



EHESP

Filière des Directeurs des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

La recherche infirmière et paramédicale
***Influence des représentations professionnelles sur les
pratiques managériales des directeurs des soins***

Nadia PÉOC'H

Remerciements

Je tiens à remercier ici...

Monsieur Jean-René Ledoyen, responsable de la filière des directeurs des soins au sein de l'EHESP, pour sa confiance, ses encouragements et ses conseils avisés pendant la formation.

Madame Michèle Saint-Jean, Maître de conférences en Sciences de l'Education, co-responsable du master « Encadrement des services de santé » et membre de l'unité mixte de recherche « Education, Formation, Travail et Savoirs » de l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès, pour sa patiente relecture, nos échanges constructifs, son amitié et sa collaboration sans faille depuis douze belles années.

Madame Laetitia Deblonde, Monsieur Sylvain Boussemaere et Monsieur Stéphane Michaud, mes maîtres de stage, pour leurs enseignements, leur inestimable soutien et leur permanente orientation dans mon parcours de professionnalisation.

Madame Cécile Kanitzer, tuteur de positionnement, pour ses encouragements délivrés tout au long de mes apprentissages.

Mesdames et Messieurs les directeurs de soins qui ont accepté de participer à cette recherche et qui par leur implication ont contribué à la réflexion et à la proposition de repères pour agir.

Mesdames et Messieurs les membres du jury qui me font l'honneur de prendre connaissance de ce travail, de le juger et d'en être les rapporteurs lors de la soutenance orale.

Enfin, ces remerciements ne seraient pas complets si j'oubliais d'évoquer et de remercier chaleureusement mes pairs de la promotion « Charlie 2015 » qui ont su faire de cette année de formation singulière, une période de partage de valeurs essentielles et de rencontres inoubliables.

« Ne vivez pour l'instant que de vos questions. Peut-être, simplement en les vivant, finirez-vous par entrer insensiblement, un jour, dans les réponses... »

Rainer-Maria RILKE
Lettres à un jeune poète, 1929.

Sommaire

Introduction	1
1 La recherche infirmière et paramédicale : état de la question et travail de contextualisation.....	3
1.1 La recherche en soins : définition et objectifs	3
1.1.1 Une définition aux contours stabilisés	3
1.1.2 Le soin, l'approche du « faire sur », « faire avec » et « être avec »	4
1.1.3 Quelle recherche infirmière pour quels objectifs ?.....	6
1.2 De la connaissance issue de la tradition à l' <i>Evidence Based Nursing</i>	7
1.2.1 La posture de questionnement	7
1.2.2 Emergence de la recherche infirmière... Soixante ans d'histoire	8
1.2.3 Les enjeux de la recherche infirmière et paramédicale au début du nouveau millénaire	9
1.2.4 L' <i>Evidence Based Nursing</i> : du savoir issu de la tradition aux sources des données probantes	11
1.2.5 Le Programme Hospitalier de recherche Infirmière et Paramédicale, cinq ans après... ..	13
1.3 La recherche en soins... un outil de management performant au service de la qualité et de la sécurité des soins	15
1.3.1 Le management à l'hôpital : un exercice complexe.....	16
1.3.2 Le directeur des soins, un manager singulier	18
1.3.3 De l'usage contextualisé du management et des représentations professionnelles.....	19
1.3.4 La construction de la problématique.....	21
2 Du protocole de recherche à l'interprétation des données	23
2.1 Enquête empirique : terrain, méthodologie et recueil des données	23
2.1.1 Le <i>design</i> et les objectifs de l'étude.....	23
2.1.2 L'échantillon.....	23
2.1.3 Procédure et matériel	24
2.1.4 Les principes déontologique et éthique	28
2.2 Présentation et interprétation des résultats les plus significatifs	28
2.2.1 Approche structurale de la représentation professionnelle de l'objet « recherche infirmière et paramédicale »	28
2.2.2 Analyse classificatoire du corpus des entretiens semi-directifs.....	32

3 La visée praxéologique de l'étude : de la discussion à la proposition de repères pour l'action	37
3.1 De l'évaluation des pratiques professionnelles à la recherche et <i>vice-versa</i>	38
3.1.1 Retour sur les hypothèses de travail.....	38
3.1.2 La confusion des significations... ou quand la pluralité nuit à l'intelligibilité ..	41
3.1.3 Si la pratique est identifiée à l'activité	42
3.2 Le Plan d'Action de Promotion de la Recherche, un modèle d'implantation opérant pour accompagner le changement.....	43
3.2.1 Un projet managérial centré sur l'accompagnement des cadres de santé et sur leur implication organisationnelle.....	45
3.2.2 Un projet de soins fil conducteur du triptyque opérationnel : formation, valorisation et reconnaissance.....	47
3.2.3 Concevoir ensemble, un plan d'action réaliste, inclusif et progressif.....	50
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

BTEC	Bureau de Transfert et d'Echange des Connaissances
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPRPI	Comité de Promotion de la Recherche Paramédicale et de l'Innovation
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DRCI	Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DS	Directeur des soins
EBM	Evidence Based Medicine
EBN	Evidence Based Nursing
EBP	Evidence Based Practice
EPS	Etablissement Public de Santé
FIR	Fond d'investissement régional
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD	Licence Master Doctorat
MIGAC	Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAPR	Plan d'Action de Promotion de la Recherche
PFDP	Pratique fondée sur des données probantes
PHRI	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
SNS	Stratégie Nationale de Santé
USMR	Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche

Introduction

Le contexte actuel est une période passionnante pour la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Dans le cadre des accords de Bologne sur l'enseignement supérieur et la formation continue et de la mise en place du LMD (Licence, Master, Doctorat), la réingénierie des diplômes des professions paramédicales introduit deux notions. La recherche en tant qu'investigation systématique repose sur des méthodes rigoureuses effectuées dans le but de répondre à des questions et/ou à résoudre des problèmes issus de la clinique. La pratique fondée sur des résultats probants en tant que pratique professionnelle consiste à prendre des décisions sur les soins à prodiguer en tenant compte des meilleurs résultats probants disponibles (études en sciences infirmières ; études en soins et santé ; travaux entrepris dans des disciplines connexes).

La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont inscrites dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.¹ 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.

La plupart des Directions des Soins des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ont inscrit dans leur projet de soins la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Des congrès autour de la recherche se multiplient au niveau des régions. Notre premier constat repose sur notre expérience acquise au sein de la Direction des Soins d'un CHU où en tant que cadre supérieur de santé, nous avons été missionnée pour décliner la politique de promotion de la recherche. L'objectif de l'axe 4 du projet de soins était formulé en ces termes : « *Garantir un niveau efficient de compétences professionnelles pour accompagner les évolutions de demain dans le soin, la formation et la recherche infirmière et paramédicale...* ». Visionnaire et pionnière pour l'époque, cette direction des soins fut la première à intégrer un volet « Recherche en soins » dans son projet de soins en 1994. Nous avons pu mesurer alors, combien l'impulsion d'une politique de recherche infirmière et paramédicale était facilitante dans un CHU (proximité d'une Direction de la

¹ Les dispositions réglementaires relatives à la Commission des soins infirmiers dans les établissements publics de santé ont été modifiées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et 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. La loi comporte de nombreuses dispositions relatives à la recherche qui confirment le rôle essentiel des CHU en ce domaine.

Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) ; Mise à disposition de l'Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche ; Participation du Directeur des soins (DS) en tant qu'invité permanent du Conseil Scientifique de la DRCI).

Dans le cadre de la formation à l'École des Hautes Etudes de Santé Publique, nous avons réalisé notre premier stage de découverte de la fonction de directeur des soins dans un centre hospitalier A (652 lits et places) faisant partie d'un groupe hospitalier. A la lecture du projet médico-soignant, nous avons observé qu'un des axes était dédié à la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Pour le DS interviewé, « *il s'agit d'accompagner les cadres de santé et les équipes soignantes à intégrer dans leurs schémas de pensée la véritable utilité sociale de la recherche dans la compréhension et l'évaluation des pratiques soignantes* » et ce malgré un contexte contraint de Plan de Retour à l'Equilibre (PRE). Au cours de notre deuxième stage réalisé dans un autre CH B (801 lits et places), le DS interviewé a évoqué sa réelle difficulté à promouvoir une véritable politique de recherche infirmière et paramédicale, argumentant que le seul fait de « *recenser des thèmes pouvant répondre à une recherche paramédicale et en faire un répertoire, relevait au sein de l'institution d'une véritable prouesse* ». In fine, lors du bilan du premier stage, notre directeur responsable de la filière de formation des DS a mis en évidence que sur 40 étudiants, 17,5% d'entre eux avaient pu observer le champ de compétence du métier concernant l'impulsion d'une politique de recherche au sein d'une direction des soins.

Ces trois constats distingués dans des temporalités et des contextes d'exercice différents nous ont conduit à formuler la question centrale de notre travail de recherche en ces termes : *En quoi la promotion de la recherche infirmière et paramédicale peut-elle être un levier de management pour le DS en termes d'outil d'aide à la décision et à la valorisation de l'efficience des soins ?*

La première partie de notre travail fait un état de la question et se propose de parcourir le chemin historique et sociologique qui relate l'évolution de la recherche infirmière et paramédicale tout en justifiant les choix théoriques retenus. Dans le champ de la psychologie sociale, nous légitimerons le concept de représentations professionnelles au regard de notre objet de recherche pour en faire un modèle d'analyse opérant. Cette première partie introduit la problématique et les hypothèses opérationnelles de travail dégagées. La deuxième partie présente la méthodologie de l'étude dans sa visée compréhensive et les résultats significatifs. L'analyse des données vient servir la troisième partie sous la forme d'une discussion et de propositions de repères pour l'action dans le cadre du projet managérial du directeur des soins.

1 La recherche infirmière et paramédicale : état de la question et travail de contextualisation

Pour aborder la question de la recherche, il est nécessaire de s'appuyer sur une réflexion distanciée à la fois macro sociale et méso/micro sociale, pour bien en délimiter les contours dans sa définition, ses objectifs et ses enjeux et ce, afin de mettre en perspective l'historicité sociale de son développement en France et à l'étranger.

1.1 La recherche en soins : définition et objectifs

« *Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde* »² jugeait Camus. Ainsi, la première étape de toute réflexion est de clarifier les termes employés : la recherche, le soin, la recherche infirmière...

1.1.1 Une définition aux contours stabilisés

L'utilisation du terme « recherche » signifie qu'il y a un personne ou un groupe de personnes qui cherchent. Etymologiquement, le terme « chercher » vient du bas latin *circare* (1080) pour indiquer l'idée de « faire le tour de, parcourir pour examiner... » et de l'italien *cercare*, parce que ceux qui cherchent quelque chose sont dans l'usage de tourner ou de courir autour des lieux où ils croient le trouver. La racine de *circare* est formée sur *circa* « autour de » et *circus* « cercle ». Ainsi historiquement et étymologiquement, le terme « recherche » admet l'idée qu'avant de trouver, il faut avoir parcouru. Par extension, à partir du XVI^{ème} siècle, le mot « encyclopédie » qui vient du mot « cercle » (du grec *kuklos* qui donne *enkuklios* « embrassant le cercle des connaissances »), nous permet alors d'écrire que le verbe « chercher » pourrait trouver son essence dans l'idée de « parcourir le cercle de l'ensemble des connaissances ». Il en va de même pour le terme « rechercher » dont la particule « re » peut être interprétée comme itérative ou intensive. Pour Eymard (2003), le suffixe « re » ne signifie pas que l'on recommence, que l'on cherche encore une fois, au contraire, on peut y lire toute l'intensité du verbe « chercher ». Pour cet auteur, nous cherchons d'autant plus ardemment que le succès est incertain. Un chercheur n'a jamais fini de chercher.

Selon le Petit Robert, « *les recherches sont des travaux faits pour trouver des connaissances nouvelles pour étudier une question* ». Pour le Trésor de la Langue Française Informatisé, la recherche s'envisage parfois avec un « R » majuscule et son acception s'entend dans « *les activités intellectuelles, les travaux ayant pour objectif la*

² Cette assertion de Camus est extraite d'un article intitulé « Sur un philosophie de l'expression » paru dans Poésie 44, (1944) que l'on retrouve dans les *Œuvres complètes*, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, t.I, p. 908, (2006).

découverte, l'invention, la progression des connaissances nouvelles ». ³ La recherche est « *un chemin qu'on ouvre dans le partiellement connu, le mal connu, ou l'inconnu, pour en savoir plus et à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'action* » (Perrier, 1980). ⁴ Selon le Conseil International des Infirmières (1998), « *La recherche infirmière est une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés. Elle englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies, des soins aux individus de tous âges pendant leur maladie, durant leur rétablissement ou lors de l'accompagnement vers une mort dans la dignité et la paix* ».

Parmi toutes les définitions que nous pouvons rencontrer dans différents ouvrages méthodologiques, ces quatre définitions recoupent des invariants, à savoir : la recherche scientifique correspond à un mode particulier d'acquisition de connaissances utilisant des moyens structurés et systématiques (autrement dit des méthodes de recherche quantitative, qualitative ou mixte) pour recueillir des données, en vue de mieux expliquer ou comprendre un phénomène.

Ces précisions terminologiques étant établies, il convient en synthèse d'écrire que les principales caractéristiques de la recherche scientifique repose sur :

- une démarche systématique et rigoureuse ;
- une création de savoir ou une validation de ce dernier ;
- une enquête empirique sur le terrain.

Dès lors qu'est ce que la recherche infirmière ? A quoi sert la recherche en soins infirmiers ? Comment intégrer ce travail de recherche à la pratique de soins ?

1.1.2 Le soin, l'approche du « faire sur », « faire avec » et « être avec »

Michel Nadot, (Professeur d'histoire et d'épistémologie en sciences infirmières) rappelle que la discipline infirmière s'inscrit dans une histoire peu connue, voire méconnue de la part des professionnels de santé. La culture de l'oralité et l'absence d'écriture des « femmes soignantes » (Collière, 1996) seraient à l'origine du manque de structuration de ce savoir profane en savoirs académiques et scientifiques. En effet, le soin porté à l'autre en son existence n'est pas le propre d'un métier. Il est le fait social et humain de toute personne qui aide une autre personne à assurer ce qu'il lui est nécessaire pour continuer

³ Le TLFi est une banque de données scientifiques dédiées à l'analyse et à la recherche étymologique et historique de la langue française. Cette banque a été créé par une unité mixte de recherche (Atilf : Analyse et traitement informatique de la langue française) associée au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) et à l'Université Nancy II. Alain Rey faisait partie de l'équipe de chercheurs à l'origine de sa création.

⁴ PERRIER, J. (1980). « Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers ». *Association Suisse des infirmiers et infirmières*.

sa vie. Le fondement du savoir infirmier repose sur « *le triptyque domus, familia, hominem, ce qui correspond au prendre soin de la vie du domaine (domus), au prendre soin de la vie du groupe (familia) et au prendre soin de la vie de l'homme (hominem) objet de soins au sein d'un espace-temps institutionnel singulier* » (Nadot, 2012).⁵ L'objet de la discipline infirmière est bien l'homme vivant, objet et sujet du soin.

Le soin représente une activité humaine singulière et essentielle. Dans le champ disciplinaire de l'anthropologie, de l'ethno-histoire et des soins infirmiers, Collière (1982)⁶ observe une nuance conceptuelle entre « traiter » et « prendre soin ». Pour cet auteur, les termes « traiter », « traitement », « médecin traitant » s'inscriraient dans la pratique médicale et le *cure*, en référence aux soins de réparation liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie. Les expressions « prendre soin », « s'occuper de », « être attentif à » feraient référence à la pratique soignante et au *care* en rapport avec les soins coutumiers et habituels liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie. Toujours selon cet auteur, le soin n'est rien d'autre que le « premier art de la vie ». Dans cet esprit, la définition du philosophe Éric Worms (2006) peut être ici mise en exergue : « *Le soin se rapporte à toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». ⁷

Le soin trouve ainsi son essence non pas tant dans le domaine qu'il investit (le corps), mais dans la visée qu'il se propose (la personne unique et singulière).

« *La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé* » (Pépin et al., 2010).⁸ La recherche infirmière s'inscrit dans cette conception de soin. Son « objet » concerne le soin, la personne/famille/communauté, la santé et l'environnement (Fawcett, 1993). Selon Goulet et Dalaire (2002), les objets de recherche infirmière s'établissent dans les problématiques prioritaires dans le domaine de la santé, comme la compréhension des expériences et phénomènes liés à la santé aux différentes étapes de la vie, l'étude des facteurs de l'environnement interne et externe qui régissent ces expériences, le développement et l'évaluation d'approches de soins permettant de favoriser la santé des personnes, des familles et des communautés. D'autres recherches infirmières contribuent

⁵ NADOT, M. « Recherche fondamentale en science infirmière. Recherche historique sur les fondements d'une discipline ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 109, 2012, pp. 57–68.

⁶ AUTEUR DE *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter Editions, 1982, et de *Soigner... le premier art de la vie*, Paris, Inter Editions, 1996, M.-F. Collière s'est imposée comme une pionnière en introduisant l'ethno-histoire comme approche disciplinaire dans la compréhension des soins infirmiers en 1965.

⁷ WORMS, F. (2006). « Les Deux conceptions du soin ». *Esprit*, « Les nouvelles figures du soin », 1/2006, cit. p. 143.

⁸ PEPIN, J., KEROUAC, S. & DUCHARME, F. (2010). *La Pensée infirmière*, Montréal : Chenelière Éducation, [3e éd.], cit. p. 112.

à la construction de modèles, d'outils voire de théories. Dans un champ qui lui est spécifique, la recherche infirmière garde sa singularité tout en étant complémentaire de la recherche biomédicale. Or si l'on se réfère aux dimensions exposées *supra* « *le soin à la personne qui, en interaction avec son environnement, vit des expériences de santé* » (Pépin et al., 2010, op. cit.), ces concepts clés ne sont pas spécifiques à la profession infirmière. Pour Vinck (2007), un savoir disciplinaire est celui qui se donne comme critère de construction le point de vue de la discipline, avec tous les intérêts sous-jacents. Dans le domaine des soins infirmiers, les savoirs contributifs prennent ancrage dans trois paradigmes : celui de la Médecine et du savoir médical, celui de la Santé Publique et celui des Sciences Humaines et Sociales. Ainsi, il n'existe pas de paradigme de recherche unique pouvant convenir à tous les aspects qui intéressent les soins infirmiers.

1.1.3 Quelle recherche infirmière pour quels objectifs ?

« *L'objectif de la recherche infirmière est de confirmer et d'élargir les connaissances actuelles sur les soins infirmiers, afin de contribuer à améliorer les prestations sanitaires. En établissant les connaissances infirmières sur des fondements scientifiques, on donne aux infirmières le moyen d'assurer les meilleurs soins pratiques, compte tenu des principes les plus modernes des soins aux malades* ». ⁹ Il y a quarante ans, Shirley Chater, Professeur à la *School of Nursing* de l'université de San-Francisco et à la *School of Education* de l'Université de Berkeley en Californie précisait dans une contribution publiée dans le volume 14 des éditions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les objectifs de la recherche infirmière. Dans ce document de trente-six pages, l'auteur posait les jalons essentiels des cinq objectifs majeurs de la recherche infirmière, à savoir :

- formaliser les connaissances infirmières en développant les théories de soins ;
- poser les bases scientifiques de la pratique infirmière sur des bases fiables et généralisables ;
- élever le niveau de qualité des prestations ;
- améliorer les conditions de travail des soignants ;
- perfectionner et standardiser les méthodes de recherche.

Ce texte préfigurateur et visionnaire situait l'activité de la recherche infirmière dans tous les contextes de soins curatif, préventif, éducatif, pédagogique et gestionnaire.

La recherche infirmière a une histoire. En nous y référant, nous allons mettre à jour son empreinte historique, ses logiques et sa pérennité. Dans « *cette brèche entre passé et avenir* » pour reprendre cette notion de mémoire si chère à Hannah Arendt (1972), ¹⁰ nous

⁹ CHATER, S. (1975). *Introduction à la recherche infirmière*. OMS, Genève, cit. p. 3.

¹⁰ Nous reprenons à notre compte, cette idée développée par H. Arendt : « *entre l'ancien et le nouveau : innover ou conserver ?* » dans son ouvrage, *La crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972, cit. p. 250.

nous proposons de parcourir dans le deuxième paragraphe, le chemin historique et sociologique qui relate l'évolution de la recherche infirmière, de la connaissance issue de la tradition aux sources des résultats probants.

1.2 De la connaissance issue de la tradition à l'*Evidence Based Nursing*

1.2.1 La posture de questionnement

Depuis l'Antiquité, l'homme a entretenu des rapports douloureux avec l'incertitude. Sa volonté de maîtriser la nature en donnant des explications rationnelles aux phénomènes l'a conduit à avoir recours aux dieux de la mythologie. Tentative vaine. La peur et la crainte persistaient face aux doutes de l'existence et à l'incertitude. Cette quête ultime pour discerner le vrai du faux, pour comprendre les phénomènes naturels et humains a initié la démarche philosophique des philosophes de l'Antiquité. Au-delà du recours au pouvoir spirituel, de la magie, du divin et des mythes religieux, les premiers scientifiques ont commencé progressivement à formuler des réponses plus concrètes et précises sur l'univers, l'homme, le cosmos.

Le premier scientifique s'appelait Socrate (437-399 av. JC). Soucieux de concourir à créer « *un vivre bien ensemble au sein de la cité* », Socrate comprit rapidement la nécessité d'interpeller les Athéniens de tout âge et de toute condition pour leur demander abruptement d'expliquer précisément pourquoi ils croyaient telle ou telle chose relevant du sens de la vie : « *Penses-tu vraiment avoir raison ? Réfléchis donc... et si tu te trompais ?* ». L'histoire serait connue. Elle serait la métaphore de l'esprit et de la posture du chercheur. Les philosophes de l'Antiquité seront les premiers à initier les démarches d'acquisition des connaissances scientifiques. Plus tard, à la Renaissance les travaux des rationalistes (Descartes, 1596-1650) et des mathématiciens et physiciens (Newton (1642-1727) apporteront au patrimoine scientifique universel, le concept de *science moderne* (XVII^{ème}) fondé sur l'expérimentation et l'établissement de la preuve.

Le « soin infirmier » et l'« art soignant » sont deux dénominations qui concourent à la création d'un soin unique, singulier, pertinent et aidant auprès des personnes soignées et de leurs proches. Mais comment l'interroger ? L'invitation de Socrate est simple. La recherche infirmière serait un état d'esprit, une question d'éveil, de curiosité et de vigilance critique. Une posture de questionnement qui soumet « *les vieilles habitudes, les vieilles choses* », les « *on a toujours fait ce soin de cette manière-là* » à une interrogation constante de nos certitudes, de nos attitudes et de nos pratiques professionnelles... Ou pour reprendre les propos de Vidal (1984), « *avant d'être une affaire de méthode, la*

*recherche est avant toute chose une affaire d'éveil, de liberté, de jeux subtils entre des attitudes intellectuelles et sensibles souvent opposées ».*¹¹

1.2.2 Emergence de la recherche infirmière... Soixante ans d'histoire

La recherche infirmière a vu le jour au cours de la deuxième moitié du siècle dernier dans la continuité des premiers écrits de Florence Nightingale. Dans son ouvrage fondateur et novateur *Notes on Nursing* (1859), l'auteur réussit à promouvoir des changements dans la pratique infirmière. Elle y effectuait la démonstration que l'analyse des données, notamment des facteurs environnementaux (lumière, air, eau, salubrité des bâtiments) était nécessaire à la compréhension et à l'amélioration des soins des soldats pendant la guerre de Crimée. Durant les années qui suivirent les travaux de Nightingale, peu d'activités de recherche seront recensés 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. Au même moment, l'American nursing association (ANA) diligente aux Etats-Unis, une étude portant sur les fonctions et les activités des infirmières. 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 1953, un institut de recherche et service en soins infirmiers est créé à la *Columbia University in the City of New York*.

En 1965, l'Ecole Internationale d'Enseignement Supérieur Infirmier de Lyon (EIESI) est créée. Fermée en 1995, cette école aura permis la publication des *Cahiers de l'Association des amis de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur* (AMIEC) dont la visée était la promotion du développement de savoirs infirmiers spécifiques. La revue *Recherche en Soins Infirmiers* (RSI) naît en 1985. Cette revue publie des articles de recherche et de méthodologie et sera indexée dans les banques de données telles que MEDLINE, PubMed, CINALH (*Cumulative index to nursing and allied health literature*).¹² 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,

¹¹ VIDAL, F. (1984). *L'instant créatif*. Paris, Flammarion, cit. p. 362.

¹² CINAHL est une base de données bibliographiques qui répertorie plus de 2900 périodiques dédiés aux disciplines des sciences infirmières et des sciences paramédicales.

dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, des enseignements d'initiation à la recherche en soins sont intégrés dans les programmes de formation.

Les années 1980-1990 se caractérisent par la création, en Amérique du Nord, d'un troisième cycle universitaire pour les infirmières et la création de postes de chercheurs Hôpitaux/Universités.

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 des établissements publics de santé (EPS). Toutes les professions paramédicales sont concernées. Cet appel à projet, créé en 2010 par le Ministère de la santé est le premier programme national de financement public de la recherche paramédicale. Il officialise ainsi le véritable statut de la recherche paramédicale en France, la plaçant au niveau de ses homologues internationaux en lui offrant une visibilité sociale. Nous y reviendrons.

Plus récemment, en avril 2015, la *Revue francophone internationale de recherche infirmière* voit le jour. Les objectifs de cette nouvelle revue sont de promouvoir la recherche en sciences infirmières dans l'espace francophone international, de contribuer au développement et à la diffusion des savoirs infirmiers dans la communauté infirmière, d'optimiser l'impact des travaux et de contribuer ainsi à l'actualisation des pratiques. Les membres du comité éditorial sont issus des instances, institutions, universités, sociétés savantes, académies reflétant toute la diversité de la profession infirmière à travers le monde.

1.2.3 Les enjeux de la recherche infirmière et paramédicale au début du nouveau millénaire

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. De son côté Schön (1994) rappelle qu'un praticien qui devient chercheur de sa propre pratique, s'engage dans un processus de professionnalisation et d'autoformation. 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 au début du XXIème siècle. 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 :

- Enjeux ontogéniques : la recherche est avant tout menée pour 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. Dans cette promotion de la santé s'entend l'importance des mesures éclairées, efficaces, économiques susceptibles de produire des résultats positifs pour les personnes soignées qui reçoivent les soins.
- Enjeux évaluatifs et décisionnels : l'objectif est double. La recherche est menée 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.
- Enjeux praxéologiques : la recherche vise 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.
- Enjeux identitaires : la recherche vise 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 (PFDP) a ses lettres de noblesse. Selon Durkheim (1858-1917), le fait social se définit comme une chose, une entité *sui generis* en tant que totalité non réductible à la somme de ses parties. Pour Durkheim, il y existe des forces au-delà de l'individu qui ont des effets sur son comportement. Il convient de ne pas confondre les faits sociaux avec d'autres variables telles que l'histoire du sujet, sa psychologie, son contexte familial, culturel... Le rôle du chercheur est de les expliquer, de « *considérer les faits sociaux comme des choses* ».

Pour Weber (1864-1920), il s'agit de comprendre la signification que les personnes attribuent à leur comportement pour comprendre la société. Pour cet auteur, fondateur de

la sociologie compréhensive, le fondement de l'action sociale repose sur le sens subjectif des conduites des acteurs. Ce modèle d'analyse du social est centré sur les individus et leurs motivations à agir. C'est dans cette dialectique « expliquer » *versus* « comprendre » que les priorités et les objectifs de recherche infirmière et paramédicale se déclinent et font l'objet de débats aujourd'hui. Si 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.

1.2.4 L'Evidence Based Nursing : du savoir issu de la tradition aux sources des données probantes

Dans le domaine de l'épistémologie¹³, la question de la connaissance pose d'inévitables interrogations : Qu'est-ce que la connaissance ? Comment l'acquiert-on ? Comment se construit-elle ? Quelle en est sa portée ? Quel est son socle ?

Depuis les travaux de Carper (1978), il est admis que le soin infirmier a puisé sa source de savoir dans quatre savoirs distincts et complémentaires :

- Le savoir personnel : caractérisé par un mode de savoir personnel, subjectif et existentiel lié à l'intériorité du sujet et à l'actualisation de soi. Ce savoir prend ancrage sur l'expérience personnelle et la compréhension de soi.
- Le savoir esthétique ou l'art infirmier : caractérisé par la connaissance issue de l'expérience subjective et la créativité du soin infirmier. Ce savoir repose sur un jugement de beauté (*jugement esthétique* dans l'approche Kantienne), émis par les pairs reposant sur la subjectivité et portant sur la qualité du travail accompli selon les règles de l'art (le travail de l'œuvre et la reconnaissance du bel ouvrage).
- Le savoir éthique ou savoir moral : caractérisé par la compréhension des diverses orientations philosophiques du soin juste, bon ou désirable. Ce savoir repose sur les obligations morales du sujet au regard des principes et des codes éthiques.
- le savoir scientifique : caractérisé par la connaissance obtenue à travers la démarche scientifique : l'observation, l'investigation empirique, la description, l'explication et/ou la compréhension des phénomènes.

Plus récemment White (1995) a actualisé cette typologie. Le savoir sociopolitique et économique fait références à l'environnement, au milieu culturel, aux interactions et

¹³ Discipline qui prend pour objet de réflexion les sciences tant dans leurs méthodes que dans leur histoire et la spécificité de leurs investigations. Pour Ardoino (1980), l'épistémologie se définit par l'« *étude critique des conditions de production et de validité des énoncés de connaissance.* » L'épistémologie introduit la notion de vigilance critique, de prise de recul, de mise à distance, de regard surplombant le terrain et l'objet de recherche.

interrelations présentent dans les pratiques professionnelles, entre les praticiens, les infirmiers et les personnes soignées. Ces cinq types de savoir contribuent ainsi au développement du soin infirmier dans sa complexité. Comment alors interroger cette diversité du soin, issu d'un patrimoine culturel et cognitif, si ce n'est en convoquant la posture de questionnement :

- qui interroge les croyances et les tendances passées (*la tradition*),
- qui respecte la figure symbolique des aînés, reconnus pour leurs compétences dans la transmission orale de la tradition (*l'autorité*),
- qui se méfie (au sens de la vigilance critique) de cette forme de connaissance immédiate indépendante de la raison, articulée sur des « pré-notions » et des « pré-jugés » (*l'intuition et le sens commun*),
- *in fine* qui convoque l'apprentissage pas essais et erreurs dans l'explicitation d'un problème (*le tâtonnement*).

C'est dans la Grèce antique que l'on retrouve les prémices de la posture de questionnement. Nous devons au grec Hermagoras (1^{er} siècle avant J.C.) la formation de l'esprit scientifique par la formulation des questions originelles : *Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando* reprises en suivant par l'avocat et professeur romain, rhéteur et pédagogue Quintilien qui a rajouté à chaque question du QQQQCP, le fameux « pourquoi ». Cette approche ordonnée et méthodique, effectuées dans le but de répondre à une question lors d'investigation empirique systématique est à l'origine de la médecine fondée sur les faits, ou médecine fondée sur des preuves ou encore médecine factuelle. En France, Depuis le début des années 1990, la prise de décision médicale s'appuie sur une médecine fondée sur des preuves scientifiques. Il s'agit d'utiliser des résultats probants de la recherche pour améliorer la prise en charge des malades. Cette pratique des médecins anglo-saxons a ensuite été adoptée par les médecins français. L'*Evidence Based Medicine* (EBM) ou encore la « médecine factuelle » consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques et l'expérience mais aussi sur des preuves scientifiques, et ce, en tenant compte de l'avis des patients. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais randomisés contrôlés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi de cohorte. L'EBM traduit le changement d'une vision de la médecine centrée sur la culture de l'expérience clinique vers une culture basée sur les faits médicaux.

Dans cette approche, l'*Evidence-Based Nursing* (EBN) se définit comme « *l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* » (Ingersoll, 2000). L'EBN intègre des résultats scientifiquement validés (données issues de la recherche;

revue de la littérature; état de la question), l'expertise clinique des professionnels de santé (les « preuves » ou données de la recherche ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du soignant) et les préférences et le point de vue des patients et de leurs proches. Ces trois sources réunies fondent l'*Evidence Based Nursing* en tant qu'outil d'aide à la décision en prenant en compte les considérations éthiques, les recommandations, les nouveaux savoirs du praticien. En tenant compte et en recourant aux résultats probants, les professionnels de santé font preuve de responsabilité professionnelle et éthique envers les personnes qu'ils soignent. L'importance de la recherche infirmière et paramédicale s'inscrit dans cette vision moderne du prendre soin, à savoir la réflexion sur la pratique clinique, l'évaluation de cette pratique et le réajustement de celle-ci en fonction des connaissances issues de la recherche.

1.2.5 Le Programme Hospitalier de recherche Infirmière et Paramédicale, cinq ans après...

Le champ de la recherche infirmière et paramédicale bénéficie d'un véritable statut en France depuis 2009 concomitamment à l'application de la réforme LMD (Licence Master Doctorat). La mise en place des accords de Bologne relatifs à la réforme dite LMD fait entrer progressivement les formations paramédicales inscrites dans le code de la santé publique dans un système d'universitarisation dont la finalité est de donner au-delà du diplôme professionnel, un grade universitaire aux étudiants. Dans cette perspective, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a créé en 2010 le Programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), qui a été élargi à l'ensemble des auxiliaires médicaux en 2011 sous le nom de Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP). En 2010, la circulaire qui lui été attachée précisait qu'il s'agissait d'un appel à projets destiné à accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers *via* un programme pluriannuel (trois ans) et à fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances scientifiques contribuant à l'amélioration des soins infirmiers. Son champ concernait les besoins de santé, l'organisation et le management au sein des établissements ou l'évaluation du système de santé dans toutes les dimensions du soin infirmier.¹⁴

La réponse du groupe de professionnels français a été immédiate (Rothan-Tondeur 2011). 25 projets de recherche infirmière hospitalière ont été financés entre 2010 et 2011. Le PHRIP a suscité un réel engouement de la part des professionnels paramédicaux en France, qui ont trouvé un programme de financement public leur étant dédié et leur permettant de s'investir dans une recherche appliquée née de leur pratique quotidienne.

¹⁴ Circulaire N° DHOS/MOPRC/ RH1/2009/299 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010, ministère de la Santé et des Sports.

Cinq ans après... Le PHRIP s'inscrit dans un paysage où l'unique centre de soins n'est plus l'hôpital. La culture du soin du XXIème siècle montre la coexistence de modèles centrés sur le curatif (*cure*) et du « prendre soin » (*care*). La relation de soin quant à elle se situe dans une approche modulée entre le modèle ontologique scientifique (la maladie est perçue comme une entité en totale indépendance du corps qui la porte. Elle est jugée autonome) et le modèle hippocratique, à visée plus humaniste, dans lequel la maladie fait partie des objets naturels du monde. Aujourd'hui, les décisions en matière de santé et de soins d'une population sont liés au rapport au monde du sujet et à ce qu'il vit au quotidien, mais aussi aux tendances sociales, économiques et politiques et à l'évolution tant collective qu'individuelle de la société. Noël-Hureau (2010) précise que :

*« Durant ces vingt-cinq dernières années, d'importants bouleversements dans les demandes et les besoins des usagers du système de santé se sont produits, ces derniers aspirant à partager davantage les décisions les concernant. Soignants et responsables institutionnels ont dû transformer leurs conceptions, leurs pratiques ou leurs comportements dans un contexte marqué à la fois par des contraintes économiques et un développement exceptionnel des biotechnologies comme des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ces implications conjoncturelles, en suscitant des enjeux politiques nouveaux, ont obligé à repenser la prise en charge du malade ».*¹⁵

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques sont des éléments forts du contexte démographique et socio-économiques actuel, au sein duquel les attentes de la population en matière de santé et de soins paramédicaux se sont modifiées. Conformément à la stratégie nationale de santé (SNS) et la future loi sur la modernisation de notre système de santé, la recherche en soins primaires est devenue une priorité pour l'intégralité des programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins.¹⁶ Les établissements de santé et les groupements de coopération, mais aussi les maisons et centres de santé, peuvent déposer des projets de recherche. L'instruction du 19 décembre 1994 précise la notion de soins primaires en ces termes : *« 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 ».* A validité scientifique équivalente, l'instruction spécifie que les

¹⁵ NOËL-HUREAU, E. (2010). « Médecin savant, Malade sachant ». *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Genève, cit. p.1.

¹⁶ Instruction DGOS n° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014 relative aux programmes de recherches sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015. NOR : AFSH1430459J.

projets portant sur des thématiques de soins primaires seront priorisés.

Au terme de chaque campagne annuelle, les projets de recherche sélectionnés sont financés sur la base de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) des établissements de santé (dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) et le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pour les projets portés par des maisons de santé et centres de santé, au fur et à mesure de l'état d'avancement de leurs travaux.

Dans une étude descriptive et rétrospective, Stuwe et *al.* (2015) souligne que la grande majorité (89 %) des projets de recherche soutenus par le PHRIP sont portés par des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Les Centres Hospitaliers (CH) sont 8 % à être l'établissement coordonnateur des projets de recherche retenus au titre du PHRIP. Le développement récent de la recherche infirmière et paramédicale ouvre des perspectives intéressantes pour le management en milieu hospitalier. Si le PHRIP est davantage centré sur l'interrogation des pratiques professionnelles pour dans un deuxième temps les améliorer dans le cadre d'une démarche qualité, il peut s'intéresser aux organisations et aux pratiques managériales des cadres de santé. Acteur clé, pour promouvoir ces deux axes de recherche, le Directeur des soins (DS) devient force d'accompagnement dans l'impulsion d'une politique dédiée à la promotion et au développement de la recherche infirmière et paramédicale.

1.3 La recherche en soins... un outil de management performant au service de la qualité et de la sécurité des soins

Nous l'avons vu tout au long de la déclinaison de notre propos. La France connaît depuis quelques années, une nouvelle étape en matière de développement de la recherche infirmière et paramédicale. Ce phénomène tient à deux principaux facteurs : le processus d'universitarisation des formations paramédicales et l'attribution de financements dédiés par le ministère de la Santé (PHRIP). Dans ce contexte, il est fondamental de repérer les modes d'engagement et de management des DS dans la déclinaison d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale. Au sein des équipes qu'ils encadrent, ils sont des facilitateurs dans l'utilisation des savoirs scientifiques au cœur des pratiques en favorisant la démarche d'*evidence based practice* (EBP) et ce pour fonder la prise de décision. Nous allons ici nous intéresser, aux notions de management dans un système complexe tel que l'hôpital, aux rôles et missions des DS dans la promotion de la recherche infirmière et paramédicale, à l'influence des représentations professionnelles sur les pratiques managériales des DS.

1.3.1 Le management à l'hôpital : un exercice complexe

Face aux évolutions sociétales et professionnelles, alors que les situations de management se complexifient, les praticiens (professionnels de santé), l'encadrement (cadres de santé) ont plus que jamais besoin de savoirs utiles à leurs prises de décision. Alors que l'hôpital a été longtemps un système sur le mode décisionnel « top-down », sur la base d'échelons hiérarchiques strictement déterminés où le management était pyramidal, la gouvernance et la mise en place des pôles ont modifié la structure hiérarchique et décisionnelle, vers un management plus transversal. L'hôpital n'est plus une entité aux frontières définies. Les unités de soins se recomposent en « modes de prise en charge » ou en « filières de soins » pour remplacer les services, qui jadis étaient organisés en spécialités qui se complétaient pour composer la structure hospitalière. L'impact de ces différentes transformations tant dans l'activité de prise en charge des malades que dans l'évolution des métiers place l'ensemble des acteurs face à l'obligation d'engager une réflexion individuelle et collective sur la pertinence de ses pratiques afin de les faire évoluer (*Confer.* Le rapport Cordier, la mise en œuvre de la SNS).

Les procédures externes d'audit et d'évaluation dans le cadre de la certification des EPS ont sensibilisé les acteurs dans leur réalité évaluative. La qualité constitue une dimension de la performance hospitalière. On distingue une qualité des processus (*exempli gratia.* Respect des bonnes pratiques professionnelles, modes d'organisation de la prise en charge, les systèmes d'information comme la tenue du dossier patient informatisé et l'accès aux soins...) et une qualité des résultats (e.g. Efficacité clinique (Mortalité / Morbidité), points de vue des patients (satisfaction, plaintes) et sécurité des soins). Tout comme la démarche qualité, l'acculturation à la démarche de recherche infirmière et paramédicale voire son appropriation par les professionnels de santé reste une des compétences managériales attendues du DS. Celle-ci est définie en ces termes « *Impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques* ». ¹⁷ Le statut, le parcours professionnel, les missions et les compétences sont autant d'éléments singuliers qui permettent au DS d'être un manager singulier adapté à la complexité des organisations. Mais qu'entendons-nous par management ?

Un jour, un philosophe lança sur un ton provocateur : « *Manager des hommes est un jeu d'enfant. Pourquoi lui répondis-je ? Car les hommes ont en principe tous deux bras, deux jambes, un cœur et un cerveau... au fond, ils sont tous les mêmes* » (Grenier & Pauget,

¹⁷ Référentiel des compétences des directeurs des soins. Rennes 2011. Mise à jour en décembre 2014. [Consulté le 8 juin 2015 sur le site de l'EHESP]. Disponible sur : <http://www.ehesp.fr/formation/formations-fonction-publique/directeur-des-soins/#metier>

2007).¹⁸ La mise en œuvre de la loi HPST, redéfinit le positionnement des acteurs, qu'ils soient administratifs, techniques, médicaux ou soignants au sein des organisations, notamment en termes de collaboration et de définition des rôles. Etre en situation de management au sein d'un établissement de santé, c'est vivre la juste tension antagoniste et complémentaire qui lie la prise de décision et la responsabilité de chacun dans une réflexion éthique. Le terme management dans son étymologie, renvoie à l'idée de « ménage ». Du verbe anglais *to manage*, le terme admet une historicité sémantique datant de 1309, issue du substantif français *mesnage* qui caractérise « *l'art de gérer les affaires du ménage* ». Plus tard, les sens modernes (1587) auront en commun l'idée de « *disposer, préparer avec soins et adresse* » pour ensuite s'orienter autour de l'idée d'une « *gestion des relations à autrui* ». Manager, c'est ainsi s'inscrire volontairement dans une action qui engage un sujet envers un autre sujet. Symboliquement, Chandler (1977) associe « la main » au management et au manager en reprenant dans son ouvrage *The visible hand*, les expressions « *prendre en main une organisation, tenir en main, mettre la main à la pâte* ». Dans cette conception s'entend alors les postures et les attitudes relationnelles et sociales des dirigeants et l'action de ces derniers qui permet de conduire une organisation tout en accompagnant les personnes.

Traditionnellement, la littérature managériale renvoie aux idées de Frédéric Taylor (1865-1915) et l'organisation scientifique du travail « robotisant » la main d'œuvre et rationalisant les tâches où l'ouvrier est un outil de production isolé ; Max Weber (1864-1920) et sa conception bureaucratique « dépersonnalisant » la vie au travail avec une division de celui-ci en tâches spécialisées, standardisées et formalisées et Karl Marx (1818-1883) et la lutte des classes « conflictualisant » les relations humaines (Laflamme et al., 1996). La littérature renvoie également aux travaux précurseurs du management de Henri Fayol (1841-1925) selon lesquels le travail du manager serait de planifier, organiser, coordonner, commander et contrôler. Théorie administrative, gestion scientifique du travail, gestion des relations humaines et théorie de la contingence sont autant d'éléments fondateurs qui influencent le management du 21^{ème} siècle.

Par management, Thiétart (1996) entend l'action, l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler et ce dans tous les domaines de l'activité de l'entreprise. Le mot management s'entendrait alors comme une méthode de gestion des hommes dans un but déterminé. Ainsi selon Thiétart (2003), les grandes composantes du management sont la planification, l'organisation, l'activation et le contrôle.

¹⁸ GRENIER, C. & PAUGET, B. (2007). « Qu'est-ce que la recherche en management ? ». *Recherche en soins infirmiers*, 2007/4 N° 91, cit. p. 12.

L'auteur présente la planification comme le moyen qui permet d'anticiper et de préparer les actions à entreprendre dans le futur. Pour cela, le diagnostic tient une place primordiale. Il permet de faire le point, de rechercher les causes et les conséquences des situations, puis d'envisager et évaluer les différentes alternatives possibles pour décider et définir l'ensemble des étapes permettant d'atteindre l'objectif fixé. L'organisation est la partie la plus visible du management car elle permet de définir les tâches à accomplir, de les regrouper et d'établir des liens de subordination, de coopération et d'information. Il s'agit d'un système ouvert en constante interaction avec son environnement. La visée de l'activation est d'animer les hommes et les femmes qui planifient, organisent et contrôlent en donnant vie à l'organisation. Pour Thiétart (2003), cinq points sont majeurs dans cette activation : la motivation, le pouvoir, le conflit, le commandement et le changement. L'accompagnement du changement (Saint-Jean et *al.*, 2015) vise alors la modification des croyances, des attitudes, des structures des organisations afin que ces dernières puissent s'adapter aux évolutions de leur contexte. *In fine*, le manager doit s'assurer que les résultats sont conformes aux objectifs. Le contrôle est ainsi un processus à la fois actif (action de correction avant la constatation de résultats) et réactif (correction après les résultats) développé dans le management.

S'agissant du directeur des soins, nous observons que ses activités managériales s'inscrivent dans ces quatre composantes définies par Thietart. Si trois d'entre elles requièrent des compétences stratégiques, des compétences de coordination et des compétences opérationnelles, l'activation dans l'animation des équipes, la diffusion des informations, la promotion et la valorisation des compétences et des activités de soins requièrent des compétences sociales et relationnelles. L'ensemble concourt d'une part au positionnement du DS et d'autre part à rendre visible au niveau institutionnel cette cohérence managériale.

1.3.2 Le directeur des soins, un manager singulier

Le métier de directeur des soins a vu ses missions stratégiques renforcées par la loi HPST. Ses activités relèvent du champ de compétences stratégiques, de coordination et opérationnelles. Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, il préside la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-technique (CSIRMT)¹⁹ et à ce titre devient membre de droit du Directoire en se situant au sein de l'équipe de direction. Fédérateur des différents acteurs de santé, il travaille en collaboration avec les instances décisionnelles de l'hôpital. A l'égard des pôles ou d'activités transversales, il veille à la cohérence et à la qualité des parcours de soins en coordination avec la communauté

¹⁹ 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.

médicale, le personnel de soins, de rééducation et médico-technique et les services supports.

Au sein d'un CH, le personnel soignant non médical représente 70 à 80 % des effectifs qui par délégation du directeur, sont sous la responsabilité du DS. A ce titre, le directeur des soins dispose d'un rôle de leadership important auprès des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé de proximité pour impulser et instaurer une politique managériale reposant sur un socle de valeurs soignantes qui puisse permettre de répondre aux enjeux nationaux et locaux notamment au travers du projet d'établissement en garantissant aux usagers des soins une prise en charge de qualité et de sécurité.

Au-delà de sa position statutaire, son rôle de manager singulier auprès des équipes d'encadrement qu'il anime et son rôle de coordination voire de médiation (co-construction) avec l'ensemble des directions fonctionnelles et des acteurs lui confère un positionnement stratégique et politique. Il peut exercer en établissement de santé. Il sera alors dénommé communément « DS gestion » ou bien, il peut diriger un institut de formation paramédicale. Le terme usité devenant « DS formation ».

Acteur essentiel du management hospitalier, nous poursuivons notre travail de recherche autour du postulat suivant : la singularité du DS dans ses « pré-requis », son parcours (une expérience managériale confirmée), son positionnement à l'articulation de la stratégie et de l'opérationnalité, son expertise dans la connaissance du soin et des organisations lui permet d'être un acteur, force de propositions dans le déploiement d'une politique dédiée au développement de la recherche infirmière et paramédicale.

1.3.3 De l'usage contextualisé du management et des représentations professionnelles

C'est au sein de l'équipe de recherche CREFI-REPERE (Représentations et Engagements professionnels : leurs Evolutions : Recherche, Expertise) de l'Université de Toulouse II – Le Mirail dirigée par Michel BATAILLE que la notion de représentation professionnelle a émergé. Gênée par le caractère polysémique de cette notion, cette équipe de recherche s'est interrogée sur la particularité des représentations professionnelles dans les groupes professionnels.²⁰

Ainsi si les représentations professionnelles varient selon les DS, nous postulons qu'elles varient également chez un même individu, en fonction des situations, des paramètres

²⁰ L'adjectif « professionnel » renvoyant au sens large du dictionnaire « *relatif à une profession* ». Nous entendons dans professionnel, toutes les activités liées au travail et à l'emploi des individus, qui se reconnaissent comme appartenant à un même collectif. Les activités professionnelles sont mises en œuvre dans un contexte professionnel par des individus socialement situés.

organisationnels, du contexte dans lequel il travaille. Cette notion de représentation professionnelle a fait l'objet d'un approfondissement conceptuel et empirique, sous l'impulsion des travaux de Piaser (1999, 2000). Pour cet auteur,

*« Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc ».*²¹

Ainsi les représentations professionnelles sont construites et échangées par des acteurs relevant du même champ professionnel (les DS au sein des CH). En ce sens, elles sont sociales, mais loin d'être un savoir de sens commun ou de pensée naïve, elles sont construites et élaborées par ces professionnels au sein de leurs activités professionnelles (dans le cas de figure qui nous intéresse ici : l'impulsion d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale).

Si elles constituent un niveau de connaissance qui structure et oriente les actions (la représentation d'une activité de recherche), elles subissent néanmoins les influences contradictoires ou additionnelles des contraintes de l'action (comme les normes, le savoir-faire, les expériences), mais également des prises de position plus générales relevant de valeurs, de projets fédérateurs, voire de références idéologiques (évaluation des pratiques *versus* recherche). Les représentations professionnelles présentent cinq fonctions (Piaser, 1999) :

Une fonction cognitive : les représentations professionnelles participent à la construction d'un savoir professionnel. Ce savoir est produit dans le contexte de l'activité professionnelle. Il est la fondation de l'ensemble des communications professionnelles. Il permet aux acteurs de résoudre, voire de comprendre, les problèmes inhérents à toutes activités.

Une fonction de protection de l'identité du groupe : elles définissent les identités professionnelles des personnes d'une même profession. Au fil du temps, ces identités peuvent supporter des modifications. Les représentations professionnelles deviennent alors en quelque sorte la mémoire du groupe.

Une fonction d'orientation des conduites : elles orientent les conduites. Elles guident les pratiques professionnelles. Elles produisent un système d'anticipation qui permet aux

²¹ PIASER, A. (2000). « La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire ». *Les dossiers des Sciences de l'Education*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, N°4, cit. p. 60.

professionnels à la fois, d'agir rapidement en tant que tels dans les situations coutumières, mais aussi face à une situation nouvelle, de s'orienter parmi un choix de possibles (un choix dit envisageable et réalisable).

Une fonction de communication : dans la communication professionnelle, elles renforcent l'appartenance groupale. Au sein de ces groupes, il existe un stock représentationnel, qui renvoie à des significations identiques pour tous. Les termes, les tournures, les expressions, les formules utilisés au sein d'un même groupe représentent des références utiles à la compréhension de chacun.

Une fonction de justification anticipée ou rétrospective des pratiques : elles permettent, *a posteriori*, de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles. Elles peuvent être invoquées pour expliquer ou légitimer une action.

La notion de représentation professionnelle, que nous venons de présenter au regard des travaux de Piaser (1999, 2000) nous semble posséder une heuristique appropriée pour rechercher des informations auprès du milieu professionnel des DS. Mais avant de soumettre cette proposition théorique à l'épreuve des faits et à sa validation empirique, nous tenons dans le paragraphe suivant, à rendre intelligible notre question de recherche et nos trois hypothèses opérationnelles de travail.

1.3.4 La construction de la problématique

Le mûrissement de notre question de recherche est essentiellement fondé sur les liens permanents que nous avons faits entre les données théoriques²² et la connaissance du phénomène. Cette phase nous permet de rétrécir le champ de l'étude. Progressivement, dans un mouvement graduel, nos interrogations, nos intuitions, ont laissé la place libre à l'approfondissement des concepts, l'état de la question, l'étude du contexte, la rencontre avec des DS ressources. Les représentations professionnelles ne sont pas seulement une analyse du discours ou des échanges interpersonnels. Elles peuvent aider à comprendre des systèmes de pensée et d'actions personnels et/ou collectifs. Elles sont en ce sens, le rapport du discours du sujet à sa pratique. Notre question de recherche se traduit ainsi :

En quoi la promotion du développement de la recherche infirmière et paramédicale peut-elle être un levier de management pour le DS en termes d'outil d'aide à la décision et à la valorisation de l'efficacité des soins ?

²² Nous rappelons que le mot « théorie », vient du grec « *théoria* », dont le sens premier veut dire la vue d'un spectacle, la contemplation, voire la spéculation. Ici, nous l'entendons, comme la construction achevée d'un corpus de propositions scientifiques, articulé autour de concepts, c'est à dire de représentations abstraites de phénomènes.

Ce qui nous conduit à la formulation de nos trois hypothèses opérationnelles de travail :

Ho1 : *L'étude des représentations professionnelles de la recherche infirmière et paramédicale informe sur la façon dont les DS se construisent un savoir pratique leur permettant de développer des styles de management différents.*

Ho2 : *Les références idéologiques associées à l'objet « recherche », mobilisent chez les DS des attitudes, un ensemble de connaissances spécifiques, un système de représentations qui organisent leurs prises de position (conscientisation ou pas des enjeux et de l'utilité sociale de la recherche infirmière et paramédicale, stratégies ou pas de promotion de la recherche infirmière et paramédicale...) et leurs pratiques professionnelles.*

Ho3 : *La contribution du DS dans l'impulsion d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein d'une direction des soins d'un CH s'inscrit dans un leadership managérial en termes de valorisation des travaux, des expériences, des initiatives menées dans le cadre de la conduite de projets par les équipes soignantes ?*

2 Du protocole de recherche à l'interprétation des données

2.1 Enquête empirique : terrain, méthodologie et recueil des données

2.1.1 Le *design* et les objectifs de l'étude

Il s'agit d'une recherche à visée compréhensive s'inscrivant dans une démarche de recherche praxéologique et décisionnelle.²³ Elle s'inscrit dans une approche mixte descriptive et qualitative et son objectif principal est la compréhension et l'application. Le devis de recherche repose sur un devis mixte simultané avec triangulation (Hanson, 2005 ; Creswell, 2003). Ce devis de recherche consiste dans la collecte de données quantitatives et qualitatives. La comparaison des données des deux approches permet de déterminer l'existence d'invariants, de différences ou une autre combinaison possible. L'analyse des données est séparée et l'intégration se fait au moment de l'interprétation.

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Identifier les représentations professionnelles (croyances, valeurs, attitudes, connaissances) des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicale.
- Percevoir l'influence de ces représentations professionnelles sur les pratiques professionnelles de management des directeurs de soins.
- Réfléchir dans un deuxième temps sur des propositions concrètes de son application efficiente sur le terrain.

2.1.2 L'échantillon

L'échantillon A des DS interviewés (n = 106) à l'aide du questionnaire reposant sur l'analyse des évocations hiérarchisées est un échantillon aléatoire simple composé de 106 sujets avec la proportion suivante 18% d'hommes *versus* 82% de femmes.

Nombre de questionnaires distribués	Nombre de questionnaires retournés	Nombre de questionnaires exploitables	Taux de retour des questionnaires
300	112	106	35,33%

L'échantillon B des DS interviewés (n = 10) se compose de sept femmes et de trois hommes. La moyenne d'âge est de 52,4 ans avec un écart type de 5,21 et une étendue allant de 45 à 61 ans. La médiane de notre échantillon se situe à 53 ans. L'écart type est

²³ Praxéologique en ce sens où la recherche est avant tout menée pour aider les acteurs de santé à prendre conscience des déterminants de leur action et à prendre des décisions spécifiques conséquentes. Décisionnelle dans sa visée politique et stratégique. L'objectif est d'évaluer alors les systèmes de valeurs, croyances, attitudes présents au sein d'une institution dans une évaluation valide et fiable en vue de fonder la décision et de construire les choix prospectifs dans toute construction de projet.

intéressant, dans la mesure où il nous apporte une information sur la moyenne en termes d'indice d'hétérogénéité (47,19 ans – moins un écart type [moyenne : 52,4 ans] plus un écart type – 57,61 ans).

L'ancienneté en tant que DS se répartit en trois catégories :

- 2 des sujets interrogés ont moins de cinq ans d'ancienneté,
- 5 des sujets interrogés ont entre cinq et quinze ans d'ancienneté,
- 3 des sujets interrogés ont plus de quinze ans d'ancienneté.

Les dix directeurs des soins sont titulaires d'un diplôme de second ou troisième cycle universitaire. Nous recensons :

- 2 Diplômes Universitaires : éthique et prise de décision, démarche qualité.
- 3 Licences dont celles des Sciences de l'Education, de Psychologie Clinique et de Sociologie.
- 4 Master de niveau 2 dans le champ du management des établissements de santé.
- 1 DEA en Sciences de l'Education

Les dix directeurs des soins travaillent au sein de Centres Hospitaliers dont la capacité en nombre de lits et places varient selon une étendue allant de 500 lits et places (limite inférieure) à 1300 lits et places (limite supérieure). Ces CH dépendent de 4 régions distinctes.

2.1.3 Procédure et matériel

Toutes les recherches reposent sur des informations provenant du terrain. Laissé à l'initiative du chercheur, le choix de l'outil de recueil des données est un moment clé du processus de recherche. Le questionnaire auto-administré auprès de l'échantillon A des directeurs des soins repose sur l'analyse des « évocations hiérarchisées » (on le consultera *in extenso* dans l'Annexe II) et explore l'hypothèse opérationnelle de travail n°1. L'entretien semi-directif réalisé auprès d'un échantillon B de dix directeurs des soins travaillant en CH complète les données descriptives avec un matériel de données qualitatives et explore les 3 hypothèses de travail.

Procédure du premier recueil des données : Le potentiel des évocations hiérarchisées

Le questionnaire repose sur l'étude du champ de la représentation et de son organisation en utilisant l'approche mise au point par Vergès (1992,1994) afin de reconstruire le champ

sémantique, le noyau central et les éléments périphériques de la représentation professionnelle.

La première phase repose sur un recueil d'associations libres. Nous avons demandé à partir des mots inducteurs « *recherche infirmière et paramédicale* » au sujet de produire trois mots et /ou expressions qui lui viennent spontanément à l'esprit. La consigne écrite sur le questionnaire était la suivante :

Lorsque vous lisez les mots « recherche infirmière et paramédicale » quels sont les trois mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

La deuxième phase repose sur une phase de hiérarchisation. Chaque sujet est incité à classer sa propre production en fonction de l'importance qu'il accorde à chaque terme pour définir l'objet en question. La consigne écrite sur le questionnaire était la suivante :

Maintenant classez-les dans l'ordre d'importance que vous leur accordez. Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2, et ainsi de suite, par ordre d'importance décroissante jusqu'à trois.

Dans le but d'identifier les éléments structurants du noyau central et les éléments de la périphérie et dans la lignée des travaux de Vergès (1992, 1994) nous croiserons deux critères possibles :

La fréquence d'apparition : Le caractère partagé d'une cognition, avec pour indicateur : la saillance, c'est-à-dire le nombre de fois où le mot a été prononcé en prenant pour référence l'ensemble de la population étudiée (le nombre total de sujets est alors la référence 100%).

Le rang moyen d'importance : est la résultante d'une hiérarchisation faite par le sujet lui-même qui établit un ordre d'attribution aux mots qu'il a énoncé. Le rang moyen d'importance devient une distribution statistique qui correspond à une opération individuelle du sujet. Même si cette propriété plus qualitative se présente sous forme numérique, elle ajoute une information supplémentaire.

Dès lors le croisement des deux informations recueillies (quantitatives et qualitatives) nous permettra un premier repérage du statut des éléments de la représentation professionnelle, sous la forme d'un tableau à quatre cases.

FREQUENCE	IMPORTANCE	
	GRANDE	FAIBLE
FORTE	Case 1 Zone du noyau	Case 2 1 ^{re} périphérie
FAIBLE	Case 3 Eléments contrastés	Case 4 2 ^e périphérie

Tableau 1. Analyse des évocations hiérarchisées (Vergès, 1992, 1994)

Case 1 : Elle regroupera les éléments de la représentation les plus fréquents (saillance) et les plus importants (signification) pour la population interviewée, en termes de synonymes, des prototypes associés à l'objet.

Case 2 : Nous y trouverons les éléments périphériques les plus importants, dénommés « 1^{re} périphérie ».

Case 3 : Nous trouverons dans cette case, les termes énoncés par peu de personnes (fréquence faible) mais qui les considèrent comme très importants. Cette case dénommée « Zone des éléments contrastés », peut révéler l'existence d'un sous-groupe, minoritaire, porteur d'une représentation différente.

Case 4 : C'est la « deuxième périphérie ». Elle est composée des éléments peu fréquents et peu importants dans le champ de la représentation.

Procédure du deuxième recueil des données : l'entretien semi-directif

La première partie de l'entretien identifie les variables illustratives. Celles-ci reposent sur l'approche des déterminants sociaux et culturels (sexe, âge, diplôme de second ou troisième cycle universitaire ou diplôme de grande école) et sur les variables contextuelles qui regroupent les informations relevant des « collectifs » auxquels les individus appartiennent comme par exemple l'ancienneté dans l'activité, l'exercice de l'activité professionnelle (Gestion versus formation), taille de l'établissement (Nombre de lits, nombre d'agents).

Pour recueillir les opinions, les croyances, les attitudes, les représentations professionnelles, les prises de position des DS à propos de la recherche infirmière et paramédicale, nous avons dans un deuxième temps réalisé des entretiens semi-directifs. Encore appelé interview, l'entretien semi-directif est une situation où des interactions essentiellement verbales apparaissent entre deux personnes. Son objectif préalablement

posé par le chercheur, permet de recueillir auprès d'une personne interviewée une information la plus complète possible. L'information recueillie sert de matériel pour la recherche. Mucchielli (2002) rappelle qu'il s'agit :

*« D'une méthode présentielle d'entretien, fondée sur l'empathie de l'intervieweur envers l'acteur interviewé (individu ou groupe), utilisée pour le recueil d'informations qui dépendent de la subjectivité des acteurs (description, point de vue, analyse, ressenti...). L'attitude « non-directive » qui préside à sa mise en œuvre laisse à l'interviewé la liberté de parcourir comme il l'entend la question ouverte qui lui est posée (le thème donné qui constitue l'axe central de l'entretien) ».*²⁴

Ce modèle d'entretien implique de libérer la parole, d'instaurer une relation de confiance, d'écouter sans interrompre. Le déroulement de l'enquête sur le terrain s'est échelonné au cours de nos deux premiers stages dans deux régions différentes et pendant la deuxième quinzaine du mois de juillet dans deux autres régions. Chaque entretien (*Confer.* Annexe III) a bénéficié au préalable d'une prise de rendez-vous par téléphone, par courrier électronique ou à la suite d'une entrevue directe avec la personne concernée. Nous avons pris en compte les contraintes telles que les emplois du temps et les rythmes de travail quotidiens chargés en laissant à la personne enquêtée le soin de choisir le lieu et le moment de la journée privilégiée pour effectuer cet entretien. Nous avons limité nos entretiens dans le temps en indiquant à chaque fois au DS interviewé, la durée probable de l'entretien. Cette durée moyenne fut de 55 minutes (pour une amplitude allant de 45 minutes à 1 heure et 20 minutes).

Ces deux outils de recueil des données permettront de recueillir les informations suivantes :

La composition et l'organisation des contenus des représentations	La pluralité des différentes prises de position et des pratiques des DS	Les ancrages caractérisant les représentations professionnelles des DS
<p>Premier niveau d'analyse : repérage des cognitions portant sur les objets signifiants d'une compétence attendue du DS = <i>Impulsion d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale</i></p>	<p>Deuxième niveau d'analyse : permet de mettre en évidence la variété des prises de positions et des pratiques professionnelles des directeurs de soins (ressemblance/différence) vis à vis de la recherche infirmière et paramédicale.</p>	<p>Troisième niveau d'analyse : permet de constater la nature des ancrages des représentations étudiées. Nous vérifierons en quoi des particularités liées à l'âge, le sexe, l'ancienneté, les lieux d'exercice peuvent influencer les conduites et guider les pratiques professionnelles des DS. (voir travaux de Bataille, 1997).</p>

Tableau 2. Synthèse des informations recueillies

²⁴ MUCCHIELLI, A. (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, cit. p. 109.

2.1.4 Les principes déontologique et éthique

« *Respecter en soi et en autrui la personne humaine. Cette obligation est absolue et sans exception. En découle la règle selon laquelle nulle expérience ne peut être entreprise sur un être humain sans qu'il ait donné son libre consentement après avoir été pleinement informé* » (Code de Nuremberg, 1947).²⁵ Nous pensons, que toute personne, qui de près ou de loin est sujet de recherche doit être informée. Toute personne investiguée a le droit de décider librement de sa participation à la recherche ou non. L'anonymat des personnes et des structures investiguées ainsi que la confidentialité des données sont un point essentiel de toute démarche de recherche. C'est sur ce socle (information – respect et protection de la liberté des personnes se prêtant à une recherche – protection de l'anonymat et de la confidentialité des données), que s'est fondée notre étude.

Nous avons pris avant chaque entretien, avec la personne enquêtée, un engagement moral garantissant l'anonymat et la confidentialité. Le volontariat des participants a été respecté. Nous avons également laissé le soin à la personne interviewée de refuser ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Nous avons fait notre cette affirmation, « *les façons d'agir envers les autres sont basées sur la reconnaissance explicite de la valeur absolue de la personne humaine et de son droit à se déterminer librement* ». ²⁶ Au cours de l'étude sur le terrain, nous avons ainsi scrupuleusement respecté nos engagements en ayant à l'esprit les règles édictées (le respect de l'anonymat des directeurs de soins interviewés et le respect de la confidentialité de leurs discours).

2.2 Présentation et interprétation des résultats les plus significatifs

2.2.1 Approche structurale de la représentation professionnelle de l'objet « recherche infirmière et paramédicale »

Le traitement des données consiste dès lors à examiner le lien entre la fréquence d'un mot associé et le rang moyen qui le caractérise d'autre part. L'hypothèse étant la suivante : la fréquence élevée d'un mot associée à un rang moyen tendant vers 1 serait révélatrice de la présence d'éléments organisateurs de la représentation. Nous avons procédé à une analyse double des évocations en croisant la fréquence d'apparition (critère d'importance quantitative) et le rang moyen d'importance (critère de signification

²⁵ FAGOT-LARGEAULT, A. (1985). *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*. Paris, Maloine, coll. Recherches interdisciplinaires, dirigée par Pierre Dellatre, cit. p. 31.

Le code de Nuremberg, fondé sur une déclaration des droits des personnes, n'est pas un comité d'éthique de la recherche en tant que tel, mais il fait appel à la conscience morale des chercheurs à partir du contexte d'un procès international sur les crimes commis contre l'humanité (suite aux expérimentations pratiquées sur l'homme dans les camps de concentration). Il a pour objectif d'établir des règles morales d'expérimentation sur les êtres humains.

²⁶ FESTINGER, L. & KATZ, D. (1974). *Les Méthodes de recherche dans les sciences sociales, T. I et II*. Paris, PUF, coll. Psychologie d'aujourd'hui, cit. p.159.

qualitative) selon les travaux de Vergès (*op. cit.*). Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Statview ©.

Le tableau « *Fréquence X Rang moyen d'importance* » rend compte du croisement de la fréquence des mots (saillance : indicateur de centralité) et d'une donnée plus qualitative (ici, l'importance que le sujet accorde au mot énoncé). Les termes associés caractérisés à la fois par une fréquence élevée et par un rang moyen tendant vers 1 peuvent être considérés, dès lors, comme très important dans le champ représentationnel. Le nombre total de mots ou expressions théoriquement produits par les 106 sujets est donc de 318 (106 sujets x 3 associations libres). Sur cet ensemble, nous n'avons aucune non-réponse. Ce lexique a fait l'objet d'une simplification minimale par regroupement sémantique. Les mots proches ou synonymiques faisant référence à un même espace sémantique ont été regroupés sous un même terme. Le nombre de mots qui sont mentionnés 10 fois ou plus est de 164 (soit 51,7 % des mots différents).

FREQUENCE	IMPORTANCE	
	1 GRANDE	FAIBLE 3
FORTE Fréquence « égal ou sup. à 10 »	Case 1 Evaluation (54) Pratique (49) Professionnelle (49) Autonomie (34) Méthodologie (29) Démarche (33) Connaissances (26) Compétence (14) Manque (12) Moyens (12) Zone du noyau	Case 2 PHRIP (36) Clinique (34) Universitarisation (33) Soin (32) Obligation (30) Savoirs (25) Prise de décision (22) Littérature scientifique (20) Projet (18) 1 ^{re} périphérie
	Case 3 Utopie (9) Idéal (9) Chronophage (9) Ambitieux (9) Elitiste (8) Soutien (7) Expertise (7) Contraintes (7) Irréalisable (6) Eléments contrastés	Case 4 Culture (9) Identité (9) Scientifique (8) Modèle (8) Biomédical (7) Formation (6) Evidence based practice (6) Usagers (5) 2 ^e périphérie

Tableau 3. Analyse des évocations hiérarchisées sur l'objet « recherche »

Cadran en haut à gauche : Nous trouvons les mots avec une fréquence élevée et un rang moyen d'importance élevé ($R_m \leq 2$ et tendant vers 1). Les termes qui apparaissent

dans ce cadran et ainsi susceptibles d'être « *candidats pour constituer le noyau central* » de la représentation professionnelle se réfèrent explicitement aux enjeux de la recherche infirmière et paramédicale. Les termes d'« évaluation » (F. 54 ; Rm. 1,568) des « pratiques » (F. 49 ; Rm. 1,412) « professionnelles » (F. 49 ; Rm. 1,213) renvoient aux enjeux pragmatiques voire praxéologiques de la recherche. Ces termes évoquent le fait que l'action est le support de la recherche. Elle répond aux problèmes concrets du travail quotidien. L'évaluation des pratiques professionnelles par la recherche à partir de l'expérience des acteurs est ancrée dans cette réalité sociale. Or toute recherche ne fait pas de l'évaluation. *A contrario*, toute évaluation demande un minimum de recherche. Le terme « connaissance » (F. 26 ; Rm. 1,162) questionne dans une double interprétation. S'agit-il d'un élément prégnant de la représentation professionnelle en termes d'acquisition de connaissances soit pour le DS interviewé « *d'acquérir méthodologiquement la démarche de recherche* » ou bien s'agit-il « *d'accroître les connaissances issues d'une pratique en les formalisant* » ? Le terme « autonomie » (F. 26 ; Rm. 1,648) présent dans ce cadran semble aller dans le sens d'une influence réciproque entre « pratique » et « autonomie ». Le réseau de signifiants pose la recherche dans le renforcement de la professionnalisation en renforçant l'autonomie et en développant les responsabilités individuelles et collectives. L'enjeu est d'importance car il s'agit de préparer des « praticiens réfléchis », des professionnels capables de repenser leur façon d'agir et de penser tout au long de leur vie professionnelle. *In fine*, le « manque » de « moyens » sont des évocations présentes dans ce cadran.

Cadran en haut à droite, appelée la première périphérie : Nous trouvons les mots avec une fréquence élevée et un rang moyen d'importance plus faible (Rm > à 2 et tendant vers 3). La périphérie la plus proche du noyau de la représentation est caractérisée par les éléments qui évoquent le contexte dans lequel s'inscrit la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Les termes « PHRIP », « clinique », « soins », « projet », « prise de décision » renvoient aux opportunités de la promotion de la recherche notamment en lien avec son financement et aux objectifs de celle-ci. La clinique, le soin, la prise de décision sont autant d'évocations qui montrent l'engagement des DS et leurs souhaits de s'interroger sur les fondements théoriques des pratiques mais également de faire évoluer la réflexion sur le soin au cœur des problématiques quotidiennes du patient et du système de soin et de santé. Le terme « universitarisation » (F. 33, Rm. 2,786) accompagné des évocations « savoirs », « littérature scientifique » renvoie à la composante cognitive de la représentation professionnelle de la recherche à travers l'acquisition de savoirs scientifiques dans le cadre de formations académiques et dans le contexte de la réingénierie des formations paramédicales. Il s'agit d'une première

périphérie articulée autour des opportunités (*Opportunities*) sur la situation actuelle de la recherche infirmière et paramédicale.

Cadran en bas à gauche : Dans le cadran inférieur gauche, caractérisé par une basse significativité en termes de fréquence (saillance faible) et par un rang moyen d'importance élevé ($R_m \leq 2$ et tendant vers 1), se situent entre autres, pour n'en citer que quelques-uns, les termes de « élitiste », « utopie », « idéal » qui renvoient à une représentation professionnelle d'une réalité idéale et sans contraintes. Le sens commun, retiendra que l'utopie, désigne une conception qui paraît irréalisable (la promotion de la recherche serait un idéal à atteindre mais les sujets interrogés pensent qu'il s'agit d'un projet ambitieux). Pour Ricœur (1997), le rôle positif de l'utopie consiste à explorer le champ des possibles. Pour cet auteur, l'utopie se situe par rapport à un idéal à atteindre avec l'espoir de faire de modestes progrès, sans se faire d'illusions sur les obstacles auxquels l'homme d'action peut être confronté. Il est à noter, avant d'anticiper sur l'analyse qualitative des entretiens qu'une manière de penser peut être non-congruente sur deux pôles : en étant soit en retrait ; en étant soit en avance sur une situation donnée. Comment ne pas être congruent avec les idées du temps ? Certaines idées paraissent adaptées, d'autres dépassées, d'autres encore prématurées au regard de l'environnement socio-économique et culturel du moment. Ainsi, les termes de « chronophage », d'« irréalisable » de « soutien » évoquent en contre-point une interprétation opposée avec une vision plutôt négative. Le manque de temps, de soutien, l'expertise, une situation contrainte d'un point de vue économique sont autant de freins *in situ* identifiés par les DS dans la promotion d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale. Ces termes énoncés par peu de personnes (fréquence faible) mais qui les considèrent comme très importants (rang moyen important) se situent dans la zone de cadran dénommée « *Zone des éléments contrastés* ». Pour Vergès (1992, 1994) les éléments de ce cadran sont les indices d'un sous-groupe, minoritaire, porteur d'une représentation différente, source de changement.

Cadran en bas à droite : Dans le cadran inférieur droit, caractérisé par une basse significativité en termes de fréquence (saillance faible) et par une position basse en terme d'importance (un rang moyen d'importance faible ($R_m \geq 2$ et tendant vers 3), se situent les éléments de la deuxième périphérie la plus distante du noyau central.

Ce cadran révèle une représentation professionnelle dont la mise en sens évoque le sujet de la « culture » (F. 9, R_m . 2) « scientifique » et du « modèle » (F. 8, R_m . 2,418) « biomédical ». Le terme d'« identité » (F = 4 ; R_m = 2) se trouve dans la case diamétralement opposée de la case où se trouve le terme le terme « autonomie » (F. 26 ; R_m . 1,648). Or, un des enjeux de la recherche vise le renforcement de la

professionnalisation et de l'identité professionnelle à travers le développement d'une vraie culture scientifique et la reconnaissance d'une zone d'autonomie chez le professionnel de santé.

En synthèse de ce premier niveau d'analyse des « évocations hiérarchisées »

Dans la continuité de la proposition des approches structuralistes, l'idée est que le noyau central dont la fonction est structurante, gèrerait le sens de l'ensemble du champ représentationnel relatif à l'objet « recherche infirmière et paramédicale ». Bien que les données représentées ne constituent que le premier niveau de notre analyse, il est possible d'avancer quelques considérations. L'observation des résultats obtenus jusqu'ici permet légitimement d'affirmer que nous nous trouvons face à une représentation professionnelle qui s'organise en deux champs représentationnels autonomes dont les significations ont été synthétisées par les condensés sémantiques « *Opportunités de la recherche dans l'évaluation des pratiques professionnelles* » et « *Une lecture idéologique de la recherche* ».

2.2.2 Analyse classificatoire du corpus des entretiens semi-directifs

Le corpus des entretiens a bénéficié d'une analyse qualitative à l'aide d'une analyse de contenu (Bardin, 2007) complétée d'une analyse lexicale des données assistée par ordinateur à l'aide du logiciel Alceste ©.²⁷ Notre raisonnement interprétatif des classes lexicales se traduit par un va et vient entre les observations empiriques et les hypothèses interprétatives en références aux travaux de Kalampalikis (2003) :

CLASSES → CONTENUS → THEMES → LIENS

Chaque classe de discours recoupe la thématique principale, les traits lexicaux typiques, les éléments conceptuels associés, les extraits *in vivo*... afin d'avancer pas à pas dans l'analyse qualitative interprétative du corpus en passant « des mondes lexicaux aux univers thématiques référentiels » (Kalampalikis, 2003).²⁸ L'analyse de contenu croisée avec l'analyse lexicale du matériel littéraire permet de repérer 3 classes de discours distinctes à la Classification Hiérarchique Descendante (CHD).

²⁷ ALCESTE : initialement ce terme est l'acronyme d'Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte. Il s'agit d'un logiciel développé par Max Reinert en 1992 (pour sa version 2.0) de l'université de Toulouse le Mirail. L'auteur définit aujourd'hui ALCESTE comme l'Analyse des Lexèmes Cooccurents dans les Enoncés Simplifiés d'un Texte.

²⁸ KALAMPALIKIS, N. (2003). « L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales ». In ABRIC, J.-C. (Eds), *Méthode d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, cit. p. 160.

Classes	Traits lexicaux typiques par classes* Les mondes lexicaux	Thématiques référentielles
Classe 1	Difficultés, institution, gestion, priorité, activité faciliter, reconnaissance, compétence, communication.	Un management facilitateur volontariste 32 u.c.e, Khi-2 moyen : 11,05
Classe 2	Evaluation, pratique, professionnelle, outil, méthodologie, indicateurs, projet_soins, qualité, efficience.	Un management pragmatique efficient 58 u.c.e, Khi-2 moyen : 7,3
Classe 3	Construire, savoirs, académique, PHRIP, Président CME, projet, établissement, curiosité.	Un management stratégique collaboratif 24 u.c.e, khi-2 moyen : 17,25

* Pour chaque classe, les traits lexicaux sont notés au regard de la valeur de leur Khi-2 d'association (X^2) supérieure à la valeur du Khi-2 (X^2) moyen de la classe, dans les Unités de Contexte Élémentaires (u.c.e).

Tableau 4. De l'interprétation des classes lexicales à leur thématisation

La Classe 1 : Un management facilitateur et volontariste : « *Etre présent au cœur de l'activité* » (32 u.c.e, X^2 moyen 11,05)

Dans cette classe 1, la notion de difficulté observe un Chi 2 élevé ($X^2 = 26,37$). Les difficultés au sein de l'institution ($X^2 = 16,09$) notamment dans la gestion ($X^2 = 27,03$) des priorités ($X^2 = 15,88$) et des activités ($X^2 = 27,71$) sont des éléments mis en exergue. Cependant, au delà de ces difficultés pointées, le sujet épistémique²⁹ de cette classe 1 évoque son rôle de facilitateur ($X^2 = 11,55$) par la reconnaissance ($X^2 = 11,22$) de l'activité de recherche notamment à travers le partenariat avec les instituts de formation. Valoriser chacun dans sa pratique se traduit par une communication ($X^2 = 9,11$) de qualité fondée sur le respect, des propos encourageants, une information circulante (tenir conseil et expliquer). Cette communication se centre sur les questions, les interrogations, les problématiques professionnelles, voire les dysfonctionnements. Le management s'entrevoit sous le mode de la co-construction. Les cadres de santé participent déjà à une activité de recherche lors de la tenue des jurys de soutenance des mémoires de fin d'étude. Il s'agit de promouvoir la recherche infirmière et paramédicale à travers des activités s'y apparentant. Le rôle de facilitateur est entrevu dans son acception « *donner du sens et faire faire les liens* ».

« Mon rôle en tant que DS est de faciliter et d'organiser cette promotion de la recherche. Avec les cadres de santé, j'organise des réunions trimestrielles pour parler des problématiques professionnelles qui pourraient faire l'objet d'une exploration. Je valorise chacun dans sa pratique » (Propos illustratif n°1).

« Les difficultés viennent d'un manque de connaissances et de moyens. Mais j'essaie de faciliter tout cela en partenariat avec ma collègue de l'IFSI. Les mémoires, les

²⁹ A l'inverse d'un sujet réel singulier, on postule l'existence d'un sujet virtuel (sujet épistémique) qui rassemble un certain nombre de caractéristiques proche d'un sujet réel. Ce sujet appelé également profil-type est caractérisé par la combinaison des variables illustratives (sexe, âge, ancienneté dans la fonction, niveau des diplômes). Un sujet réel (Directeur des soins) peut se reconnaître en partie dans le sujet épistémique. Malgré sa singularité, il partage des choses communes avec le sujet épistémique virtuel.

accompagnements des étudiants, les jurys, c'est un bon début à vrai dire. J'encourage. Je communique. » (Propos illustratif n°2).

« Cela fait partie de ma compétence, même si j'avoue que le quotidien me laisse peu de temps pour faciliter cette activité. Avant tout je gère les priorités. J'essaie de valoriser les initiatives, de reconnaître les talents, notamment en invitant les équipes à écrire, en reconnaissant les projets ». (Propos illustratif n°3).

Deux signes distinctifs concernent le sujet épistémique de cette classe de discours. Il s'agit d'un sujet féminin (X^2 : 17,55). À un degré de chi-deux moindre, c'est un sujet dont la moyenne d'âge oscille entre 51 et 55 ans.

La Classe 2 : Un management pragmatique efficient : « Formaliser et poser des indicateurs de résultat » (58 u.c.e, X^2 moyen 7,3)

Cette deuxième classe de discours représente 51% du discours total. C'est la classe la plus importante. L'évaluation ($X^2 = 10,03$) des pratiques ($X^2 = 8,95$) sont les deux termes les plus prégnants. La qualité ($X^2 = 9,33$) des soins et son évaluation sont entrevues comme les déterminants fondateurs de la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Evaluer les pratiques professionnelles procède de la même démarche que réaliser une recherche. Il y a pour le sujet épistémique de cette classe de discours des invariants dans la démarche et l'approche méthodologique. La connaissance en termes de revue de la littérature et l'appui sur les guides des bonnes pratiques et l'utilisation des outils (audit clinique ; questionnaire de satisfaction ; grille d'observation) sont la clé de voûte du dispositif pour la promotion d'une politique de recherche. Cela se traduit dans les propos du sujet épistémique de cette classe par la formalisation d'un axe dédié à la recherche en cette formulation « Recherche, publication et prendre soin au CH » dans le projet de soins ($X^2 = 12,33$) infirmiers, de rééducation et médico-technique, avec un plan d'action dédié (objectifs, orientation stratégique auquel l'axe répond, action, évaluation) et la formalisation d'indicateurs de résultat objectivables et atteignables.

La qualité est au service de l'« art » ($X^2 = 15,63$) soignant et de la promotion de la recherche. Elle est désignée dans la nécessité de la réciprocité avec des qualificatifs précis dans la mise en éclairage des praxis. Des références sont énoncées par rapport à l'efficience des soins (des soins justes et conformes) et aux enjeux ontologiques de la recherche, à savoir l'éveil à l'autre homme dans son identité indiscernable qui oblige en responsabilité à prendre soin de la personne soignée et des proches. Le sujet de cette classe de discours évoque également la recherche de l'autonomie ($X^2 = 9,33$) chez les professionnels de santé avec ce souhait de créer, d'explorer et de proposer dans les sous-commissions de la CSIRMT en relations inter-groupes et de manière pluridisciplinaire, des thématiques en lien avec des projections futures de recherche.

« La recherche pour moi, s'apparente à l'évaluation des pratiques professionnelles. J'y vois des similitudes, avec les outils communs comme par exemple le questionnaire de satisfaction auprès des malades » (Propos illustratif n°1).

« La promotion de la recherche fait partie d'un axe du projet de soin. Elle est indissociable de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces résultats produisent de la connaissance utile pour améliorer les pratiques » (Propos illustratif n°2).

« Nous sommes dans un CH de 550 lits et places et pas loin d'un CHU. Tous les deux ans, une équipe soignante du CH va présenter ses modestes travaux à la journée dédiée à la recherche de ce CHU. C'est suite à un travail formalisé en sous-commission de la CSIRMT, qu'une infirmière accompagnée par le cadre de santé a présenté ses travaux sur le bracelet d'identification dans le cadre d'une EPP. Une expérience de soin. Mais un bon début avec reconnaissance de l'autonomie » (Propos illustratif n°3).

Les variables illustratives de cette classe présentent des niveaux de chi-deux qui permettent d'isoler trois caractéristiques notables. Il s'agit plutôt d'un sujet dont l'âge varie entre 51 et 56 ans. À un degré de chi-deux moindre, c'est un sujet qui a une ancienneté dans son activité de moins de cinq ans en gestion ($X^2 = 10,55$) et qui est titulaire d'un diplôme universitaire de troisième cycle de type Master 2 Professionnel ($X^2 = 12,34$).

La Classe 3 : Un management stratégique collaboratif : « Co-construire la stratégie et la rendre visible » (24 u.c.e, X^2 moyen 17,25)

La recherche en tant qu' « outil fabuleux » au sein de la structure est convoquée comme nécessaire et indispensable. Les sujets types parlent moins de juxtaposition des compétences des uns et des autres, mais plus du principe de pluri professionnalité et d'interdisciplinarité, voire de compétences collectives pour une action commune à l'ensemble : la prise en charge des personnes soignées tout au long de leur processus de vie. La construction ($X^2 = 18,55$) de cette politique passe par une action soutenue avec le président de CME ($X^2 = 21,38$) et le chef d'établissement. Pour le sujet épistémique de cette classe de discours, il s'agit d'inscrire les professionnels de santé dans une pratique réflexive en faisant référence aux résultats probants dans un contexte professionnel et scientifique sans cesse en mouvement. Les savoirs ($X^2 = 25,41$) doivent être utiles à la prise de décision et ce pour contribuer au lâcher prise sur les certitudes, les présupposés, au développement de la curiosité, au questionnement permanent des pratiques et des savoirs dit « savants ».

« Développer la recherche paramédicale est un impératif pour garantir un haut niveau de qualité de soins qui permet d'accompagner le processus de santé de la populations tout au long de son processus de vie. A la condition d'accompagner les agents dans l'acquisition de ces compétences, à développer leur curiosité et leur esprit critique » (Propos illustratif n°1).

« Le soutien conjoint du président de la CME, des médecins et du chef d'établissement est fondamental. Ici, nous avons créé une plateforme soins, innovation, recherche. Et nous avons l'aval du chef d'établissement qui est convaincu et qui la promeut dans le futur projet d'établissement » (Propos illustratif n°2).

« Je trouve que c'est un outil fabuleux, voire vertueux dans ce sens, qu'elle peut susciter l'envie de se former. Pour moi, elle permet aussi d'acquérir une culture pour faire évoluer ses systèmes de référence et savoir formaliser ses pratiques. Le PHRIP est une belle avancée, la réingénierie de la formation aussi. On ne peut plus faire comme avant. Les savoirs sont utiles à la construction identitaire, à la pluri professionnalité » (Propos illustratif n°3).

Les variables illustratives de cette classe présentent des niveaux de chi-deux qui permettent d'isoler trois caractéristiques notables. Il s'agit plutôt d'un sujet masculin, dont l'âge varie entre 45 et 50 ans, titulaire d'un diplôme universitaire de troisième cycle de type Master 2 Professionnel ($X^2 = 24,56$).

En synthèse de ce deuxième niveau d'analyse des entretiens semi-directifs

L'interprétation du contenu des classes lexicales et l'analyse de l'arborescence de la classification descendante hiérarchique (CHD) mettent en lumière l'opposition opératoire/symbolique qui se traduit dans le corpus à travers une différenciation entre le « management pragmatique » (dans sa perspective opérationnelle de la promotion de la recherche infirmière et paramédicale) et le « management stratégique » (dans sa visée prospective collaborative).

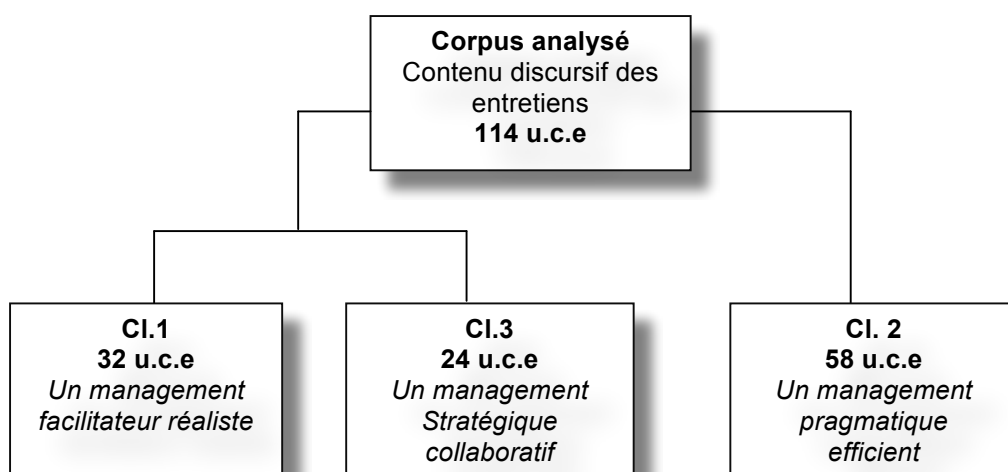


Figure 1. Synthèse de la Classification Hiérarchique Descendante

3 La visée praxéologique de l'étude : de la discussion à la proposition de repères pour l'action

Avant de présenter les différents axes de discussion de cette recherche dans sa visée compréhensive, nous rappelons que notre échantillon n'est pas représentatif de la population des DS telle qu'elle peut « préexister » au niveau national. Une validité interne peut être annoncée, *hic* et *nunc*, dans la mesure où nous avons tenté d'établir une correspondance entre notre observation et la réalité empirique examinée par cette étude.

L'étude présentée ici avait pour objectif d'identifier les effets des représentations professionnelles des DS sur leurs pratiques managériales dans le cadre de l'impulsion d'une politique de recherche. Les données recueillies dans le cadre d'un devis de recherche reposant sur la triangulation autorisent la synthèse de l'analyse sous la forme d'une matrice Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (Matrice SWOT).

Forces (<i>Strengths</i>)	Faiblesses (<i>Weaknesses</i>)
Incitation nationale : EBP, EBN, EBP Universitarisation des formations paramédicales Initiation à la recherche dans les formations infirmières et paramédicales Savoirs disciplinaires dans les publications scientifiques internationales Compétence reconnue et raisonnement clinique des professionnels (autonome, responsable, réflexif)	Formations doctorales dans des disciplines connexes Manque d'articulation pratique/recherche/formation/encadrement Peu de paramédicaux publiant et auteurs Manque de valorisation des travaux Barrière de la langue notamment l'anglais (lu) Absence de valorisation pour les infirmiers et les paramédicaux chercheurs titulaires d'un doctorat des sciences Leadership perfectible
Opportunités (<i>Opportunities</i>)	Menaces (<i>Threats</i>)
Réingénierie des diplômes Augmentation du nombre de paramédicaux titulaires d'un niveau Master voire d'un doctorat (Ph.D) Nécessité de la création d'un corpus de savoirs scientifiques et obsolescence rapide des connaissances Appels à projets de recherche (PHRIP, PREPS...) Attentes de la société et des patients (Valeurs, préférences, droits)	Prédominance de la <i>doxa</i> d'une prise en charge médicale avec des traditions et différents courants de pensée ancrés dans le <i>Cure</i> Intérêt soutenu des facultés de Médecine pour les formations paramédicales Conservatisme du monde universitaire Situation économique Volonté politique mouvante

Figure 2. Synthèse et Analyse (Forces, Faiblesses, Opportunité, Menaces)

3.1 De l'évaluation des pratiques professionnelles à la recherche et vice-versa

3.1.1 Retour sur les hypothèses de travail

Trois hypothèses de travail constituent l'architecture de la présente étude. De l'analyse de contenu des deux recueils de données, aucun élément tangible ne permet d'infirmer ces inférences.

***Ho1 :** L'étude des représentations professionnelles de la recherche infirmière et paramédicale informe sur la façon dont les DS se construisent un savoir pratique leur permettant de développer des styles de management différents.*

Dans ce groupe professionnel des DS, les représentations professionnelles servent à la communication, à l'échange, au dialogue. Elles permettent des prises de position de la part des acteurs. « Une cognition est prescriptive et/ou descriptive. La notion de prescription subsume la totalité des modalités dont une action est susceptible d'être affectée : « il faut faire... » ; « on peut faire... ». [...] L'aspect prescripteur d'une cognition est le lien fondamental entre la cognition et les conduites censées lui correspondre ». (Flament, 1994).³⁰ Cette remarque est tout aussi pertinente dans le champ qui nous occupe. Les DS interviewés disposent d'une marge d'initiative propre, qu'ils investissent peu ou beaucoup selon le contexte pendant leur activité professionnelle. Ce sont l'autonomie d'action et la liberté managériale de chacun. Dans le cadre de notre étude, les pratiques professionnelles mises en évidence évoquent les manières de faire ou les intentions de comportements différents. Pour certains il s'agira d'œuvrer concrètement à la promotion de la recherche infirmière et paramédicale dans un management pragmatique efficient (*confer.* La classe 2 issue de l'analyse Alceste ©). Pour d'autres, c'est la visée stratégique et collaborative du management en co-responsabilité avec le président de CME qui est convoquée (*confer.* La classe 3 issue de l'analyse Alceste ©).

***Ho2 :** Les références idéologiques associées à l'objet « recherche », mobilisent chez les DS des attitudes, un ensemble de connaissances spécifiques, un système de représentations qui organisent leurs prises de position (conscientisation ou pas des enjeux et de l'utilité sociale de la recherche infirmière et paramédicale, stratégies ou pas de promotion de la recherche infirmière et paramédicale...) et leurs pratiques professionnelles.*

³⁰ FLAMENT, C. (1994). « Structure, dynamique et transformation des représentations sociales », in ABRIC, J.-C., dir., *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, pp. 35-57, cit., p. 38.

Les représentations professionnelles des DS correspondent à des savoirs conceptuels et procéduraux différents. Cela se traduit dans les prises de position par rapport aux évocations hiérarchisées et dans l'organisation structurale de la représentation. Au niveau du consensus intragroupe (nombre d'éléments produits par les individus interrogés) nous retrouvons la présence d'un grand nombre d'éléments concordants. La recherche est évoquée comme « *nécessaire à l'évaluation des pratiques professionnelles* » ; « *utile à la production de nouveaux savoirs* » ; « *fondamentale à la reconnaissance de la professionnalisation des professionnels de santé* » ; « *avec un PHRIP, formidable levier d'attractivité et de fidélisation des acteurs de santé* ». Les DS interviewés sont unanimes pour reconnaître son utilité sociale. Les variables de sexe, d'âge et d'ancienneté dans la fonction sont à prendre avec précaution. Il n'est pas possible de conclure à l'influence de celles-ci sur les discours.

Ho3 : *La contribution du DS dans l'impulsion d'une politique de développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein d'une direction des soins d'un CH s'inscrit dans un leadership managérial en termes de valorisation des travaux, des expériences, des initiatives menées dans le cadre de la conduite de projets par les équipes soignantes ?*

En ce qui concerne les représentations professionnelles, nous savons qu'elles dépendent de plusieurs facteurs interdépendants (par exemple : l'histoire des différents groupes sociaux, la place et l'histoire des individus dans l'organisation sociale, les valeurs auxquels ils se réfèrent, etc.). Nos résultats mettent en évidence des dichotomies (utile/inutile, pratique/théorie, approche juxtaposée/approche intégrée) qui viennent structurer les représentations professionnelles de la recherche, et par lesquelles les pratiques managériales acquièrent des significations multiples. Ce leadership managérial ainsi observé s'appuie sur une vision du management dont les sources du pouvoir s'appuie sur le pouvoir fonctionnel et le pouvoir personnel (Thibault, 2012) du directeur des soins.

Dans l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs, les DS évoquent trois dimensions de leur pouvoir fonctionnel que nous avons mis en lien avec les travaux de Thibault (2012) :

Type de pouvoir « Légitime » : Il est relié à la position occupée par le DS dans l'organisation et le degré d'autorité relié à la fonction. Il s'agit d'agir et de prendre des décisions notamment en inscrivant et formalisant par écrit un plan d'action dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques concourant à la promotion de la recherche infirmière et paramédicale sur la base du suivi annuel d'indicateurs de

résultats, observables et objectivables. Lorsqu'un DS interviewé évoque en ces termes « *La promotion de la recherche fait partie d'un axe du projet de soin ; nous l'avons rendu visible et formalisé par écrit* », il s'inscrit dans cette dimension « **Légitime** » de leadership en affirmant sa stratégie.

Type de pouvoir de « Récompense » : Il est relié par l'habileté du DS à récompenser les autres afin de les influencer à modifier leurs attitudes et leurs comportements. Cette stratégie s'entend dans son acception positive de reconnaissance de la contribution. Un des DS interrogé l'argumente en ces termes : « *Tous les ans, je valorise les initiatives soignantes en faisant postuler et candidater les équipes par exemple aux Trophées Infirmiers du Salon Infirmier, ou bien à la Campagne des Pièces Jaunes qui financent un projet. Ce n'est pas de la recherche en soi, mais pour moi cette reconnaissance contribue à faire « tâche d'huile » et participe de la promotion de l'écriture du projet, de la confrontation à la méthodologie* ». La reconnaissance formelle devant les pairs et la participation aux cérémonies de remise de prix constituent deux exemples accessibles de cette forme de pouvoir de « **Récompense** » (Marquis & Huston, 2009).

Type de pouvoir d' « Information » : essentiel à toute organisation, ce type de pouvoir s'acquiert lorsqu'une personne détient les informations nécessaires pour permettre aux autres, aux collaborateurs d'accomplir leurs missions. Il s'agit alors de simplifier, de rendre accessible, d'utiliser et de diffuser l'information avec une attitude d'ouverture. C'est ainsi qu'un DS interviewé rappelle combien « *sa mission s'articule à l'interface avec les cadres de santé qui sont les vecteurs du message car ce sont eux qui accompagnent les agents dans l'acquisition des compétences, à développer leur curiosité et leur esprit critique* ». Cette forme de pouvoir d'« **Information** » permet aux membres d'une organisation de détenir collectivement et de partager une information adéquate quant à la poursuite de leurs objectifs.

Par sa structure, ses règles, ses normes, l'institution régularise le déroulement de ces formes de pouvoir. Dans le discours analysé, il apparaît que les responsabilités et l'imputabilité de la promotion de la recherche infirmière et paramédicale soient formellement désignées aux DS. Le pouvoir légitime, à lui seul ne favorise pas l'exercice d'une influence optimale. Les facteurs limitants et facilitants (*confer.* Figure 2 : L'analyse et synthèse SWOT) identifiés dans le discours des DS ainsi que le contexte organisationnel en termes de culture, modèle de gouvernance, contraintes économiques sont autant d'éléments à prendre en considérations dans l'atteinte ou non de l'objectif à atteindre. L'hypothèse de travail n°3 paraît vérifiée.

3.1.2 La confusion des significations... ou quand la pluralité nuit à l'intelligibilité

Dans le cadre du non cloisonnement qui caractérise le terme de « recherche », nous avons constaté dans l'analyse des entretiens, l'extension de l'usage d'un réseau de signifiants que drainent à la fois les pratiques d'évaluation des pratiques professionnelles, le renforcement de la professionnalisation des acteurs de santé avec le développement des responsabilités individuelles et collectives. Le recueil des données notamment avec l'analyse des évocations hiérarchisées évoque la confusion sémantique identifiée chez les DS et conduit obligatoirement à poser la question de la relation entre la recherche et l'évaluation, la théorie et la pratique. Cette question de l'entre-deux « recherche-évaluation » est désignée par une pluralité de qualificatifs, ce qui enrichit les perspectives mais les complexifie aussi. La relation théorie-empirie est posée par la médiation de l'évaluation. Au plan praxéologique, la déformation des termes et des réalités qu'elle désigne fait courir le risque de penser que la recherche est et serait avant tout une évaluation des pratiques professionnelles. Cette indistinction nous fait écrire que le *verbatim* « *évaluation des pratiques professionnelles* » est un signifiant dans le discours des DS quant il est utilisé avec un référent. Un DS interviewé évoque des similitudes notamment avec les outils « *J'y vois des similitudes, avec les outils communs comme par exemple le questionnaire de satisfaction auprès des malades ; le questionnaire de sortie ; l'audit clinique* ». Un autre sujet interviewé évoque « *la recherche comme un moyen de questionnement, de pratique réflexive, un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) par exemple* ». La recherche est entrevue également chez un DS par le domaine d'investigation « *la recherche évalue les interventions infirmières, c'est le champ de la clinique, au lit du patient, comme pour les médecins* ». La représentation professionnelle de la recherche chez les DS s'entendrait dans la fonction de signification du référent : un outil ; une méthode de management comme le GAPP par exemple ; un domaine d'étude.

Or si Les DS interviewés reconnaissent le champ de la clinique, de la santé, des comportements de santé et leurs déterminants, comme objets d'investigation, il n'est pas fait allusion dans les deux recueils des données du champ afférent à la clinique, à savoir le domaine de la formation (éducation, ingénierie pédagogique), du management et organisation des soins (encadrement) et de la profession. L'objectif de l'évaluation est de déterminer l'efficacité d'un programme ou d'un modèle. La recherche teste des théories et produit des données utiles et généralisables. Dans cette double visée se pose la question de l'accompagnement du changement d'une vision du monde où la recherche est intégrée dans l'évaluation à une vision du monde où la recherche est maillée avec l'évaluation sur des éléments connexes.

Pour le *Dictionnaire de l'Académie Française (1932-1935)*, le mot « Changement » désigne « l'Action de changer » ou le « Résultat de cette action ». Guy (2013) opère une distinction en replaçant le terme de changement dans des foyers de signification entre l'échange, le déplacement, la transformation, la conversion. L'auteur explicite que ce n'est pas temps le changement des choses qui est un objet de recherche en soi, mais bien la modification des relations entre un sujet (ou groupe professionnel) et son environnement. Or si le changement s'opère, il s'opère dans la transformation, le « passage d'un état à un autre » (Guy, 2013) des représentations professionnelles des DS à l'égard de la recherche. On peut ainsi concevoir cette proposition de changement dans l'accompagnement d'un changement de paradigme et de conception d'une représentation professionnelle de « la recherche dans l'évaluation » (modèle juxtaposé) à celui de « la recherche-évaluation » (modèle intégré). La question de la construction ou du changement de cognitions est ainsi centrale. Elle porte en elle la nécessaire réflexion conjointe sur les transactions interprofessionnelles et sur les interopérations, voire la combinaison possible d'un leadership issu de deux sources de pouvoir (comme évoqué *supra*):

- Le pouvoir fonctionnel du DS relié à sa position hiérarchique et aux ressources dont le DS dispose pour promouvoir la recherche au sein de son institution.
- Le pouvoir personnel influencé par les habiletés personnelles et compétences sociales et relationnelles du DS.

Cet accompagnement au changement constitue un atout majeur.

3.1.3 Si la pratique est identifiée à l'activité

Toute personne « *intervenant dans le monde, mobilise des capacités mentales et comportementales dont il se sait disposer (un pouvoir-faire), des motifs ou raisons qu'il assume (le pourquoi du faire), et des intentions (les effets escomptés du faire) ; ces trois derniers paramètres (capacités, raisons et intentions) définissent la responsabilité prise par l'agent dans l'intervention ou dans l'action* » (Bronckart et al., 2004).³¹ L'activité du DS dans la promotion et l'impulsion d'une politique de recherche au sein d'une direction des soins peut être considérée comme la réponse de l'opérateur à ce qui est attendu de lui dans son champ de compétences. Dans tout acte de travail, il y a un écart entre ce qui « est demandé » (le travail prescrit) et « ce que cela demande » (le travail réel) car les situations et les contextes de travail offrent des contraintes et des ressources qui ne sont toujours pas prévues par les prescriptions et qui conduisent l'acteur à prendre des initiatives. Si ils font face à des contraintes identiques, les DS sont différents (variabilité de l'âge, du sexe, de la formation, des capacités cognitives, de l'engagement préférentiel dans telle ou telle autre activité, à partir de leurs propres objectifs et système de valeurs).

³¹ BRONCKART, J.-P. et al. (2004). « Agir et discours en situation de travail ». *Les cahiers de la Section des Sciences de l'Education*, 103, pp. 1-132, cit. p. 22.

Ainsi, nos deux recueils de données ont mis en évidence, que pour une même compétence attendue, nous avons pu observer des pratiques professionnelles distinctes en fonction des représentations professionnelles de chacun. La pratique oriente l'action et l'activité dessine les contours de la pratique en mettant à jour les difficultés éprouvées par l'acteur et/ou les leviers utilisés par celui-ci.

3.2 Le Plan d'Action de Promotion de la Recherche, un modèle d'implantation opérant pour accompagner le changement

Dans le champ du management organisationnel, il est possible à partir d'une certaine compréhension de l'action d'étayer la théorie du changement. Sans la discussion préalable des résultats, nous ne pouvons pas formuler de propositions concrètes en termes de repères pour l'action. Ceci étant posé, il convient de préciser ce que nous entendons sous le terme changement. Orlikowski (1996) propose la notion de « changement situé » (*situated change*) qui concerne un changement lié aux pratiques quotidiennes et continues des membres d'une organisation. Cette modalité de changement s'insère dans la perspective du changement continu de Weick et Quinn (1999) qui font la distinction entre deux types de changement : le changement épisodique (*episodic*) et le changement continu (*continuous*). Pour ces auteurs, le changement épisodique fait référence à un changement radical qui remet en question l'organisation. *A contrario*, la notion de changement continu rend les sujets acteurs du changement face aux contingences qui émergent de façon continue dans la quotidienneté de l'activité.

Le Plan d'Action de Promotion de la Recherche (PAPR) que nous allons décliner et que nous proposons en tant que « Modèle d'Implantation Opérant » au sein d'une direction des soins d'un CH s'inscrit dans la proposition formulée par Lafortune (2008) qui s'intéresse au « changement orienté » ou comportant des éléments de prescription (ici, la Loi HPST, la compétence attendue du DS dans la promotion d'une politique de recherche). Ce type de changement est fondé sur la confrontation des représentations des sujets, et ce dans la perspective de construire une vision partagée du projet de changement. Le modèle d'implantation multi-niveaux *Implementation Science* développé par Fixsen et collaborateurs (2005) à partir d'une revue exhaustive des écrits, est intéressant à cet égard. Il s'attache non seulement aux étapes exploratoires et initiales de l'implantation, mais aussi à celles suivant son adoption. Le modèle comporte les cinq étapes suivantes :

- *Exploration et adoption de l'innovation* : ce stade a pour but de s'assurer de la correspondance entre les besoins du milieu visé par le changement ou l'innovation proposée, les besoins du projet d'implantation lui-même et les ressources

disponibles. Dans le cadre de la formalisation de notre mémoire au sein de l'EHESP, l'étude décrite ici peut fournir quelques repères pour bien comprendre le contexte local dans lequel nous souhaiterons proposer le PAPR lors de notre prise de fonction en tant que DS.

- *Installation de l'innovation* : Le suivi du stade de l'installation de l'implantation vise à obtenir des consensus, l'aval et des soutiens au niveau institutionnel.
- *Implantation initiale* : Le stade de l'implantation initiale est le temps des offres de formation et de l'accompagnement du projet.
- *Implantation complète* : Le stade de l'implantation effective suppose l'application à grande échelle de la politique de promotion de la recherche infirmière et paramédicale par l'ensemble des acteurs concernés dans l'organisation. À cette étape, l'innovation (par exemple notre proposition d'un PAPR) est complètement opérationnelle et devient peu à peu une pratique acceptée au sein de l'institution.
- *Pérennité* : Le stade de viabilité à long terme de l'implantation. En dernier lieu, les leaders et les décideurs d'une organisation sont amenés à mettre en place des mécanismes de pérennisation pour assurer la viabilité à long terme de l'implantation. Ces mécanismes feront partie intégrante de la culture de l'organisation, des politiques de l'établissement et des projets médico-soignants.

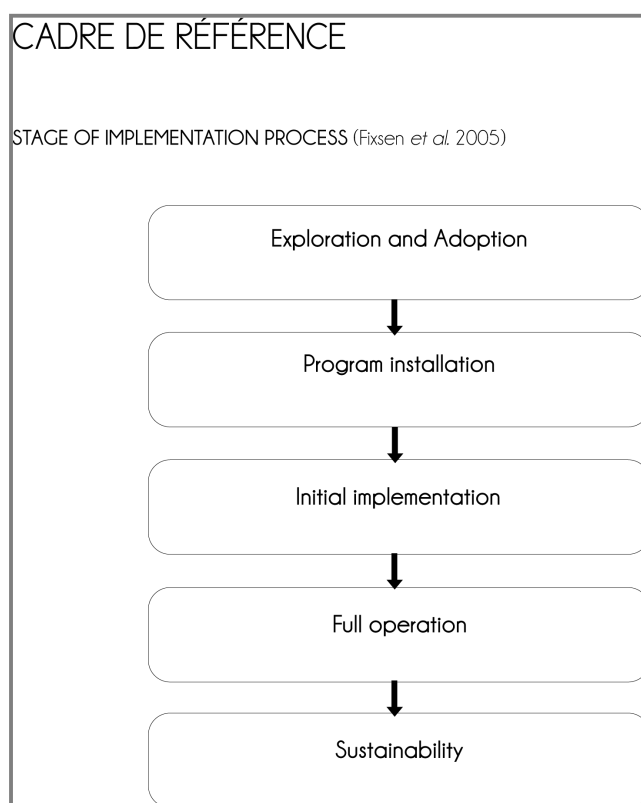


Schéma 1. Modèle d'implantation multi-niveaux (Fixsen et collaborateurs, 2005)

L'Impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à travers l'élaboration d'un **PAPR** s'élabore selon trois axes stratégiques pour le DS. Nous allons, pas à pas, décliner cette stratégie managériale en invitant le lecteur à retrouver *in extenso* dans l'**Annexe IV** intitulée : **Le plan d'Action de Promotion de la Recherche. Inscription dans une visée stratégique médico-soignante**, la proposition et déclinaison opérationnelle que nous formulons sous la forme de préconisations (repères pour agir).

3.2.1 Un projet managérial centré sur l'accompagnement des cadres de santé et sur leur implication organisationnelle

Le cadre de santé est un acteur essentiel dans la réussite de la mise en place du Plan d'Action de Promotion de la Recherche Infirmière et Paramédicale. Ses compétences de management, ses compétences dans le champ de la clinique, son implication organisationnelle quelque soit la filière (soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) et son management de proximité le désignent comme le pivot du dispositif. Le projet managérial du DS s'inscrit dans l'accompagnement des cadres de santé à l'acculturation à la dimension scientifique du métier et dans la droite lignée des propositions de Thévenet et Neveu (2002) qui considèrent l'implication organisationnelle comme « *une notion qui traduit et explicite la relation entre la personne* » et son univers de travail. Le sentiment d'utilité, de contribution à un projet commun constitue le socle d'un engagement fort de l'individu. Concernant les facettes de l'implication, ces auteurs déterminent une typologie en quatre catégories :

- L'implication dans l'organisation : se réfère à la dévotion et à la loyauté envers l'organisation.
- L'engagement dans le travail : se réfère à la place du travail dans la vie quotidienne en termes d'attachement et d'engagement.
- L'implication dans la carrière et la profession : se réfère à l'importance que le sujet lui accorde.
- L'approbation de l'éthique du travail : se réfère à la valeur intrinsèque du travail considéré comme une fin en soi.

Dans cette approche, il s'agit pour le DS de promouvoir le changement par le développement d'une culture scientifique auprès de l'encadrement : en l'initiant (conduite), en le facilitant (accompagnement, aide à la mise en œuvre) ou en le consolidant (accompagnement, étayage). Nous formulons l'hypothèse que l'accompagnement (aide à la révélation, étayage) s'appuierait davantage sur la forme existante en contexte, alors que la conduite, plus directive, serait plutôt du côté de la rupture.

Dans ce contexte évolutif où les systèmes de soins sont confrontés à de nouvelles manières de penser le soin et la pratique, le rôle du DS pour promouvoir la recherche pourrait s'apparenter à un guide qui s'interroge sur la question de la pertinence des actes, du sens du soin en tant que soin juste sûr, conforme, répondant aux exigences de qualité. En démystifiant et en intégrant le raisonnement scientifique en tant que démarche de résolution de problèmes dans l'évaluation des pratiques dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, le DS peut optimiser cette évaluation constructive, participative et pérenne pour en faire un outil de management au service de la qualité des soins. Le simple fait social de donner du sens, d'accompagner les cadres de santé à intégrer dans leurs schémas de pensée (au-delà des *pré-notions*, des *a priori*) au moment des réunions de management, la véritable utilité sociale de la recherche en tant qu'outil d'aide à la décision favorise l'explicitation du travail et de l'agir sensé.

Cette activité managériale (cœur du métier du DS) crée les liens avec la réalité empirique, permet de mettre à jour l'écart entre la pratique quotidienne et les recommandations. La recherche d'un idéal offre alors aux équipes soignantes, la possibilité de poser un regard critique et neuf sur les pratiques cliniques en faisant le lien avec le vécu expérientiel (émotionnel et affectif), les connaissances comprises et acquises, les savoirs combinatoires et les savoirs empiriques. Pour utiliser une métaphore, c'est à la fois les postures d'éveilleur, de didacticien et de guide qui sont convoquées chez le DS. Nous l'avons identifié à plusieurs reprises. Dès lors qu'une équipe soignante s'engage dans un projet de recherche, un collectif voit le jour. L'implication et l'engagement des acteurs – qui en suivant sont socialement valorisés (Premier prix de la communication affichée ; récompenses par les Fondations de recherche ; communication des travaux à leurs pairs ; participation à des congrès nationaux et internationaux) – fédèrent le groupe professionnel pluridisciplinaire.

Des problématiques émergent. Le désir est suscité. La recherche infirmière et paramédicale est démystifiée. Des controverses sur le juste soin émergent. Le professionnel de santé se révèle acteur et auteur de sa pensée. Ce travail d'autheurisation (pour reprendre le néologisme d'Ardoino, 1980) permet au sujet de devenir un sujet autonome, un auteur créatif et co-producteur de sens, capable de stratégie et d'initiatives. En cela, la recherche s'inscrit dans l'altération « *ce par quoi le sujet change et est à l'œuvre de lui-même* » et devient un véritable levier et vecteur de management sous l'impulsion de l'encadrement de proximité et supérieur accompagné par le directeur des soins. Dans un CH, cette stratégie managériale permet au DS de reconnaître le « savoir agir » des cadres de santé pour qu'ils puissent mettre en œuvre

une forme de leadership, afin qu'ils puissent à leur tour animer et accompagner les équipes soignantes dans la posture de questionnement.

3.2.2 Un projet de soins fil conducteur du triptyque opérationnel : formation, valorisation et reconnaissance

Fil conducteur d'une démarche évolutive et dynamique qui permet aux infirmières et aux paramédicaux d'être sensibilisés à la recherche, ce plan d'action de promotion de la recherche devra reposer sur une organisation structurée (comités de coordination de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) et des actions de formation (Sensibilisation, Initiation, Analyse Critique d'articles scientifiques et professionnels). Pour ce faire, le DS peut à travers l'élaboration du Projet de Soins formaliser un axe dédié à la recherche. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définit les orientations et les priorités de la prise en charge du patient dans les différentes dimensions du soin : préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif. Il fait partie intégrante du projet d'établissement et s'articule avec le projet médical et le projet social dans un contexte de besoin de santé d'une population au sein d'un territoire de santé.

Les missions du DS relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel avec, pour le Directeur de Soins en établissement, une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant, de formation et de recherche. Le Directeur de Soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. En intégrant avec l'ensemble des cadres de santé en co-construction et co-réflexion un axe dédié à la promotion de la recherche, le DS offre d'un point de vue stratégique, une visibilité sociale et pragmatique aux réalisations menées par les équipes soignantes. Avant d'envisager la réponse à un appel à projets de recherche type PHRIP (qui paraît irréalisable pour les DS interviewés en CH), le DS peut proposer des objectifs atteignables et mesurables qui participent à la valorisation scientifique. Nous avons identifié certains objectifs qui pourraient s'inscrire dans la formalisation d'un projet de soins :

Objectif 1 : garantir l'actualisation des connaissances, le maintien et le développement des compétences des professionnels de santé.

La compétence et l'expertise paramédicale des professionnels de santé ayant bénéficié d'une formation diplômante de type universitaire (DU Douleur ; DU Soins Palliatifs ; DU Hygiène ; DU Plaies et Cicatrisation ; DU Education Thérapeutique...) sont valorisées et

réinvesties dans le cadre des pratiques professionnelles, mais également à travers la mise en place de « Cercles de lectures » une fois par trimestre au sein de l'institution. Cette forme de valorisation pédagogique permet aux professionnels de santé de donner à voir leur démarche de pensée, les travaux réalisés dans un cadre de formation universitaire à travers la communication orale auprès de leurs pairs. Ces « cercles de lecture », ou « ateliers débats » peuvent être valorisés en partenariat avec la Direction de la communication du CH et la direction de l'IFSI, de la formation continue.

Objectif 2 : *renforcer et promouvoir le développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein des équipes paramédicales d'un CH.*

Les équipes soignantes sont formées à la recherche infirmière et paramédicale sous la forme de formation-action basée sur l'initiation et la confirmation des professionnels de santé aux principales méthodes et outils de recherche dans le domaine des soins, en partenariat avec les Instituts de Formation, l'université et la formation continue. C'est un point clé majeur du dispositif. Ce renforcement peut se baser sur trois niveaux opérationnels avec des indicateurs de résultats mesurables et évaluables.

Niveau 1, la Formation : par la formation et la création d'outils pédagogiques à l'attention des auxiliaires médicaux en partenariat avec l'IFSI le plus proche. Des formations de type e-learning, ou réalisées *in situ* au plus près de l'activité clinique par les cadres de santé formateurs peuvent permettre de faire vivre l'alternance intégrative et le partenariat direction des soins et centre de formation, et ce en utilisant les compétences des cadres de santé managers et pédagogues en co-responsabilité managériale. Les situations cliniques sont relatées, examinées et explicitées pour mettre à jour les problématiques professionnelles pouvant faire l'objet de la rédaction d'un protocole de recherche. Un soutien du Centre de Ressource documentaire du CH et/ou de l'IFSI sous la forme d'une veille bibliographique ou de soutien méthodologique à la réalisation d'une revue bibliographique (*confer.* Etat de l'art) peut être envisagé dans un deuxième temps. Cette aide méthodologique permet également aux soignants d'accéder aux bases de données gratuites (comme l'ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers) ou sur les bases de données d'Elsevier et Cochrane, ou CINAHL). Un BTEC (Bureau de Transfert et d'Echange des Connaissances) est initié et créé par les DS (Gestion et Formation) sous la forme d'un « espace recherche » par exemple sur Intranet, ouvert aux professionnels de santé et aux étudiants à l'aide de la plateforme du e-learning.

Dans un contexte où les moyens budgétaires deviennent de plus en plus contraints, la mutualisation des compétences dans les trois champs taxonomiques du savoir cognitif, des aptitudes et habiletés et des attitudes professionnelles deviennent nécessaires. Ce

type de démarche ne relève pas de l'utopie et au sein même d'un CH, la direction des soins peut initier et contractualiser ce partenariat efficient. Elle met ainsi en valeur l'implication organisationnelle développées par les professionnels de santé dans la recherche d'une culture soignante commune initiée par le développement de la recherche infirmière et paramédicale.

Niveau 2, la Valorisation : par la valorisation et la promotion de la recherche (communications régionales, nationales et internationales sous formes d'articles et/ou d'ouvrages...). A partir des travaux de Bart (2007) portant sur la diffusion et la valorisation de la recherche, trois modes de valorisation peuvent être distingués :

- La valorisation scientifique : qui désigne les pratiques de publication en direction des pairs (articles dans des revues à comités de lecture (*peer review*) ou lors d'une invitation dans un séminaire, dans un colloque.
- La valorisation pédagogique qui prend effet dans les activités d'enseignement (contenus de cours) réalisées à partir des protocoles de recherche.
- La valorisation sociale qui désigne les activités qui font le lien entre les travaux de recherche et le champ social (vulgarisation, expertise, consultance...).

Ainsi, une recherche n'a de sens que si ses résultats sont publiés par différents modes de communication. La valorisation telle qu'elle peut être entendue dans sa dimension scientifique et sociale se propose d'informer des professionnels de santé et la communauté scientifique, des conclusions d'un travail de recherche et ce dans l'intérêt d'en faire bénéficier le plus grand nombre pour améliorer les pratiques professionnelles, la qualité et la sécurité des soins. Le rôle du DS est ici essentiel. Différents moyens de communication peuvent être envisagés, allant de la formalisation d'un article qui sera publié dans une revue professionnelle à la rédaction d'un mémoire de fin d'étude dans le cadre d'une formation universitaire (Diplôme Universitaire, Master). La communication orale et/ou la communication affichée (plus connue sous la sémantique de « poster scientifique ») est une autre forme de diffusion. Les manifestations scientifiques servent à conforter la visibilité et la crédibilité des équipes et des travaux face à la communauté scientifique. Elles sont des moments privilégiés dans la vie d'un professionnel. Ce qui implique de confronter ses travaux au regard de ses pairs et de se préparer aux débats d'idées et à l'autocritique. Sous la responsabilité du DS, un groupe de cadres de santé formés à la « *lecture et critique d'articles de recherche* » ou titulaires d'un master 2 professionnel (sous la forme de référent comme il en existe pour la démarche qualité) peut valider les propositions d'articles, communications orales, communication affichées et accompagner les équipes soignantes désireuses de « raconter leurs expériences, leurs pratiques soignantes ».

Niveau 3, la Reconnaissance et l'émancipation : par la reconnaissance d'une visibilité sociale au travers des collaborations dans des recherches multicentriques au niveau du territoire de santé et au niveau inter-région, en s'adossant à une équipe menant un PHRIP dans un CHU.

3.2.3 Concevoir ensemble, un plan d'action réaliste, inclusif et progressif

Les recherches scientifiques conduites dans le domaine de la santé constituent un préalable incontournable aux interventions nécessaires pour améliorer la santé des individus et des populations et pour diminuer le fardeau des maladies. Dans le champ des sciences de la santé, de nombreuses disciplines sont mobilisées, comme la chimie, la physique, la médecine, la biostatistique, l'épidémiologie, les sciences humaines, économiques et sociales. La recherche infirmière et paramédicale vient en appui de la recherche transrationnelle dans ce *continuum* entre recherche fondamentale, clinique et de santé publique. Son apport contributif ne peut s'envisager que dans cet appui et cette articulation.

Concilier et garantir la mission de soins et de recherche avec une volonté assumée d'excellence reste le fil conducteur de l'élaboration d'un projet de soins infirmiers, de rééducation et de soins médico-techniques. En tant qu'outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels portent les actions de pratique clinique, de management, de formation et de recherche, il donne du sens à l'action soignante. Fruit d'une réflexion collégiale, adossé au projet médical, le projet de soins signe l'engagement de la communauté soignante à l'égard de la personne soignée et de ses proches. Il affirme les « *fondamentaux* » et les actions prioritaires, les principes éthiques et les valeurs d'humanité, de respect, de tolérance et de bientraitance en plaçant la personne soignée et ses proches au centre de la prise en charge. Cependant, la formalisation d'un projet de soins réaliste et pragmatique à elle seule ne suffit pas sans la volonté conjointe de travailler ensemble. Les DS interviewés ont évoqué combien le soutien du chef d'établissement et du Président de la CME constituait des atouts dans le déploiement d'une politique concertée de promotion de la recherche infirmière et paramédicale. Afin de prévenir toute fragmentation institutionnelle, la formalisation d'un PRAP peut conférer une stabilité, une cohérence et une capacité d'évolution lisible par les communautés soignantes, l'encadrement et les différents acteurs de santé au sein d'un CH.

Ce PRAP énonce les principes d'une organisation en décrivant un schéma préfigurateur de gouvernance où le DS en co-responsabilité et en co-pilotage avec le président de CME construisent au sein d'un territoire de santé par identification des besoins et des attentes des usagers une stratégie territoriale de recherche et de santé. La convergence

et la synergie des acteurs se retrouvent dans les Comité de Direction (CoDir), au sein des instances, notamment la CSIRMT qui pour rappel par l'intermédiaire de ces membres est consulté pour avis sur « *la Recherche et l'innovation des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* ».

Pour gagner en cohérence et en visibilité auprès des communautés soignantes, les compétences méthodologiques du DS relevant de la conception et de la conduite de projet avec une vision prospective et stratégique sont primordiales. Au-delà de l'intentionnalité du projet, c'est bien le concept d'intention (au sens du concept *d'intentio* c'est à dire le mouvement par lequel l'esprit tend vers l'objet qu'il s'est intériorisé) qui préside à la prise d'initiative du DS. Le PRAP doit privilégier trois principes dans sa déclinaison :

- Une mise en place immédiate, formalisée par la constitution d'un Comité de pilotage, associant le DS et le président de CME, la direction de la formation, la direction de la qualité, et les trinômes des pôles (Chef de Pôle, cadre de santé co-gestionnaire et assistant de gestion). Ce comité de pilotage constitué coordonne la préparation du plan d'action et sa déclinaison au sein du CH et conduit à différencier les enjeux relatifs à l'identification des thématiques de recherche prioritaires sur le territoire. A titre d'exemples : les références à certains contextes ou populations concernées (autonomie et handicap), les références aux déterminants de santé (inégalités sociales, environnement) ou encore par finalités pragmatiques (évaluation économique, recherche interventionnelle, recherche sur les politiques et services de santé).
- Un processus inclusif, organisant la réflexion sur l'identification des priorités scientifiques et de recherche au sein des pôles de l'établissement sous la responsabilité du trinôme de pôle avec l'accompagnement des équipes dans l'analyse des pratiques professionnelles, l'organisation de cercles de lectures et de veille documentaire (Guide des bonnes pratiques, par exemple).
- Des évolutions progressives, en définissant un processus de révision souple et évolutif, de périodicité annuelle, qui favorise la prise en compte de nouvelles thématiques de recherche en lien avec les stratégies nationales de santé tout en évaluant l'atteinte des objectifs opérationnels.

En parallèle, de la mise en place d'un plan d'action réaliste, inclusif et progressif dans sa visée stratégique, le DS peut créer un Comité de Promotion de la Recherche Paramédicale et de l'Innovation (CPRPI) dans une sous commission de la CSIRMT avec des membres élus et invités dont les missions seraient :

- Analyser et valider les thématiques de recherche.

- Promouvoir la diffusion des travaux au niveau institutionnel et à l'extérieur de l'établissement.
- Participer à la communication sur l'activité « recherche ».

La déclinaison de ce PRAP peut paraître ambitieuse. Cependant, elle a vocation d'offrir un modèle opérant d'implantation (après une analyse de l'existant des parties prenantes en contexte) sous la forme d'un outil ouvert et évolutif d'identification des priorités. A terme, la dynamique de convergence sur le déploiement d'une politique de recherche médicale et infirmière et paramédicale peut conduire à impliquer l'ensemble des acteurs en renforçant la transversalité des connaissances de la manière la plus efficiente possible, dans le but d'accélérer, lorsqu'ils sont possibles, des transferts de résultats scientifiques en tant que données probantes vers des décisions et des usages pratiques dans le champ de la clinique.

En synthèse de nos préconisations

Dans l'impulsion d'une politique de promotion de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le directeur des soins est à l'articulation de l'opérationnalité et du stratégique, de l'approche systémique et de la coordination pour un management performant. Son positionnement au sein d'une équipe de direction et ses compétences lui permettent d'avoir une légitimité charismatique, traditionnelle, rationnelle et légale en références aux travaux de Weber.³² Chacune de ces formes de légitimité s'appuie sur une conception fondamentale de l'être humain et de son insertion dans la société.

- Une légitimité charismatique : est exprimée à travers le leadership, les idées porteuses et la fonction incarnée du directeur des soins. Trois dimensions que le directeur des soins peut exprimer pleinement au travers de son positionnement, ses compétences organisationnelles, sa capacité au travail en co-partage et co-construction, son parcours professionnel, son expertise soignante et ses relais horizontaux, ascendants et descendants.
- Une légitimité traditionnelle apportée par son identité de soignant fondée sur une tradition humaniste considérée comme immémoriale et incontestable et dont les valeurs s'expriment dans la formalisation du projet de soins véritable fil conducteur de l'ensemble de ses actions.
- Une légitimité rationnelle et légale apportée par le statut de directeur, sa place au sein du directoire et sa place en tant que président de la CSIRMT.

³² KAUFFMANN, E. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté », *Sociologie* [En ligne], N°3, vol. 5 | 2014, mis en ligne le 30 novembre 2014, consulté le 20 octobre 2015. URL : <http://sociologie.revues.org/2393>

Conclusion

Tout au long de ce travail, c'est une vigilance critique qui nous a guidée avec une attitude ouverte et prudente dans la compréhension des phénomènes. L'ensemble des registres de pensées entrevues nous a permis de retenir de cette recherche praxéologique menée dans le cadre de la réalisation d'un mémoire professionnel un certain consensus autour de la mise en perspective des pratiques managériales. L'analyse du discours en termes de trace revêt un caractère ontologique : *faire émerger ce qui se dit et ce qui se fait...* en faisant apparaître les repères mémoriels des acteurs directeurs des soins.

Dans les années à venir, la recherche infirmière et paramédicale continuera à se développer. Si aujourd'hui, celle-ci atteint une forme de maturité dans un contexte national prometteur, les questions autour de la mise en place d'une véritable politique de développement de la recherche infirmière et paramédicales restent complexes. Malgré de nombreuses et belles initiatives mises en place en France au sein des directions des soins, l'un des objectifs majeurs dans les années à venir sera de réduire les obstacles que rencontre cette recherche en entrevoyant une véritable collaboration entre les hôpitaux universitaires et les pôles de recherche et de l'enseignement supérieur au sein d'un territoire et les centres hospitaliers, les maisons de santé de premier recours. La place du DS comme acteur pivot est essentiel. Dans le cadre de son projet managérial, le DS maître d'ouvrage dans le déploiement d'une politique de promotion de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est positionné sur un plan stratégique. C'est en confrontant les regards croisés des différents acteurs sur la plus-value d'initier une politique de recherche que la réponse aux besoins et aux attentes des usagers de soins et de leurs proches devient efficiente en termes de prestations de soins de qualité et de gestions des risques. Nous l'avons écrit en ces termes dans le dernier ouvrage de Rothan-Tondeur et al. (2015) :

« La recherche clinique est un enjeu majeur pour notre société moderne, demandant toujours plus de preuves scientifiques pour accompagner le progrès que ce soit au travers du développement de produits de santé, que dans l'amélioration des pratiques cliniques, de protocoles de soins ou de prévention. [...] La réalisation d'activités de recherche est une véritable opportunité de développement professionnel continu et il convient dans ce cadre de renforcer la professionnalisation des paramédicaux » (Péoc'h et al., 2015).³³

³³ PEOC'H, N. et al. (2015). « Les infirmières et autres paramédicaux et la recherche ». In ROTHAN-TONDEUR, M. (Eds). *Recherche infirmière et paramédicale. Guide de rédaction d'un protocole de recherche*. Paris, Maloine, cit. p. 17

Dans le cadre de la valorisation de la recherche infirmière et paramédicale, le directeur des soins a une place singulière. Son champ d'autonomie et de responsabilité le met en position de contribuer au pilotage de sa mise en œuvre au sein d'un centre hospitalier. A côté de la recherche traditionnelle apparaît la recherche praxéologique. Là, où l'intentionnalité – la finalité de la recherche – est la production de connaissances, la recherche praxéologique vise l'optimisation de l'action et l'aide à la décision. Ainsi l'activité mise à jour des directeurs des soins s'inscrit dans l'énonciation de deux dimensions (celles qui justifient les choix, les orientations, les implications et révèlent les schèmes sociaux à l'œuvre au sein du milieu professionnel) à savoir :

- La dimension pragmatique : le directeur des soins décrit, explique, cherche à rendre son action utile et efficace. La visée de cette pensée est la rationalisation des pratiques. Elle pose la mise à plats des objectifs à atteindre. Elle permet au DS de concevoir un cadre de travail efficient en termes de planification, d'organisation, de conservation du cap à tenir. Le Plan d'action de promotion de la recherche (PAPR) s'inscrit dans cette approche pragmatique.
- La dimension du discours : pour les premiers, c'est un discours de certitude et d'affirmation pour une action précise (la recherche est une nécessité), pour les seconds un discours plus nuancé où le doute est présent (la recherche serait une utopie). Une relation dialogique (au sens d'Edgar Morin : une, complémentaire, antagoniste) doit s'établir entre ces deux approches, entre ces deux points de vue différents, entre ces deux logiques afin de réduire l'incompréhension. En cela, nous avançons que la confrontation, dans sa coexistence au sein d'un même corps professionnel, de deux modes d'appréhension ou de compréhension d'une réalité se révèle riche pour l'avenir.

Les points soulevés et exposés dans cette recherche sont réalisables. Pour y parvenir, une véritable stratégie nationale, fédératrice et concertée, de l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement de la recherche infirmière et paramédicale devrait permettre d'accompagner les différentes directions des soins dans les chantiers à venir car « *formuler ensemble ce qui fait enjeu, c'est déjà le partager.* » (Zarifian, 2009).

Bibliographie

Ouvrages

BARDIN, L. (2007). *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.

BLIN, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, coll. Action et savoir.

CHANDLER, A. (1977). *The Visible Hand: The Managerial Revolution in American Business*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.

EYMARD, C. (2003). *Initiation à la recherche en soins et santé*. Paris, Lamarre, coll. Fonction cadre de santé.

FAGOT-LARGEAULT, A. (1985). *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*. Paris, Maloine, coll. Recherches interdisciplinaires, dirigée par Pierre Dellatre.

FAWCETT, J. (1993). *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: Davies Company.

LAFORTUNE, L. (2008). *Un modèle d'accompagnement professionnel d'un changement, pour un leadership novateur*. Québec : Presses de l'Université de Québec.

MARQUIS, B.L. & HUSTON, C.J. (2009). *Leadership roles end management functions in nursing, theory and application*. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins.

MUCCHIELLI, A. (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.

NEVEU, J.P. et THEVENET, M. (2002). *L'implication au travail*, Paris, Editions Vuibert, Coll. Entreprendre.

NIGHTINGALE, F. (1859). *Notes on nursing: What it is and what it is not*, Philadelphia (PA), Lippincott.

RICOEUR, P. (1997). *L'idéologie et l'utopie*. Paris, Seuil, coll. La couleur des idées.

THIETART, R.-A. (2003). *Le management*. Paris, PUF, coll. Que sais je ? [1^{ère} Edition 1996].

VIDAL, F. (1984). *L'instant créatif*. Paris, Flammarion.

VINCK, D. (2007). *Sciences et société, sociologie du travail scientifique*. Paris, Armand Collin.

ZARIFIAN, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, PUF, coll. Le travail humain.

Ouvrages collectifs et contributions

BART, D. (2007). Le développement professionnel des enseignants-chercheurs de Sciences de l'Éducation. In JORRO, A. (éd.). *Évaluation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan. pp. 77-90.

FESTINGER, L., & KATZ, D. (1974). *Les Méthodes de recherche dans les sciences sociales, T. I et II*. Paris, PUF, coll. Psychologie d'aujourd'hui.

FLAMENT, C. (1994). « Structure, dynamique et transformation des représentations sociales », in ABRIC, J.-C., dir., *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, pp. 35-57.

FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A., et al. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa Florida : University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication, pp. 1-119.

GUY, D. (2013). « Clarification terminologique, mise en contexte et fictions du changement ». BEDIN, V. (Ed.) *Conduite et Accompagnement du Changement. Contribution des Sciences de l'Éducation*, Paris : L'Harmattan, pp. 107-123.

GOULET, O. & DALAIRE, C. (2002). *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Gaëtan Morin.

KALAMPALIKIS, N. (2003). « L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales ». In ABRIC, J.-C. (Eds), *Méthode d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, pp.147-164.

PEOC'H, N. et al. (2015). « Les infirmières et autres paramédicaux et la recherche ». In ROTHAN-TONDEUR, M. (Eds). *Recherche infirmière et paramédicale. Guide de rédaction d'un protocole de recherche*. Paris, Maloine, pp. 13-17.

PEPIN, J., KEROUAC, S. & DUCHARME, F. (2010). *La Pensée infirmière*, Montréal, Chenelière Éducation, [3e éd.].

SAINT-JEAN, M., PEOC'H, N. et BASTIANI, B. (2015). *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, Paris, De Boeck Estem. Coll. Sciences du soin.

VERGES, P. (1994). « Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales », dans GUIMELLI, C. (Eds.). *Structure et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel, éd. Delachaux et Niestlé, pp. 233-253.

Articles et actes de colloque

BRONCKART, J.-P. et al. (2004). « Agir et discours en situation de travail ». *Les cahiers de la Section des Sciences de l'Éducation*, 103, pp. 1-132.

CARPER, B. (1978). "Fundamental patterns of knowing in nursing". *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 13-2.

CHATER, S. (1975). « *Introduction à la recherche infirmière* ». OMS, Genève.

HANSON, W.E. et al. (2005). "Mixed methods research designs in counseling psychology". *Journal of Counselling Psychology*, 52(2): 224-235.

GRENIER, C. & PAUGET, B. (2007). « Qu'est-ce que la recherche en management ? ». *Recherche en soins infirmiers*, 2007/4 N° 91, pp. 12-23.

INGERSOLL, G. (2000). "Evidence-base based nursing: What it is and what it isn't". *Nursing Outlook*, 48(4), pp. 151-152.

NADOT, M. (2012). « Recherche fondamentale en science infirmière. Recherche historique sur les fondements d'une discipline ». *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 109, pp. 57-68.

NOËL-HUREAUX, E. (2010). « Médecin savant, Malade sachant ». *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Genève, pp. 1-7.

LAFHAMME, M., GOYETTE, J., MATHIEU, L. (1996). « Le gestionnaire en pleine mutation : les huit dimensions et comportements associés à la mobilisation des personnels ». *Revue Organisation*, 5:2, pp.65-76.

ORLIKOWSKI, W.J. (1996). « Improvising organizational transformation over time : A situated change perspective. *Information System research*. 7(1), pp. 63-92.

PIASER, A. (2000). « La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire », in *Les dossiers des Sciences de l'Education*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, N°4, pp. 57-70.

PERRIER, J. (1980). « Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers ». *Association Suisse des infirmiers et infirmières*.

ROTHAN-TONDEUR, M., DUPIN, C., DEBOUT, C. (2011). « Programme de financement de la recherche infirmière en France ». *Lebanese Journal of Nursing* 2, pp. 86-89.

STUWE, L., PARENT, M, LOUVET, O. (2015). « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ? ». *Revue Recherche en Soins Infirmiers*, Juin 2015, n°121, pp. 64-71.

THIETART, R.-A. (2000). « Management et complexité : concepts et théories ». *Les Cahiers du Centre de Recherche DMSP*, n° 282, Paris, Université Centre de Recherche DMSP, Université Paris Dauphine, pp. 1-22.

WHITE, J. (1995). "Patterns of knowing: Review, critique and update". *Advances in Nursing Science*, 17 (4): 73-86.

VERGES, P. (1992). « L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation ». *Bulletin de psychologie*, XLV, n° 405, pp. 203-209.

WEICK, K. & QUINN, R.E. (1999). « Organizational change end developpment. *Annual Review of Psychology*. 50, pp. 361-386.

WORMS, F. (2006). « Les Deux conceptions du soin ». *Esprit*, « Les nouvelles figures du soin », 1/2006, pp. 141-156.

Travaux universitaires (thèses, mémoires universitaires, mémoires professionnels)

PIASER, A. (1999). *Représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : enseignants, inspecteurs*. Thèse de doctorat dirigée par M. Bataille, Université de Toulouse II – Le Mirail.

THIBAUT, I. (2012). *Exercice des l'influence : perception des trois directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec*. Université de Sherbrooke. Médecine et sciences de la santé.

Rapports

CORDIER, A. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des « Sages »*. Paris, la documentation française.

Textes législatifs et réglementaires (Lois, décrets, arrêtés, circulaires, instruction)

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.

Circulaire N° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. (2009). Ministère de la Santé et des Sports.

Instruction DGOS n° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014 relative aux programmes de recherches sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015. NOR : AFSH1430459J.

Instruction DGOS N° DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (P,H,R,I) pour 2011, Ministère de la Santé et des Sports.

Sitographie

KAUFFMANN, E. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté », *Sociologie* [En ligne], N°3, vol. 5 | 2014, mis en ligne le 30 novembre 2014. [Consulté le 20 octobre 2015].
Disponible sur : URL : <http://sociologie.revues.org/2393>

Référentiel des compétences des directeurs des soins. Rennes 2011. Mise à jour en décembre 2014. [Consulté le 8 juin 2015 sur le site de l'EHESP].
Disponible sur : <http://www.ehesp.fr/formation/formations-fonction-publique/directeur-des-soins/#metier>

Liste des annexes

- ANNEXE I** Lettre de présentation de l'étude
- ANNEXE II** L'outil de recueil des données numéro 1 : le questionnaire des évocations hiérarchisées
- ANNEXE III** L'outil de recueil des données numéro 2 : la trame de l'entretien semi-directif
- ANNEXE IV** Le Plan d'Action de Promotion de la Recherche (PRAP). Inscription dans une visée stratégique médico-soignante
- ANNEXE V** Table des illustrations

ANNEXE I Lettre de présentation de l'étude



Rennes, le...

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation du mémoire professionnel au sein de l'École des Hautes Études de Santé Publique, filière Directeur des Soins, nous vous sollicitons pour répondre à un questionnaire. Ce travail de recherche dont la visée professionnelle est de proposer des repères pour agir sous la forme de préconisations a pour thématique :

***La recherche infirmière et paramédicale comme levier de management :
Influence des représentations professionnelles sur les pratiques managériales des
directeurs des soins.***

La question centrale de notre travail de recherche est :

En quoi la promotion de la recherche infirmière et paramédicale peut-elle être un levier de management pour le Directeur des Soins en termes d'outil d'aide à la décision et à la valorisation de l'efficacité des soins ?

Les objectifs de cette étude sont :

- Identifier les représentations professionnelles (croyances, valeurs, attitudes, connaissances) des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicale.
- Percevoir l'influence de ces représentations professionnelles sur les pratiques professionnelles de management des directeurs de soins.
- Réfléchir dans un deuxième temps sur des propositions concrètes de son application efficace sur le terrain.

Nous vous garantissons le respect de l'anonymat et de la confidentialité de l'ensemble des informations recueillies. Le traitement des données recueillies fera l'objet d'un double traitement statistique automatisé à l'aide des logiciels Statview © et Alceste ©, avec l'appui de l'Unité Mixte de Recherche EFTS (Education, Formation, Travail et Savoirs) de l'université Toulouse II – Jean Jaurès.

D'ores et déjà, nous vous présentons tous nos remerciements pour le temps que vous accorderez à cette étude.

L'investigatrice,
Nadia Péoc'h
Elève directeur des soins
Promotion DS-2015

ANNEXE II

L'outil de recueil des données numéro 1 : le questionnaire des évocations hiérarchisées

1. Lorsque vous lisez les termes « recherche infirmière et paramédicale », quels sont les trois mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

.....
.....
.....
.....

2. Maintenant classez ces mots ou expressions dans l'ordre d'importance que vous leur accordez.

Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2, et ainsi de suite, par ordre d'importance décroissante jusqu'à trois.

1 :

2 :

3 :

14. Parmi ces trois mots ou expressions, choisissez l'un d'entre eux ou l'une d'elle et « racontez » nous pourquoi il ou elle fait sens pour vous ? (*En dix lignes maximum*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE III

L'outil de recueil des données numéro 2 : la trame de l'entretien semi-directif

La trame d'entretien est articulée selon deux axes de compréhension :

- Quelles sont les connaissances, les attitudes, les prises de position des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicale ?
- Une fois identifiées, comment influencent-elles les pratiques professionnelles ?

Première Partie : Exploration du champ des variables illustratives

Identification du sexe, de l'âge, de la détentions d'un diplôme de second ou troisième cycle universitaire ou diplôme de grande école, l'ancienneté dans l'activité, l'exercice de l'activité professionnelle (Gestion *versus* formation), taille de l'établissement (Nombre de lits, nombre d'agents).

Deuxième partie : Exploration du champ de la représentation professionnelle

- Comment les DS parlent-ils d'un objet social, ici la recherche et d'eux-mêmes associés à cet objet en tant que sujets ?
- Comment les DS perçoivent-ils la recherche ? Quel sens y attribuent-ils ?
- Sous le mot recherche, quels sont les évolutions ou les dérivés, les emplois auxquels il donne lieu et les pratiques professionnelles qu'il recouvre ?
- Quelles sont les connaissances, les croyances, les attitudes, prises de position des directeurs des soins à l'égard de la recherche en soins ? Quelles sont leurs représentations professionnelles ? ...

Troisième partie : Exploration du champ de la pratique professionnelle

- Existe-t-il un axe dédié à la recherche dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques avec un plan d'action (Objectifs, orientation stratégique auquel l'axe répond, action, indicateurs de résultat) ?
- Est ce que les membres de la CSIRMT sont impliqués dans le développement de la recherche infirmière et paramédicale et des pratiques innovantes ? (*confer.* Dans les comptes rendus des séances de la CSIRMT) ?
- Partenariat avec les instituts de formation ? Si oui, comment est-il organisé et formalisé ?
- Existe-t-il une valorisation des travaux, des expériences, des initiatives menées dans le cadre de la conduite de projets par les équipes soignantes ?
- Existe-t-il un temps de rencontre formalisé avec le Président de la CME concernant l'évaluation des pratiques professionnelles ?

ANNEXE IV

Le Plan d'Action de Promotion de la Recherche (PRAP) Inscription dans une visée stratégique médico-soignante

Axe Stratégique : FORMATION – COMPETENCES – METIERS – RECHERCHE
Dimension(s)
Soin : <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement : <input checked="" type="checkbox"/> Recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Autre : A Préciser.....
Objectifs de l'axe stratégique <i>À chaque objectif stratégique correspond une fiche action de déclinaison opérationnelle</i>
I – Affirmer la place de la compétence dans l'exercice professionnel II – Accompagner l'évolution des professions paramédicales III – Intégrer la formation continue des professionnels de santé comme composante intégrale de l'exercice professionnel IV- Structurer la recherche infirmière et paramédicale au sein des pôles
Orientations stratégiques auxquelles l'axe répond
<ul style="list-style-type: none">- Promouvoir les initiatives autour des nouvelles coopérations entre professionnels de santé et la formalisation de passerelles entre les professions de santé.- Mettre en œuvre une stratégie affirmée de recherche et d'innovation par la définition et le soutien d'axes stratégiques de recherche biomédicale et de recherche en organisation hospitalière, en sciences de la gestion et du management, en pédagogie médicale et paramédicale (l'apprentissage par Simulation ; <i>Serious-Game...</i>), en sciences infirmières et paramédicales.- Consolider une stratégie de formation médicale et paramédicale pour accompagner l'activité de soins du CH.
Fiche Action IV : Structurer la recherche infirmière et paramédicale au sein des pôles cliniques, médico-techniques et de rééducation
<i>Il s'agit ici de mettre en exergue le ou les enjeux majeurs autour de l'objectif de la fiche Action IV, elle-même inscrite dans un Plan d'Action de Promotion de la recherche plus stratégique et politique à l'échelle de l'établissement.</i>
La valorisation des innovations paramédicales favorisera la qualité des soins et participera à la reconnaissance des professionnels de santé en termes d'attractivité et de fidélisation au sein des l'institution
La recherche infirmière et paramédicale , structurée à l'échelle des différents pôles cliniques, de rééducation et médico-techniques devra être développée dans le cadre de l'enrichissement des soins, au bénéfice des personnes soignées, des professionnels de santé et de l'Institution, et ce en lien avec les recommandations et les <i>EBP (Evidence Based Practice: « le juste soin, au bon malade, au bon moment, dans de bonnes conditions, par le bon professionnel de santé »)</i>
Objectif opérationnel
Obj.IV.1 Renforcer et promouvoir le développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein des équipes paramédicales du CH.

Actions
<p>A.IV.1 : Répondre aux appels d'offres de recherche (AOL ; PHRC ; PHRI ; appels à projets autres ; mécénat...).</p> <p>A.IV.2 : Elaborer des outils de formation d'aide à la recherche infirmière et paramédicale.</p> <p>A.IV.3 : Favoriser la participation des professionnels de santé aux colloques, congrès, journées de réflexion sur la promotion des travaux de recherche.</p> <p>A.IV.4 : Valoriser la recherche par les publications dans des revues professionnelles et/ou scientifiques sur le plan national, européen et international.</p>
Indicateurs de suivi
<p><i>Il s'agit de proposer un nombre limité d'indicateurs pertinents de suivi et de résultats opérationnels.</i></p> <p>Indicateur : Ratio portant sur le nombre de protocoles retenus / nombre de protocoles présentés aux appels à projets de recherche (PHRIP ; PREPS ; Fondation de France ; Fondation APICIL ; SFETD ; Agence nationale de la recherche...).</p> <p>Indicateur : Taux portant sur la participation et la satisfaction des professionnels de santé aux différents congrès, colloques par année et par pôle.</p> <p>Indicateur : Taux de publications (actes de colloque ; posters scientifiques sous forme de communications affichées ; articles et/ou contributions ouvrage collectif) par année et par pôle.</p>
Responsable
Le Directeur des soins de l'Etablissement de santé
Equipe projet et contributeurs
<p><i>Ici, il s'agit de préciser de manière concrète et opérationnelle les tâches et rôles confiés aux différents professionnels impliqués dans la mise en œuvre.</i></p> <p>Par exemple : le directeur des soins des Instituts de formation ; le Président de la CME ; les Praticiens Hospitaliers des pôles cliniques, médico-techniques et de rééducation concernés et impliqués dans la promotion de la recherche infirmière et paramédicale, les membres de la CSIRMT...</p>
Pôles ou services concernés
Incidence financière prévisible
<p><i>Il s'agit ici d'estimer les coûts prévisibles (notamment par rapport à la formation, la participation aux congrès (inscription, réalisation d'un poster scientifique, traduction en anglais), les moyens humains % ETP dédiés dans la formalisation de l'écriture d'un protocole, etc....) et ce sous la forme d'une annexe financière et les coûts additionnelles (éventualités et événements postérieurs).</i></p>
Calendrier de réalisation
<p><i>Il s'agit de préciser ici la date de début du projet, l'état d'avancement, la date de revue du projet... Son inscription dans un Plan d'Action Triennal par exemple.</i></p>

ANNEXE V

Table des illustrations

TABLEAUX

Tableau 1.	Analyse des évocations hiérarchisées (Vergès, 1992, 1994)	p. 25
Tableau 2.	Synthèse des informations recueillies	p. 27
Tableau 3.	Analyse des évocations hiérarchisées sur l'objet « recherche »	p. 29
Tableau 4.	De l'interprétation des classes lexicales à leur thématisation	p. 33

FIGURES

Figure 1.	Synthèse de la Classification Hiérarchique Descendante	p. 36
Figure 2.	Synthèse et Analyse (Forces, Faiblesses, Opportunité, Menaces)	p. 37
Schéma 1.	Modèle d'implantation multi-niveaux (Fixsen et <i>al.</i> , 2005)	p. 44

PEOC'H

Nadia

Décembre 2015

Directeurs des soins

Promotion 2015

LA RECHERCHE INFIRMIERE ET PARAMEDICALE INFLUENCE DES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES SUR LES PRATIQUES MANAGERIALES DES DIRECTEURS DES SOINS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Unité Mixte de Recherche EFTS (Education, Formation, Travail et Savoirs) - Université Toulouse 2 – Jean Jaurès, France

Résumé :

La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont inscrites dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. L'impulsion d'une politique de recherche au sein d'une direction des soins fait partie du champ de compétences des directeurs des soins.

Inscrite dans un devis de recherche mixte simultané avec triangulation (Hanson, 2005 ; Creswell, 2003), la recherche que nous avons effectuée visait à identifier l'influence des représentations professionnelles sur les pratiques managériales des directeurs des soins à l'égard de la promotion de la recherche infirmière et paramédicale. 106 directeurs des soins ont répondu à un questionnaire basé sur le recueil des évocations hiérarchisées dans la lignée des travaux de Vergès (1992 ; 1994). Les entretiens semi-directifs menés auprès de 10 directeurs des soins travaillant dans des centres hospitaliers de quatre régions distinctes viennent enrichir les données quantitatives.

Les résultats indiquent que les conceptions de la recherche infirmière et paramédicale proposées par les directeurs des soins font références à deux champs distincts : celui de l'« *opportunité de la recherche dans l'évaluation des pratiques* » (La recherche est perçue comme fondamentale dans l'évaluation des pratiques professionnelles) et celui d'une « *lecture idéologique de la recherche* » (la recherche est perçue comme une utopie inaccessible assujettie aux contraintes financières). L'analyse à visée praxéologique vient en conclusion servir des propositions en termes de repères pour l'action dans le cadre du projet managérial du directeur des soins. Le modèle d'implantation multi-niveaux (Fixsen et collaborateurs, 2005) avec la déclinaison d'un Plan d'action de promotion de la recherche (PAPR) constitue la clé de voute d'une stratégie managériale opérante et stratégique pour accompagner le changement.

Mots clés :

Recherche infirmière et paramédicale, management, représentation professionnelle, acculturation, repères pour l'action, directeur des soins.

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.