temps Plein), qui est soit un DS, soit un Cadre Supérieur de Santé (CSS) ou un Cadre de Santé (CS).

En CH : la moitié des répondants n'a aucun temps dédié. L'autre moitié a entre 0,2 et 0,5 ETP dédié de CS, CSS, ou membres de la CSIRMT sur leur temps de travail (comme 2h par mois pour un établissement).

En EPSM : La majorité des répondants a un CSS ou un CS ou une IDE dédié avec 0,2 à 1 ETP. Les autres ont des professionnels qui le font dans le cadre de leurs missions (poste de travail ou CSIRMT) sur leur temps de travail.

→ Les professionnels dédiés sont majoritairement pour tous les types d'établissement un professionnel de l'encadrement. En lien avec la question sur le projet de soins, les CH sont ceux qui ont le moins de temps dédié.

La question concernant la thématique recherche inscrite au plan de formation :

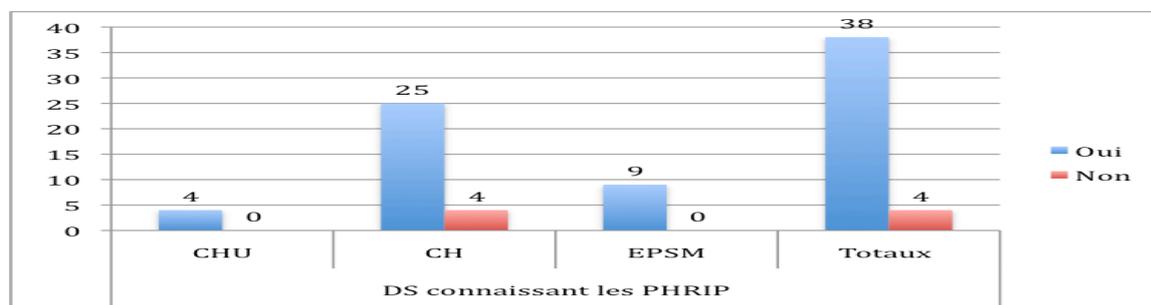


Les DS qui ont répondu « non » l'expliquent par le fait qu'ils ont déjà des professionnels formés (soit des formateurs d'IFSI-IFAS, soit des cadres de santé gestion), que le thème n'est pas prioritaire dans leur établissement, que les budgets sont restreints dans le cadre des PRE (Plans de Retour à l'Équilibre), que la thématique n'est pas inscrite au projet de soins, ou enfin que la prise de poste de certains est trop récente pour avoir eu l'opportunité de l'inscrire.

→ Ce tableau démontre une inscription systématique pour les CHU et une dynamique intéressante au sein des EPSM contrairement aux CH.

La question concernant le PHRIP :

Presque tous les DS répondants connaissent les PHRIP excepté 4 personnes.



Les 4 personnes ne connaissant pas les PHRIP exercent en CH dont 3 DS formés à l'EHESP avant 2009 et une personne faisant fonction DS.

Les DS qui ont mené un PHRIP sont au nombre de 10 sur 42.

	CHU	CH	EPSM	Totaux
PHRIP menés	4	4	2	10

→ Les PHRIP, mis en place depuis plus de 5 ans, ne sont donc pas encore intégrés par tous. Par contre les PHRIP sont menés par tous les types d'établissements.

La question concernant les freins et les facteurs de réussite :

Nous avons catégorisé les éléments selon des facteurs organisationnels, financiers, ou humains. Les trois freins les plus cités sont le **manque de moyens dédiés, de formation à la recherche et de soutien institutionnel**. Les trois facteurs de réussite les plus cités sont la **motivation des équipes, le soutien de la direction générale et le soutien de la direction des soins**.

Facteurs	Freins	Facteurs de réussite
Organisationnel	Absence de structure de coordination Absence ou insuffisance de structuration nationale Absence de sous commission CSIRMT Projet non formalisé Temps Démarche complexe, lourde Taille de l'établissement trop petite	Groupe de pilotage, coordination Gestion régionale et centralisée Sous commission CSIRMT Axe concret dans le projet de soins Avoir du temps Appui CHU et cellule recherche Collaboration du personnel médical et paramédical Problématique de départ qui fédère et utile
Financier	Absence de financements Contexte économique	Financements
Humain	Peur du changement Non reconnaissance par le corps médical Absence de volonté institutionnelle Absence de moyens dédiés	Management Soutien CME Soutien du Directeur Général et de la Direction des Soins Moyens humains dédiés Bonne communication Motivation des équipes, implication Travail inter établissements Partenariat IFSI
Formation	Absence ou insuffisance de culture à la recherche Absence de thématique recherche au plan de formation Manque de connaissance, de formation	Culture recherche Inscription de la recherche au plan de formation institutionnel Professionnels formés à la recherche Diplômes universitaires, doctorat Abonnements en ligne aux revues sur la recherche Accès aux moteurs de recherche Formation initiale

2.2.3 Analyse croisée : des moyens ou une réelle volonté ?

En reprenant les résultats des entretiens et des questionnaires, nous avons croisé certaines données et nous proposons un début de discussion :

- Concernant le domaine de la formation des acteurs, les entretiens comme les questionnaires nous renseignent sur le fait qu'une formation spécifique pour un DS sur la recherche n'est pas indispensable pour mener un projet dans la mesure où l'on peut s'entourer d'experts ou de personnes ressources. Néanmoins, il nous semble indispensable que le DS, sans être expert, dispose de bases solides pour asseoir sa stratégie, accompagner et soutenir les acteurs. Les DS n'ont peut être pas le socle nécessaire eu égard à l'ancienneté de leur diplôme pour lequel les enseignements n'intégraient pas l'initiation à la recherche. Dès lors, qu'en est-il des apports théoriques dispensés à l'EHESP pour les DS, sont-ils à requestionner, à adapter aux réels besoins, à individualiser ?

- Le temps et le personnel dédié sont importants pour mener un projet dans de bonnes conditions. La question de la mobilité des professionnels pourrait alors nuire à la pérennité des projets, notamment les PHRIP menés sur 3 ans ? Il nous semble important ici que le DS puisse contractualiser avec les professionnels concernés afin de ne pas aboutir à un échec faute de continuité. Un autre aspect, évoqué par les établissements en PRE, pose la problématique de dégager des moyens, mais si les relais que sont les cadres de santé sont formés et motivés, la culture recherche, tout comme la culture qualité peut se répandre au fil du temps, et de ce fait avoir un ancrage solide. Enfin, le fait que les EPSM soient plus enclins que les CH à déployer la recherche pose la question du financement des établissements ; la dotation globale favoriserait le déploiement de la recherche contrairement à la T2A ?

- Les compétences mentionnées se rejoignent sur : la méthodologie et la rigueur, l'analyse et la dimension réflexive, l'appétence et la créativité. Les résultats de l'étude nous amènent à discuter de l'appétence des DS pour la recherche en dehors de tout frein financier. En effet, il est ressorti que les professionnels menant de la recherche doivent avoir de l'appétence. La conviction des DS est-elle un préalable pour développer la recherche ou est-ce une variable humaine qui, face à la complexité et la persévérance exigée, ne la priorise pas ?

- Les freins mentionnés concordent par rapport au manque de soutien de la direction. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les priorités institutionnelles écartent un projet de recherche compte tenu des objectifs « qualité et sécurité des soins » imposés dans les CPOM par l'ARS et dont le PCME a la responsabilité ? La motivation initiale du DS influe-t-elle la conviction auprès du directeur général ?

- Les réussites indiquées quant à la légitimité vis à vis des médecins indique clairement un besoin de reconnaissance. Pourtant, le DS travaille en étroite collaboration avec le

PCME, ce qui est censé favoriser les échanges et les mutuelles reconnaissances. Mais le besoin de reconnaissance ne devrait-il pas être plutôt vis à vis des patients ?

- Concernant le plan de formation : les entretiens faisaient le lien entre recherche et DPC et les questionnaires révèlent que des actions de formation inscrites au plan institutionnel permettent d'acculturer les professionnels en lien avec le projet de soins. Si la formation permet d'enrichir les connaissances relatives à la recherche, la pratiquer sur le terrain prend-elle véritablement un sens auprès des soignants ? Par ailleurs, l'obtention d'un PHRIP, par exemple, ne garantit pas l'obtention d'autres recherches, ni la certitude d'avoir instauré une culture recherche pérenne au sein de l'établissement. La culture recherche ne passe alors pas par le dépôt systématique de dossiers de recherche, mais par une méthode de pratiques quotidiennes.

2.3 Vérification des hypothèses posées et conclusion de l'enquête

2.3.1 La majorité des hypothèses confirmées

A partir des résultats exposés ci-avant, nous allons procéder à l'affirmation ou l'infirmité de nos hypothèses.

Hypothèse 1 : le DS soit être formé à la recherche via l'obtention d'un doctorat

Notre hypothèse est **infirmité**. En effet, seul un DS enquêté a un doctorat et les autres ont pu mener des projets. Même le cadre interviewé qui n'avait aucune formation a pu mener le projet. Un DS peut donc impulser, mener une démarche de recherche sans nécessairement avoir un doctorat.

Hypothèse 2 : le DS doit s'entourer de professionnels dédiés et experts dans le domaine de la recherche

Notre hypothèse est **affirmée**. En effet, tous les enquêtés (entretiens et questionnaires) stipulent l'importance de s'entourer de professionnels formés, voire experts dans le domaine de la recherche pour réussir à mener les projets. Le cadre qui n'avait aucune formation a pu mener le PHRIP car entourée et appuyée par le médecin formé à la recherche. Un DS doit donc connaître les professionnels et experts dont il doit s'entourer pour développer des projets de recherche.

Hypothèse 3 : le DS doit inscrire un axe recherche dans le projet de soins

Notre hypothèse n'est **pas totalement affirmée** dans le sens où le cadre EPSM a mené un PHRIP avec le médecin sans que la direction des soins ait inscrit d'axe dans le projet de soin. Toutefois, la majorité des DS enquêtés ont inscrit un axe recherche dans leur projet de soins sans pour autant porter un projet de recherche ou PHRIP mais cela participe à l'acculturation des professionnels. Un DS peut donc inscrire l'axe recherche dans le projet de soins pour acculturer les professionnels dans une première étape afin de poursuivre vers la mise en œuvre de projets de recherche. Mais surtout un DS doit

inscrire l'axe dans le projet de soin pour avoir le soutien de la direction et du corps médical sur le moyen et le long terme.

Hypothèse 4 : le DS doit proposer dans le plan de formation des items en lien avec la recherche pour acculturer les professionnels paramédicaux.

Notre hypothèse est **affirmée** dans la mesure où les profanes ont nécessairement besoin de connaissances pour augmenter en compétences et en développement professionnel. Un DS se doit donc d'appuyer cette démarche pour professionnaliser les paramédicaux.

2.3.2 Conclusion de l'enquête : soutien et formalisation comme éléments clés

Notre enquête nous permet d'objectiver le fait que les CHU ont une culture systématique de la recherche et ont tous les éléments et ingrédients à leur disposition pour en assurer le développement. Par contre, il n'en est pas de même pour les CH et les EPSM, et un écart est constaté entre ces deux derniers établissements. En effet, la dynamique de recherche est plus présente dans les EPSM qui mettent un axe recherche dans le projet de soin, dédient du temps et des professionnels, et inscrivent la thématique au plan de formation.

Dans tous les cas, les DS enquêtés sont d'accord sur les facteurs de réussite qui sont par ordre logique le soutien de la direction, le soutien du corps médical, la formalisation dans le Projet de soin, l'inscription au plan de formation, et le fait de s'entourer de professionnels formés ou experts avec du temps dédié.

De cette analyse, nous avons déduit des préconisations afin d'envisager une conclusion pragmatique à cette recherche professionnalisante. Ce travail doit ainsi nous permettre d'intégrer nos conclusions à notre future pratique du métier de directeur des soins.

2.3.3 Amorce de réflexion pour une stratégie au service du directeur des soins

Les éléments recueillis et les analyses qui s'en sont suivis nous permettent de dégager des axes de réflexion permettant au Directeur des Soins de proposer une stratégie pour l'impulsion d'une démarche de recherche paramédicale au service des usagers, des professionnels et des établissements de santé.

En effet, nous proposons de dégager trois axes de réflexion que nous détaillerons dans la troisième partie du mémoire. Tout d'abord un axe concernant des **outils méthodologiques** et institutionnels que le DS a à sa disposition, puis un axe faisant référence au **positionnement** du DS face aux acteurs, et enfin un dernier axe renvoyant aux capacités du DS à **communiquer** et à **instaurer des partenariats**.

3 UNE STRATÉGIE LOCALE ET TERRITORIALE POUR LE DIRECTEUR DES SOINS EN CENTRE HOSPITALIER

La recherche en soins permet d'accompagner la prise en charge de l'évolution des besoins de santé, aussi, elle est une alliée pour la direction des soins dans la mise en œuvre de ses missions d'expertise et de conseil. Plusieurs pistes de réflexion sont proposées ci-après avec quelques outils incontournables pour le directeur des soins.

3.1 Le projet de soins : outil du directeur des soins

3.1.1 L'utilisateur : premier bénéficiaire

L'inscription de la politique de recherche dans le projet de soins est un préalable à toute démarche. En effet, comme nous l'avons vu dans les résultats, le **soutien de la direction et du corps médical** est important pour la réussite des projets. Aussi, inscrire la recherche dans un des axes du projet de soins permet de mener les actions choisies en toute sérénité sur **le moyen et le long terme**, faisant **sens** avec les autres projets et acteurs. Le projet de soins vise prioritairement les **patients** pour une qualité et sécurité des soins. Le DS pourra alors initier la réflexion au sein de l'instance concernant les usagers qu'est la CRU (Commission des Relations avec les Usagers). Rendre l'utilisateur **acteur** des évolutions et des innovations permettra davantage de cohérence.

Le DS doit ensuite soutenir et favoriser la participation des **paramédicaux** à des projets de recherche dans leur domaine de compétence, en déclinant des objectifs du projet de soins. Ce dernier doit reprendre avec pertinence des axes en lien avec les besoins des patients : type de population accueillie, types de pathologie traitée, mais également des axes transversaux qui au final serviront la qualité des soins.

Nous préconisons donc un axe recherche (formulé tel que certains DS l'ont rendu dans les questionnaires) accompagné d'exemples d'objectifs atteignables, d'actions précises et de suivis d'indicateurs.

Intitulé proposé : « **Développer la recherche paramédicale** »

Objectif 1 : **Faciliter l'information** concernant les appels à projets nationaux (PHRIP et autres)

Actions : Diffuser aux cadres la circulaire annuelle concernant les PHRIP, diffuser un flash-info à l'ensemble des professionnels, informer en réunions (d'équipes, cadres, instances)

Indicateurs : nombre de cadres informés, nombre de flash-info diffusés sur la thématique recherche, nombre de réunions sur la thématique

Objectif 2 : **Acculturer les professionnels** à la démarche de recherche

Actions : Instaurer des formations institutionnelles au plan de formation, en interne, en externe, abonner l'établissement à la revue de recherche en soins infirmiers

Indicateurs : nombre de formations, nombre de professionnels formés

Objectif 3 : **Recenser les problématiques** de terrain pouvant faire l'objet d'un projet de recherche

Actions : analyser les fiches d'événement indésirables, rencontrer les équipes et écouter leurs questionnements, recenser les plaintes et remarques de la CRU

Indicateurs : nombre d'événements indésirables pouvant faire l'objet d'un projet de recherche, nombre de questionnements des professionnels, nombre de réflexions issues de la CRU

Un projet de soin ne se réalise pas sans les acteurs, aussi, une partie management doit être réfléchi en parallèle.

3.1.2 Le projet managérial : facteur de réussite

La recherche permet aux directeurs de soins de développer un **management par l'innovation**. La plupart des directions des soins des CHU de France a aujourd'hui fait le choix de faire de la recherche un véritable **levier et vecteur** de management sous l'impulsion de **l'encadrement** de proximité et supérieur, en incluant dans ses équipes des cadres de santé titulaires d'un doctorat de sciences. Leur mission est alors de **démystifier** et de faire intégrer le **raisonnement scientifique** en tant que démarche de résolution de problèmes dans l'évaluation des pratiques, visant une démarche d'amélioration continue de la qualité, en accompagnant les équipes soignantes dans **l'écriture** d'un protocole de recherche, voire à **soutenir** les équipes soignantes à intégrer dans leurs schémas de pensée (au-delà des *prénotions*, des *a priori*) au moment des colloques cliniques, la véritable **utilité sociale** de la recherche en tant qu'outil d'aide à la décision pour favoriser l'explicitation du travail et de l'agir sensé.

La structuration de la recherche paramédicale nécessite une stratégie managériale du directeur des soins afin de permettre :

- D'implanter des pratiques basées sur des résultats probants
- De cultiver l'esprit de recherche
- De faire émerger ou soutenir les problématiques de soins
- Intégrer la dimension recherche dans les tableaux de bord des pôles
- Construire un réseau de référent « Innovation et recherche »
- Identifier les professionnels paramédicaux ouverts à la recherche

Nous préconisons alors de **formaliser un projet managérial** permettant d'accompagner l'encadrement à la démarche. En effet, l'encadrement étant le relais incontournable de la direction des soins, il doit **être sensibilisé, formé et accompagné**, pour à son tour entraîner les équipes de terrain dans la dynamique de la recherche. Cet outil qu'est le projet managérial doit, comme le projet de soins, formaliser des objectifs accessibles, des actions réalisables avec des indicateurs de suivi dont nous proposons un exemple ci-après.

Axe du projet managérial proposé : « **Professionaliser l'encadrement** »

Objectif 1 : **Repérer les compétences** existantes et souhaitées

Actions : cartographier les compétences via la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers des Compétences) avec les entretiens d'évaluation et les entretiens de formation.

Indicateurs : nombre de professionnels formés à la recherche, nombre de professionnels demandant une formation en lien avec la recherche

Objectif 2 : **Structurer l'accompagnement** individuel et collectif

Actions : former les professionnels à la démarche recherche, proposer des formations diplômantes en lien avec la recherche

Indicateurs : nombre de professionnels formés par an, nombre de master, D.U ou doctorat en recherche

Objectif 3 : **Développer la culture** scientifique

Actions : donner accès aux bases de données sur les ordinateurs des professionnels, abonner l'établissement à la revue francophone internationale de recherche infirmière, organiser des ateliers de revue de littérature

Indicateurs : nombre de professionnels ayant accès aux bases de données, abonnement à la revue effectif, nombre d'ateliers de revue de littérature organisés par an

Un autre outil proposé comme levier managérial pour le DS sera la CISRMT, instance consultée pour avis sur la recherche.

3.1.3 La CSIRMT : lieu de dynamique d'impulsion

Le DS en tant que président de la CSIRMT, a la responsabilité d'animer cette instance. Au sein de cette dernière, les professionnels élus des différents collèges se sont portés candidats et nous pouvons penser qu'ils sont plus enclins à mener des réflexions et travaux de groupe, à défendre les intérêts de leur profession. Par ailleurs, la présence du représentant de la CME désigné permet de décroisonner, de donner du sens et de la cohérence avec le projet médical, et le projet d'établissement. C'est un moyen aussi de reconnaissance des professionnels paramédicaux vis à vis du corps médical.

Nous préconisons ici de créer au sein de la CSIRMT une sous commission de la recherche paramédicale. Cette sous commission aurait plusieurs prérogatives telles que :

- Piloter l'axe recherche du projet de soin avec le souci de fédérer les équipes : décroisonnement des pôles, des services
- Répertoire les compétences existantes et nécessaires : pour mener les formations, les projets de recherche
- Accompagner les professionnels de terrain mais aussi les étudiants et stagiaires accueillis : recenser les besoins, répertoire les problématiques de terrain
- Coordonner les actions, les idées : pour faire cohérence et cohésion
- Promouvoir les partenariats : avec le collège EPP, le comité éducation thérapeutique, le comité éthique, les instituts de formation (IFSI, IFAS, IFCS...)
- Communiquer :
 - Par la voie de l'écrit : avec des bilans transmis lors des séances de la CSIRMT, des informations interne sous forme de bulletins ou externe dans des revues professionnelles
 - Par la voie de l'oral : avec l'organisation de journée thématiques, en réunions, en instances

Par ailleurs, toujours dans un souci de démocratie en santé, le DS pourra inviter un représentant des usagers qui participerait aux réflexions et choix en matière de recherche.

Enfin, le rapport d'activité annuel de la CSIRMT permettra de tracer les éléments et de mettre en valeur les réalisations des professionnels.

En dehors de la CSIRMT, le DS peut bien évidemment mener d'autres actions situées à un niveau plus transversal.

3.2 Une stratégie d'actions internes pour le directeur des soins

Nous avons vu précédemment les différents outils à disposition du DS, mais c'est sans compter sur son mode de management, sa capacité à mettre en lien les différents acteurs, à créer une dynamique collective pour que les projets réussissent.

3.2.1 Le travail en équipe et la relation avec les acteurs médicaux

A) Le travail d'équipe

Nous l'avons vu dans les résultats de l'enquête, un projet recherche ne se mène pas seul. Aussi, le rôle du DS sera de promouvoir le travail d'équipe, d'acculturer les professionnels à la démarche mais ensemble. Le site de la HAS donne comme définition de l'équipe : « groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient ». Une équipe se composant de professionnels aux compétences complémentaires dont le patient a besoin. Le choix des membres de l'équipe repose sur la recherche des compétences nécessaires (spécialité, fonction). Le travail en équipe permet ainsi de rassembler les professionnels autour d'objectifs communs et de rechercher des solutions partagées afin d'améliorer la prise en charge des patients tout en coopérant et en collaborant avec l'ensemble des acteurs gravitant autour des patients qu'ils soient internes ou externes à la structure. Cela requiert une coordination des professionnels, des informations, et des actions.

Le projet PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe), initié par la HAS, est un outil que le DS peut mettre en œuvre pour « apprendre ensemble », « construire un projet », « réaliser des changements ». En effet, les causes profondes d'évènements indésirables liés aux soins étant principalement liées à l'équipe et son défaut de communication, elles peuvent tout à fait faire l'objet d'une étude, d'un projet de recherche.

De plus, de par les parcours de soins complexes, les acteurs hospitaliers et libéraux doivent apprendre à travailler ensemble. Au DS de favoriser ce travail de lien et de réunir les conditions favorables aux échanges et partenariats.

B) Les acteurs médicaux

Le Directeur des Soins siège à différentes instances (directoire) et commissions (CME) où il est en relation avec les acteurs médicaux. Il peut donc plusieurs fois par an (selon le calendrier des instances et commissions) faire passer les messages en lien avec la recherche. De part son positionnement et sa capacité à faire les liens, le DS pourra obtenir le soutien incontournable du corps médical pour la réussite des projets.

La préconisation ici relève plus du « savoir être » et « savoir dire » du DS ; un subtil positionnement face au pouvoir médical décrié dans l'enquête. Le DS doit être très à l'écoute et doit également pratiquer un management participatif avec les médecins,

notamment via le président de la CME et les chefs de pôle. Le levier utilisé par le DS pourra être le projet de soin puisque validé aux instances et décliné au sein des pôles.

3.2.2 La certification V2014 : un lien entre EPP-DPC et recherche

La certification des hôpitaux a engagé les acteurs dans la culture de la traçabilité. Les indicateurs maintenant rendus publics font, ou vont faire, la vitrine de l'établissement.

Les manuels de certification ont évolué depuis leur origine permettant, entre autres, l'impulsion de démarches d'évaluation et d'amélioration dans le champ des soins dans les établissements. Les exigences de l'EPP ont été complétées depuis janvier 2013 par le DPC intégré via la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et via le management des emplois et des compétences. Par ailleurs, la HAS encourage les professionnels à mettre en œuvre le DPC en équipe pluri professionnelle, ce qui rejoint notre préconisation précédente.

Les critères, comme l'EPP ou la pertinence des soins, rejoignent la thématique de la recherche dans la mesure où ils peuvent être source de projets de recherche. C'est donc un levier pour le directeur des soins que d'utiliser la nouvelle version V2014 qui parle maintenant de processus et de parcours patients pour donner davantage de continuité et de sens aux pratiques. La base méthodologique des EPP rejoint celle de la recherche, aussi, c'est un moyen d'acculturer les professionnels paramédicaux à la démarche de questionnements, de recherche. Le DPC, lui, va permettre au DS d'augmenter les compétences nécessaires en lien avec la recherche.

Nous pouvons ici faire le lien avec la formation, levier incontournable de professionnalisation.

3.2.3 La formation : initiale, continue, diplômante

La culture de la démarche de recherche s'initie dès la formation initiale, mais aussi, en formation continue. Les professionnels paramédicaux ont des apports en formation initiale, mais l'hétérogénéité des projets pédagogiques des instituts fait qu'ils n'ont pas tous la même appropriation. Nous préconisons pour un DS en institut de se coordonner avec d'autres instituts mais aussi avec les DS en gestion pour répondre au plus près des besoins des professionnels. Notamment en IFCS, la même démarche peut être enclenchée avec un partenariat des DS respectifs, afin d'acculturer l'encadrement prioritairement à la revue de littérature et son analyse critique.

Les réunions de regroupement à l'ARS organisés par les DS conseillers techniques ou pédagogiques avec les DS en poste sur la région concernée peuvent également être un levier d'échanges et de partages sur le sujet pour mutualiser les expertises, les expériences, pour s'entraider entre établissements, entre professionnels.

3.3 Vers une stratégie territoriale

3.3.1 Partenariats avec l'ARS : rôle des DS conseillers régionaux

Depuis la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009, la notion de contrôle et sanction laisse petit à petit la place au soutien et à l'accompagnement. Il est en effet nécessaire maintenant de partager des cultures professionnelles, définir des objectifs croisés et travailler en commun.

Aussi, l'ARS pourrait elle venir en appui pour la recherche puisqu'au sein de ses services il existe un département recherche. Les ARS ont des organisations différentes, cependant chacune dispose de directions territoriales et de directions métiers. Le Conseiller Technique Régional (CTR) a pour principales missions de venir en soutien au regard des politiques définies dans le Projet Régional de Santé (PRS). Mais il peut également initier des projets et en assurer le suivi. Dans l'enseignement et la recherche, il peut ainsi valoriser et promouvoir le développement de la recherche paramédicale.

Le Conseiller Pédagogique Régional (CPR) quant à lui est un acteur clé pour tisser les liens et partenariats entre les différentes institutions, notamment les instituts de formation et les universités. Garant de la cohérence et de l'harmonisation des formations initiales paramédicales, le CPR accompagne l'ingénierie des formations et peut impulser des groupes de recherche sur les pratiques et produire des guides ou recommandations.

De part leur vision régionale, les DS en région peuvent donc analyser les besoins des territoires et proposer des projets pertinents. Les DS en région peuvent aussi renforcer le collectif DS en organisant des réunions à thématique précise : lieu de réflexion et de production, mais aussi lieu pour repérer les expertises des DS, pour mutualiser les compétences et expertises, et enfin nouer un partenariat avec le DS en CHU de la région.

3.3.2 Coopérations avec les CHU : bâtir des relations entre DS

Dans les CHU, la recherche est organisée autour d'équipes et de structures bien définies, alliant personnels médicaux, universitaires, techniques et administratifs. Aussi, des partenariats peuvent s'établir pour inciter les CH à développer des projets, ou tout simplement à participer à des inclusions de patients.

Le DS a donc un rôle à jouer ici en se rapprochant des DS de CHU pour commencer à nouer des relations puis connaître les différents acteurs des structures, notamment le CRBSP (Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique) qui est une structure de réflexion stratégique sur la recherche et qui en coordonne les activités entre les structures partenaires, et la DRCI qui est consultée sur la politique de la recherche des établissements de la région concernée, avec un rôle d'animation scientifique, d'incitation et de soutien auprès des équipes hospitalières pour l'émergence des projets de recherche et d'innovations.

3.3.3 Adhésions dans le cadre des futurs GHT : implication territoriale du DS

Dans le cadre de la future Loi de santé, les GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) seront peut être l'opportunité de renforcer la démarche recherche, de fédérer les acteurs. En effet, un directeur de GHT devra être nommé et le DS aura son rôle à jouer, non plus sur un établissement, mais sur un territoire donné. Le socle d'un GHT étant le projet médical commun, le DS devra articuler son projet de soin autour mais aussi avec les axes transversaux prévus (système d'information, dossier patient, qualité, achats). L'opportunité de mutualiser sur le domaine de la recherche permettra peut être de développer plus de projets ou tout simplement d'être plus efficient, plus pertinent en constituant des cohortes suffisantes. De même qu'une politique formation unifiée de formation continue et de développement professionnel des équipes permettra à ces dernières de bénéficier des mêmes formations, d'acquérir les mêmes compétences et d'harmoniser leurs pratiques en cohérence avec le territoire défini et les parcours des patients. Le DS au sein du GHT pourra également favoriser le partenariat inter-GHT concernant notamment le lien avec les instituts de formation au sein desquels les étudiants, futurs professionnels de santé auront à s'approprier les enjeux.

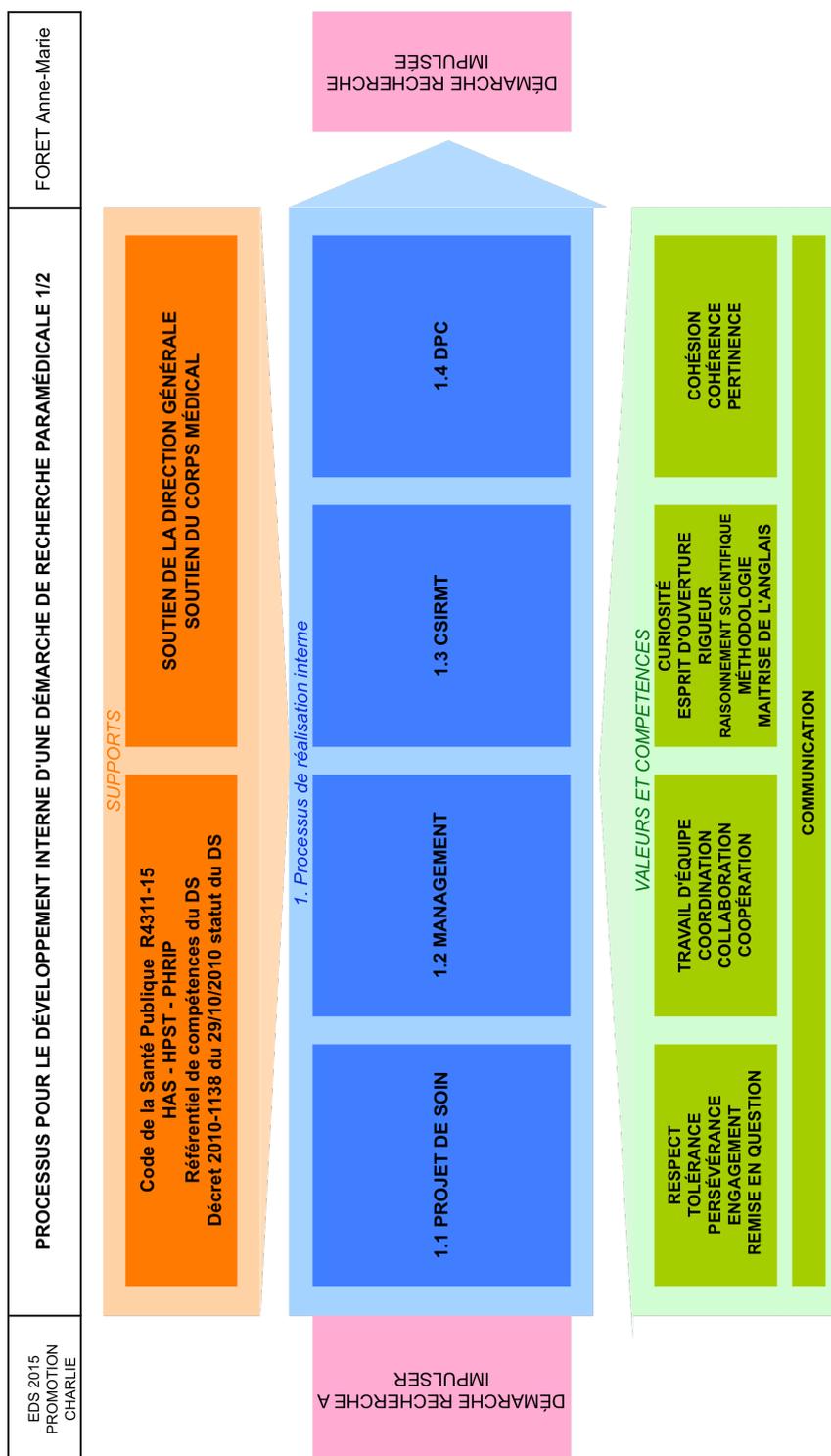
Synthèse de nos préconisations

Afin de rendre lisible et reproductible nos préconisations, nous proposons un récapitulatif sous forme de processus. Un processus de déploiement interne à l'établissement et un processus de déploiement tourné vers l'extérieur, sur le territoire et la région.

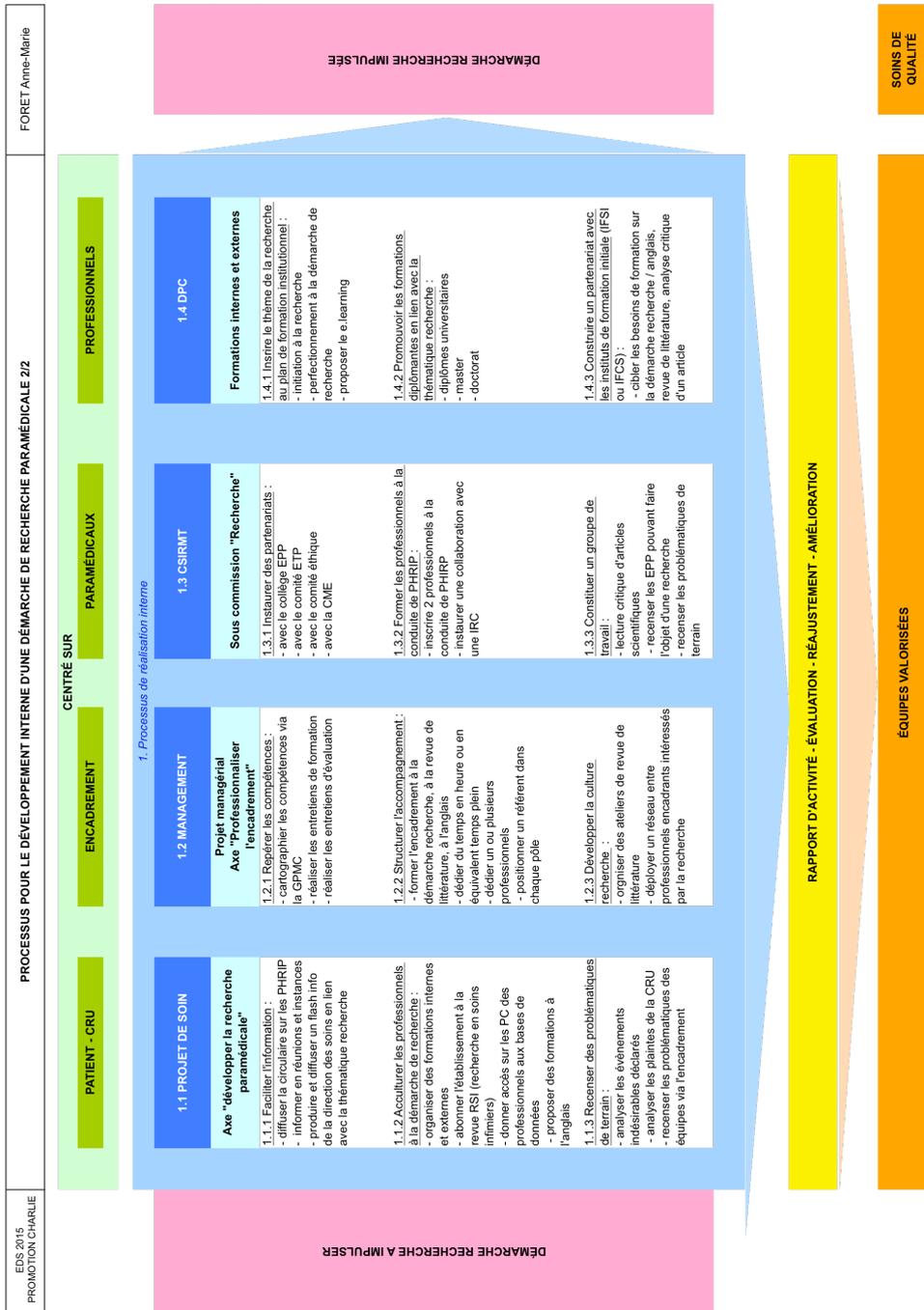
Et en introduction à ces processus nous proposons une définition de la recherche paramédicale élaborée à partir des données recensées :

« Processus de réflexion relevant du rôle propre de tout professionnel paramédical pour produire des savoirs scientifiques concernant les soins, la formation, le management, à partir de méthodes d'analyses qualitative ou quantitative, dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients et de promouvoir la reconnaissance des professionnels ».

Processus pour le déploiement interne de la recherche paramédicale 1/2



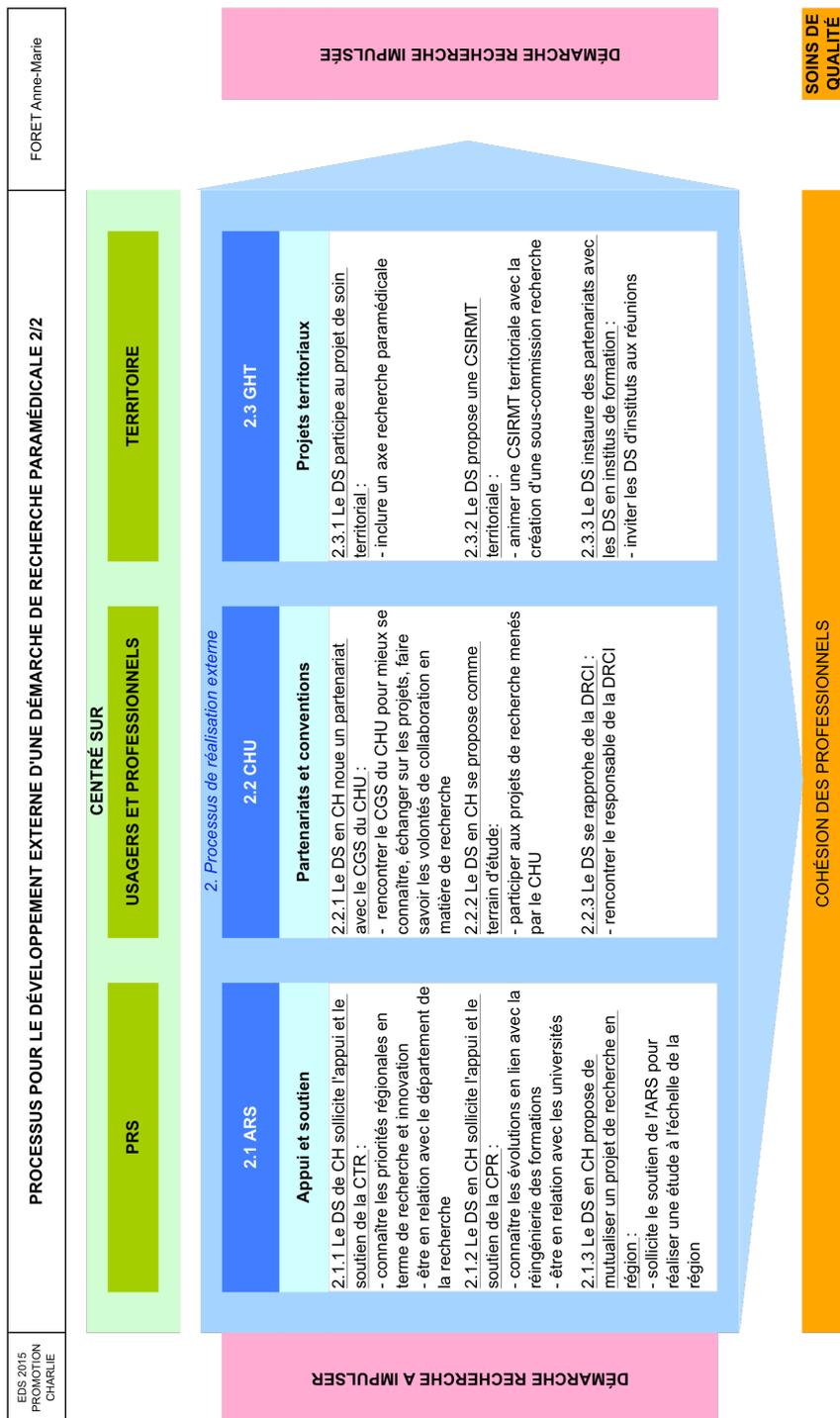
Processus pour le déploiement interne de la recherche paramédicale 2/2



Processus pour le déploiement externe de la recherche paramédicale 1/2



Processus pour le déploiement externe de la recherche paramédicale 2/2



Conclusion

La recherche est une activité complexe dont l'élaboration et la mise en oeuvre exigent une planification, une gestion et une administration minutieuses. Tous les acteurs s'accordent à dire que la recherche paramédicale est une nécessité pour l'amélioration et la progression au plus haut niveau des pratiques professionnelles de soin destinées à la population mais la mise en œuvre semble plus mitigée sur le terrain.

Notre enquête avait pour but de recenser les éléments permettant d'établir une stratégie de déploiement de la recherche paramédicale pour le DS en centre hospitalier. Les résultats hétérogènes entre établissements de santé démontrent que la démarche passe par des étapes incontournables pour réussir, notamment le soutien de la direction.

Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires, il est de plus en plus nécessaire de programmer la recherche dans le domaine de la santé en lui fixant des objectifs clairement définis et réalisables dans la pratique. Inscire la recherche au sein du projet de soins est un acte politique déterminant afin que les solutions innovantes issues de la recherche relèvent avec succès les défis actuels et futurs dans le domaine de la santé. La structuration institutionnelle de la recherche infirmière et paramédicale ainsi que sa valorisation sont indispensables à son développement. Les obstacles identifiés aux projets de recherche peuvent être réduits si une stratégie est mise en place par le Directeur des Soins.

Le véritable challenge du Directeur des Soins est d'intégrer la recherche dans les pratiques quotidiennes soignantes ou managériales. Il doit l'aider à s'installer, à se développer puis à se pérenniser car la recherche génèrera des connaissances et des nouvelles compétences qui guideront la pratique et permettront l'amélioration de la qualité des soins au bénéfice des usagers, de la promotion du travail en équipe et de la reconnaissance professionnelle.

La dynamique de recherche bénéficiera certainement d'opportunités et de leviers intéressants avec la future Loi de santé. En effet, le projet de loi propose de renforcer la prévention et la promotion de la santé et d'innover pour garantir la pérennité du système de santé. Le réseau Français des Hopitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé pourrait alors prendre une toute autre dimension et venir en appui des territoires pour améliorer la santé des populations.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, 12124 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, Journal officiel de la République Française du 5 mai 2010, texte n°22.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Instruction DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) pour 2011, 23 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel de la République Française 0227 du 30 septembre 2010, texte n°35.

RÉFÉRENTIELS

DGOS, 2010, Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation Mars 2010.

EHESP, Direction des études, Filière de formation des directeurs des soins, Référentiel de compétences des directeurs des soins, Décembre 2011 et 2014.

OUVRAGES

MICHAUX L., 2013, *Le soignant chercheur. Pour une recherche humaine en soins*. Seli Arslan, 185 p.

POIROUX L., 2015, *L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing*. Sciences et santé, Thérèse Psiuk, 127 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 256 p.

SAINT-JEAN M., PÉOC'H N., BASTIANI B., 2015, *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, Collection sciences du soin, Editions De Boeck-Estem, 182 p.

OMS, 2003, *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé, guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*, 2^{ème} édition, 221 p.

TRAVAUX DE GROUPE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ – DGOS, Diplôme de cadre de santé, référentiels d'activité et de compétences, document de travail, Travaux du groupe de production cadre de santé décembre 2012.

ARTICLES DE PERIODIQUES

BELONI P., BOURINAT J, 2010, « *La recherche en soins infirmiers, une réalité dans les hôpitaux* », Soins cadres n°76 novembre 2010.

CATANAS M., 2012, « *Développement d'une politique de recherche en soins* », Objectif soins n°203 février 2012, pp 31-40.

EYMARD C., 2012, « *Enjeux et perspectives de la recherche infirmière* » Revue hospitalière de France n°546 mai - juin 2012.

PEOC'H N., 2009, « *L'essentiel dynamique de la recherche en soins dans l'évaluation des pratiques professionnelles* », Soins cadres, n° 71, pp.47-51.

ROTHAN-TONDEUR M., 2012, « *La recherche infirmière en France et dans le monde* » Revue hospitalière de France n°546 mai - juin 2012.

SOYER L., TANDA N., 2014, « *Le développement de la recherche en sciences infirmières en question* », Objectifs soins n° 229 octobre 2014.

RAPPORTS

IGAS, Rapport n°IGAS RM2013-129P / IGAENR n°2013-081, Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD.

MEMOIRES

GIRAULT Christine « Vers l'appropriation des démarches Qualité et de Recherche en soins par les paramédicaux : Gouvernance et culture, deux leviers pour le directeur des soins » Promotion élève directeur des soins 2012.

TANDA-SPYER Nicole « l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : genèse d'un néo processus de professionnalisation » Master 2 en éducation, système d'apprentissage, d'évaluation et de formation Année 2011-2012.

COLLOQUES - SÉMINAIRES

DEVILLAIN Valérie, synthèse colloque du 29 janvier 2015 : Recherche en psychiatrie et santé mentale : un enjeu majeur pour la qualité des soins, 1ères Journées de recherche en soins 2013.

EHESP Rennes : Recherche et qualité des soins, facteurs d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, 2^{ème} Séminaire des directeurs des soins 2012.

SITE INTERNET

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme, <http://www.sante.gouv.fr>.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 2 : Questionnaire

ANNEXE 1 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	6 entretiens menés	Lien avec les hypothèses de départ
Contexte de travail au moment de l'entretien	3 personnes exercent en CHU, 1 en IFCS, et 1 en EPSM	
Formation en lien avec la recherche	1 personnes est biostatisticienne, 3 personnes ont un master, 2 personnes sont en cours de doctorat, 2 personnes n'ont eu aucune formation	Hypothèse 1 : Le doctorat n'est pas un préalable pour mener un projet de recherche puisque les 2 personnes ayant mené un PHIRP étaient infirmière et cadre de santé sans aucune autre formation que leur formation initiale
Modalités d'initiation du projet	Les projets initiés sont pour 3 personnes partis d'une problématique de terrain , pour 1 personne une opportunité de rencontre , pour 2 personnes une opportunité de poste	
Temps de maturation du projet	La maturation du projet a consisté pour 1 personne en la faisabilité , pour 1 personne en la rencontre des professionnels de terrain , pour 3 autres personnes en durée allant de 3 semaines à 2 ans	
Aide ou soutien au projet de recherche	Toutes les personnes ont cités une ou plusieurs ressources : le médecin et l'URC cité 2 fois, le CRC, l'unité innovation, CSS, CRV, ARC, CS, épidémiologiste, cités 1 fois	
Temps dédié	Sur les 6 personnes interrogées, 4 avaient du temps dédié et 3 sont experts dans le domaine de la recherche	Hypothèse 2 : Il est favorable d'avoir des professionnels dédiés pour mener les projets de recherche Il est indispensable d'avoir des experts en soutien
Compétences nécessaires pour mener un projet de recherche	Sont cités 10 compétences dont : <ul style="list-style-type: none"> - La méthodologie 4 fois - L'anglais 3 fois - La rigueur 2 fois - La revue de littérature 2 fois - L'analyse 2 fois - La motivation 1 fois - L'appétence 1 fois - Les connaissances législatives 1 fois - La prise de recul 1 fois - La rédaction 1 fois 	Hypothèse 4 : Il est indispensable d'avoir des professionnels formés (anglais, revue de littérature, analyse)
Echecs / réussites	<u>Echecs cités :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Non validation par la direction - Pas de publication du projet - Pas de chair en sciences infirmière <u>Réussites citées :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture du réseau professionnel - Légitimité / médecins - Partir des questionnements des professionnels - Formation institutionnelle sur la recherche une fois par an 	Hypothèse 3 : L'inscription de l'axe recherche paramédicale dans le projet de soin est un levier de validation institutionnelle Hypothèse 4 : L'inscription du thème recherche au plan de formation institutionnel est un facteur d'acculturation
Vigilances	<u>7 axes ont été cités :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Publication tous les ans pour un doctorant - Financements des PHIRP en lien avec les médecins qui en profitent au regard des PHIRC - PHIRP qualitatif - Démarche appuyée - Sens donné (finalité patient) - Satisfaction du travail réalisé - Pouvoir médical 	
Lien EPP	Oui pour les 6 personnes	
Lien DPC	Oui pour les 6 personnes	

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Anne-Marie FORET

Elève Directeur des soins - Promotion 2015

EHESP Avenue du Professeur Léon-Bernard, 35043 Rennes

anne-marie.foret@eleve.ehesp.fr

06.38.16.75.20

Actuellement en formation de directeur des soins à l'école des hautes études en santé publique (EHESP) et réalisant un mémoire dont le thème porte sur la recherche en soins paramédicale, je vous sollicite pour participer à l'enquête que je conduis dans le cadre de ce travail.

Comme pour toute enquête, je me porte garant de la confidentialité des informations recueillies, l'exploitation des résultats se fera d'une manière globale.

Vous pouvez me retourner le questionnaire par mail ou par voie postale et de préférence avant le 31 juillet 2015. Je reste à votre disposition par courriel ou téléphone pour toute précision complémentaire.

Je vous remercie à l'avance pour votre participation.

Questionnaire à renseigner par les directeurs de soins

1. Votre établissement :

2. Votre année de formation à l'EHESP :

3. Vos diplômes obtenus en parallèle de votre carrière :

- Doctorat (merci de préciser) :
- Master (merci de préciser) :
- Diplôme universitaire (merci de préciser) :
- Autres : (merci de préciser) :

4. Votre définition de la recherche en soins paramédicale :

.....

5. Avez vous un axe sur la recherche paramédicale dans votre projet de soin ?

- Oui Lequel :
- Non Pourquoi :

6. Quel personnel est dédié pour piloter l'axe recherche ?

- Cadre supérieur de santé
- Cadre de santé
- Infirmière
- Autre (préciser) :
- Aucun

7. Quel temps dédié en nombre d'ETP ?

- 1 ETP
- 0,5 ETP
- Autre (préciser) :

8. Avez vous inscrit au plan de formation institutionnel des actions de formation en lien avec la recherche ?

- Oui Lesquelles :
- Non Pourquoi :

9. Connaissez vous les appels à projet PHRIP ?

- Oui
- Non

10. Avez vous déjà déposé un projet PHRIP ?

- Oui, Si oui en quelle année ?
- Quel thème ?
- Non

11. Concernant la mise en œuvre d'un projet de recherche, pouvez-vous me citer les freins et les facteurs de réussite ?

Les freins :

Les facteurs de réussite :

.....

.....

FORET

Anne-Marie

Décembre 2015

Directeur des Soins

Promotion 2015

La recherche paramédicale : Une stratégie locale et territoriale du Directeur des Soins

Résumé :

La santé constitue un domaine complexe où les savoirs scientifiques sont en perpétuelle évolution. La qualité et la sécurité des soins sont la préoccupation constante des professionnels de santé, et l'incontournable nécessité de la recherche, excellent outil de mise à distance de l'activité et du développement d'une posture réflexive, constitue un des défis de l'accompagnement au changement des institutions de soins. L'implication des paramédicaux constitue ainsi un enjeu dans le cadre des recherches en santé pour la qualité de vie des personnes, pour la prévention et l'efficacité des soins auprès des populations. Il appartient au Directeur des Soins, dans ce cadre, de renforcer la professionnalisation des paramédicaux.

Ainsi, la question de recherche que nous investiguons porte sur :

« Quelles stratégies le Directeur des soins doit-il mettre en œuvre pour développer la recherche en soins paramédicale au sein d'un centre hospitalier ? »

L'enquête menée dans 7 régions de France, auprès de Directeurs de Soins exerçant en CHU, CH et EPSM, a été enrichie d'entretiens auprès de professionnels en lien avec la recherche.

Les résultats analysés mettent en exergue la problématique d'acculturation des acteurs, du temps et des professionnels dédiés, ainsi que l'incontournable soutien de la direction.

Ainsi, les préconisations proposées s'articulent autour d'outils internes et externes à disposition du DS mais également autour d'un positionnement territorial, régional et national.

Mots clés :

RECHERCHE PARAMEDICALE - CULTURE SCIENTIFIQUE - DIRECTEUR DES SOINS - QUALITE ET SECURITE DES SOINS – PROJET DE SOINS - FORMATION - STRATEGIE - TERRITOIRE

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.