



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **Caroline AIGLE – 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**La recherche en santé,
un levier de développement
de compétences,
pour les collaborateurs
du Directeur des Soins**

Anne-Lise CAMIUL

Remerciements

J'adresse mes remerciements et ma profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et au cheminement vers ce nouveau métier,

Aux professionnels de santé, pour leur disponibilité, leur intérêt et la qualité des échanges,

A mon directeur de mémoire, pour ses conseils éclairés et sa disponibilité,

A mes collègues de promotion devenus mes amis, pour la richesse des échanges et les moments de légèreté,

A mes proches, pour la relecture, les conseils avisés et le soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction	1
1 Management et recherche en santé	3
1.1 La compétence, source d'évolution individuelle et professionnelle	3
1.1.1 Face à l'évolution sociétale, le concept de compétence émerge	3
1.1.2 Compétence, une définition longue à stabiliser	4
1.2 Le management des compétences en question	5
1.2.1 Le management, une définition polysémique	5
1.2.2 Le management des compétences, une inscription institutionnelle.....	6
1.3 Les enjeux du management dans l'organisation hospitalière.....	7
1.3.1 Transposer les compétences des cadres dans un autre contexte	7
1.3.2 Développer l'innovation managériale.....	8
1.3.3 Favoriser l'apprentissage organisationnel	9
1.4 La chaîne managériale de la recherche en santé à l'hôpital	11
1.4.1 Le Directeur des Soins, préfigurateur et animateur de la politique de recherche en santé.....	11
1.4.2 Les cadres soignants de pôles, pilotes de projets	12
1.4.3 Les cadres d'unités de soins, managers des professionnels – promoteurs de recherche.....	14
1.5 La recherche en santé en France.....	16
1.5.1 Les professionnels paramédicaux – promoteurs de recherche en santé	16
1.5.2 Définition, objet et organisation de la recherche en santé	16
1.5.3 Les obstacles au déploiement de la recherche en santé	18
1.5.4 Un modèle hospitalier de déploiement de la recherche en santé.....	19
1.6 Le questionnement qui conduit à l'enquête de terrain.....	20
2 Enquête.....	21
2.1 Présentation de la méthode d'enquête	21
2.1.1 Les objectifs de l'étude.....	21
2.1.2 Le choix de la méthode de collecte de données	21
2.1.3 La population à interviewer	22
2.1.4 La procédure et le matériel utilisés	23
2.1.5 Les principes déontologiques et éthiques.....	23
2.1.6 Les ajustements liés au contexte sanitaire	24
2.2 Présentation et analyse des données recueillies	24
2.2.1 La population interviewée.....	24

2.2.2	La place et le rôle du Directeur des Soins dans la recherche en santé.....	25
2.2.3	Les répercussions sur les pratiques managériales des cadres.....	30
2.2.4	La transposition des compétences acquises, un cercle vertueux	31
2.2.5	La répercussion institutionnelle de la recherche en santé	33
2.2.6	Des freins liés aux cadres	35
2.3	Discussion.....	38
2.3.1	Retour sur l'hypothèse	38
2.3.2	La convergence de la recherche en santé et du développement de compétences des cadres.....	38
2.3.3	Des points de vigilance quant à la recherche en santé.....	39
2.3.4	Des limites de la méthode de recherche à considérer	40
2.3.5	Des projections issues de l'analyse.....	40
3	Préconisations.....	41
3.1	Une politique pour déterminer les orientations.....	41
3.1.1	A l'échelon institutionnel.....	41
3.1.2	A l'échelon intermédiaire	42
3.2	Une stratégie pour déterminer des plans d'action.....	43
3.2.1	Consolider et promouvoir la montée en compétences des cadres.....	43
3.2.2	Mobiliser et transposer les compétences des cadres dans une vision transversale.....	44
3.3	Des facteurs clés de succès de la recherche en santé	44
3.3.1	Pratiquer l'Evidence Based Management.....	44
3.3.2	Collaborer avec le corps médical	45
3.3.3	Structurer l'organisation de la recherche en santé à la Direction des Soins	45
3.3.4	Opérationnaliser la mise en œuvre de la recherche en santé.....	45
	Conclusion	48
	Bibliographie	49
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EBP	Evidence Based Practice
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
PAPR	Plan d'Action de Promotion de la Recherche
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PCSIRMT	Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

Introduction

Dans le Centre de Référence Maladie Rare, où j'ai exercé en qualité de cadre de santé, le Directeur des Soins (DS) ¹, m'a chargée de l'encadrement d'une équipe non-médicale. Parmi les missions dévolues à ces centres, figure la recherche sur les maladies rares ². C'est à cette occasion que je me suis confrontée à des questionnements sur le management de professionnels qui détiennent des responsabilités et de l'autonomie. L'entrée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et mon cheminement vers la profession de DS ont enrichi mon questionnement sur le levier que peut représenter la recherche dans le mandat des cadres.

La structuration de la recherche paramédicale en France est issue des procédés employés par le corps médical ³. Elle est aujourd'hui autonome, c'est pourquoi l'approche médicale a été exclue de la problématique de ce mémoire. Pendant la dernière décennie, la recherche paramédicale en France s'est structurée afin de donner la possibilité aux professionnels de mener des recherches via les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). La Loi de 2016 ⁴, encourage le DS à promouvoir la recherche. Les organismes de représentations professionnelles (conseils de l'ordre, sociétés savantes, conseils nationaux professionnels...) convergent dans l'idée que le développement de la recherche paramédicale sert des objectifs de qualité des soins, de valorisation et de développement des professions paramédicales. Les projets de soins, élaborés par les DS, consacrent souvent un axe dédié à la recherche. L'une des compétences du DS consiste d'ailleurs en l'« *impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques* » ⁵.

Bien que le législateur dans le cadre des PHRIP mentionne la recherche infirmière et paramédicale, dans le cadre de ce mémoire, le terme de recherche en santé sera employé pour mentionner la recherche effectuée par les professionnels paramédicaux en référence aux dispositifs mis en place via les sections universitaires au sein du Conseil National des Universités ⁶.

¹ Toutes les abréviations utilisées dans ce mémoire, sont déclinées au féminin, au masculin, au singulier et au pluriel.

² Ministère des solidarités et de la santé, « Les maladies rares ».

³ Diebolt et Misse, *Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital: Enjeux, réglementation, organisation et financement*.

⁴ Touraine, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins. »

⁶ Buzin, Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Les enquêtes exploratoires menées entre janvier et mars 2020, auprès de Coordonnateurs Généraux de Soins (CGS), de DS, de coordinateurs de recherche et d'universitaires, sous forme d'entretiens semi-dirigés ⁷, montrent des difficultés dans le déploiement de la recherche en santé parfois perçue comme une activité élitiste, déconnectée de la réalité et dédiée à une catégorie restreinte des professionnels de santé ^{8 9} ; bien qu'elle ancre ses fondements dans les problématiques issues du terrain ¹⁰. Alors que des départements de recherche en santé, dans les Directions des Soins ou dans d'autres départements, sont structurés et efficaces, les coordinateurs de recherche rencontrent des difficultés dans les relais opérationnels. Les cadres de santé n'occuperaient ni les fonctions de « *catalyseur* » des équipes paramédicales au déploiement de la recherche ; ni les fonctions de « *relai* » ¹¹ ascendant ou descendant. Ces entretiens mettent en évidence que le management de la recherche en santé peut apporter aux cadres un savoir-faire, ils deviennent « *plus réflexifs ; ils analysent, cherchent dans la littérature et critiquent.* » ¹². L'encadrement d'un professionnel – promoteur de recherche en santé, pourrait alors être envisagé comme un levier au management par les cadres.

L'ensemble de ces données amène à poser la question suivante : Dans quelle mesure, le Directeur des Soins peut-il s'appuyer sur la recherche en santé, pour que ses collaborateurs développent leurs pratiques managériales ?

Ce qui conduit à la formulation de l'hypothèse suivante : le pilotage de la recherche en santé et l'accompagnement des professionnels – promoteurs, introduiraient de nouvelles pratiques managériales à l'hôpital.

Pour répondre à la question, une première partie s'attache à l'exploration de la littérature professionnelle : les compétences managériales, le management des compétences et les enjeux du management hospitalier ; puis suit un focus sur les managers hospitaliers et sur la recherche elle-même. Une deuxième partie présente l'enquête menée sur le terrain auprès de différents publics. Elle permet d'explorer et d'analyser la perception de différents interlocuteurs sur l'impact de la recherche dans les pratiques managériales des cadres. Enfin, comme ce mémoire s'inscrit dans la perspective professionnelle et opérationnelle d'un DS en devenir, il s'agit de montrer quelle application pratique et quelles préconisations peuvent être envisagées à l'issue de l'étude.

⁷ Annexe I : Grille d'entretiens exploratoires

⁸ Entretien A, auprès d'un Directeur des Soins, février 2020.

⁹ Entretien B, auprès d'un chercheur bi-appartenant, février 2020.

¹⁰ Entretien H, auprès d'un médecin de santé publique, chargé de la recherche, mars 2020.

¹¹ Entretien D, auprès d'un cadre supérieur chargé de mission, février 2020.

¹² Entretien A auprès d'un Directeur des Soins, février 2020.

1 Management et recherche en santé

1.1 La compétence, source d'évolution individuelle et professionnelle

1.1.1 Face à l'évolution sociétale, le concept de compétence émerge

Le rapport au travail et à l'activité a évolué au cours du temps. Alors que le début du 20^{ème} siècle est marqué par une rémunération salariale liée à l'occupation d'un poste, le début du 21^{ème} siècle est lui construit sur un modèle privilégiant la compétence individuelle des employés. Ce changement de paradigme est notable. « *Des salariés « seulement » qualifiés ne confèreraient plus aux entreprises les moyens d'assurer la compétitivité de leurs produits ; il faudrait, en plus, la garantie que, en situation, les salariés puissent mobiliser une série de savoirs qui assureront la qualité de leurs prestations, notamment face à l'imprévu de situations critiques.* »¹³.

Jusqu'à la fin des années 1960, le taylorisme est le modèle le plus répandu dans le monde de l'entreprise. A ce moment, l'employé effectue une tâche prescrite, dans un contexte défini. L'objectif est l'efficacité dans la tâche attribuée. Les mouvements sociétaux de mai 1968 remettent en cause le modèle hiérarchique, « *La subordination hiérarchique est remise en question, et on demande une meilleure reconnaissance du travailleur en tant qu'individu, ainsi qu'une prise en compte du travail réel, allant souvent au-delà du travail prescrit. Il ne s'agit donc plus de reconnaître uniquement la tâche réalisée, mais bien l'individu en tant que tel, et ses « plus-values » individuelles.* »¹⁴.

Les crises pétrolières de 1974 et 1979 accentuent le phénomène de remaniement du monde de l'entreprise. Le déploiement de nouvelles technologies oblige les ouvriers à diversifier leurs tâches. Face à ces nouveaux besoins, les attentes vis-à-vis du travailleur mutent. « *Être compétent, signifie alors progressivement être efficace dans de nouvelles situations de travail, et plus seulement dans un domaine d'action connu et restreint.* »¹⁵.

Au début des années 1990, l'informatique prend une ampleur considérable au sein des entreprises. Le périmètre d'action des professionnels augmente et requiert de nouveaux comportements, notamment la prise d'initiatives et de responsabilités exclues auparavant des tâches prédéfinies et répétitives. Parallèlement, l'augmentation du taux de chômage engendre des difficultés de mobilité professionnelle (interne et externe aux entreprises).

¹³ Antoine et al., « Faut-il brûler la gestion des compétences ? Une exploration ces pratiques en entreprise ».

¹⁴ Engels, « L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure ».

¹⁵ Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions.*

« *L'employé compétent doit être adaptable, et celui-ci attend en retour que le travail soit formateur.* »¹⁶.

A la fin des années 1990, la notion de compétences collectives émerge, en réponse aux situations de travail complexe, ne pouvant être gérées par un seul individu. « *La compétence collective est plus que la somme des parties.* »¹⁷.

Au début des années 2000, le concept de compétence ajoute la composante du réseau et des ressources. « *L'individu compétent ne doit plus seulement être adaptable, il doit désormais être en mesure de sélectionner et mobiliser les ressources nécessaires à la résolution du problème posé, que ces ressources soient humaines ou matérielles.* »¹⁸.

Ainsi, le développement de compétences ne se constitue pas exclusivement de savoir et d'adaptation d'un salarié à une tâche spécialisée. La compétence s'inscrit plus largement dans une perspective d'investissement immatériel. « *En définitive, l'évolution des modes de travail vers l'abstraction, l'autonomie et le travail en équipe se met au premier plan des compétences.* »¹⁹.

1.1.2 Compétence, une définition longue à stabiliser

La définition fondatrice sur laquelle de nombreux auteurs s'accordent suite aux travaux de Zarifian (2009) et de Le Boterf (2013) s'énonce ainsi : « *La compétence est l'ensemble des caractéristiques individuelles : connaissances, aptitudes, et attitudes qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide.* »²⁰.

L'acception commune renvoie la compétence aux notions de savoir, savoir-faire et savoir-être. Aujourd'hui, la littérature scientifique énonce que cette « *approche analytique* » est incomplète puisque « *le concept de compétence ne renvoie pas uniquement aux savoirs et savoir-faire. Il implique aussi la capacité à répondre à des exigences complexes et à pouvoir*

¹⁶ Engels, « L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure ».

¹⁷ Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions.*

¹⁸ Engels, « L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure ».

¹⁹ Plane, *Management des organisations.*

²⁰ Lucas et Duveau, « Sans compétences, pas de performance ? »

mobiliser et exploiter des ressources psychosociales (dont des savoir-faire et attitudes) dans un contexte particulier. » ²¹.

En 2014 l'un des organismes tutélaires des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS), apporte des éléments complémentaires, en ce qui concerne la profession médicale. « *La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité »* ²². Par analogie nous conviendrons, que quelle que soit la profession, la compétence repose sur des acquisitions pratiques et théoriques et qu'elle s'entretient tout au long de l'exercice professionnel pour s'exploiter dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

« Toutefois, les définitions sont nombreuses et dépendent des points de vue et des visées opératoires des auteurs, ce qui en fait aujourd'hui une notion non stabilisée. » ²³. Il est plausible d'imaginer de nouvelles évolutions du concept de compétences. Le DS aura la mission de suivre cette évolution tant théorique que pratique, de manière à accompagner les équipes à leur mobilisation.

1.2 Le management des compétences en question

1.2.1 Le management, une définition polysémique

En référence aux travaux de Taylor (1911), Fayol (1916), Weber (1947) puis de Mintzberg (1975), le commandement et la hiérarchie de l'entreprise évoluent. Seules les entreprises non-modernes associent commandement et expertise (dans le sens capacité hautement qualifiée). « *Dans les secteurs modernisés, le prestige du poste d'autorité diminue.* » ²⁴. Le mode de commandement « *autoritaire* » devient obsolète du fait du « *dédoulement du savoir* ». Concomitamment à la source d'autorité traditionnelle qu'est l'expérience, apparaît une nouvelle forme de savoir dans les ateliers et industries modernes, détenue par les jeunes générations. « *Ce n'est pas seulement le mode de commandement qui est ébranlé, mais aussi tout l'échafaudage des rapports entre classes d'âge. La crise du commandement est également celle de la séniorité. Les logiques de compétences porteront*

²¹ Engels, « L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure ».

²² Haute Autorité de Santé, « Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé : revue de littérature ».

²³ Lucas et Duvéau, « Sans compétences, pas de performance ? »

²⁴ Coutrot, « Archéologie des logiques de compétences ».

la marque de cette crise : l'ancienneté ne sera plus nécessairement reconnue comme une source valide d'expérience et les rapports entre classes d'âge s'en trouveront modifiés, se répercutant à leur tour sur le mode de calcul des rémunérations. »²⁵.

Le terme de management provient du français ménager « *idée de prendre soin, de faire attention à, de s'occuper de, et qui produit le substantif ménagement, qui veut dire précaution, soin* ». L'Académie Française définit le management comme l'« *Ensemble des techniques d'organisation et de gestion de l'entreprise* »²⁶. Une autre origine du mot management provient de l'italien « *maneggiare : manoeuvrer, manier* » et de la référence au « *manège : manègement qui consiste à donner des ordres à un cheval et à son cavalier* ». Une connotation de supériorité est ici mise en évidence.

1.2.2 Le management des compétences, une inscription institutionnelle

Le management des compétences implique de mettre en avant l'individu plutôt que sa qualification. Les principes, d'engagement, de responsabilité et d'autonomie du salarié dans les résultats produits par l'entreprise, constituent le pendant de la mobilisation des compétences. Ainsi, pour la hiérarchie, il ne s'agit plus de prescrire des tâches, mais d'articuler des compétences de manière à obtenir des résultats pour l'entreprise et pour l'individu lui-même. « *Cette gestion du « portefeuille de compétences » du salarié serait envisagée dans une optique de coresponsabilité : le salarié s'appropriant la gestion de ce portefeuille en accord avec les demandes de l'entreprise qui s'engage, en contrepartie, à lui fournir tout son support en la matière. »²⁷.*

Il est communément et scientifiquement admis qu'aujourd'hui, au travers d'une activité professionnelle, les individus recherchent le développement personnel, mais aussi la reconnaissance et du pouvoir d'achat. Fort de ce précepte, le manager a la mission d'accompagner les professionnels à l'atteinte directe ou indirecte de ces objectifs. Les moyens déployés pour y parvenir, au-delà d'être individualisés et personnalisés, peuvent être innovants. « *En définitive, le manager agent de changement est plus que jamais amené à accompagner les transformations de l'organisation et à piloter ou à jouer un rôle important dans des projets complexes tout en intégrant la rationalité des personnes impliquées dans l'organisation. Inévitablement, il faut séduire, créer des conditions favorables à l'implication des individus en quête de réalisation d'eux-mêmes mais aussi de nouveaux défis à relever. L'actualité des entreprises montre bien qu'il est devenu essentiel de chercher à moderniser*

²⁵ Coutrot.

²⁶ Académie Française, « Management ».

²⁷ Antoine et al., « Faut-il brûler la gestion des compétences ? Une exploration ces pratiques en entreprise ».

*les modes de management, de piloter et de contribuer à mettre en œuvre les transformations de l'organisation. »*²⁸.

L'objectif du management des compétences converge vers la gestion des ressources humaines. Le management des compétences désigne « *l'ensemble des actions managériales engagées par une (ou des) organisation(s) afin de les gérer et de les développer. Ainsi, manager les compétences signifie à la fois les gérer, c'est-à-dire élaborer et appliquer des règles de gestion, et les développer au moyen de l'un des deux modes d'apprentissage que sont l'exploitation et l'exploration. »*²⁹.

Le contexte sociétal des dernières décennies (chocs pétroliers, innovations, mondialisation...) a conduit les entreprises et les services publics à modifier leur organisation. La gestion de l'entreprise doit désormais s'inscrire dans un environnement complexe comprenant notamment l'exigence de résultats financiers à court terme, une flexibilité et des conditions de réactivité majorées, de nouveaux rôles attribués à la gouvernance, la pression des contre-pouvoirs...³⁰ Les cadres dirigeants, missionnés sur la politique et la stratégie d'entreprise, ont aussi la mission d'accompagner leurs collaborateurs – les équipes d'encadrement, à développer les projets qui in fine permettent la survie de l'institution. Ainsi, la figure d'autorité évolue et ne se réduit plus au fait de commander, mais nécessite de savoir animer, mobiliser et orchestrer. En entreprise comme à l'hôpital, le management des compétences s'effectue aux différentes strates de l'organisation. Le chef d'atelier comme le cadre de proximité, ont la charge de la gestion des compétences des opérateurs. Les cadres dirigeants et intermédiaires doivent eux gérer les compétences des cadres, accompagner leur développement voire les projeter dans de nouvelles organisations. La connaissance des enjeux et perspectives institutionnelles accompagne cette projection.

1.3 Les enjeux du management dans l'organisation hospitalière

1.3.1 Transposer les compétences des cadres dans un autre contexte

Des études en gestion stratégique ont examiné la difficulté à transférer les meilleures pratiques d'un endroit à un autre. La compétence, et la façon dont elle est gérée, est reconnue comme une clé de la rentabilité dans le nouvel ordre mondial de l'économie du savoir. Le développement des compétences est considéré comme essentiel pour établir un avantage concurrentiel sur le marché. Mais, dans les services de santé la compétence est

²⁸ Plane, *Management des organisations*.

²⁹ Loufrani-Fedida et Saint-Germes, « Compétences individuelles et employabilité : essai de clarification de leur articulation ».

³⁰ Boyer, « Avenir du management et management de l'avenir : la place du métier ».

à la fois inégalement répartie et adoptée ³¹. Les phases du transfert des connaissances et des compétences, ont été modélisées par G. Szulanski et reprises par G. Elwyn ³². Il s'agit de jalons, représentés au travers de quatre étapes chronologiques :

L'initiation et la mise en œuvre, deux étapes caractérisées par l'apprentissage préalable (planification et expérimentation) ; suivies de la montée en puissance et de l'intégration, deux étapes caractérisées par l'apprentissage par la réalisation (résolution des problèmes, puis suivi et adaptation).

Le transfert des acquis du milieu de formation au milieu professionnel, représente un enjeu pour les individus et de performance pour les établissements ³³. Ce concept peut être étendu au transfert des acquis de compétences des cadres d'unités de soins et cadre de pôles, d'un milieu à l'autre de leur activité professionnelle. Des facteurs sont susceptibles de favoriser ce transfert : des variables individuelles (motivation, sentiment d'efficacité personnelle, attitudes relatives au travail, confiance) qui montrent que les individus sont plus susceptibles d'utiliser leurs compétences s'ils sont impliqués au travail et dans l'organisation ; des variables liées aux processus d'apprentissage (élaboration d'objectifs de transferts au cours de l'apprentissage) ; des facteurs relatifs aux caractéristiques de l'environnement de travail (culture, climat de transfert, soutien du supérieur hiérarchique et des collègues) ³⁴.

Si l'on reconnaît la performance d'un établissement de santé (par les critères définis par les autorités notamment la HAS), on peut subodorer la sollicitation de compétences et notamment de compétences managériales. Le corollaire est alors la transposition d'un domaine à l'autre.

1.3.2 Développer l'innovation managériale

L'innovation managériale est définie comme « *Ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont effectuées et/ou les structures traditionnelles de l'organisation lui permettant ainsi de mieux atteindre ses objectifs* » ³⁵. Deux modalités d'innovation managériale sont ainsi mises en évidence : l'invention et l'adoption d'une pratique ou d'une méthode de management complètement nouvelle par rapport aux pratiques existantes et l'adoption pour une organisation de pratiques nouvelles. « *Cette*

³¹ Elwyn, Taubert, et Kowalczyk, « Sticky knowledge : a possible model for investigating implementation in healthcare contexts ».

³² Elwyn, Taubert, et Kowalczyk.

³³ Devos et Dumay, « Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la littérature ».

³⁴ Devos et Dumay.

³⁵ Nobre, « L'innovation managériale à l'hôpital ».

double modalité pour définir l'innovation managériale peut amener à différencier, en premier lieu, des innovations reposant sur un processus de création ex-nihilo et, en second lieu, des innovations consistant à transférer dans un contexte nouveau une innovation déjà expérimentée ailleurs. »³⁶.

« Ces innovations managériales sont donc finalement les réponses apportées par les établissements pour dépasser les difficultés liées aux caractéristiques ontologiques de l'hôpital, le cloisonnement, la diversité des acteurs et la complexité des rapports de pouvoir. Ces innovations managériales visent la responsabilisation des acteurs, la clarification de la prise de décision et la reconstruction de la coordination transversale. »³⁷.

L'inscription de nouveaux projets, dans la politique institutionnelle et par déclinaison dans les pôles, favorise l'innovation managériale et par conséquent, le développement et l'optimisation des pratiques et des compétences de l'encadrement.

1.3.3 Favoriser l'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel consiste en la capacité de l'organisation à mener une action efficace. Il est défini comme *« un processus à travers lequel une organisation élargit son répertoire d'action. [...] Il y a apprentissage organisationnel dès lors que l'acquisition et l'élaboration de connaissances individuelles modifient le répertoire partagé de l'entité. »³⁸.* L'apprentissage organisationnel est sous-tendu par une modification des façons de faire. *« L'apprentissage organisationnel suppose que ses membres et l'organisation modifient leurs façons de faire en s'appuyant sur leur expérience et sur celle d'autres. »³⁹.* Il s'agit plus d'une philosophie que d'un processus qui comprendrait des étapes à déployer dans un ordre défini. *« Il s'agit du développement continu de l'organisation, de ses membres, de ses capacités et de ses compétences pour innover et créer son propre avenir. »⁴⁰.*

Les cadres exercent un rôle central dans l'apprentissage organisationnel, pour faire évoluer les pratiques et pour faciliter la communication entre les acteurs. Les individus, en construisant leur propre parcours professionnel dans le sens de l'autonomie et de la responsabilisation, deviennent les acteurs de leur développement. Cette dimension implique une évolution des modes managériaux. L'évolution des périmètres des hôpitaux, en particulier le management décentralisé des pôles, implique elle-aussi, pour les cadres

³⁶ Nobre.

³⁷ Nobre.

³⁸ Tebourbi et Saïd, « Les rôles des cadres intermédiaires dans l'apprentissage organisationnel : une étude exploratoire au sein d'un cabinet de conseil ».

³⁹ Tebourbi et Saïd.

⁴⁰ Arnaud, « Les organisations apprenantes ».

d'adopter de nouveaux modes managériaux. « *L'une des responsabilités fondamentales de chaque manager est bien de « faire grandir » les collaborateurs dont il a la charge, c'est-à-dire de les développer et de les faire progresser en permanence.* »⁴¹. L'impact de ces nouveaux modes managériaux se mesure sur le collectif. « *Le nouveau rôle du manager est de maximiser les interrelations entre les membres d'une équipe afin de développer la capacité collective de celle-ci, d'impulser une culture du changement, de pousser et de faciliter l'autonomisation, de développer la confiance.* »⁴². Le mandat consiste alors à créer les conditions de création de l'efficacité collective de l'équipe. « *Le manager de demain est celui qu'on ne verra pas, ce sont le niveau de savoir-faire et de qualité relationnelle de son équipe qui seront la véritable mesure de sa performance managériale. C'est également ce type de management qui mettra les individus de l'équipe en situation d'apprenance collective.* »⁴³.

Dans l'organisation apprenante, la gestion des hommes requiert de prendre en compte les parcours individuels et la diversité de profils et de parcours, offrant alors aux collaborateurs un « *spectre plus large d'apprentissage.* »⁴⁴. Dans l'organisation apprenante, il s'agit enfin de mettre en place des dispositifs qui « *accélèrent l'apprentissage et l'acquisition de compétences nouvelles* ». ⁴⁵. Cela peut se traduire par la mise en œuvre de dispositifs innovants destinés à transformer des projets en réalité. « *Ces modalités d'incubation et d'accompagnement, qui durent plusieurs mois en général, sont de véritables accélérateurs d'acquisition et de développement des compétences. Le développement de l'organisation apprenante appelle, pour conclure, la fonction ressources humaines à adopter un nouveau positionnement pour garantir le succès de sa mise en œuvre.* »⁴⁶.

Chaque nouveau projet à l'hôpital peut constituer une ressource d'apprentissage. Charge alors aux managers, d'impulser l'apprentissage organisationnel et de favoriser la montée en compétence des équipes.

La recherche en santé, inscrite par le DS dans les projets de soins, pilotée par les cadres soignants de pôles, conduite par des professionnels – promoteurs, eux-mêmes encadrés par des cadres d'unités de soins ; présente les caractéristiques et enjeux de nombreux autres projets hospitaliers. La présentation de la chaîne managériale de la recherche en santé à l'hôpital vise à clarifier le rôle de chacun et particulièrement, à identifier le rôle spécifique dévolu à l'encadrement dans ces dispositifs.

⁴¹ Plein, « De l'entreprise formatrice à l'organisation apprenante ».

⁴² Plein.

⁴³ Plein.

⁴⁴ Plein.

⁴⁵ Plein.

⁴⁶ Plein.

1.4 La chaîne managériale de la recherche en santé à l'hôpital

1.4.1 Le Directeur des Soins, préfigurateur et animateur de la politique de recherche en santé

A) Le Directeur des Soins associe stratégie et opérationnalité

Le DS s'appuie sur la législation et la réglementation qui définissent son périmètre d'action :

Le décret de 2002 ⁴⁷ souligne que le DS coordonne la définition, l'organisation et la mise en œuvre de la politique de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Ce décret positionne le DS comme le coordonnateur des équipes d'encadrement qu'il doit animer.

Le référentiel de compétences qui a vocation à définir « *une manière d'agir reconnue comme efficace pour réaliser les activités prescrites pour un métier donné* » ⁴⁸ ; liste neuf compétences dont l' « *impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins.* » ⁴⁹. Le DS a donc la charge du développement de la recherche en santé en établissement et sur le territoire. « *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 devient force d'accompagnement dans l'impulsion d'une politique dédiée à la promotion et au développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein d'un territoire de santé.* » ⁵⁰. C'est à ce titre que le DS pilote la recherche en santé à l'échelle institutionnelle.

B) Le Directeur des Soins détermine la politique de soins de l'établissement

La Loi de 2009 ⁵¹ crée une nouvelle instance, le directoire, constitué du chef d'établissement, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) et du DS – Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PCSIRMT), qui entre autres missions est chargé de délibérer sur le projet d'établissement ⁵². Celui-ci inscrit sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis

⁴⁷ Ministère de la santé, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁴⁸ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins. »

⁴⁹ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

⁵⁰ Peoc'h, « Plan d'action de promotion de la recherche ».

⁵¹ Bachelot-Narquin, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵² Ministère des solidarités et de la santé, Article 6143-2.

conjointement avec l'université et il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins.

Le DS établit le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui 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). En lien avec le projet d'établissement, le projet de soins guide le développement des pratiques professionnelles et contribue à l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins⁵³. La Direction des Soins s'appuie sur une politique managériale pour mettre en œuvre le projet de soins. La politique d'encadrement s'articule avec la dynamique institutionnelle, identifie une stratégie, précise les perspectives et souligne la volonté de mise en œuvre d'orientations indispensables pour permettre un encadrement paramédical performant et efficace. Elle oriente l'action de l'encadrement vers l'identification des axes prioritaires pour la construction des parcours de soins des patients. Cette politique est également élaborée pour anticiper et accompagner la nécessaire modernisation des hôpitaux, les évolutions institutionnelles et les progrès de la médecine.

C) Le Directeur des Soins anime la commission de soins

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)⁵⁴ vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. En application de la loi de 2009⁵⁵, la CSIRMT a vocation à représenter l'ensemble des filières paramédicales. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de paramédicaux. Parmi d'autres axes stratégiques, la CSIRMT est consultée sur les thèmes de la recherche et de l'innovation dans le domaine des soins.

1.4.2 Les cadres soignants de pôles, pilotes de projets

A) Une approche socio-historique de la profession de cadre soignant de pôle

Le plan Hôpital 2007⁵⁶ introduit la notion de nouvelle gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles, « *Supports de l'organisation interne de l'hôpital, ils sont le lieu de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales et de management des équipes*

⁵³ Louazel et al., *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*.

⁵⁴ Ministère des solidarités et de la santé, 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.

⁵⁵ Bachelot-Narquin, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁶ Ministère des solidarités et de la santé, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

soignantes. »⁵⁷. Les acteurs chargés de piloter les pôles (un médecin chef de pôle, un cadre soignant et un cadre administratif) ont un rôle majeur pour faire vivre et accompagner les évolutions de pratiques⁵⁸. Ils sont des acteurs centraux de la dynamique du pôle, ils agissent dans la perspective d'une amélioration du fonctionnement de l'hôpital, ils impulsent des dynamiques collectives et utilisent le pôle pour les porter. « *Le défi consiste souvent à dépasser le niveau du service pour développer des projets transversaux, au service de la qualité des soins et de l'optimisation de l'organisation.* »⁵⁹.

B) La fiche métier de cadre soignant de pôle définit leur périmètre d'intervention
La fiche métier de cadre soignant de pôle (répertoire métier de la FPH⁶⁰), présente un métier centré sur des activités de gestionnaires de ressources, de manager d'hommes, de coordonnateur et de promoteur de projets. Elle fixe des missions d'optimisation des moyens, d'animation d'équipes d'encadrement, de respect des contraintes réglementaires et d'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle. Le cadre soignant de pôle est donc un acteur du pilotage de projets de pôles. La recherche en santé en fait partie.

C) Le mandat des cadres soignants de pôles dans l'organisation hospitalière
Les périmètres des pôles, variables selon les institutions (pouvant dépasser 1 000 personnels non-médicaux) ont exigé un changement des conduites managériales des cadres soignants de pôle. « *Alors qu'ils pouvaient hier encore adopter un management de proximité, celui-ci est devenu de plus en plus distancié.* »⁶¹.

En ce qui concerne la conduite de projets, le cadre soignant de pôle coordonne et promeut, facilite et initie. L'intervention des cadres soignants de pôles au niveau stratégique apporte des bénéfices directement liés à leur contribution. Dans le contexte d'innovation organisationnelle des structures hospitalières, le cadre soignant de pôle définit les organisations managériales en tenant compte des pratiques ancrées dans l'histoire du pôle. Le cadre soignant de pôle s'engage sur l'avenir du pôle. « *Il lui faut pour cela bouleverser*

⁵⁷ Hoarau et Dumas, « Le cadre paramédical de pôle, un acteur pionnier dans le changement hospitalier ».

⁵⁸ Hoarau et Dumas.

⁵⁹ Louazel et al., *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*.

⁶⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction Générale de l'Offre de Soins, « Cadre soignant de pôle ».

⁶¹ Hoarau et Dumas, « Le cadre paramédical de pôle, un acteur pionnier dans le changement hospitalier ».

des règles qui garantissaient une certaine stabilité, une routine, au profit d'une innovation créative et produisant une rupture avec le quotidien. » ⁶².

En ce qui concerne la recherche en santé, il revient au cadre soignant de pôle, de décliner en collaboration avec le chef de pôle la politique institutionnelle de recherche en santé. Ainsi, il oriente les équipes sur les thématiques prioritaires, définit les axes de formation nécessaires au développement de compétences des équipes paramédicales...

1.4.3 Les cadres d'unités de soins, managers des professionnels – promoteurs de recherche

A) Une approche socio-historique de la profession de cadre d'unités de soins

Pendant les années 1990, alors que le contexte budgétaire des établissements de santé s'avère de plus en plus contraint, la fonction d'encadrement des soins adopte une dimension de modernisation ⁶³. La distanciation entre la profession initiale et les fonctions d'encadrement est requise. Le programme de formation ne laisse aucune place aux pratiques cliniques au profit de savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion. Les cadres ont désormais la mission d'organiser et de superviser le travail des équipes de soins ; *« agir non plus en tant que membres de leur profession, mais en tant que membres de l'organisation, chargés de la réalisation du projet d'établissement. »* ⁶⁴. C'est une conversion de leur identité professionnelle qui est exigée dans les fonctions d'encadrement. En 2009, le rapport de la mission cadres hospitaliers prône l'introduction d'*« une gestion moderne des ressources humaines »* ⁶⁵ afin de *« gagner le pari de l'efficience »* ⁶⁶ à l'hôpital.

B) La législation et la réglementation définissent les périmètres d'intervention

En 2012, le législateur détermine les missions des cadres de santé, *« des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements. »* ⁶⁷. Cette définition privilégie la notion d'encadrement des équipes sans apporter d'autres précisions sur les mandats.

⁶² Hoarau et Dumas.

⁶³ Divay et Gadéa, « Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé ».

⁶⁴ Divay, « Cadres de santé : des encadrants de proximité au pouvoir limité ».

⁶⁵ de Singly, « Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, propositions et annexes ».

⁶⁶ de Singly.

⁶⁷ Ministère des solidarités et de la santé, décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière dans son article 4.

La fiche métier de l'encadrant d'unités de soins et d'activités paramédicales (répertoire métier de la FPH ⁶⁸) mentionne quatre dimensions : la gestion des ressources humaines ; la gestion des moyens matériels et financiers ; la conduite de projets et la garantie de la qualité des soins. En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) débute les travaux de réingénierie du diplôme de cadre de santé et édite un document de travail ⁶⁹ qui décrit les compétences et activités de cadres de santé.

C) Le mandat des cadres d'unités de soins dans l'organisation hospitalière

Le cadre d'unités de soins constitue la première strate de la hiérarchie hospitalière. Directement en contact avec les professionnels, les médecins, les usagers et l'encadrement supérieur ; le cadre d'unités de soins est au carrefour des différentes logiques ⁷⁰. Cette position leur confère une fonction de rouage de la politique institutionnelle. *« Ainsi peuvent-ils porter la politique de l'institution, en expliquer les enjeux et montrer aux équipes que la qualité, l'interdisciplinarité des compétences et des moyens sont des leviers d'action pour améliorer les prestations hospitalières et servir la performance. »* ^{71 72}. Les cadres d'unités de soins, sont les partenaires des cadres soignants de pôles et de la Direction des Soins pour la mise en œuvre de la politique institutionnelle et donc de la recherche en santé. *« L'activité recherche peut être considérée comme un outil de management performant : élaborer un projet de recherche organiser des ateliers de lecture d'articles, participer à une étude multicentrique. Autant de possibilités pour l'encadrement de générer une dynamique de groupe, de fédérer les équipes soignantes, de mettre en exergue des savoirs implicites ou de réaliser des choix d'organisation selon des données scientifiques. »* ⁷³.

Le pilotage de projets de déploiement de recherche et l'accompagnement de professionnels – promoteurs de recherche en santé à l'hôpital oblige à la rigueur, ils permettent une prise de recul des professionnels sur leurs pratiques et les méthodes d'analyse peuvent être transposées dans la gestion d'équipe.

⁶⁸ Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins, « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales ».

⁶⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction Générale de l'Offre de Soins, « Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé ».

⁷⁰ Franchistéguy-Couloume, « Au coeur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation ».

⁷¹ Dugast et Chauvancy, « La contribution de l'encadrement à la performance, quelles réalités ? »

⁷² Dumas et Ruiller, « Etre cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? »

⁷³ Beloni et Cartron, « La recherche en soins : développement d'une activité porteuse d'enjeux pour les professions paramédicales et les établissements de santé ».

1.5 La recherche en santé en France

1.5.1 Les professionnels paramédicaux – promoteurs de recherche en santé

La population paramédicale, constituée de professionnels issus de la filière de soins (infirmiers), de la filière de rééducation (diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens) et de la filière médico-technique (manipulateurs en électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire) ; est considérée comme un tout. En outre la littérature fait état de recherche infirmière et paramédicale ; dans ce mémoire, sauf mention explicite, les différents corps professionnels sont associés.

1.5.2 Définition, objet et organisation de la recherche en santé

La recherche scientifique est considérée comme une méthode de développement de connaissance, elle consiste à décrire, expliquer, prédire et vérifier des faits, des événements ou des phénomènes ⁷⁴.

En 1998, puis par réajustement en 2007, le Conseil International des Infirmières, valide une définition de la recherche : « *La recherche dans le domaine des soins infirmiers est une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés. Ce type de recherche englobe tous les aspects des questions de santé qui revêtent un intérêt quelconque pour les soins infirmiers, y compris pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins aux individus de tous âges pendant leur maladie, durant leur rétablissement ou lors de l'accompagnement vers une mort dans la dignité et la paix. [...] La recherche en soins infirmiers s'avère indispensable pour générer de nouveaux savoirs ; évaluer les pratiques et services existants ; et fournir des preuves qui pourront servir de référence pour l'éducation, la pratique, la recherche et la gestion dans le domaine des soins infirmiers.* » ⁷⁵.

Les objectifs de la recherche en santé se déclinent dans des champs étendus : les soins et leur application pratique ; la compréhension des mécanismes qui affectent les capacités des bénéficiaires à agir sur les effets de la maladie ; l'analyse des interventions des professionnels paramédicaux ⁷⁶...

⁷⁴ Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*.

⁷⁵ Conseil International des Infirmières (CII), « La recherche en soins infirmiers, prise de position adoptée en 1999 et réaffirmée en 2007 ».

⁷⁶ Formarier, « Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui ».

Aujourd'hui en France, le modèle de référence pour les prises de décisions cliniques est basé sur les données probantes et s'intitule « Evidence Based Practice » (EBP). L'EBP est définie comme « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions concernant les soins du patient individuel.* »⁷⁷. Elle tient compte de la faisabilité, de la pertinence, de la signification et de l'efficacité des pratiques de soins. L'objectif ultime de promouvoir l'EBP est d'assurer la prestation de services de santé équitables, abordables et de haute qualité à la population. L'Organisation Mondiale de la Santé décrit des avantages à la mise en œuvre de l'EBP pour la population, pour les professionnels de santé, pour le système de santé et pour la recherche et la formation. La démarche d'EBP, rigoureuse et scientifique est adossée à la démarche de recherche en santé. Elle comprend cinq niveaux : identifier la problématique ou la question clinique, faire une revue de littérature, évaluer les résultats de la recherche, choisir une intervention et l'évaluer^{78 79 80 81 82}. Sur le modèle de l'EBP, différents dérivés voient désormais le jour : l'Evidence Based Nursing, l'Evidence Based Management, l'Evidence Based Public Health.

La Loi de 2009⁸³, autorise les professionnels infirmiers à coordonner des programmes de recherche. En 2011, la Loi étend ce dispositif à l'ensemble des professionnels paramédicaux, disposant alors les PHRIP. La Loi de 2016⁸⁴ autorise les recherches dites biomédicales dans le domaine des soins sous la direction et la surveillance d'un infirmier.

Le Ministère de la Santé et des Solidarités, via la DGOS autorise des activités de recherche en santé. Ainsi, est légiféré le pilotage de programmes pour financer des équipes de recherche via des appels à projets nationaux. Des dispositifs complémentaires aux PHRIP permettent aussi aux professionnels paramédicaux de développer des processus de recherche (programme de recherche sur la performance du système des soins ; programme de recherche médico-économique). Par cette démarche, le Ministère des solidarités et de la santé soutient des projets qui contribuent au progrès paramédical ainsi qu'à l'amélioration

⁷⁷ World Health Organization (WHO) Regional office for Europe, « Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. »

⁷⁸ Sackett et al., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't ».

⁷⁹ Swanson, Schmitz, et Chung, « How to practice Evidence-Based Medicine ».

⁸⁰ Daly, « Chercheurs d'or : médecine evidence-based et science de la clinique ».

⁸¹ Boström et al., « Capability beliefs on, and use of evidencebased practice among four health professional and student groups in geriatric care: A cross sectional study ».

⁸² Brun-Buisson, « Plaidoyer pour l'EBM. Ou comment nier les évidences ».

⁸³ Bachelot-Narquin, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁸⁴ Touraine, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

des pratiques et de la qualité de la prise en charge, à l'efficacité du système de soins, à l'évaluation d'une innovation paramédicale ou organisationnelle ⁸⁵.

1.5.3 Les obstacles au déploiement de la recherche en santé

Nonobstant les dispositifs et soutiens nationaux pour le déploiement de la recherche en santé, différents obstacles limitent le développement de celle-ci.

A l'exception du recueil de données, les paramédicaux participent peu aux recherches cliniques. « *Un frein important au développement de la recherche infirmière en Europe est lié au manque de reconnaissance de la profession infirmière par les pouvoirs politiques.* » ⁸⁶. L'évolution réglementaire récente ⁸⁷, portant création des sections universitaires de santé, dont les sciences infirmières et les sciences de la rééducation et de la réadaptation, permettra aux universités dès 2020, de recruter des enseignants-chercheurs dans ces disciplines. Il s'agit pour les professions paramédicales d'une réelle émancipation. « *C'est une légitimité supplémentaire pour les sciences infirmières* » explique L. Jovic – DS conseillère technique à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France ⁸⁸.

La langue anglaise, internationale, est usitée dans la plus grande part des publications scientifiques. Il est donc attendu de pouvoir tant lire que rédiger dans cette langue. Or, dans une étude publiée en 2019, C. Engels – Ergothérapeute et Docteur en Sciences de l'Éducation – affirme que la lecture de l'anglais constitue une limite de l'accès au savoir et que la rédaction justifie de dépasser l'appréhension de l'écriture scientifique ⁸⁹. La réforme des études paramédicales, inclut l'anglais dans le référentiel des études. Le défi consiste pour les décideurs et managers à déployer les dispositifs *ad-hoc* pour favoriser le développement des compétences langagières.

L'affectation de temps constitue une autre limite évoquée dans la littérature ⁹⁰. Chaque phase de l'étude requiert du temps qui n'est pas systématiquement pris en compte dans la

⁸⁵ Ministère de la Santé et des Solidarités., « Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projets : PHRC, PRT, PRME, PREPS et PHRIIP ».

⁸⁶ Formarier, « Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui ».

⁸⁷ Buzin, Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

⁸⁸ Nayrac, « L'intégration à l'université des formations paramédicales ouvre de nouvelles réflexions ».

⁸⁹ Engels et al., « Use of evidence-based practice among French health professionals after implementation of a new competency-based curriculum ».

⁹⁰ Larochelle et Beaudet, « Développement du rôle des infirmières chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier : Une revue intégrative des écrits ».

rémunération et peut alors constituer une limite à la mise en œuvre de la recherche ⁹¹. La mise à disposition de temps dédié à la lecture scientifique et professionnelle semble elle-aussi incompatible avec l'activité de soins des professionnels de santé ⁹².

Pour être valide, la recherche en santé doit être fiable, rigoureuse et reproductible ⁹³. L'organisation et la logistique, comprenant notamment des professionnels chargés de l'accompagnement méthodologique et du traitement statistique, requièrent l'intervention de professionnels spécialisés ⁹⁴. La structuration des départements de recherche et la collaboration avec les unités de recherche clinique doivent être soutenues par une politique forte de l'établissement.

Le financement de la recherche en santé peut être effectué par différents canaux. Les appels à projets locaux, régionaux, nationaux, publics ou privés sont accessibles aux professionnels paramédicaux pour réaliser des recherches ^{95 96}. Les crédits alloués peuvent être employés à des mensualités de remplacements, à l'acquisition de matériel... Effectuer de la recherche en santé peut aussi représenter des recettes pour les établissements (financières et scientifiques). Cela permet de rétribuer l'établissement ^{97 98}. Mais cela requiert aussi le recours à des professionnels aguerris aux méthodes d'obtention des financements.

1.5.4 Un modèle hospitalier de déploiement de la recherche en santé

Un schéma préfigurateur de la gouvernance de la recherche en santé a été décrit au travers du Plan d'Action et de Promotion de la Recherche (PAPR), par N. Péoc'h – DS et Maître de Conférences en sciences de l'éducation –. Ce modèle montre que le DS – PCSIRMT, en coresponsabilité avec le PCME, construit une stratégie territoriale de recherche en santé ⁹⁹. Si la recherche paramédicale est un objectif identifié dans les projets de soins, son déploiement atteint différents niveaux compte-tenu des contextes locaux. Le PAPR définit trois principes de déclinaison de la recherche dans les établissements.

⁹¹ Lecordier et Jovic, « Financer et organiser la recherche en soins : des obstacles à surmonter ».

⁹² Engels et al., « Use of evidence-based practice among French health professionals after implementation of a new competency-based curriculum ».

⁹³ Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*.

⁹⁴ Larochelle et Beaudet, « Développement du rôle des infirmières chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier : Une revue intégrative des écrits ».

⁹⁵ Peoc'h, « Plan d'action de promotion de la recherche ».

⁹⁶ Lecordier et Jovic, « Financer et organiser la recherche en soins : des obstacles à surmonter ».

⁹⁷ Louazel et al., *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*.

⁹⁸ Madiot et Belle, « Points SIGAPS / SIGREC : ce que vous faites gagner à votre Hôpital ».

⁹⁹ Peoc'h, « Plan d'action de promotion de la recherche ».

Le premier consiste en la mise en place d'un comité de pilotage qui coordonne la préparation du PAPR au sein du GHT. Ce comité de pilotage identifie les enjeux et thématiques de recherche prioritaires sur le territoire ¹⁰⁰.

Le deuxième consiste à structurer le dispositif opérationnel en organisant la réflexion et les modalités de recueil. Il s'agit de mettre à disposition des ressources pour identifier la part scientifique des idées au sein des pôles, « *sous la responsabilité du trinôme de pôle, avec l'accompagnement des équipes dans l'analyse des pratiques professionnelles, l'organisation de cercles de lecture et de veille documentaire.* » ¹⁰¹.

Le troisième concerne les évolutions progressives des protagonistes « *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.* » ¹⁰².

Ces trois principes correspondent au niveau de maturité de l'établissement quant au déploiement de la recherche en santé. Ces niveaux (1, 2 et 3) seront utilisés ultérieurement pour décrire le niveau d'engagement des institutions enquêtées.

1.6 Le questionnement qui conduit à l'enquête de terrain

La recherche en santé représente ainsi un dispositif porteur, qui contribue à l'amélioration des pratiques soignantes et de la qualité des soins, elle constitue pour un professionnel paramédical la possibilité de faire évoluer des pratiques qui implique une rigueur et une méthodologie nouvelles. Pour les cadres d'unités de soins, amenés à encadrer les professionnels – promoteurs et pour les cadres soignants de pôles amenés à coordonner et à piloter les projets, la recherche en santé pourrait induire des modifications dans leur comportement managérial. La problématique suivante émerge : **Dans quelle mesure, le Directeur des Soins peut-il s'appuyer sur la recherche en santé, pour que ses collaborateurs développent leurs pratiques managériales ?**

Ce qui conduit à la formulation de l'hypothèse opérationnelle suivante : **le pilotage de la recherche en santé et l'accompagnement des professionnels – promoteurs, introduiraient de nouvelles pratiques managériales à l'hôpital.**

¹⁰⁰ Peoc'h.

¹⁰¹ Peoc'h.

¹⁰² Peoc'h.

2 Enquête

La démarche de recherche de validation de l'hypothèse se traduit par la réalisation d'une enquête basée sur des entretiens auprès d'un public préalablement défini. L'enquête a pour objectif de confronter l'hypothèse avec la question centrale dans la réalité des exercices professionnels et des vécus individuels et collectifs.

2.1 Présentation de la méthode d'enquête

2.1.1 Les objectifs de l'étude

Une première phase exploratoire, a été menée pour explorer les différents champs du sujet : la recherche en santé et les compétences de l'encadrement. Les entretiens exploratoires permettent de compléter les thématiques identifiées dans la question centrale.

A partir des thématiques identifiées pendant la phase exploratoire et de la littérature professionnelle, des axes d'interrogation ont été définis. La seconde phase, enquête de terrain, a visé à la compréhension des éléments en jeu dans la pratique managériale des cadres et dans le pilotage de la recherche en santé. Selon le niveau de déploiement PAPR (cf. infra) de la structure d'exercice de la personne interviewée et ses représentations des mandats de l'encadrement (qui au besoin ont été complétés par l'auditeur), il s'est agi d'analyser :

- la place et le rôle du DS dans la recherche en santé à l'hôpital.
- l'investissement de l'encadrement dans le pilotage et l'accompagnement de la recherche en santé.
- la transposition dans les pratiques managériales, des compétences développées en pilotant et en accompagnant la recherche en santé.
- les éventuelles répercussions du développement des compétences managériales de l'encadrement sur, les organisations, le collectif et l'institution.

2.1.2 Le choix de la méthode de collecte de données

« L'entrevue semi-dirigée est principalement utilisée dans les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécus par les participants. »¹⁰³. Dans ce type d'entretiens, le chercheur définit une liste des sujets à aborder, formule des questions et prépare des relances, dans l'ordre qu'il juge à propos. L'entretien semi-dirigé permet à la personne interviewée d'exprimer ses opinions, ses

¹⁰³ Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*.

jugements, ses représentations des sujets proposés. La finalité consiste à comprendre le point de vue de la personne auditionnée. Deux grilles de recueil de données ¹⁰⁴ ¹⁰⁵ ont été utilisées dans le cadre de ce mémoire et ont conduit à la collecte de données.

La grille d'enquête de collecte de données comprend une première question de prise de contact et de mise en confiance avec l'interlocuteur ; les questions centrales et une question de synthèse et d'ouverture sur les thématiques jugées importantes par l'interlocuteur ou non abordées dans l'enquête.

2.1.3 La population à interviewer

Des catégories d'acteurs à interviewer ont été définies pour chacune des deux phases.

A) Au cours de la phase exploratoire

L'objectif consiste à explorer divers aspects de la question de départ. Différents acteurs de la recherche en santé sont identifiés : DS, chercheurs, chargés de départements de recherche dans des structures hospitalières et universitaires.

B) Au cours de la collecte de données

La population interviewée est sélectionnée selon les critères suivants :

- Mixité des structures d'exercice et de la provenance géographique
 - o Des Centres Hospitaliers (CH), des Centre Hospitaliers Universitaires (CHU), des ARS
 - o Territoire national
- Engagement institutionnel
 - o Au moins un axe du projet de soins concerne la recherche en santé.
 - o Au moins un projet de recherche en santé, en cours dans l'établissement.
- Engagement individuel
 - o Soit une démarche individuelle de recherche en santé.
 - o Soit l'encadrement d'un professionnel – promoteur d'une recherche en santé.
 - o Soit le pilotage de la recherche en santé à l'échelle d'un pôle ou d'une institution.

¹⁰⁴ Annexe I : Grille d'entretiens exploratoires.

¹⁰⁵ Annexe II : Grille d'entretiens de collecte de données.

2.1.4 La procédure et le matériel utilisés

A) Les modalités de contact des personnes interviewées

L'effet boule de neige a été utilisé pour sélectionner les personnes à interviewer. Chaque personne interviewée a préalablement été informée du thème de mémoire, de manière à l'amener à réfléchir préalablement à l'entretien ; la durée prévisionnelle de l'entretien lui a aussi été indiquée préalablement à l'échange.

B) Les modalités de recueil des données

L'entretien H (phase exploratoire), auprès du médecin de santé publique et tous les entretiens de la phase de collecte de données (1 à 11) ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale. Un exemple de retranscription intégrale figure en Annexe III ¹⁰⁶.

C) L'effet de saturation

Le nombre de participants a été déterminé à saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune information nouvelle n'était apportée par les nouvelles personnes interviewées. Sauf mention explicite, seuls les propos répétés par les personnes auditionnées sont exploités dans la présentation et l'analyse des résultats.

D) L'analyse des résultats

Une analyse de corpus est effectuée à partir des éléments recueillis pendant les entretiens. Les thématiques sont relevées pour alimenter une grille d'analyse. Cette grille s'incrémente au fur et à mesure de la lecture des corpus par itération avec l'hypothèse posée. La grille d'analyse a donc été construite à partir du guide et après lecture des entretiens.

2.1.5 Les principes déontologiques et éthiques

Les personnes interviewées ont consenti à l'enregistrement des entretiens en vue d'une retranscription intégrale. Un engagement à l'anonymat a été présenté par l'auditeur et accepté par l'ensemble de la population interviewée.

¹⁰⁶ Annexe III : Retranscription de l'entretien 7, auprès du CGS d'un CHU.

2.1.6 Les ajustements liés au contexte sanitaire

Le contexte singulier de l'année 2020 a conduit à des ajustements méthodologiques ; si les bases de données d'internet sont riches, elles ne donnent pas l'accès à des ouvrages qui auraient pu être utilisés dans le cadre de référence. Par ailleurs, la phase de recueil de données, initialement prévue par entretiens semi-directifs a dû s'adapter au contexte, les entretiens ont été menés en face à face, en visio-conférence, ou par téléphone.

2.2 Présentation et analyse des données recueillies

2.2.1 La population interviewée

A) Au cours de la phase exploratoire

Huit entretiens ont été menés entre janvier et mars 2020. Il s'est agi d'affiner la question de départ grâce notamment aux témoignages de personnes impliquées, par leurs fonctions dans la recherche en santé.

Numéro d'entretien	Dernière fonction occupée	Qualification la plus élevée	Structure d'exercice
Entretien A	Directeur des Soins	Directeur des Soins	CHU 1
Entretien B	Chercheur bi-appartenant	Ergothérapeute – Docteur en sciences de l'éducation	CHU 2
Entretien C	Ingénieur pédagogique – coordonnateur d'un master en santé publique	Infirmier – Docteur en santé publique	Université / exercice autonome
Entretien D	Chercheur bi-appartenant	Infirmier – Docteur en épidémiologie	CHU 2
Entretien E	Infirmier	Infirmier – Doctorant en sciences de gestion	EHESP
Entretien F	Directeur des Soins	Directeur des Soins	CHU 2
Entretien G	Chargé de la recherche en santé, en département recherche	Cadre supérieur de santé – Docteur en éthique et philosophie	CHU 1
Entretien H	Chargé du département recherche en médecine, en soins et en santé et DIM-GHT	Médecin en santé publique	CH 1

B) Au cours de la collecte de données

Onze entretiens ont contribué à la collecte de données qui a été réalisée entre juin et août 2020. Il s'est agi d'interviewer des professionnels cadres d'unités, cadres soignants de pôles, cadres chargés de missions à la Direction des Soins, coordinateurs de la recherche, DS et CGS, impliqués dans la recherche en santé.

Numéro d'entretien	Dernière fonction occupée	Ancienneté dans la fonction	Qualification la plus élevée	Structure d'exercice	Niveau PAPR
Entretien 1	Directeur des Soins	1 ½ an	Master	CH 2	2
Entretien 2	Cadre de santé d'unité de soins – Elève DS	12 ans	Doctorat	CH 3 – EHESP	1
Entretien 3	Cadre soignant de pôle – Elève DS	20 ans	Master et Master of Buiseness Administration	CHU 3 – EHESP	3
Entretien 4	Cadre supérieur de santé, chargé de mission à la Direction des Soins	2 ans	Cadre de santé	CH 1	2
Entretien 5	Cadre supérieur de santé, chargé de mission à la Direction des Soins	5 ans	Master	CHU 1	3
Entretien 6	Coordonnateur Général des Soins et Directeur des Soins en Instituts	13 ans	Master	CH 1	3
Entretien 7	Coordonnateur Général des Soins	11 ans	Directeur des Soins et Diplôme Inter Universitaire	CHU 4	2
Entretien 8	Infirmière, coordinatrice de la recherche paramédicale	8 ans	Doctorante	CHU 4	3
Entretien 9	Cadre de santé d'unité de soins	8 ans	Cadre de santé – Master 1	CHU 4	3
Entretien 10	Directeur des Soins – Conseiller technique territorial en ARS	30 ans	Habilitation à Diriger des Recherches	ARS	Non avenu
Entretien 11	Cadre de santé d'unité de soins	10 ans	Master	CHU 2	2

La durée moyennes des entretiens est de quarante-cinq minutes ; une borne haute d'une heure quinze est à souligner, auprès de l'infirmière coordinatrice de la recherche du CHU 4 (Entretien 8), particulièrement investie et intéressée par la thématique du mémoire.

La diversité des personnes rencontrées à la fois par leurs niveaux de responsabilités, leurs parcours professionnels et leurs pratiques a permis de recueillir des données riches et pertinentes. Les profils des établissements dans lesquels elles exercent et les témoignages des expériences antérieures ont permis la diversité des propos et des approches. De plus, les propos exprimés par les personnes interviewées constituent pour le professionnel de santé, manager que je suis et pour l'exercice du métier de DS que je débute, un moment précieux qui me sert de repère pour mes pratiques. J'ai choisi d'illustrer l'analyse par la citation de verbatim par catégorie d'acteur en précisant l'établissement dans lequel ils exercent.

2.2.2 La place et le rôle du Directeur des Soins dans la recherche en santé

A) Le Directeur des Soins contribue à l'essor de la recherche en santé

a) *Le Directeur des Soins applique les directives nationales sur la recherche en santé*
 En réponse au Projet Territorial de Santé, le DS inscrit la recherche en santé dans une dynamique territoriale. Ainsi, il collabore avec l'ARS de son territoire. « *Il est dans les missions des ARS de soutenir et de développer la recherche et il y a des programmes, une politique de soutien et de développement de la recherche avec notamment le GIRSI*

[Groupement Interrégional de Recherche Clinique]. *Il y a aussi des choses qui sont faites au niveau de la politique régionale.* »¹⁰⁷.

La politique nationale, déclinée au niveau local, peut se répercuter dans les GHT de différentes manières en fonction de la maturité des établissements partie et de la volonté de chacune des structures à travailler de concert. *« Quand j'ai commencé, on avait voulu associer tous les établissements du GHT. On voulait obtenir des formations et c'était aussi l'occasion de travailler et réfléchir ensemble, de créer une dynamique. »*¹⁰⁸.

b) *Le Directeur des Soins structure la recherche en santé dans son établissement*

Le DS inscrit la recherche en santé dans la politique institutionnelle. *« Il faut un chapeau institutionnel qui impulse la dynamique. »*¹⁰⁹. Cela légitime l'action des collaborateurs et délimite le soutien institutionnel. *« La politique d'établissement est essentielle puisque s'il n'y a pas de politique, cela limite le soutien, le déploiement et puis aussi l'aide qui peut être apportée qu'elle soit financière ou organisationnelle. »*¹¹⁰.

L'organisation de la recherche en santé est variable selon les établissements. Les points de vigilance concernent le rattachement hiérarchique et fonctionnel des coordinateurs de recherche (Direction des Soins ou département de recherche) et les missions dévolues à chacun des acteurs. *« Le rôle de la Direction des Soins, c'est vraiment une collaboration étroite avec les cadres supérieurs pour arriver à gérer et n'être ni redondants ni discordants et être en cohérence, c'est valable pour tous les sujets. »*¹¹¹.

B) Les retombées attendues par le Directeur des Soins

a) *La mobilisation de l'encadrement sur la recherche en santé*

Les DS considèrent la recherche en santé comme un levier managérial. *« Je suis intimement persuadé qu'il faut jouer sur cet axe-là, il faut qu'on arrive à faire comprendre aux cadres qu'ils ont intérêt à s'intéresser à la recherche, parce que c'est un levier de management dans leur service. »*¹¹². L'ensemble des composantes du management est évoqué : la gestion des hommes, l'organisation des activités, l'évaluation de la charge en soins, la répartition des ressources, la conduite de projets... La recherche en santé, au

¹⁰⁷ Entretien 10, auprès d'un Directeur des Soins – Conseiller Technique en ARS, août 2020.

¹⁰⁸ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁰⁹ Entretien 6, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹¹⁰ Entretien 10, auprès d'un Directeur des Soins – Conseiller Technique en ARS, août 2020.

¹¹¹ Entretien 5, auprès d'un cadre supérieur, chargé de mission à la Direction des Soins, juin 2020.

¹¹² Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

même titre que la qualité des soins ou la pédagogie, est considérée comme un levier managérial par l'ensemble professionnels interrogé.

b) Une dynamique de recherche à l'échelle d'un collectif

Les recherches en santé dont il est question dans ce mémoire, sont portées par un individu issu d'une profession paramédicale ; pourtant, l'impact sur le collectif et sur le management du collectif est à considérer. « *Pour moi, j'attends des retombées managériales, l'apparition d'une dynamique au sein des services autour de cette recherche. [...] C'est un des leviers pour dynamiser des équipes.* »¹¹³.

Ce collectif peut même s'élargir à des partenaires institutionnels qui ne sont pas les partenaires du quotidien (Assistant de Recherche Clinique, Technicien d'Etudes Cliniques...). La recherche, grâce au travail collectif permet de s'inscrire dans la vie institutionnelle, ce qui procure de la satisfaction. « *La recherche ne se fait jamais tout seul, c'est un travail collectif qui renforce les liens, ça donne du sens à la pratique, et puis ça donne le sentiment d'avoir le pouvoir d'agir dans le système hospitalier.* »¹¹⁴.

La recherche en santé promue par l'un des membres d'une équipe, a des répercussions notables sur le collectif. « *C'est une manière de valoriser les talents de ton équipe et de les faire monter en compétences pas forcément par un diplôme filière mais une autre voie. C'est un levier de motivation. Cela donne du sens au travail des équipes aussi.* »¹¹⁵.

c) De la recherche sur les organisations et sur le management

Depuis le déploiement des PHRI, puis des PHRIP, les personnes interviewées ont constaté une augmentation du nombre de projets présentés. Alors que ces dispositifs autorisent les cadres à présenter des projets de recherche, très peu s'en saisissent. « *On voit que les gens qui déposent des recherches ne sont pas des cadres.* »¹¹⁶.

L'engagement des cadres dans des formations universitaires de type Master, les conduit à rédiger un mémoire. La mobilisation des résultats de la recherche dans l'exercice managérial quotidien est l'un des objectifs attendus par les DS, bien qu'il soit encore

¹¹³ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹¹⁴ Entretien 2, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹¹⁵ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹¹⁶ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

balbutiant aujourd'hui. « *On sent qu'ils [les cadres] souhaitent mettre à profit le travail de recherche pour améliorer les choses et à le réinvestir dans le service.* » ¹¹⁷.

Le Situation Sanitaire Exceptionnelle de 2020 a conduit les institutions à déployer de nouvelles organisations, pour que cette expérience puisse être apprenante et pour s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité, les personnes interrogées évoquent la publication et la diffusion des retours d'expériences. « *Je pense que la crise COVID nous a montré une certaine forme d'agilité de nos organisations de soins. Nous sommes inscrits dans une organisation très performante, très innovante. Il faut publier sur ce qui a été fait, donc soins et management, les deux axes doivent être conduits parallèlement.* » ¹¹⁸.

Les cadres doivent assurer une veille professionnelle de manière à transférer les nouvelles connaissances dans leurs structures d'exercice. Ils doivent pouvoir s'accorder du temps pour réfléchir à leurs pratiques managériales, à l'analyse de situation, à la projection sur les pratiques managériales à venir... « *A nous de rechercher dans la littérature ou le benchmark ce qui se fait ailleurs et pouvoir l'implanter dans nos établissements et en faire une communication via la presse professionnelle.* » ¹¹⁹.

d) *Une visibilité de l'établissement*

La visibilité constitue une forme d'affichage, support de la communication d'un établissement envers la communauté scientifique, la communauté professionnelle et les usagers. « *C'est important aujourd'hui, on le voit bien dans le domaine de la communication que ce qui compte c'est l'image que l'on peut donner de notre établissement auprès des professionnels pour les attirer et les fidéliser et également auprès de la population qui estime que, plus l'on va innover, plus on va être traité de façon sérieuse et rassurante.* » ¹²⁰.

e) *Une amélioration des organisations*

La recherche en santé doit constituer une ressource pour les professionnels pour améliorer leurs pratiques et les organisations hospitalières. « *La recherche paramédicale a du sens si cela permet d'évoluer et de t'interroger sur tes pratiques.* » ¹²¹.

¹¹⁷ Entretien 5, auprès d'un cadre supérieur, chargé de missions à la Direction des Soins, juin 2020.

¹¹⁸ Entretien 6, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹¹⁹ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹²⁰ Entretien 2, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹²¹ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

L'arrivée de nouveaux professionnels paramédicaux, les Infirmiers en Pratiques Avancées, est perçue comme une ressource pour la recherche en santé. « *Je pense que l'arrivée des IPA [Infirmières en Pratiques Avancées] va sûrement booster la recherche dans les services. C'est un des objectifs forts la mise en place des IPA.* »¹²². L'inscription de la recherche dans leur cursus de formation et dans les fiches de postes, constitue un point central de leur activité. « *Pour nous, directeurs de soins, la pratique avancée constitue un levier pour déployer la recherche en soins. Il faut vraiment profiter de cette porte pour déployer la recherche.* »¹²³. La collaboration des IPA et de l'encadrement autour de la recherche, si elle est anticipée et construite peut constituer un levier managérial intéressant. « *Le rôle des IPA dans la recherche, c'est d'amener des éléments pour la pratique clinique. Les cadres peuvent aussi amener des éléments de management ou d'organisation.* »¹²⁴.

f) Une évolution professionnelle

Au-delà des résultats de la recherche en santé, ce sont les compétences individuelles développées qui sont visées. Pour finaliser son travail de recherche, le promoteur de recherche franchit les différentes étapes liées à la méthode et s'aguerrit ainsi à la méthode scientifique. « *J'ai rencontré un chef de projet et un méthodologiste, qui m'ont dit « il faut écrire un protocole » mais ils ne l'ont pas fait à ma place. J'étais un peu désespérée, je pensais vraiment donner mon idée, c'était digéré et cela ressortait tout écrit. La veille du dépôt du PHRIP, je me suis rendu compte qu'il ne suffit pas d'avoir une idée.* »¹²⁵.

La méthode scientifique exigée dans la recherche permet fiabiliser les techniques de soins et induit par conséquent la reconnaissance des professions paramédicales. Le niveau des recherches, de plus en plus rigoureux permet d'améliorer et d'optimiser les pratiques. « *Nos pratiques professionnelles sont souvent basées sur de la littérature avec des niveaux de preuves qui ne sont pas très importants, en matière de gradation et il y a beaucoup de choses à faire pour prouver l'intérêt de nos interventions, interroger nos pratiques.* »¹²⁶.

L'auto-questionnement et la remise en cause des pratiques et des habitudes, sont désormais intégrés à la formation initiale, les nouvelles générations de professionnels s'inscrivent volontiers dans la démarche de recherche en santé. « *Pour moi, la recherche est une création moderne qui s'adapte aux générations actuelles, qui montre que l'on est*

¹²² Entretien 7 auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹²³ Entretien 6, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹²⁴ Entretien 10, auprès d'un Directeur des Soins – Conseiller Technique en ARS, août 2020.

¹²⁵ Entretien 8, auprès d'une infirmière coordinatrice de la recherche, août 2020.

¹²⁶ Entretien 11, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

un secteur dynamique, qui ne répète plus « je fais mes soins comme ça parce que l'on a toujours fait cela depuis 30 ans. » »¹²⁷.

2.2.3 Les répercussions sur les pratiques managériales des cadres

A) Facteur d'attractivité et de fidélisation des professionnels

La publication des résultats de recherche apporte une forme de visibilité nouvelle des établissements. Cela constitue alors un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé et pour les usagers. *« Je pense tout d'abord que la recherche constitue un facteur d'attractivité et peut nous permettre de recruter des talents, des personnes qui peuvent s'engager dans des projets et leur permettre dans leur service d'accéder à des projets de recherche et de les accompagner dans leur questionnement en ce qui concerne la prise en soins. »¹²⁸.*

B) Facteur de motivation des professionnels

La recherche en santé en permettant aux professionnels de s'épanouir intellectuellement ou en leur donnant les moyens de de s'investir dans un projet nouveau, est un facteur de motivation. *« On est souvent dans le sens du soin et dans la motivation. Avec les nouveaux professionnels, ils ont besoin de comprendre, d'aller plus loin et c'est une façon de motiver ces équipes. Ils veulent participer à des groupes. Dans le management on a besoin de s'appuyer là-dessus, sur la motivation des équipes. »¹²⁹.*

C) Facteur de qualité de vie au travail des professionnels

Parmi les facteurs de qualité de vie au travail évoqués dans la littérature et dans la presse professionnelle, figure le contenu du travail avec notamment le type et la variété des missions, l'autonomie, le niveau de responsabilité... être promoteur de recherche induit le développement de ces compétences. Ainsi, la recherche est-elle perçue comme un facteur de qualité de vie au travail. *« L'encadrement supérieur m'a fait un retour comme quoi elle était agréablement surprise par le fait que les soignants s'impliquent autant dans la rédaction d'un article, dans un projet de recherche, cela constitue un véritable levier de*

¹²⁷ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹²⁸ Entretien 6, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹²⁹ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

*management pour améliorer la qualité de vie au travail, l'attractivité du service, la dynamique du groupe, en tout cas elle y a vu beaucoup d'effets positifs. »*¹³⁰.

2.2.4 La transposition des compétences acquises, un cercle vertueux

A) Encadrer les professionnels – promoteurs et manager les équipes, concomitamment

Le fait d'accompagner un professionnel – promoteur au cours des étapes de la recherche, impose au manager de développer *a minima*, des connaissances sur la méthode. Chacune des phases requiert des compétences différentes, rédactionnelles, de mise en relation avec des partenaires institutionnels, soutien en cas d'échec... Chaque manager, selon la personnalité du professionnel – promoteur, s'adapte aux besoins. *« En tous les cas, j'accompagne les professionnels qui ont ce genre de projets et puis par ailleurs j'essaie d'en susciter et ce n'est pas si évident que cela. Je suis persuadé qu'il faut que le projet remonte vraiment du terrain. Bien sûr on peut faciliter par notre attitude ce genre d'initiative, cela ne se décrète pas. Le questionnement doit venir du terrain. »*¹³¹.

Un projet de recherche en santé, de plusieurs années, ne se coordonne pas toujours avec l'activité quotidienne d'une unité de soins. Le cadre a alors la charge de défendre la recherche, comme un projet parfois aussi crucial qu'une prise en soins. *« On a beau expliquer les choses, le fait que le temps dédié à la recherche a été compensé ; il n'empêche que la diététicienne est là, dans l'équipe et elle fait autre chose qu'une prise en charge classique, elle fait un peu mais aussi autre chose. La plupart du temps, cela se passe bien mais quand il y a des tensions en matière d'effectif, c'est une des premières choses que l'on essaie de remettre en cause. Il faut tenir bon la barre, parce qu'il y a des enjeux. Les rémunérations se font par tranches d'inclusions... si tous les quatre matins, quand il y a des congés, des difficultés dans l'équipe, les arbitrages ne sont pas bien faits managérialement, c'est rapide de mettre en difficulté le projet. »*¹³².

B) Transposer les compétences acquises dans de nouveaux contextes professionnels

Les personnes interrogées qui ont effectué un travail universitaire, utilisent les compétences acquises dans leur recherche dans de nouveaux contextes professionnels. *« Les études*

¹³⁰ Entretien 6, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹³¹ Entretien 11, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

¹³² Entretien 11, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

*universitaires m'ont donné des outils pour comprendre les situations et les analyser. Cela m'a apporté du savoir, c'est évident. Ça m'a aussi appris à transposer dans des contextes différents. Quelque chose que l'on apprend en sociologie avec des études qui ont été faites dans un domaine où l'on pourrait se dire, cela n'a rien à voir avec ce que je fais, en réalité quand on regarde de près, les principes et les mécanismes sont présents et on peut les transposer. On peut transposer aussi avec des adaptations. Cela m'a certainement appris et guidée à développer des projets à être davantage dans la prospective, à innover, à formaliser les choses. »*¹³³.

Un cadre d'unité de soins, qui se projette dans des fonctions de cadre supérieur chargé de missions à la Direction des Soins, estime que les compétences acquises dans l'accompagnement d'un professionnel – promoteur, peuvent être transposées dans le pilotage d'une équipe de cadres. *« Je mettrais ce mode de management plutôt en encadrement de cadre, il y a l'autonomie, des notions sur lesquelles je la laisse faire, mais tout en gardant le contrôle et en suivant de loin en loin le nombre d'inclusions, les publications, je soutiens quand il faut soutenir à la fois par rapport à ses collègues, par rapport à des décisions budgétaires qui peuvent être prises. »*¹³⁴.

C) Faire évoluer les modes managériaux et élargir son prisme de lecture organisationnelle

La relation singulière engagée avec le professionnel – promoteur, conduit le cadre à faire évoluer ses pratiques managériales. L'encadrement de professionnels de qui on exige de l'autonomie doit s'articuler avec une forme de reporting au cadre. *« Sur le plan managérial, c'est aussi une rencontre avec une personne. Pour la personne porteuse du projet, c'est son bébé, elle est très autonome, mais pour cela il y a un management à avoir et c'est un mode et un style de management différents. Beaucoup dans la délégation, dans un suivi à distance pour quelqu'un qui a des compétences pratiquement supérieures aux miennes dans la recherche. Avec lequel il faut trouver un équilibre aussi, parce qu'il ne faut pas qu'il devienne un électron libre dans notre service. En cela, ça m'a permis de développer des aptitudes managériales spécifiques à ce projet. »*¹³⁵.

Les cadres d'unités de soins, les cadres supérieurs et les cadres dirigeants interrogés, ayant eux-mêmes effectué un travail de recherche universitaire, s'accordent à dire que la méthode scientifique a modifié leurs pratiques managériales. *« Ça m'a permis d'être moins directif, de ne pas exposer mon savoir mais d'amener les autres à trouver des moyens, être*

¹³³ Entretien 10, auprès d'un Directeur des Soins – Conseiller Technique en ARS, août 2020.

¹³⁴ Entretien 11, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

¹³⁵ Entretien 11, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

*un peu malins pour essayer de leur permettre de trouver des solutions par eux-mêmes aux questions auxquelles ils ne savaient pas répondre. »*¹³⁶.

Par ailleurs, cette même population identifie une évolution dans leur appréhension des organisations. Ils ont entre autres, développé des capacités de distanciation et d'analyse de situation. « *La recherche m'a permis de prendre du recul, de la hauteur, de ne plus voir la situation que sous un seul prisme mais d'en avoir plusieurs. »*¹³⁷. « *Le MBA m'a fait prendre beaucoup de hauteur et avoir une vision plus stratégique des organisations, à faire des liens avec la régulation des dépenses, à être beaucoup plus impliquée sur des objectifs à court, moyen et long terme. Je pense que le MBA m'a fait prendre un envol au niveau stratégique. »*¹³⁸.

2.2.5 La répercussion institutionnelle de la recherche en santé

A) La recherche en santé contribue à l'innovation managériale

a) *Prérequis ou moyen pour la maîtrise des pratiques managériales ?*

Un cadre supérieur, chargé de mission à la Direction des Soins, s'interroge sur la recherche en santé comme un levier managérial ou comme une finalité. Il s'agirait alors de développer de nouvelles pratiques d'encadrement, de conduire les managers à développer des compétences par le pilotage d'un dispositif nouveau. En outre, cela permettrait tant de faire évoluer les pratiques managériales que la recherche en santé, l'institution y gagnerait sur les deux tableaux. « *Faut-il rester dans un schéma traditionnel, se dire qu'il faut que les cadres aient déjà acquis les bases, les rudiments de la fonction de cadre, ou peut-on aller dans un schéma différent, justement en développant un management au travers de la recherche qu'on va les inciter à améliorer le reste. Je ne sais pas. J'aurais tendance à me dire qu'il y a des incontournables et qu'on ne peut pas attendre. D'un autre côté, j'ai bien conscience que si l'on continue comme cela la recherche n'avancera jamais. »*¹³⁹.

b) *La recherche en santé favorise le développement d'un management bidirectionnel*

La littérature scientifique et toutes les personnes interrogées s'accordent sur l'idée que la recherche en santé doit partir d'une problématique de terrain rencontrée par les professionnels paramédicaux. L'innovation consisterait alors à conduire des projets de manière ascendante, à partir des problématiques des équipes, simultanément aux projets

¹³⁶ Entretien 2, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹³⁷ Entretien 2, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹³⁸ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹³⁹ Entretien 5, auprès d'un cadre supérieur, chargé de missions à la Direction des Soins, juin 2020.

descendants. On peut supposer que cette dynamique serait elle aussi un facteur de motivation. *« Ça remet le terrain comme force de proposition dans l'amélioration des pratiques. Pour moi ce que peut apporter un projet de recherche, c'est ouvrir un dialogue cadre-équipe avec une vraie volonté de s'améliorer. »*¹⁴⁰.

c) *Les points de vigilance face aux innovations managériales*

Bien que l'innovation soit recommandée par les autorités de tutelle des établissements hospitaliers, des limites doivent être posées. En effet, l'innovation ne peut pas désorganiser l'institution, la mesure bénéfique – risque doit permettre d'arbitrer sur la mise en œuvre ou pas d'un nouveau projet. *« Je pense qu'un cadre qui voudrait proposer des choses, doit évaluer comment son équipe adhère, et comment ça respecte les organisations de soins ; il ne faut pas tout défaire, ne pas tout démonter. Il faut veiller à ce que ce soit cohérent, il faut que les professionnels ne soient pas perdus. »*¹⁴¹.

B) La recherche en santé contribue à l'évolution des organisations

a) *Une qualité croissante des programmes de recherche*

Toutes les personnes interviewées et impliquées dans le déploiement institutionnel de la recherche en santé, s'accordent sur l'idée que les programmes proposés chaque année gagnent en qualité. *« En un an, je trouve qu'il y a une montée en qualité géniale, l'année dernière les projets étaient inégaux, cette année il y a eu 7 projets déposés à l'appel d'offres interne d'excellente qualité. »*¹⁴². La qualité concerne autant les thèmes de recherche que de la méthodologie proposée. Les institutions en structurant les départements de recherche en santé, font évoluer l'accompagnement et le niveau d'attente des projets proposés. Les entreprises apprennent de leurs expériences passées et formatent l'avenir.

b) *Une évolution perpétuelle des organisations de la recherche en santé*

La recherche en santé n'a pas encore atteint le paroxysme de son déploiement dans les hôpitaux. On sait que le cercle vertueux de la recherche consiste à s'améliorer en permanence. Ainsi, selon les besoins, il faudra adapter l'objet, les processus... *« Il y a toujours de nouvelles choses, par exemple ici, on sent que l'innovation prend une forme très nouvelle, structurée ; on va évaluer l'innovation mais ce n'est pas de la recherche. »*¹⁴³.

¹⁴⁰ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁴¹ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁴² Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹⁴³ Entretien 8, auprès d'une infirmière coordinatrice de la recherche, août 2020.

Le défi de la recherche en santé est aussi d'élargir son territoire, en utilisant des études multicentriques ou en s'engageant dans des dispositifs novateurs. *« Si tu veux mettre en avant un projet de recherche au niveau managérial, si tu veux faire évoluer ton organisation, il faut que cela soit fait sur un large échantillon national. En interne, c'est faisable mais sur un large échantillon, tu as plus de poids dans la mise en place dans un établissement. Il ne faut pas de limite au niveau international, il faut même voir dans les organisations canadiennes ou même en Grande-Bretagne où ils mettent certains dispositifs qui pourraient être intéressants aussi. »*¹⁴⁴.

Enfin, la Situation Sanitaire Exceptionnelle de 2020, a mené à déployer de nouveaux dispositifs organisationnels notamment avec le télétravail, qui méritent eux aussi de faire l'objet de recherche. *« Pour certaines professions, l'expérience du télétravail peut-elle modifier les organisations futures et peut-on le modéliser dans les organisations futures ? Si tu l'amènes dans un format recherche, avec une vraie étude multicentrique ça peut être hyper-intéressant et ça peut favoriser l'adhésion en interne à une nouvelle organisation. »*¹⁴⁵

2.2.6 Des freins liés aux cadres

A) Les promoteurs n'identifient pas le cadre comme une ressource pour la recherche. Les cadres, identifiés dans l'organigramme des soins, ne sont pas toujours identifiés comme une ressource par les professionnels – promoteurs de la recherche en santé. *« Quand on a étudié les appels à projets internes, parmi les critères figurait le fait de savoir si le projet était soutenu par l'équipe des médecins et par l'encadrement ; tu vois les médecins, pas forcément le cadre. Ça veut dire que si le cadre n'est pas nommé dans le projet, c'est qu'il n'a pas dû prendre une part très importante mais il est forcément en filigrane quelque part. »*¹⁴⁶.

B) La représentation qu'ont les cadres, de la recherche en santé, limite les acquisitions et la mobilisation de leurs compétences

A la question sur les changements de comportements des cadres depuis l'acceptation de projets de recherche de l'un des membres de leur équipe, le CGS répond : *« Pas sûr qu'ils*

¹⁴⁴ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁴⁵ Entretien 3, auprès d'un Elève Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁴⁶ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

*réinvestissent pleinement ce qui se passe dans leur service et l'investissement de certains de leurs agents. Je pense qu'ils ne s'en servent pas assez. »*¹⁴⁷.

Les niveaux d'implication voire les niveaux de compétences des cadres, limitent parfois leurs possibilités à accompagner les professionnels au déploiement de la recherche. « *Au départ, je pensais qu'il fallait à tout prix sensibiliser les cadres ce qui entrainerait une retombée sur les équipes mais en fait cela ne suffit pas. »*¹⁴⁸.

C) Les cadres n'associent pas la recherche à des pratiques managériales opérantes
Les CGS s'interrogent sur la perception qu'ont les cadres, des leviers managériaux que peut engager la recherche en santé. « *Quand on voit le nombre de cadres qui s'était inscrit sur les formations sur comment on mobilise l'encadrement pour accompagner des recherches, ce n'est pas majeur. Ce n'est pas leur préoccupation. »*¹⁴⁹.

Les cadres dirigeants, constatent chez les cadres, une perception limitée de la recherche en santé. Ils ne se projettent pas dans la transposition des compétences acquises par le management de professionnels – promoteurs de recherche dans d'autres milieux professionnels. Les cadres ne perçoivent pas le levier opérationnel que constitue la recherche en santé. « *Aujourd'hui, les cadres ne relient pas la recherche paramédicale à leur évolution managériale. Ils perçoivent plutôt la recherche comme un projet supplémentaire, une contrainte supplémentaire à déployer dans leur service. Ils n'envisagent pas l'inverse, c'est-à-dire comme un moyen, un outil opérationnel, un levier qui pourrait leur permettre de développer autre chose. »*¹⁵⁰.

Comparativement au levier managérial induit par l'amélioration continue de la qualité, que le cadre d'unité de soins et le cadre supérieur chargé de missions à la Direction des Soins interrogés, considèrent comme un levier managérial « *fabuleux* »¹⁵¹ ; la recherche en santé n'est pas considérée comme un outil opérant pour la gestion d'une équipe complète. Il s'agit plus d'un accompagnement individuel et personnalisé. « *J'ai animé plusieurs EPP [Evaluation des Pratiques Professionnelles] et là les professionnels s'y retrouvent et là j'ai trouvé un levier managérial très important parce que là c'est une équipe qui travaille ensemble, c'est sur leur temps de travail, ça demande un investissement moins important, ce n'est pas en leur nom, ça crée du lien, c'est un objet de recherche concerté, ça les*

¹⁴⁷ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹⁴⁸ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁴⁹ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹⁵⁰ Entretien 1, auprès d'un Directeur des Soins, juin 2020.

¹⁵¹ Entretien 5, auprès d'un cadre supérieur, chargé de missions à la Direction des Soins, juin 2020.

*valorise, ça développe l'appartenance à un collectif et tout ça en essayant de mettre un peu de rigueur et de méthode. »*¹⁵².

D) La recherche en santé est perçue par les cadres comme un objectif accessoire
Bien que la recherche en santé en France se développe depuis plusieurs décennies, un questionnement global sur la manière dont l'encadrement s'est saisi de la recherche est évoqué dans la plupart des entretiens. *« On ne peut pas franchement dire que d'une manière générale, la profession et l'encadrement se soient particulièrement saisis de la recherche. Bien entendu, on va trouver des personnes, on va trouver des lieux qui ont une histoire où des personnes se sont particulièrement impliquées dans le sujet... »*¹⁵³.

Alors que la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines se sont entendues pour attribuer cinq jours aux promoteurs de recherche pour rédiger la lettre d'intention et le protocole attendus dans les appels à projet nationaux, le CGS du CHU témoigne de la perception négative que les cadres se font de l'absence dudit professionnel. *« C'est vécu par les cadres comme une contrainte et c'est ça qui me fait dire que malheureusement ils ne sont pas tous aidants là-dessus. »*¹⁵⁴.

Le cadre supérieur chargé de missions à la Direction des Soins, témoigne-lui de l'absence de continuité dans l'accompagnement d'un projet de recherche au départ du promoteur. *« On sent bien que les cadres ne s'en sont pas emparés parce que quand l'infirmière part, les projets de recherche tombent un peu à l'eau. »*¹⁵⁵.

E) L'engagement des coordinateurs de recherche et des équipes transversales de soutien, limite parfois l'engagement des managers

Les départements recherche en santé, dépendants ou pas de la Direction des Soins, fournissent les ressources et compétences transversales nécessaires au développement de la recherche. En revanche, cela n'induit pas forcément l'autonomisation des cadres et conduit parfois au transfert des missions sur les personnes ressources. Un juste équilibre doit être mis en place, mais requiert des ajustements au fil du temps. *« A partir du moment où cela émerge du terrain, il faut l'accompagner. On a peut-être le tort d'avoir une coordonnatrice qui est aux petits soins qui est prête à les aider et je pense qu'elle se*

¹⁵² Entretien 9, auprès d'un cadre de santé d'unité de soins, août 2020.

¹⁵³ Entretien 10, auprès d'un Directeur des Soins, Conseiller Technique en ARS, août 2020.

¹⁵⁴ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹⁵⁵ Entretien 5, auprès d'un cadre supérieur, chargé de missions à la Direction des Soins, juin 2020.

*substituée à ce que pourraient faire les cadres si elle n'était pas aussi présente. Attention des comme ça on n'en trouve pas beaucoup. »*¹⁵⁶.

Les coordinateurs de recherche (interviewés lors de la phase exploratoire) s'interrogent aussi sur la place à laisser ou à prendre par les cadres. Ils évoquent notamment l'effacement des cadres et le rôle qu'ils attendent de la fonction de coordination. *« J'ai le souvenir d'une cadre à qui on avait demandé de s'impliquer dans la recherche paramédicale ; puisque dans son équipe, il y avait une infirmière qui avait un projet de recherche. Quand on lui a demandé d'envoyer un mail, ce qui me paraissait la base ; elle m'a regardée « Comment, faire un mail ? ». Je sentais qu'on était sorti de sa zone de confort et comme là elle sollicitait à des personnes auxquelles elle n'avait pas l'habitude de s'adresser, elle avait peur de mal faire. J'ai pris acte mais n'ai pas voulu le faire à sa place. J'ai essayé de dédramatiser le truc en disant « on va vous aider. » »*¹⁵⁷.

2.3 Discussion

2.3.1 Retour sur l'hypothèse

Les résultats présentés dans les parties précédentes, permettent de mettre en exergue qu'en pilotant et en accompagnant les professionnels – promoteurs de recherche en santé, les cadres développent de nouvelles compétences professionnelles. La transposition des compétences managériales dans de nouveaux contextes professionnels, se traduit le plus souvent par un élargissement des ressources managériales à la disposition des cadres. Les institutions qui pratiquent la recherche en santé, développent alors l'organisation apprenante et l'innovation managériale. L'hypothèse *« le pilotage de la recherche en santé et l'accompagnement des professionnels – promoteurs, introduiraient de nouvelles pratiques managériales à l'hôpital »* est donc validée.

2.3.2 La convergence de la recherche en santé et du développement de compétences des cadres

Parmi les personnes interviewées, les CGS et DS ont montré un intérêt notable pour le sujet proposé. Ils considèrent la recherche en santé comme un levier managérial opportun. En outre, le développement de compétences requis par ces dispositifs s'oriente vers le développement de compétences d'autonomie et de responsabilités des professionnels – promoteurs et des cadres (d'unités de soins et soignants de pôles). On peut alors subodorer

¹⁵⁶ Entretien 7, auprès d'un Coordonnateur Général des Soins, juillet 2020.

¹⁵⁷ Entretien 8, auprès d'une infirmière coordinatrice de la recherche, août 2020.

que les CGS et DS, dans leur vision stratégique des établissements de santé, ambitionnent une mise en relation entre l'autonomie et la responsabilité des acteurs et la performance organisationnelle, la qualité et la sécurité des soins.

A l'échelle des GHT, différentes personnes interviewées ont présenté des initiatives territoriales de la recherche en santé. Le développement des compétences des cadres par et pour la recherche, peut constituer un objectif, et un point saillant du projet managérial du GHT. Par ailleurs, l'affichage institutionnel et au-delà, d'accompagnement au développement des compétences des cadres, à l'échelle territoriale, constitue alors une force et peut devenir un facteur d'attractivité pour une profession en tension.

Le développement de leurs compétences individuelles, peut pour les cadres constituer une ressource pour leur activité professionnelle quotidienne. Valoriser ces compétences acquises est un véritable enjeu dans les projets de mobilité interne et externe. Les compétences spécifiques, transférables dans de nouveaux contextes professionnels, constituent alors la valeur ajoutée d'un individu qui optimise alors son employabilité.

Une citation attribuée à C. Darwin déclare que « *Ce n'est pas la plus forte, ni la plus intelligente des espèces qui survivra, mais celle qui sera la plus apte à changer.* » Par analogie, l'innovation et les capacités d'adaptation des établissements peuvent garantir leur survie. La recherche en santé, dans les établissements où elle ne serait pas encore déployée peut être assimilée à un projet innovant, source d'enrichissement et d'apprentissage organisationnel.

2.3.3 Des points de vigilance quant à la recherche en santé

Les résultats de l'enquête ont mis en lumière que des facteurs intrinsèques (notamment les représentations que les cadres ont de la recherche en santé) et extrinsèques (notamment représentations que les professionnels – promoteurs ont des managers dans le cadre de la recherche en santé), peuvent générer des freins à l'implication des cadres dans la recherche. Même si l'enquête présentée ci-avant montre les possibilités de transposition de compétences dans de nouveaux contextes professionnels, il faut bien avant cela un engagement dans les dispositifs de recherche en santé, ce qui comme ça a été montré plus-avant, constitue déjà un premier obstacle.

2.3.4 Des limites de la méthode de recherche à considérer

Les critères d'inclusion des professionnels interrogés au cours de l'enquête, spécifiaient un engagement individuel ou institutionnel dans les processus de recherche. Si les réponses apportées ont pu donner des éléments qualitatifs pour les résultats présentés ci-avant, un complément de recherche, probablement quantitatif optimiserait les résultats. En effet, disposer de la proportion des CGS et DS qui considèrent la recherche comme un levier managérial, pourrait modérer la teneur des résultats.

La problématique de ce mémoire est orientée sur la compétence managériale des cadres et pas sur la compétence de recherche des professionnels – promoteurs. Alors que je suis en cours de transition professionnelle, la posture de cadre dirigeant s'est progressivement assise au cours de l'année. Les concepts présentés dans la première partie ont donc dû être en cohérence avec mon évolution et la construction de ma nouvelle identité professionnelle.

2.3.5 Des projections issues de l'analyse

La diversité des personnes rencontrées à la fois par leurs niveaux de responsabilités, leurs parcours professionnels et leurs pratiques nous a permis de recueillir des données riches et pertinentes. Les profils des établissements dans lesquels elles exercent et les témoignages des expériences antérieures ont permis la diversité des propos et des approches. De plus, les propos exprimés par l'ensemble de la communauté interviewée constituent pour le professionnel de santé, manager que nous sommes et pour l'exercice du métier de Directeur des Soins que nous débutons, un moment précieux qui nous sert de repère pour nos pratiques.

3 Préconisations

Deux champs majeurs se dégagent dans la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie de développement de compétences des cadres par la recherche en santé. Tout d'abord, de quelle manière est-il envisagé de favoriser ou d'induire la montée en compétences des cadres ; ensuite, de quelle manière implémenter la recherche en santé dans un établissement. La littérature scientifique et professionnelle fait état de modalités de déploiement de la recherche paramédicale ¹⁵⁸, les préconisations ci-après concernent le développement des compétences des cadres. Toutefois, pour être opérationnelles, elles doivent être corrélées au sujet, c'est pourquoi figurent aussi des préconisations dévolues au déploiement de la recherche en santé.

3.1 Une politique pour déterminer les orientations

3.1.1 A l'échelon institutionnel

La politique institutionnelle, vise à aligner les orientations nationales sur les besoins de la population du territoire. Elle détermine les axes prioritaires à mettre en œuvre dans l'établissement. Elle est établie par le comité de direction et validée par le chef d'établissement. Ainsi, faire figurer des axes spécifiques dans une politique institutionnelle, constitue un message explicite (d'optimisation de l'offre de soins, de politique sociale pour les professionnels...), affichée par le chef d'établissement.

Un volet dédié à au management, coconstruit avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH), définit les orientations stratégiques et les objectifs prioritaires pour les cadres de l'institution. La déclinaison d'un projet managérial articulé avec le projet médico-soignant partagé du GHT (et par conséquent le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques), recouvre des domaines étendus du management, de l'organisation, de l'évolution des métiers et des activités, de la qualité de vie au travail... Le projet managérial inscrit la montée en compétences des cadres comme un axe prioritaire. Un chapitre du projet, dédié à la recherche en santé en lien avec le développement de compétences managériales, permet d'inscrire les projets de recherche en santé dans une temporalité et dans une opérationnalité. L'affichage de développement de compétences des cadres via le pilotage et l'accompagnement à la recherche en santé devient alors un axe fort du projet, voire un facteur d'attractivité pour une profession en tension.

Un volet dédié à la recherche en santé par les professionnels paramédicaux valorise tant les objectifs d'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins que les objectifs de

¹⁵⁸ Peoc'h, « Plan d'action de promotion de la recherche ».

montée en compétences et de valorisation des professionnels managers et paramédicaux. Au niveau opérationnel, il s'agit d'intégrer la recherche en santé dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et d'impliquer la CSIRMT dans le dispositif.

3.1.2 A l'échelon intermédiaire

Eu égard aux besoins des patients du territoire, le DS détermine les compétences requises dans tous les domaines d'activité de l'établissement et du GHT. La subtilité concerne le développement de compétences et leur mobilisation dans l'action. En collaboration avec le département formation continue de la Direction des Ressources Humaines, il s'agit à partir d'un état des lieux des compétences paramédicales et managériales disponibles de dresser la liste des attendus (en termes de développement d'activités, de mise à jour des pratiques professionnelles, d'innovation...) et d'y associer les compétences requises.

En ce qui concerne la recherche en santé, la mise en évidence de la masse critique est nécessaire. Il s'agit de déterminer un seuil suffisant de professionnels pour que l'établissement réponde tant aux objectifs de production de résultats scientifiques qu'aux objectifs de développement de compétences des professionnels – promoteurs, coordinateurs, cadres...

A partir des référentiels de compétences des cadres soignants de pôles et des cadres d'unités de soins, le DS détermine les niveaux de compétences requis dans le domaine de l'accompagnement de professionnels – promoteurs et du pilotage de la recherche en santé. Trois compétences socles sont mises en évidence dans le travail des cadres quant au sujet de la recherche en santé : la gestion des ressources humaines, la coordination du travail d'équipe et le pilotage de projets.

Si les personnes interviewées au cours de l'enquête évoquent ce trio de compétences comme des prérequis ou comme des post requis, il y a consensus sur leur mobilisation dans l'accompagnement des équipes de recherche. Evaluer le niveau présent permet d'avoir une vision objective de l'existant et des forces et faiblesses présentes.

Une fois les compétences évaluées, le DS effectue une cartographie et mesure les écarts entre les compétences requises et les compétences présentes. Il peut alors déterminer les axes d'amélioration ¹⁵⁹, puis construire un plan de montée en charge des compétences des cadres et enfin identifier un projet et un porteur de projet en capacité de promouvoir la démarche engagée.

¹⁵⁹ Camiul, « Cartographier les compétences pour mieux les évaluer ».

3.2 Une stratégie pour déterminer des plans d'action

3.2.1 Consolider et promouvoir la montée en compétences des cadres

A) Contractualiser avec les cadres de santé

Les demandes de formation effectuées par les cadres convergent avec les objectifs institutionnels. La montée en compétences des cadres leur apporte un niveau d'employabilité élevé ¹⁶⁰. Un retour sur investissement, peut être demandé et un contrat gagnant – gagnant mis en place. Le DS contractualise avec les cadres de santé s'engageant dans en formation master. Des sujets de mémoire peuvent être orientés sur des problématiques managériales rencontrées dans l'établissement. Il s'agit alors de cibler les sujets qui contribueront à l'évolution de l'institution et à l'évolution du cadre en formation.

B) Valoriser et promouvoir les personnes et les actions

La valorisation et la promotion des individus et de leurs actions, transitent nécessairement par une action institutionnelle. A l'échelle locale comme à celle d'un territoire, il s'agit de rendre visible l'engagement des professionnels dans des démarches de recherche en santé. La stratégie de communication à travers les outils institutionnels ou les espaces professionnels (espace intranet, colloques professionnels...), est coconstruite avec le directeur de la communication.

Dans la mesure où la démarche de recherche s'inscrit dans la politique institutionnelle, le comité de direction peut réfléchir à des systèmes de valorisation sous forme d'intéressement. Charge aux DS et aux DRH d'évaluer le montant pertinent et adapté. En outre, l'engagement individuel ne peut être circonscrit à l'obtention d'une prime ; il s'agit ici pour les dirigeants, de montrer un engagement institutionnel fort.

Si la politique institutionnelle consiste au développement de la recherche en santé, des moyens doivent être déployés. Ainsi, un dispositif de compagnonnage, composé de tuteurs expérimentés, peut être construit et mis à disposition. Il s'agit tant de tuteurs identifiés pour les professionnels – promoteurs, que pour les cadres accompagnateurs et pilotes.

La CSIRMT, est l'instance de représentation de l'ensemble de la communauté paramédicale. Pour favoriser un relais optimal, la présentation des processus et résultats dans cette commission est essentielle.

¹⁶⁰ Loufrani-Fedida et Saint-Germes, « Compétences individuelles et employabilité : essai de clarification de leur articulation ».

3.2.2 Mobiliser et transposer les compétences des cadres dans une vision transversale

A) Favoriser la mise en œuvre des compétences acquises

L'objectif ultime du développement de compétences des cadres consiste à les mobiliser dans différents secteurs d'activités, pôles, établissements... De nombreux domaines ont été objectivés et reliés dans le cadre de ce mémoire : la gestion des hommes, la coordination d'équipes, le pilotage de projets, la recherche en santé... la transposition appartient à l'individu, mais la mise en œuvre d'un contexte favorable est l'enjeu pour le DS. Aussi élargir les périmètres d'activité devient indispensable : favoriser la mobilité interne, développer de nouveaux projets, sont autant de situations dans lesquelles impliquer les cadres.

B) Contribuer à la généralisation institutionnelle en décloisonnant les pratiques

Dans la perspective des organisations apprenantes, il est aussi nécessaire de prévoir l'accompagnement par les pairs. C'est-à-dire que la communication, la mutualisation et le tutorat de nouveaux cadres à l'accompagnement de la recherche doivent aussi faire l'objet d'une réflexion et d'un plan d'action décloisonné.

3.3 Des facteurs clés de succès de la recherche en santé

3.3.1 Pratiquer l'Evidence Based Management

Le DS, en qualité de dirigeant, est amené à prendre des décisions dans le champ managérial. Suivant la problématique qu'il identifie, dans le champ sociologique, managérial, de la qualité de vie au travail... il effectue une revue de littérature pour prendre une décision éclairée. L'exemplarité constitue alors le premier niveau de déclinaison de l'Evidence Based Management dans l'institution. Le recours d'un comité de direction, à des données probantes, contribue probablement à asseoir une politique institutionnelle de recherche en santé et une ligne directrice commune. En outre, un PCME, lui-même formé à la démarche de recherche et à l'EBP, peut aussi reconnaître au DS et au comité de direction, une valeur voire des compétences par rapport à la recherche et ainsi partager une vision et un langage communs.

3.3.2 Collaborer avec le corps médical

Si le corps médical a été exclu de l'étude présentée ci-avant, il constitue pourtant un maillon essentiel de la démarche de recherche en santé. La collaboration avec les médecins constitue une ressource et un prérequis de la démarche. A l'image de la collaboration entre le PCME et le DS-PCSIRMT, les binômes médecin chef de pôle / cadre soignant de pôle et médecin / cadre d'unités de soins, sont des acteurs de l'implémentation, du déploiement et de l'animation de la recherche en santé dans les unités de soins.

3.3.3 Structurer l'organisation de la recherche en santé à la Direction des Soins

L'implémentation de la recherche dans un établissement suit le modèle du PAPR ¹⁶¹. Pour la Direction des Soins, identifier et missionner des acteurs en charge de la recherche en santé est nécessaire. Par ailleurs, favoriser le développement du réseau des cadres dans le domaine de la recherche en santé devient l'un des objectifs du DS. La place des cadres dans l'organigramme institutionnel, permet des collaborations et des partenariats auxquels un professionnel paramédical n'a pas accès. Enfin, l'accès aux organismes et associations extérieures peut aussi être facilité par ce positionnement.

3.3.4 Opérationnaliser la mise en œuvre de la recherche en santé

A) Inscrire des objectifs de recherche dans les contrats de pôles

Les personnes interviewées s'accordent à dire que l'essor de la recherche en santé en établissement et dans un GHT, tient à la politique définie par le DS. D'un point de vue opérationnel, la politique peut être déclinée dans les pôles en l'inscrivant dans les contrats. Un suivi et une évaluation peuvent par conséquent faire partie du dialogue de gestion entre la Direction des Soins et les pôles.

B) Décliner la politique nationale dans les organisations locales

Les directives nationales impactent localement les organisations de soins. Par exemple, l'entrepôt des données de santé commence à se structurer dans certains établissements ¹⁶². Régi par l'éthique et par la sécurité, l'entrepôt des données de santé a vocation à recueillir des données administratives et médicales utiles pour faire avancer la recherche et optimiser le pilotage des organisations hospitalières. La traçabilité des

¹⁶¹ Peoc'h, « Plan d'action de promotion de la recherche ».

¹⁶² Direction de la Recherche et de l'Innovation ; Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, « Entrepôt des Données de Santé ».

données, rigoureuse et scientifique constitue alors un enjeu essentiel pour un traitement ultérieur. L'accompagnement par la Direction des Soins, à une traçabilité de qualité constitue alors un enjeu majeur. Ainsi, l'accompagnement par la Direction des Soins, à l'anticipation et à la mise en œuvre de la stratégie gouvernementale, constitue un véritable enjeu.

C) Allouer des ressources

a) *Des ressources humaines pour des actions définies*

Certaines phases de la recherche en santé requièrent de faire appel à des ressources humaines qualifiées ou pas. Une politique d'établissement, déterminée en comité de direction, qui consisterait à affecter le pool de remplacement pour dédier du temps de recherche ou à affecter des professionnels en restriction professionnelle à certains protocoles, peut constituer un axe fort de la stratégie de déploiement de la recherche en santé dans un établissement.

b) *Des Infirmiers en Pratiques Avancées comme partenaires de l'encadrement*

Le DS, a la charge de la gestion des compétences requises dans son établissement, au regard des besoins des patients du territoire et des projets institutionnels. Il lui revient, en collaboration avec le DRH, de déterminer l'opportunité et le volume de professionnels à former. Un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, construit sur le développement de la recherche en santé, peut probablement être mis en parallèle avec la formation d'Infirmiers en Pratiques Avancées ¹⁶³. Parmi leurs missions figure le développement de la recherche en santé ; les Infirmiers en Pratiques Avancées, sont les partenaires privilégiés des cadres pour le déploiement de celle-ci. La formation et la définition de leurs fiches de postes dans les organisations hospitalières devraient permettre l'optimisation et l'augmentation du nombre de protocoles.

c) *Du temps dédié aux protocoles de recherche*

La recherche en santé s'inscrit dans la durée. Allouer du temps, est une idée récurrente de toutes les personnes interviewées. Ces temps formalisés dans un dispositif institutionnel, coconstruit avec la Direction des Ressources Humaines, constituent alors une forme de reconnaissance du travail attendu.

¹⁶³ Touraine, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

En synthèse, dans sa position de dirigeant, le DS, en collaboration avec le comité de direction, contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique institutionnelle. C'est à cette occasion que les projets, managérial et de recherche en santé, peuvent être inscrits comme des axes prioritaires à développer dans l'établissement. Par ailleurs, compte tenu de ses missions dans l'organisation hospitalière, le DS établit la stratégie à déployer. C'est alors qu'il détermine le plan d'action, les échéances et moyens humains et matériels qui lui semblent nécessaire à l'atteinte des objectifs. Enfin, de par sa vision transversale de l'institution et sa connaissance des professions de santé, des organisations de soins et du management, le DS mesure les conditions de réussite et s'adapte aux évolutions. L'alternance entre les postures stratégiques, opérationnelles et de coordination, dévolues aux DS, constitue son cœur de métier et lui impose de s'adapter en permanence.

Conclusion

D'un questionnaire initial sur la gestion des compétences d'un professionnel qui détient des prérogatives et une responsabilité, spécifiques, et sur la gestion et la transposition des compétences des cadres, est apparue la problématique suivante : Dans quelle mesure, le Directeur des Soins peut-il s'appuyer sur la recherche en santé, pour que ses collaborateurs développent leurs pratiques managériales ? Des recherches théoriques ont conduit à explorer les concepts de compétences, de management des compétences, d'organisation apprenante, d'innovation managériale et de recherche en santé. L'ensemble de ces éléments a été mis en relation avec la ligne managériale des soins à l'hôpital comprenant le Directeur des Soins et ses collaborateurs, les cadres soignants de pôles et les cadres d'unités de soins. Des enquêtes par entretiens semi-directifs, auprès de professionnels de Directions des Soins, de l'encadrement et de coordinateurs de recherche, ont permis de valider l'hypothèse selon laquelle le pilotage de la recherche en santé et l'accompagnement des professionnels – promoteurs, introduiraient de nouvelles pratiques managériales à l'hôpital. Ainsi, des préconisations réparties entre les missions stratégiques, opérationnelles et de coordination du Directeur des Soins ont pu être proposées sur les domaines de montée en compétences des cadres et sur le déploiement de la recherche en santé dans un établissement.

Alors que les représentants d'usagers adoptent une place de plus en plus active dans l'activité des établissements de santé, la littérature professionnelle leur reconnaît différents niveaux d'engagement dans les phases de la recherche (allant graduellement de la participation à l'engagement des patients dans la recherche) ¹⁶⁴. Au même titre que la montée en compétences des usagers est une nécessité pour le bon fonctionnement des établissements, leur montée en compétences dans la recherche l'est tout autant. Aussi, et par analogie avec la montée en compétences des cadres évoquée dans ce mémoire, la question suivante émerge : le Directeur des Soins pourrait-il aussi s'appuyer sur la recherche en santé pour superviser la montée en compétences des représentants d'usagers dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins ?

¹⁶⁴ Gross et Verheye, « De la participation à l'engagement des patients dans les recherches en éducation thérapeutique : une analyse croisée entre théorie et pratique ».

Bibliographie

- Académie Française. « Management ». In *Dictionnaire de l'Académie Française*. Vol. 9ème édition. Paris: Académie Française, 2020. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0438#>.
- Antoine, M., D. Deflandre, F. Naedenoen, et N Renier. « Faut-il brûler la gestion des compétences ? Une exploration ces pratiques en entreprise ». In *Introduction*, 270. Economie, Société, Région. Bruxelles: De Boeck Supérieur, 2006.
- Arnaud, B. « Les organisations apprenantes ». In *L'apprenance au service de la performance*, 77 à 84. Académie des Sciences de Management de Paris. Paris: EMS Editions, 2019. - <https://www.cairn.info/l-apprenance-au-service-de-la-performance---page-77.htm>.
- Bachelot-Narquin, Roselyne. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Pub. L. No. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Santé Publique 163 (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- Beloni, P., et E. Cartron. « La recherche en soins : développement d'une activité porteuse d'enjeux pour les professions paramédicales et les établissements de santé », *Recherche en soins infirmiers*, 124, n° 1 (2016): 6 à 7.
- Bohic, L. « Le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) : une opportunité managériale pour le Directeur des Soins. » *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*, 2014. <file:///C:/Users/Anne/Documents/EHESP/EHESP%20-%20Bibliographie/mémoire/Mémoires%20DS/bohic.pdf>.
- Bonnel, V. « Accompagner le développement de la recherche clinique en centre hospitalier : l'exemple du Groupe Hospitalier Bretagne Sud ». *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*, 2018. <file:///C:/Users/Anne/Documents/EHESP/EHESP%20-%20Bibliographie/mémoire/Mémoires%20DS/Vincent%20BONNEL.pdf>.
- Boström, A.M., D.K. Sommerfeld, A.W. Stenhols, et A. Kiessling. « Capability beliefs on, and use of evidencebased practice among four health professional and student groups in geriatric care: A cross sectional study », n° 13 (2018). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192017>.
- Boyer, L. « Avenir du management et management de l'avenir : la place du métier ». *Management Prospective Ed.*, Management & avenir, 1, n° 1 (2004): 7 à 21.
- Brun-Buisson, C. « Plaidoyer pour l'EBM. Ou comment nier les évidences ». In *L'émergence de ma médecine scientifique*, 247 à 261. Sciences et philosophie. Paris: Editions matériologiques, 2012.
- Buzin, A. Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, Pub. L. No. JORF n°0254 du 31 octobre 2019 texte n° 76, Santé publique 4 (2019). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039296788&categorieLien=id>.
- Camiul, Anne-Lise. « Cartographier les compétences pour mieux les évaluer ». Quimper: Collège National de Kinésithérapie Salariée, 2010.

- https://www.cnks.org/assets/files/jnks_2010/actas/SITE%20CNKS%20%20%20A CTAS%20QUIMPER%202010%20%20%20AL.%20CAMIUL.pdf
- Conseil International des Infirmières (CII). « La recherche en soins infirmiers, prise de position adoptée en 1999 et réaffirmée en 2007 », mis à jour en 2007 1998. <http://www.icn.ch/psresearch99f.htm>.
- Coutrot, L. « Archéologie des logiques de compétences ». In *L'année sociologique*, 55:197 à 230. 1. Paris: Presses Universitaires de France, 2005. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2005-1-page-197.htm>.
- Daly, J. « Chercheurs d'or : médecine evidence-based et science de la clinique ». In *L'émergence de la médecine scientifique*, 181 à 198. Sciences et philosophie. Editions matériologiques, 2012. https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=EDMAT_FAGOT_2012_01_0181.
- Debout, C., C. Eymard, et M. Rothan-Tondeur. « Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus value et orientation dans le contexte français » 1, n° 100 (2010): 134 à 144.
- Devos, C., et X. Dumay. « Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la littérature », *Savoirs*, 2006/3, n° 12 (2006): 9 à 46.
- Diebolt, V., et C. Misse. *Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital : Enjeux, réglementation, organisation et financement*. Santé Social. Dunod, 2014.
- Direction de la Recherche et de l'Innovation ; Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. « Entrepôt des Données de Santé ». <http://recherche.aphp.fr/eds/definition/>, s. d. <http://recherche.aphp.fr/eds/definition/>.
- Divay, S. « Cadres de santé : des encadrants de proximité au pouvoir limité ». In *Les professions intermédiaires*, Armand Colin., 135 à 142. Recherches. Paris, 2013. <https://www.cairn.info/les-professions-intermediaires---page-135.htm>.
- Divay, S., et C. Gadéa. « Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé ». In *Aggiornamento manageriale degli stabilimenti pubblici e dinamiche professionali*, 4:81 à 99. Gouvernement et action publique 4. Paris: Presses de Sciences Po, 2015. <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2015-4-page-81.htm>.
- Dugast, C., et M-C. Chauvancy. « La contribution de l'encadrement à la performance, quelles réalités ? » In *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 353 à 374. Guides Santé Social. Paris, 2015. <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements---page-353.htm>.
- Dumas, M., et C. Ruiller. « Etre cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? » *Revue de gestion des ressources humaines*, ESKA, 1, n° 87 (2013): 42 à 58.
- Dupin, C, C Debout, et M Rothan-Tondeur. « La recherche infirmière en France et dans le monde.pdf ». *Revue Hospitalière de France*, Revue de la FHF, n° 546 (juin 2012).
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins. » Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, novembre 2011. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>.
- Elwyn, G., M. Taubert, et J. Kowalczyk. « Sticky knowledge : a possible model for investigating implementation in healthcare contexts », 2007. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-44>.
- Engels, C. « L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure ». Université de Bourgogne, 2015. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01227932>.
- Engels, C., E. Boutin, F. Bousely, I. Bourgeon-Ghittori, B. Couturier, I. Fromantin, C. Lafuente-Lafuente, et F. Canoui-Poitrine. « Use of evidence-based practice among

- French health professionals after implementation of a new competency-based curriculum ». *Worldview on Evidence Based Praticce*, 2020.
- Foret, A-M. « La recherche paramédicale : Une stratégie locale et territoriale du Directeur des Soins ». Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2015. <file:///C:/Users/Anne/Documents/EHESP/EHESP%20-%20Bibliographie/mémoire/Mémoires%20DS/foret.pdf>.
- Formarier, M. « Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui », *Recherche en soins infirmiers*, 1, n° 100 (2010): 111 à 114.
- Fortin, Marie-Fabienne. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education, 2006.
- Franchistéguy-Couloume, I. « Au coeur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation ». In *Projectics / Proyéctica / Projectique*, De Boeck Supérieur., 37 à 50. Paris, 2015. <https://www.cairn.info/revue-projectique-2015-1-page-37.htm>.
- Gross, O., et J-C. Verheye. « De la participation à l'engagement des patients dans les recherches en éducation thérapeutique : une analyse croisée entre théorie et pratique ». Montréal: Laboratoire en Educations et Pratiques de Santé, 2015.
- Haute Autorité de Santé. « Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé : revue de littérature ». Saint-Denis-La-Plaine, 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_1_evaluation_des_compences_des_professionnels.pdf.
- Hoarau, G., et C. Dumas. « Le cadre paramédical de pôle, un acteur pionnier dans le changement hospitalier ». In *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 333 à 352. Guides Santé Social. Paris: Dunod, 2012. <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-lesetablissements---page-333.htm>.
- Larochelle, N., et L. Beaudet. « Développement du rôle des infirmières chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier : Une revue intégrative des écrits ». *Recherche en soins infirmiers* 1, n° 128 (2017): 6 à 28.
- Le Boterf, G. *Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions*. Livres outils. Ressources humaines. Eyrolles, 2015.
- Lecordier, D., et L. Jovic. « Financer et organiser la recherche en soins : des obstacles à surmonter ». *Recherche en soins infirmiers* 1, n° 116 (mars 2014): 5 à 5.
- Lefèbre, H., O. Roy, et M. Rothan-Tondeur. « Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques », *Recherche en soins infirmiers*, 3, n° 114 (2013): 31 à 45.
- Louazel, M., A. Mourier, E. Ollivier, et R. Ollivier. *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*. Presses de l'EHESP. Mayenne, 2018.
- Loufrani-Fedida, S., et E. Saint-Germes. « Compétences individuelles et employabilité : essai de clarification de leur articulation », *@GRH*, 2, n° 7 (2013): 13 à 40.
- Lucas, S., et V. Duveau. « Sans compétences, pas de performance ? » In *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 105 à 124. Guides Santé Social. Paris: Dunod, 2015. <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-lesetablissements---page-105.htm>.
- Madiot, H., et L. Belle. « Points SIGAPS / SIGREC : ce que vous faites gagner à votre Hôpital », 3. Paris: CNCH, 2016.
- Ministère de la santé. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&categorieLien=cid>.

- Ministère de la Santé et des Solidarités. « Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projets : PHRC, PRT, PRME, PREPS et PHRIP ». solidarites-sante.gouv.fr, 31 décembre 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/programmes-recherche>.
- Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins. « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales ». Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins, s. d. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>.
- Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction Générale de l'Offre de Soins. « Cadre soignant de pôle », 2012. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=26>.
- Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction Générale de l'Offre de Soins. « Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé ». Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2012. <https://www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html>.
- Ministère des solidarités et de la santé. Article 6143-2, Pub. L. No. 6143-2, § Sixième partie : Etablissements et services de santé, Code de la santé publique (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036511179&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119>.
- . 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 (2010). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164042&categorieLien=id>.
- . décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière dans son article 4 (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id>.
- . « Les maladies rares ». [solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-maladies-rares), 8 avril 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-maladies-rares>.
- . Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Pub. L. No. 2005-406, 19 (2005). https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT00000606537.
- Nayrac, C. « L'intégration à l'université des formations paramédicales ouvre de nouvelles réflexions ». *Hospimédia*, 3 octobre 2019, Hospiimédia édition. <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20191003-formation-l-integration-a-l-universite-des-formations>.
- Nobre, T. « L'innovation managériale à l'hôpital ». *Revue française de gestion*, Lavoisier, 6, n° 235 (2013): 113 à 127.
- Novic, M. « L'Europe pour développer les compétences des formateurs en soins infirmiers : l'exemple du programme Leonardo Da Vinci ». Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2009. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/ds/novic.pdf>.
- Peoch', N. « La recherche infirmière et paramédicale, Influence des représentations professionnelles sur les pratiques managériales des directeurs des soins ». Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2015. <file:///C:/Users/Anne/Documents/EHESP/EHESP%20-%20Bibliographie/mémoire/Mémoires%20DS/peoch.pdf>.
- Peoc'h, Nadia. « Plan d'action de promotion de la recherche ». *Gestions hospitalières*, Stratégie managériale, n° 573 (février 2018). <http://gestions-hospitalieres.fr/plan-daction-de-promotion-de-recherche/>.

- Plane, J-M. *Management des organisations. Management & leadership*. Saint-Just-la-Pendue: Dunod, 2019.
- Plein, P. « De l'entreprise formatrice à l'organisation apprenante ». In *L'apprenance au service de la performance*, 67 à 76. Académie des Sciences de Management de Paris. Paris: EMS Editions, 2019. - <https://www.cairn.info/l-apprenance-au-service-de-la-performance---page-67.htm>.
- Sackett, D.L., W. Rosenberg, J.A. Gray, R.B. Haynes, et W. Richardson. « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », n° 312 (1996).
- Singly, C. de. « Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, propositions et annexes ». Paris: Ministère de la santé et des sports, 2009. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf.
- Stuwe, L, M Parent, et O Louvet. « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ? » *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, n° 121 (juin 2015): 96.
- Swanson, J.A, D. Schmitz, et K. Chung. « How to practice Evidence-Based Medicine », 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389891/>.
- Tebourbi, N., et K. Saïd. « Les rôles des cadres intermédiaires dans l'apprentissage organisationnel : une étude exploratoire au sein d'un cabinet de conseil » 6, n° 36 (2010): 54 à 76.
- Touraine, Marisol. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Pub. L. No. JORF n°0022 du 27 janvier 2016, LOI n° 2016-41 Code de la Santé Publique 69 (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20200507>.
- World Health Organization (WHO) Regional office for Europe. « Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. » Copenhagen, Denmark: World Health Organization (WHO) Regional office for Europe, 2017. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1.

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretiens exploratoires

Annexe II : Grille d'entretiens de collecte de données

Annexe III : Retranscription de l'entretien 7, auprès du CGS d'un CHU

Annexe I :

Entretiens exploratoires

Directeur des soins de CHU

1. J'envisage de traiter la question de la recherche paramédicale dans le cadre de mon mémoire de DS. Selon vous quelle est la valeur ajoutée d'un professionnel paramédical qui effectue de la recherche ? Pourquoi faut-il la développer ?
2. D'après mes informations, la recherche constitue un axe fort de votre projet de soins, comment l'avez-vous institué et fait vivre ?
3. Le projet [REDACTED], se voit compromis du fait de l'interruption des financements par l'ARS, savez-vous pourquoi et qu'avez-vous pensé de cette expérience ?
4. Vous êtes parvenue à constituer une équipe de 7 chercheurs paramédicaux dans votre GH, quels ont été les freins et leviers dans la mise en œuvre et quels sont les points positifs et axes d'amélioration de ce type de dispositif ?
5. Lorsque nous nous sommes rencontrées il y a 2 ans, et que j'envisageais le concours de DS, je vous avais demandé comment vous imaginiez le DS dans 10 ans ; et vous m'aviez répondu que vous imaginiez un mode bi-appartenant, à l'image de votre projet [REDACTED], qu'en est-il aujourd'hui ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Cadre supérieur de santé, chargé de la recherche

1. J'envisage de traiter la question de la recherche paramédicale dans le cadre de mon mémoire de DS. Selon vous quelle est la valeur ajoutée d'un professionnel paramédical qui effectue de la recherche ? pourquoi faut-il la développer ?
2. La mise en œuvre des PHRIP et des PREPS depuis une dizaine d'années, devait permettre un déploiement de la recherche paramédicale, cet objectif vous semble-t-il atteint ? quels sont selon vous les freins et leviers du déploiement de la recherche paramédicale ?
3. Pourriez-vous me décrire vos fonctions en ce qui concerne l'accompagnement du développement de la recherche ? selon vous quels sont les axes à développer ?
4. Quels serait le dispositif idéal selon vous pour développer la recherche paramédicale ? et comment envisageriez-vous les collaborations avec les Directions des Soins ? Comment percevez-vous le rôle d'un directeur des soins en ce qui concerne la recherche paramédicale ?
5. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

DS – directeur technique ARS

1. J'envisage de traiter la question de la recherche paramédicale dans le cadre de mon mémoire de DS. Selon vous quelle est la valeur ajoutée d'un professionnel paramédical qui effectue de la recherche ? Pourquoi faut-il la développer ?
2. Vous avez porté le projet chercheur bi-appartenant de l'ARS, qu'avez-vous pensé de ce dispositif ? Pouvez-vous m'indiquer quels ont été les freins et leviers dans la mise en œuvre de ce dispositif ? A 2 ans de sa mise en œuvre pourriez-vous m'en dresser un bilan ? Et m'indiquer pourquoi l'ARS interrompt ce dispositif ?
3. Comment envisagez-vous la suite ? Doit-on développer la recherche paramédicale ? De quelle manière ? Quels seraient les freins et leviers ?
4. Comment percevez-vous le rôle d'un directeur des soins en ce qui concerne la recherche paramédicale ?
5. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Ingénieur pédagogique

1. J'envisage de traiter la question de la recherche paramédicale dans le cadre de mon mémoire de DS. Selon toi quelle est la valeur ajoutée d'un professionnel paramédical qui effectue de la recherche ? Pourquoi faut-il la développer ?
2. La voie universitaire te semble-t-elle la seule voie pour effectuer de la recherche paramédicale ? Quid du lien avec l'hôpital ?
3. Selon toi, quels sont les freins et leviers au déploiement de la recherche paramédicale ?
4. Que penses-tu du déploiement des chercheurs en sciences infirmières, en maïeutique et en rééducation-réadaptation ? Comment les professionnels de santé devraient-ils s'en saisir ?
5. Comment perçois-tu la collaboration avec les DS ?
6. As-tu quelque chose à ajouter ?

Médecin de santé publique – chargé de la recherche

1. J'envisage de traiter la question de la recherche paramédicale dans le cadre de mon mémoire de DS. Selon vous quelle est la valeur ajoutée d'un professionnel paramédical qui effectue de la recherche ? Pourquoi faut-il la développer ?
2. La mise en œuvre des PHRIP et des PREPS depuis une dizaine d'années, devait permettre un déploiement de la recherche paramédicale, cet objectif vous semble-t-il atteint ? Quels sont selon vous les freins et leviers du déploiement de la recherche paramédicale ?
3. Quels serait le dispositif idéal selon vous pour développer la recherche paramédicale ?
4. Comment envisageriez-vous les collaborations avec les Directions des Soins ? Comment percevez-vous le rôle d'un directeur des soins en ce qui concerne la recherche paramédicale ?
5. Comment envisagez-vous les collaborations avec les médecins et avec un département de recherche ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe II :

Entretiens de

collecte de données

- 1) Mon mémoire a pour thème : l'impact du pilotage d'une équipe qui effectue une recherche paramédicale, sur les pratiques managériales des cadres. Si vous êtes d'accord, j'enregistrerai notre entretien pour pouvoir l'analyser ultérieurement. Il ne sera pas indexé au mémoire, en revanche et sous réserve d'anonymat, certains de vos propos pourront être cités.

- 2) Pourriez-vous m'indiquer :
 - Votre fonction
 - Votre niveau de diplôme le plus élevé
 - La typologie de vos (votre) structures d'exercice
 - Votre domaine d'activité (gestion / formation)
 - Votre ancienneté dans la fonction de DS, de cadre...

- 3) Quelle valeur attribuez-vous à la recherche paramédicale ? Quelles retombées en attendez-vous ?
 - Utilité (usagers / professionnels de santé / établissement (finances, image...))
 - Structuration de la pensée des intervenants (méthodologie / rigueur / approche scientifique)
 - Méthodologie reproductible dans d'autres domaines, dans le principe de l'organisation apprenante ou de l'innovation managériale.
 - Renommée de l'établissement, attractivité pour le recrutement, argent apporté par les publications...

- 4) Qu'entendez-vous par pratique managériale ? Qu'attendez-vous d'un cadre d'unités de soins d'un cadre soignant de pôle ?
 - Cadre d'unité de soins
 - o Parcours de soins
 - o Management des hommes
 - o Gestion
 - Cadres soignants de pôles
 - o Management de populations
 - o Pilotage de l'activité, de structure et de projets stratégiques

- 5) A quel niveau de déploiement en est la recherche paramédicale dans votre institution ?
 - Constitution d'un comité de pilotage qui coordonne la préparation du plan d'action et sa déclinaison au sein du GHT et conduit à différencier les enjeux relatifs à l'identification des thématiques de recherche prioritaires sur le territoire.
 - Un processus inclusif, organisant la réflexion sur l'identification des priorités scientifiques et de recherche au sein des pôles des différents établissements sous la responsabilité du trinôme de pôle, avec l'accompagnement des équipes dans

- l'analyse des pratiques professionnelles, l'organisation de cercles de lecture 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
- 6) Selon vous, quel rôle l'encadrement doit-il tenir dans le management d'une équipe ou d'un professionnel qui effectue de la recherche paramédicale ?
- Catalyseur
 - Soutien / accompagnement
 - Reporting / contrôle
- 7) Pensez-vous que le management de la recherche paramédicale par les cadres, puisse avoir un impact sur leurs pratiques managériales ? En quoi ? Est-ce souhaitable ? Si oui, est-ce l'un de vos objectifs identifiés ?
- Variables individuelles (motivation, sentiment d'efficacité personnelle, attitudes relatives au travail, confiance)
 - Variables liées aux processus d'apprentissage (élaboration d'objectifs de transferts au cours de l'apprentissage)
 - Facteurs relatifs aux caractéristiques de l'environnement de travail (culture, climat de transfert, soutien du supérieur hiérarchique)
- 8) Considérez-vous que l'impact potentiel du management de la recherche par les cadres, pourrait faire évoluer les organisations ou le management de l'institution ?... Comment ?
- 9) Selon vous, quel est le rôle du directeur des soins dans le développement des pratiques managériales des cadres via l'accompagnement des équipes à la recherche paramédicale ? Comment le DS peut-il faire concrètement pour favoriser le management de la recherche paramédicale ?
- Accompagnement des cadres
 - Identification des ressources
 - Détection des potentiels d'évolution
- 10) Selon vous, pourquoi la recherche est-elle aussi peu développée dans les établissements de santé aujourd'hui ? Quels sont les freins que vous avez rencontrés, ou que vous imaginez ?
- 11) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe III :
Retranscription de
l'entretien 7
Auprès du CGS de CHU

Anne-Lise CAMIUL :

Bonjour [REDACTED], je t'informe que j'enregistre notre entretien et je m'engage à anonymiser tes propos. Es-tu d'accord ?

Personne Interviewée :

Oui.

Anne-Lise CAMIUL :

Je te rappelle l'objet de mon mémoire, il porte sur le développement des pratiques managériales par le pilotage de la recherche, est-ce clair pour toi ?

Personne Interviewée :

Oui et J'en ai parlé à l'infirmière coordinatrice de la recherche paramédicale, qui n'est pas cadre mais qui est en train d'écrire une thèse de [REDACTED], qui est vraiment une pointure sur la recherche paramédicale et qui fait partie des réseaux des coordinateurs de recherche au niveau national.

Anne-Lise CAMIUL :

C'est Madame [REDACTED] ? son nom est régulièrement apparu au cours de mes recherches.

Personne Interviewée :

Oui et elle est tout à fait OK pour répondre à tes questions.

Anne-Lise CAMIUL :

Pour commencer, des questions très théoriques : quelle est ta fonction, le niveau de diplôme le plus élevé que tu aies obtenu, et la typologie de ta structure d'exercice ?

Personne Interviewée :

Je suis Coordonnateur Général des Soins en CHU. Mon dernier diplôme, c'est celui obtenu à l'EHESP : Directeur des Soins.

Anne-Lise CAMIUL :

As-tu un travail universitaire ?

Personne Interviewée :

Non. Pas de travail universitaire. J'ai un DIU en gestion de risques.

Anne-Lise CAMIUL :

Je sais qu'au CHU [REDACTED], il y a un axe sur la recherche paramédicale dans le projet de soins très développé. Peux-tu m'en dire plus à ce sujet ?

Personne Interviewée :

Effectivement, la recherche paramédicale au CHU [REDACTED] a démarré il y a plusieurs années, et elle est très largement soutenue au niveau institutionnel. Je pourrais t'envoyer un document où tu trouveras plusieurs informations sur la recherche, on va faire une présentation au conseil de surveillance en fin d'année. Il y a un axe fort sur la recherche paramédicale, initié par mon prédécesseur. Le starter a été la mise en place d'un coordinateur de la recherche paramédicale, qui a permis de développer cette recherche et d'accompagner tous ceux qui avaient envie de se lancer dans la recherche et qui ne savaient pas comment faire.

Anne-Lise CAMIUL :

Pour les accompagner au niveau de la thématique et du contenu ou de la structuration ?

Personne Interviewée :

En fait, elle les accompagne d'un point de vue méthodologique. Elle-même a été retenue il y a quelques années dans le cadre d'un PHRIP. C'est ce qui lui a permis de se lancer puis de se former. Elle avait démarré par un master et depuis elle est entrée en thèse. Depuis elle est attachée au département de la recherche et elle a un rôle de coordination générale des soins. En gros, elle est la courroie de transmission entre la coordination générale des soins et le département promotion de la recherche.

Anne-Lise CAMIUL :

Le département promotion de la recherche, c'est de la recherche médicale ou paramédicale ?

Personne Interviewée :

C'est de la recherche en tout. Et à partir de là elle a accompagné sur le plan méthodo des professionnels qui avaient envie de s'investir dans la recherche et depuis 2010, on a récupéré je crois 7 PHRIP. Il y a un certain nombre de projets retenus, projets industriels, pas mal de publications. On est bien placés, au niveau national on est au [REDACTED] rang des CHU et des PHRIP.

Anne-Lise CAMIUL :

Et quelle retombée tu attends de cette recherche ?

Personne Interviewée :

Pour moi, j'attends des retombées managériales, l'apparition d'une dynamique au sein des services autour de cette recherche. On voit que l'on n'a pas la main sur grand-chose. C'est un des leviers pour dynamiser des équipes. Ce que j'ai favorisé dans les propositions d'██████████ c'est dans les formations qu'elle fait en interne il y a notamment une thématique sur comment mobiliser l'encadrement sur la recherche paramédicale. Je suis intimement persuadé qu'il faut jouer sur cet axe-là, il faut qu'on arrive à faire comprendre aux cadres qu'ils ont intérêt à s'intéresser à la recherche, parce que c'est un levier de management dans leur service.

Anne-Lise CAMIUL :

Quelle place tu accordes aux cadres par rapport à la recherche ? Sont-ils facilitateurs ou doivent-ils mener eux-mêmes la recherche ?

Personne Interviewée :

Aujourd'hui, on est très facilitateurs, si ce n'est qu'on voit que les gens qui déposent des recherches ne sont pas des cadres. Très peu de cadres ont participé à des recherches. La semaine dernière, j'ai participé à un jury d'appel d'offres interne sur la recherche paramédicale avec 20 000 € pour accompagner des projets, les cadres sont peu cités dans l'accompagnement des projets. Culturellement il y a une recherche paramédicale mais les cadres sont loin d'être moteurs dans cette recherche.

Anne-Lise CAMIUL :

Par moteur, tu veux dire investigateur ?

Personne Interviewée :

Non, je veux dire à la fois promoteur et investigateur mais pour se lancer eux-mêmes dans la recherche. Ils investissent assez peu pour des recherches extérieures. On est plus sur de la recherche quantitative que sur du qualitatif. C'est dû aussi au profil de nos personnes ressources, on est beaucoup plus sur une structure médicale, on voit bien que les sciences sociales ne sont pas le domaine dans lequel on cherche le plus ██████████.

Anne-Lise CAMIUL :

On est plus sur des pratiques de soins ?

Personne Interviewée :

Oui, sur des pratiques, des essais de recherche clinique .

Anne-Lise CAMIUL :

Les professionnels paramédicaux-promoteurs, qui mènent ces recherches ont des cadres. As-tu vu des changements de comportement chez ces cadres depuis que les projets de recherche sont en place ?

Personne Interviewée :

Pas sûr qu'ils réinvestissent pleinement ce qui se passe dans leur service et l'investissement de certains de leurs agents. Je pense qu'ils ne s'en servent pas assez. Dans le cadre du projet de soins, on a une commission recherche on a quelques cadres dedans et on a des professionnels non-cadres et je n'ai pas l'impression que ce soit une fierté pour un cadre d'avoir quelqu'un qui, dans son service récupère un PHRIP.

Anne-Lise CAMIUL :

A ton avis, à quoi est-ce lié ?

Personne Interviewée :

J'ai un exemple concret. On a mis en place [REDACTED] un passeport recherche. Quand tu es un professionnel qui se lance dans la recherche et que tu vas sur un appel à projet national, on te donne 2 jours pour rédiger ta lettre d'intention. Pour peu que tu sois retenu, on te redonne 3 jours pour finir d'écrire ton protocole. On sait que cela ne couvre pas tout. Le CHU te donne 5 jours pour le faire. Cela a été négocié avec la Direction des Soins et avec les RH. Donner 2 jours puis 3 jours, c'est vécu par les cadres comme une contrainte et c'est ça qui me fait dire que malheureusement ils ne sont pas tous aidants là-dessus et quand il s'agit de rédiger une lettre d'intention ou un protocole c'est plutôt gênant.

Anne-Lise CAMIUL :

N'y aurait-il pas à faire quelque chose de semblable pour les cadres ? qu'ils puissent accompagner et élaborer des projets de recherche. Je pense notamment au télé-travail, cela n'a pas obligatoirement un impact temporel ?

Personne Interviewée :

Oui. Aujourd'hui, [REDACTED], la première des choses est qu'il faut faire prendre conscience à une grande partie du groupe cadres que la recherche peut servir et qu'en termes de management cela peut être un atout. On a déjà ce travail à faire et quand on voit le nombre de cadres qui s'était inscrit sur les formations sur comment on mobilise l'encadrement pour accompagner des recherches, ce n'est pas majeur. Ce n'est pas leur préoccupation. Peut-être aujourd'hui les cadres vont dire, on a la tête sous l'eau, c'est compliqué. Notre préoccupation, à partir du moment où cela émerge du terrain, il faut l'accompagner. On a peut-être le tort d'avoir une coordonnatrice qui est aux petits soins qui est prête à les aider

et je pense qu'elle se substitue à ce que pourraient faire les cadres si elle n'était pas aussi présente. Attention des comme ça on n'en trouve pas beaucoup.

On investit sur de la formation universitaire, sur des M2 en recherche, sur des professionnels, de façon à ne pas mettre tous nos œufs dans le même panier.

Anne-Lise CAMIUL :

Et la place des IPA là-dedans ?

Personne Interviewée :

Je pense que cela va aussi servir de starter. Une première fournée va sortir à l'automne. Des IPA vont sortir, extrêmement motivées parce que ma collègue coordinatrice des instituts est très investie dans ce domaine, plutôt recherche qualitative plutôt sciences sociales et éducation. Je pense que l'arrivée des IPA va sûrement booster la recherche dans les services. C'est un des objectifs forts de la mise en place des IPA.

Je ne vois pas poindre d'autres projets managériaux. Quand on a étudié les appels à projets internes, où parmi les critères, savoir si le projet était soutenu par l'équipe des médecins, l'encadrement, tu vois les médecins, pas forcément le cadre. Ça veut dire que si le cadre n'est pas nommé dans le projet, c'est qu'il n'a pas dû prendre une part très importante mais il est forcément en filigrane quelque part.

Anne-Lise CAMIUL :

Comment vois-tu la place de la Direction des Soins par rapport à ces cadres ?

Personne Interviewée :

Nous, on a essayé de convaincre et de pousser l'encadrement, c'est communiquer. On a profité de la commission de soins, de toutes les instances où l'on a pu participer. On sait que si on a pu toucher des médecins, le directoire, dans un service... on est sûr que le médecin va en parler au cadre et que cela va aussi booster le cadre. On est quand même un CHU fort chercheur et toutes les portes d'entrée sont là. Que cela démarre par les médecins ou que nous en ayons fait la promotion, on a fait intervenir [REDACTED] en réunion de cadres sup, en directoire. C'est multiplier les opérations de communication.

Anne-Lise CAMIUL :

Tu évoquais la recherche comme un levier managérial. Y en a-t-il d'autres que tu utilises ou que tu as utilisés dont tu as eu l'impression que les cadres se saisissaient plus facilement. Quelles sont les limites ?

Personne Interviewée :

J'ai eu l'occasion, sur mon établissement précédent, de mesurer l'intérêt de la recherche sur l'encadrement. On venait de faire une grosse restructuration du secteur médicosocial,

c'était compliqué parce qu'on avait rationalisé les effectifs et un projet de recherche est parti d'une diététicienne et une cadre psychomotricienne s'est vraiment emparée de la chose. On a vu la dynamique que cela a créé, on se chicanait sur des ETP dans le cadre de la restructuration et tout le monde s'est mobilisé autour de la recherche, et après un certain temps, on a arrêté de parler restructuration, on a parlé recherche et intérêt pour tous les personnels. Les cadres ont saisi l'intérêt qu'ils pouvaient tirer de ce projet et cela a fait démarrer l'ensemble.

Avec les DS, on n'est pas d'accord entre nous sur : à qui doivent être rattachés les IPA ; est-ce la Direction des Soins, les cadres sup, les cadres ? On voit bien que ce qui a été fait au niveau du décret en mettant les IPA qui, en fin de grille, finissent au-dessus de la grille cadre, ça va nous aider dans cette cohabitation et peut être même dans le fonctionnement des IPA avec les cadres. Je comptais beaucoup là-dessus, et j'espère que cela ne va pas plomber nos relations entre les cadres et les IPA sur cette question de statut.

Anne-Lise CAMIUL :

Veux-tu ajouter quelque chose ?

Personne Interviewée :

Je pense qu'il faut vraiment encourager la recherche paramédicale, que le cadre doit pouvoir s'en servir dans sa pratique managériale c'est certain. Le contexte actuel fait que c'est sûrement compliqué.

Anne-Lise CAMIUL :

Je pense que cela donne une autre perception de l'activité du cadre et que cela peut les sortir de la gestion quotidienne des effectifs.

Personne Interviewée :

En fait, c'est cela que l'on essaye d'impulser. On te renvoie très souvent la question du temps, c'est chronophage, Et c'est vrai que la recherche est chronophage. Avant de décrocher quelque chose et avant qu'on te donne des moyens pour le faire tu as passé pas mal d'heures, des soirées et des weekends. Le cadre se retranche beaucoup derrière. Je pense que les jeunes qui sortent aujourd'hui de l'IFCS vont pouvoir impulser cette dynamique parce que, eux ont cette formation autour de la recherche ce qui n'est pas vrai avec une bonne partie des cadres d'aujourd'hui. Travailler avec la nouvelle génération de cadres est sans doute un des axes à pousser.

Anne-Lise CAMIUL :

Tu crois qu'il faut former tous les cadres ?

Personne Interviewée :

Il faut que tous les cadres aient ce vernis, on ne demande pas à un cadre d'être expert. Je suis d'accord, on ne pourra pas former tout le monde, parce que former des cadres à l'accompagnement méthodo ce n'est pas leur job, ils ne le feront peut-être pas très bien, il y a sans doute mieux que cela. Par contre, ce que je demande à un cadre, c'est d'échanger avec son équipe sur la recherche, susciter l'envie, les interrogations de l'équipe, accompagner les réflexions de l'équipe de façon à ce que l'envie arrive, et être capable d'orienter vers les bonnes personnes s'il estime qu'il n'a pas les compétences. Tu dois être en droit d'attendre tout cela de tout cadre, lancer la dynamique recherche dans une équipe, susciter les interrogations, le questionnement au sein d'une équipe, c'est un boulot de cadre, le partager, être capable d'orienter. Pour moi le minimum c'est ça. On ne doit pas être en face d'un professionnel qui ne les a pas orientés vers la bonne personne.

Moi qui suis passé par un petit, moyen puis grand établissement, on ne mesure pas en CHU la chance dont on dispose. Quand tu lèves la main pour dire que l'on ferait bien de la recherche et qu'on sollicite le CHU on te regarde un peu de haut, ça date de 2012, et quand on va à la porte d'un CHU ce n'est pas simple. Dans les établissements précédents où j'ai lancé la recherche paramédicale, c'est parce qu'il y avait quelque chose de très bien structuré en recherche médicale et que j'avais l'appui du département de la recherche. Il faut avoir des gens formés, c'est la clé, un projet c'est l'usine à gaz. Les paramédicaux ont des idées mais entre le temps passé par [REDACTED] à les aider à mettre en forme leurs idées et à rentrer cela dans les cases cela prend du temps.

En un an, je trouve qu'il y a une montée en qualité géniale, l'année dernière les projets étaient inégaux, cette année il y a eu 7 projets déposés à l'appel d'offres interne d'excellente qualité. C'est brillant, il y a des idées géniales et l'on voit émerger des choses qui dépassent la recherche quantitative, qui sont beaucoup plus sur le qualitatif, sur la qualité de vie des soignants, sur des projets patients, plein de choses se mettent en place.

CAMIUL

Anne-Lise

Décembre 2020

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2020

La recherche en santé, un levier de développement de compétences, pour les collaborateurs du Directeur des Soins

Résumé :

Aujourd'hui, à l'hôpital, le Directeur des Soins détient la mission de manager les compétences des professionnels du soin. Par dérogation, les cadres soignants de pôles et les cadres d'unités de soins, collaborateurs du Directeur des Soins, accompagnent les équipes soignantes à mobiliser leurs compétences pour assurer des soins de qualité en toute sécurité. Mais qu'en est-il de leurs compétences managériales ? Et comment les combiner à des orientations politiques nationales telles que le développement de la recherche en santé ? La réflexion conduite dans ce mémoire a porté sur la transposition des compétences acquises en recherche en santé dans les pratiques managériales des cadres. Une question centrale a été posée : dans quelle mesure, le Directeur des Soins peut-il s'appuyer sur la recherche en santé, pour que ses collaborateurs développent leurs pratiques managériales ? Une enquête auprès de personnes qualifiées, impliquées dans la recherche, a montré l'impact réel sur les compétences managériales des cadres. Ils optimisent la gestion des hommes, le pilotage de projets et la coordination d'équipes. En outre, cette enquête a aussi montré l'impact de la recherche en santé, sur les organisations. A l'issue de ces réflexions des préconisations ont été proposées ; elles couvrent autant la dimension politique (élaboration d'une politique de montée en compétences des cadres et élaboration d'une politique de déploiement de la recherche en santé) ; que la dimension opérationnelle et de coordination (supervision de la montée en compétences des cadres et méthode de déploiement de la recherche).

Mots clés :

Directeur des Soins – Cadre soignant de pôle – Cadre d'unité de soins – Management des compétences – Recherche en santé.

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.