



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2019**

Date du Jury : **décembre 2019**

---

**La recherche en sciences infirmières,  
changement de paradigme  
et rôle du directeur des soins**

---

**Marc FIORETTI**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui m'ont donné le goût de la recherche durant ma carrière, avec une pensée particulière pour Madame Elisabeth Gloaguen, Directeur coordonnateur général des soins, pour son regard prospectif et avisé, ainsi que pour la confiance qu'elle m'a accordée.

Je pense également à mon directeur de filière, Monsieur Jean-Claude Vallée, pour son soutien et son accompagnement tout au long de mon parcours de professionnalisation.

Je n'oublie pas les professionnels rencontrés, intervenants à l'EHESP, lors de mes stages et au cours des entretiens relatifs à mon enquête, pour leur disponibilité, la richesse de leurs propos, et leur sympathie.

Le chemin à parcourir pour devenir Directeur des soins demande un investissement personnel conséquent. La présence et la patience de ses proches représentent des atouts précieux. Merci à eux.

*« Nous avons trois moyens principaux : l'observation de la nature, la réflexion, et l'expérience. L'observation recueille les faits, la réflexion les combine, l'expérience vérifie le résultat de la combinaison. Il faut que l'observation de la nature soit assidue, que la réflexion soit profonde, et que l'expérience soit exacte. On voit rarement ces moyens réunis. Aussi les génies créateurs ne sont-ils pas communs. »*

DIDEROT

*Pensées sur l'interprétation de la nature, 1754*



---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
1 Vers un changement de paradigme.....	6
1.1 La scientification de la discipline infirmière .....	6
1.1.1 Les soins infirmiers, la place d'une relation singulière et des valeurs .....	6
1.1.2 Les sciences infirmières, vers une culture de la preuve probante.....	8
1.1.3 La recherche, un outil de production de savoirs scientifiques .....	10
1.2 Le système en mouvement .....	13
1.2.1 L'identité et les représentations professionnelles en évolution .....	13
1.2.2 L'universitarisation, une réforme au profit des sciences infirmières .....	16
1.2.3 Le soignant-chercheur, entre pratique et posture réflexive .....	16
1.3 La recherche, une compétence du directeur des soins.....	18
1.3.1 Le patient et sa qualité de prise en charge comme préoccupation .....	18
1.3.2 La dimension managériale, un vecteur de changement.....	18
1.3.3 La direction des soins, une place à tenir dans l'institution .....	19
1.3.4 L'émergence d'un questionnement.....	20
2 Une enquête de terrain pour une compréhension en profondeur.....	21
2.1 Les contours de l'enquête .....	21
2.1.1 La méthode de type qualitatif .....	21
2.1.2 L'échantillon pluridisciplinaire .....	21
2.1.3 Les limites : centration sur le métier d'infirmier et transférabilité en CHU ...	23
2.2 La rencontre avec les professionnels de santé.....	23
2.2.1 Les contours de la recherche vus par les professionnels .....	23
2.2.2 L'environnement institutionnel de la recherche.....	28
2.2.3 Les freins au développement de la recherche .....	31
2.3 Les réponses à notre questionnement .....	34
2.3.1 Une identité en gestation et des représentations hétéroclites.....	34
2.3.2 Une construction institutionnelle perfectible.....	35
2.3.3 Un acteur clé : le directeur des soins.....	36
3 Des préconisations stratégiques, managériales, et de valorisation .....	38
3.1 Le niveau stratégique et institutionnel .....	38
3.1.1 Le positionnement affirmé du directeur des soins.....	38
3.1.2 La structuration et la coordination internes, des repères indispensables ....	41
3.1.3 La dimension territoriale et le réseau, pour une dynamique renforcée.....	43
3.2 Le levier managérial.....	44

3.2.1	La posture réflexive au cœur du processus d'acculturation.....	44
3.2.2	La formation, un soutien pour le développement des compétences.....	46
3.2.3	La transdisciplinarité, pour une réponse optimale aux besoins du patient...49	
3.3	La valorisation de la recherche .....	51
3.3.1	La reconnaissance des temps dédiés à la recherche.....	51
3.3.2	Les publications, entre l'accès aux savoirs et à leur diffusion .....	51
3.3.3	La communication, pour une recherche connue et reconnue.....	52
	Conclusion.....	54
	Bibliographie.....	56
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAP</b>	Appel à projet
<b>AG</b>	Assemblée générale
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CH(U)</b>	Centre hospitalier (universitaire)
<b>CIC</b>	Centre d'investigation clinique
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CNCPR</b>	Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche
<b>CNU</b>	Conseil national des universités
<b>CODIR</b>	Comité de direction
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage
<b>CPR</b>	Coordonnateur paramédical de la recherche
<b>CS</b>	Cadre de santé
<b>CSIRMT</b>	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
<b>CSS</b>	Cadre supérieur de santé
<b>DCGS</b>	Directeur coordonnateur général des soins
<b>DEA</b>	Diplôme d'étude approfondi
<b>DG</b>	Directeur général
<b>DRCI</b>	Directeur (Direction) de la recherche clinique et de l'innovation
<b>DRH</b>	Directeur (Direction) des ressources humaines
<b>DS</b>	Directeur des soins
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>EBN</b>	Evidence-based nursing
<b>EBP</b>	Evidence-based practice
<b>ETP</b>	Education thérapeutique du patient
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GIRCI</b>	Groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'état
<b>IFSI / IFAS</b>	Institut de formation en soins infirmiers / Institut de formation d'aide-soignant
<b>IFCS</b>	Institut de formation des cadres de santé
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>IPA</b>	Infirmier de pratique avancée
<b>LMD</b>	Licence - master - doctorat
<b>MERM</b>	Manipulateur en électroradiologie médicale
<b>MK</b>	Masseur-kinésithérapeute
<b>NMP</b>	Nouveau management publique
<b>PCME</b>	Président de la commission médicale d'établissement
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PHRI(P)</b>	Programme hospitalier de recherche infirmière (et paramédicale)
<b>PU-PH</b>	Professeur des universités - praticien hospitalier
<b>SIGAPS</b>	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
<b>QVT</b>	Qualité de vie au travail
<b>TFE</b>	Travail de fin d'étude
<b>UE</b>	Unité d'enseignement
<b>UPR</b>	Unité paramédicale de recherche



## Introduction

La recherche n'est plus circonscrite à la seule recherche clinique médicale. Au travers de la loi HPST<sup>1</sup>, le législateur a souhaité affirmer la place de la recherche dans les domaines des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques. A ce titre et de façon plus ciblée, la recherche dans le champ infirmier constitue « un facteur de progrès, de valorisation des équipes et d'attractivité des professions, à l'heure où émergent de nouveaux métiers soignants qui tiendront une place importante dans l'organisation des soins »<sup>2</sup>.

Certes, « (...) les infirmières vont être amenées à conduire toujours plus de recherches dans les années à venir, qu'il s'agisse notamment de mémoires, de thèses ou de comptes rendus d'expériences cliniques »<sup>3</sup>; mais la législation suffit-elle pour engager une dynamique vertueuse en la matière ? Dans une approche métier étendue, un rapport de l'IGAS<sup>4</sup> notait en 2013 que la recherche en soins des professions paramédicales était insuffisamment développée en France. En dépit des mesures incitatives amplifiées au cours des dix dernières années, celle-ci ne montre toujours pas un développement véritablement notoire à hauteur de son potentiel sur l'évolution des pratiques et de l'expertise soignante.

Le présent mémoire professionnel limite son approche aux infirmiers sachant qu'en tant que directeur des soins, c'est bien évidemment une politique et une dynamique à transposer à l'ensemble des professions paramédicales qu'il convient de mener. De même, la recherche est considérée sous le prisme des établissements « pilotes » en la matière, de type CHU ; les CH auraient pu intégrer spécifiquement les réflexions, mais là encore un choix a dû être fait. La perspective de directeur des soins est pour sa part davantage orientée sur un exercice en milieu hospitalier, même s'il a parfois été nécessaire de porter notre regard sur l'environnement en IFSI.

Nous n'irons pas jusqu'à assimiler d'emblée recherche et travail. Cependant, force est de constater que notre système de santé se reconfigure notamment sous le poids des préoccupations jaillissant de la démographie des professions de santé, de la

---

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

<sup>2</sup> VALLETOUX F., *La recherche, un levier pour fédérer les énergies*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012, p1

<sup>3</sup> MICHAUX L., *Le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins*, Seli Arslam, 2013, p16, 189p

<sup>4</sup> Rapport n°IGAS RM2013-129P/IGA ENR n°2013-081, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, p68

rationalisation du travail et du NMP<sup>5</sup>, du poids des dépenses publiques et des exigences gestionnaires. Ces sujets sont désormais ancrés dans la vie des établissements et des professionnels de santé. Ils auraient tendance à éloigner l'attention des équipes d'encadrement et infirmières de leur raison d'être à l'hôpital, tout en réduisant leur capacité à se distancer du quotidien. Le manque de posture réflexive requis par la recherche semble ainsi leur faire défaut, desservant par là même leur engagement en la matière.

Le système de santé est emprunt à de nombreux changements, profonds et en pleine accélération, en lien avec l'évolution des besoins de santé. Un parallèle peut d'ailleurs effectivement être fait avec la nécessité d'y repenser les métiers, notamment celui d'infirmier. Dans ce contexte en mutation, des questions identitaires et de représentations viennent par conséquent à se poser, avec le postulat que les infirmiers n'ont pas encore suffisamment intégré de références attachées à la recherche à leur identité professionnelle. Leur appropriation d'une culture recherche donne en l'occurrence l'impression d'être balbutiante, avec des initiatives et des moyens inégalement répartis sur le territoire. Aussi, il paraît indispensable d'ouvrir la voie aux équipes dans une perspective d'acculturation qui n'est pas simple à négocier car elle vient profondément modifier la conception même du métier d'infirmier. La constitution de savoirs bâtis sur des méthodes rigoureuses et la référence à des connaissances scientifiquement prouvées pour justifier les pratiques représentent des attendus pour l'avènement des sciences infirmières ; et la recherche est un moyen d'y parvenir.

Afin de progresser dans la compréhension de l'existant, nos réflexions ont porté en premier lieu sur le phénomène de scientification de l'exercice infirmier, avec la mise en perspective de la recherche comme un moyen de projeter les soins infirmiers dans une dimension de sciences infirmières. En contre point, nous avons pu caractériser un système en mouvement, qui vient bousculer les identités professionnelles et les représentations, avec un processus d'universitarisation en filigrane. Dans ce contexte, nous avons identifié le directeur des soins dans un rôle pivot sur le plan de la promotion de la recherche.

C'est sur ces bases que notre première partie nous a permis de formuler une question centrale :

**En quoi la recherche tente-t-elle de trouver sa place et de se développer dans le champ infirmier ?**

---

<sup>5</sup> CHANIAL P., *Le NMP est-il bon pour la santé ?*, Rhizome n°36, octobre 2009

Cette question est elle-même corrélée à trois sous-questions qui, au travers des freins et des leviers retrouvés, viennent préciser notre champ d'étude et présagent in fine d'un caractère opérationnel à nos réflexions et nos investigations:

- En quoi la perception des professionnels et leur appropriation d'une culture recherche ne sont-elles pas suffisamment abouties ?
- En quoi les éléments identifiés aux niveaux de la structuration et de l'organisation institutionnelle influent-ils sur le développement de la recherche ?
- En quoi le directeur des soins peut-il soutenir et accompagner le mouvement vers une recherche plus affirmée dans le champ infirmier ?

En second lieu, appuyé par une approche qualitative et une enquête menée auprès de professionnels de santé au sein d'un CHU, notre étude a abouti sur une analyse de leurs propos. Ces derniers viennent préciser la nature des points à améliorer en matière d'appropriation d'une culture recherche chez les infirmiers (et par capillarité chez l'encadrement soignant) et nous faire mesurer tout autant l'importance d'un environnement institutionnel favorable à la recherche que les responsabilités à prendre par le directeur des soins pour accompagner le changement. Cette partie apporte par conséquent des réponses aux questions ci-dessus aux fins de rendre le contexte davantage lisible, intelligible, dans une dimension prospective.

Enfin, élaborées sur les enseignements de tout ce qui précède, plusieurs préconisations ont été déclinées. Leur ancrage porte sur des composantes stratégiques, managériales, et de valorisation. L'objet consiste à ce que ces préconisations soient transférables à l'exercice du directeur des soins et constituent autant de leviers que celui-ci peut saisir pour faire émerger une dynamique affirmée en matière de recherche dans le champ infirmier.

# 1 Vers un changement de paradigme

Le code de déontologie infirmier renvoie à un devoir vis-à-vis des patients quant aux soins prodigués et à leur justification scientifique : « L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés »<sup>6</sup>. La recherche dans le champ infirmier est d'apparition récente mais les initiatives se multiplient ces dix dernières années. Elle oriente une modification à la fois de la conception du métier et des pratiques. La scientification de la discipline infirmière voit la recherche faire le pont entre les soins infirmiers et les sciences infirmières. Elle vient par là même mettre en tension le champ de l'identité et des représentations professionnelles, et augure, par l'universitarisation, d'un changement de paradigme. Relevant d'une de ses compétences propres, il appartient au directeur des soins d'engager une politique volontariste et des actions visant une dynamique d'apprentissage des rudiments mais aussi de composantes plus élaborées en matière de recherche. Par sa politique, son positionnement, et son style de management, il tient ainsi un rôle de catalyseur quant à la modification des représentations vis-à-vis de la recherche chez les infirmiers et contribue à leur mutation identitaire.

## 1.1 La scientification de la discipline infirmière

### 1.1.1 Les soins infirmiers, la place d'une relation singulière et des valeurs

Suivant les logiques professionnelles, la perception de la qualité varie à l'hôpital : si pour les médecins la technique se situe au premier plan, les soignants y voient avant tout la dimension relationnelle des soins dispensés au patient<sup>7</sup>. Cette relation de soins revêt une place fondamentale lorsque l'on aborde la question des soins infirmiers. Le terme provient du latin « relatio »<sup>8</sup> dont nous retiendrons en particulier la signification d'un « témoignage de reconnaissance ». Sur la base de l'approche de J. Watson<sup>9</sup>, W. Hesbeen<sup>10</sup> fait la distinction entre ce qu'il appelle l'« essence » et l'« accessoire » des soins infirmiers, privilégiant de fait une démarche interpersonnelle permettant d'aboutir à un résultat

<sup>6</sup> Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers - Article R4312-10

<sup>7</sup> CLAVERANNE J.P. *et alii*, Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé, *DHOS*, note de synthèse, avril 2003, p1-17

<sup>8</sup> GAFFIOT F., Dictionnaire abrégé Latin-Français, Editions Hachette

<sup>9</sup> WATSON J., *Le caring - Philosophie et science des soins infirmiers*, Editions Seli Arslam, 1998, 317p

<sup>10</sup> HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité*, Edition Elsevier Masson, 2011, 155p, p61

thérapeutique. Il ne confond pas le fait de « faire des soins à quelqu'un » et de « prendre soin de quelqu'un » ; il ajoute : « c'est cette différence qui permet d'inscrire son action, le contenu de son métier, dans une perspective soignante, porteuse de sens et aidante pour la personne soignée »<sup>11</sup>. La relation qui lie le soignant et le soigné ne saurait donc se limiter à une composante exclusivement technique ou normative. Ce « prendre soin » de l'autre, de l'ordre de la valeur et non d'une vérité, peut en l'occurrence être considéré comme un art, l'« art de soigner »<sup>12</sup>. Le soignant est amené à répondre au besoin humain d'actualisation de soi de chacun de ses patients, car « chaque personne a le besoin de progresser vers le niveau le plus élevé d'elle-même »<sup>13</sup>. Comme C. Rogers et A. Maslow, J. Watson considère qu'atteindre les besoins situés au plus haut de la hiérarchie des besoins favorise une meilleure connaissance de soi et la croissance intérieure de la personne : « Le but le plus important de la discipline infirmière est de promouvoir l'actualisation de soi »<sup>14</sup>. Or chaque personne étant différente, avec un soi qui lui est propre, cela requiert une approche soignante individuelle, singulière.

Pour évoluer dans un milieu où la souffrance est quotidienne et des patients vulnérables, des valeurs demandent à être cultivées au nom de l'éthique du soin, et plus précisément des « vertus morales »<sup>15</sup> qui figurent dans la relation de soin. Si l'amitié et l'amour ne peuvent s'inscrire dans le cadre d'une éthique professionnelle, le respect, lui, relève de l'exigence et non d'un sentiment : à cet égard, il peut faire l'objet d'un « devoir »<sup>16</sup>. De même, il convient d'associer au respect son fondement : la dignité. En effet, « c'est la dignité de l'autre qu'il faut respecter (...). Le respect construit donc l'idée d'humanité : il vise une communauté d'hommes égaux dans leur dignité »<sup>17</sup>. Il est par ailleurs important de resituer la relation soignant - soigné dans une composante intimiste : le soignant est amené à s'introduire dans l'univers du patient. Aussi, « respecter l'autre, c'est alors s'efforcer d'être le dépositaire bienveillant et attentif de ses réactions et manifestations »<sup>18</sup>. Enfin, pour donner une réciprocité à la relation qui lie le soignant au soigné et ne pas demeurer sur un rapport figé et unilatéral, la sollicitude doit être présente : c'est une valeur à la croisée entre la compassion et la pitié. Ainsi, respect, dignité, intimité, et sollicitude représentent des valeurs que nous qualifierons de base à toute éthique relationnelle.

---

<sup>11</sup> HESBEEN W., op. cit. p2

<sup>12</sup> HESBEEN W., op. cit. p36

<sup>13</sup> WATSON J., op. cit. p197

<sup>14</sup> WATSON J., op. cit. p203

<sup>15</sup> GROS F., *Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin*, Recherche en Soins Infirmiers, n°89, juin 2007, p15-20

<sup>16</sup> GROS F., *ibid.*

<sup>17</sup> GROS F., *ibid.*

<sup>18</sup> AMOUROUX T., Espace éthique, La lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002

Qu'en est-il par ailleurs du débat entre le complexe et le compliqué au niveau des soins ? Pour beaucoup de professionnels, « le non quantifiable est l'essence même de la profession d'infirmier »<sup>19</sup> : chaque jour est constitué d'une multitude de rencontres, de discussions, de situations le plus souvent informelles et inopinées au travers desquelles le soignant observe des manifestations cliniques chez le patient. Il existe une « hiérarchisation sociale où celui qui maîtrise le compliqué, donc le plus spectaculaire, est bien plus reconnu »<sup>20</sup>. Appliqué à la profession d'infirmier, il semble en effet que les professionnels évoluant dans des environnements hyper-technicisés paraissent plus compétents que les autres. Cela ne tient en fait qu'au caractère compliqué et non au caractère complexe de la tâche réalisée : une toilette effectuée sur une personne dépendante est certes moins compliquée que la gestion d'un appareillage sophistiqué, mais probablement plus complexe de par ses enjeux en terme de relation. Ainsi le volet technique n'est qu'un prisme du métier d'infirmier, plus orienté vers les sciences humaines.

### **1.1.2 Les sciences infirmières, vers une culture de la preuve probante**

Contrairement à certains pays anglo-saxons, comme les Etats-Unis ou le Canada, les sciences infirmières ne sont pas encore suffisamment reconnues dans l'hexagone. Elles montrent pourtant une proximité particulière avec la vie humaine ; d'ailleurs, dans les années 80, les écrits en sciences infirmières ciblent quatre concepts centraux<sup>21</sup> : le soin, la personne, la santé, et l'environnement. La mobilisation et l'élaboration de concepts, de modèles, ou de méthodes conduisent à la production de savoirs en sciences infirmières. Le développement de savoirs spécifiques issus de la recherche encourage à cet effet un élan vers la professionnalisation. C'est dans cette logique que les soignants sont poussés : « Le jugement clinique est une notion cruciale en vue du développement des sciences infirmières et de la formation aux soins infirmiers »<sup>22</sup> ; celui-ci est « défini comme un processus mental exigeant de l'observation, une capacité de raisonnement et de synthèse pour en arriver à l'établissement d'un plan thérapeutique infirmier »<sup>23</sup>. Le jugement clinique en appelle à la réflexion et à la pensée critique pour alimenter le processus de résolution de problème et participer à la décision. Dans sa construction, il accorde aussi une place déterminante à l'expérience : l'unique substance théorique ne lui suffit donc

---

<sup>19</sup> RIVALLAN A., *Activité traîne-savate, quand rien faire peut faire la différence*, Magazine Soins Psychiatrie, n°243, mars/avril 2006, p28-30

<sup>20</sup> HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital - Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Editions Masson, 2006, 195p, p35

<sup>21</sup> BALLARD A., KHADRA C., LE MAY S., GENDRON S., *Différentes traditions philosophiques pour le développement des connaissances en sciences infirmières*, Recherche infirmière et paramédicale, n°124, mars 2016, p8-17, p9

<sup>22</sup> NAGELS M., *Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives de formation*, Recherche en soins infirmiers, n°129, juin 2017, p6-17, p6

<sup>23</sup> NAGELS M., *ibid.* p8

pas. La pratique professionnelle est là pour préciser l'objet de recherche<sup>24</sup> ; elle s'affiche comme un champ d'application des savoirs propres à la discipline, là où les théories et autres concepts contribuent à l'organisation des connaissances.

Les sciences infirmières sont au carrefour de plusieurs disciplines. Les soins infirmiers exposent à des situations complexes qui favorisent l'autonomie de la profession. « Les situations de soins sont complexes et méritent une approche interdisciplinaire dans un environnement social donné »<sup>25</sup> ; la complémentarité des disciplines (sciences humaines, médicales,...) rendues possible par l'interdisciplinarité permet de donner des réponses globales aux problèmes rencontrés. Les soins infirmiers « (...) s'ouvrent vers d'autres professions, d'autres pratiques, d'autres sciences reconnues »<sup>26</sup> ; c'est leur caractère interdisciplinaire. Pourtant le modèle médical continue de prédominer : « Aujourd'hui, la profession d'infirmière n'est-elle pas face à un dilemme : soit développer, accentuer « la technique » en se rapprochant de l'activité médicale (...), soit évoluer vers une profession issue des sciences humaines, basée sur l'approche relationnelle, éducative, sociale »<sup>27</sup>.

La dynamique recherche est à l'origine de la construction des sciences infirmières. Pour être promues dans le temps, celles-ci doivent nécessairement allier les exigences inhérentes à une discipline et avoir des effets objectifs au profit de l'amélioration de la santé des populations<sup>28</sup>. L'époque veut qu'un mouvement apparaisse entre des savoirs hérités de la tradition et des savoirs spécifiques, en complémentarité du domaine médical. Les infirmiers, mais aussi l'encadrement, sont plongés dans un modèle d'acculturation à la démarche scientifique. L'EBN et l'EBP constituent à ce titre des traits d'union entre la pratique et les savoirs infirmiers scientifiques. Leur intégration dans l'exercice professionnel augure d'une véritable mutation identitaire. En réalité, la frontière entre EBN et EBP est perméable : la première est plus centrée sur les soins alors que la seconde relève d'une approche plus générale. La démarche est en revanche similaire. L'approche EBP « (...) se caractérise par l'utilisation consciencieuse, formelle et judicieuse des meilleures preuves scientifiques dans les prises de décisions pour les soins appropriés à chaque patient. Elle combine l'expertise clinique individuelle aux meilleures preuves

---

<sup>24</sup> FORTIN M-F, *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, 2<sup>e</sup> édition. Québec : Chenelière Education, 2010, 634p

<sup>25</sup> LECORDIER D., REMY-LARGEAU I., LJILJANA J., *Comment aborder la question de la discipline « sciences infirmières » en France*, Recherche en soins infirmiers, n°112, mars 2013, p6-13, p7

<sup>26</sup> JEANGUIOT N., *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières*, Recherche en soins infirmiers, n°87, décembre 2006, p75-135, p80

<sup>27</sup> JEANGUIOT N., *ibidem*

<sup>28</sup> JOVIC L., *Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle*, RSI juin 2018 ; (93) : 68-71

provenant des revues systématiques de la littérature »<sup>29</sup>. Il s'agit d'un concept qui rassemble à la fois les résultats de la recherche et les autres sources de connaissances cliniques. L'EBN « reconnaît la prépondérance de la relation de soins qui unit le soignant au professionnel et n'évacue pas l'intersubjectivité qui y est associée »<sup>30</sup> ; ce préalable est fort intéressant pour que les infirmiers s'y retrouvent. Elle ouvre sur une approche méthodologique qui favorise l'émergence d'une culture de la preuve probante.

### 1.1.3 La recherche, un outil de production de savoirs scientifiques

La profession d'infirmier est intimement liée à une conception chrétienne du soin qui s'est installée dès le moyen-âge par le biais des congrégations religieuses. L'évolution de la médecine et le départ progressif des religieux à la fin du XIXe siècle constituent des opportunités pour développer la profession, quand bien même les ordres religieux seront encore influents de nombreuses années et le sens de l'action porté sur la charité et la bienfaisance plus que sur le soin. Dans les années 50-60, l'essor de la médecine pousse toujours plus avant les exigences par rapport aux infirmiers : la formation y est surtout centrée sur la technique ce qui ne fait qu'alimenter le degré de dépendance de l'infirmier vis-à-vis du médecin. Ce problème d'« émancipation » occasionne de facto un retard par rapport à d'autres pays où le concept de sciences infirmières émerge. Parallèlement, le développement des sciences humaines conduit à penser que chaque personne est unique et que le soin se doit d'intégrer le patient dans un système global. Ce point interroge les infirmiers quant à l'affirmation d'un savoir propre qui correspond aux pratiques. L'année 1978 voit ainsi l'apparition du rôle propre, fondé sur l'approche globale de la personne, l'apparition de la démarche de soins et du diagnostic infirmier. Celui-ci comprend alors « (...) les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes »<sup>31</sup>.

Sur le plan juridique, la recherche dans le champ infirmier relève des principes législatifs et réglementaires de la recherche clinique médicale. Les références juridiques sont désormais la loi Jardé<sup>32</sup> qui présente le cadre législatif. Elle conduit à un socle réglementaire commun pour toutes les catégories de recherches, du moment qu'elles sont pratiquées sur la personne humaine. Les termes de « recherches biomédicales » et

---

<sup>29</sup> LEFORT M-C., DECAVEL F., ABADIA D., POIROUX L., *Recherche paramédicale au CHU d'Angers. Vers un nouveau paradigme*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012, p34-37

<sup>30</sup> DEBOUT C, *La pratique infirmière fondée sur les preuves*, Revue soins, n°771, décembre 2012, p13-42, p16

<sup>31</sup> Loi du 31 mai 1978 qui précèdera le décret du 12 mai 1981

<sup>32</sup> Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

de « recherche en soins courants » ont disparu au profit de recherches « impliquant la personne humaine » ce qui élargit le champ d'application aux recherches observationnelles. Il existe trois types de recherche selon les principes de cette loi, à savoir de catégorie 1 (Interventionnelle, qui implique l'intervention sur la personne non justifiée par la prise en charge habituelle), de catégorie 2 (Interventionnelle, qui ne comporte que des risques et contraintes minimales sur volontaires sains ou patients), et de catégorie 3 (Non interventionnelle, qui concerne tous les actes qui sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle ; il n'y a aucun risque, aucune contrainte). Les recherches dans le champ infirmier sont plus orientées vers les catégories à risque négligeable ou inexistant.

La réingénierie des diplômes amorcée fin des années 90 participe à la mobilisation de méthodes rigoureuses pour répondre à des problèmes issus de la clinique et fondés sur des résultats prouvés. Le diplôme d'état infirmier est reconnu dans le cycle LMD. La recherche est officialisée et intègre les programmes de formation en IFSI (initiation à la recherche, recherche documentaire et utilisation des normes bibliographiques, analyse de la qualité et traitement des données scientifiques,...). Ce changement ouvre des perspectives inédites et valorisantes à de nombreux infirmiers : doctorat, nouveaux métiers, évolutions de carrières qui ne sont plus circonscrites au métier de cadre. L'année 2009 voit pour sa part l'apparition des programmes financés par le ministère avec annuellement des appels à projet DGOS (PHRI, puis PHRIIP en 2011) visant l'émergence de projets qui contribuent au progrès, au développement d'un potentiel de recherche en France, et au soutien de la recherche en soins ainsi qu'à l'amélioration des pratiques.

La formation par la recherche vient progressivement s'inscrire au sein de la formation en santé. Les travaux de réingénierie des formations ont permis de réaliser des progrès substantiels en la matière. En même temps, le déroulement des études ne permet pas toujours de lui faire une large place. Au-delà de l'initiation, il faut aussi développer des parcours dédiés à la recherche pour une partie des professionnels de santé qui doivent trouver au niveau universitaire des formations adaptées et les débouchés afférents en matière de recherche et de formation. Le développement de nouveaux champs de recherche dans le domaine des soins infirmiers est de fait un enjeu-clé.

L'histoire de la recherche paramédicale est certes très récente par comparaison à la recherche médicale. Elle peut être perçue comme un facteur de reconnaissance des paramédicaux au travail et cela à trois niveaux : individuel, institutionnel, et collectif. Mais

« (...) soigner, c'est aussi et surtout chercher »<sup>33</sup>. L'appropriation d'une culture recherche fait référence à un processus de maturation dans lequel l'infirmier a des opportunités de gagner en maturité, en autonomie, et en reconnaissance. Au final, il s'agit de promouvoir et de valoriser le rôle propre, mettant par là même en lumière sa spécificité. Par conséquent, la recherche chez les infirmiers est amenée à s'inscrire au niveau de plusieurs axes que sont les soins<sup>34</sup>, la mobilisation des dimensions du soin<sup>35</sup>, l'organisation des soins, la qualité de vie des patients, la professionnalisation, le management (où elle fait office de levier), ainsi que la promotion des disciplines et des sciences infirmières, incluant le champ des publications. Actuellement, les retombées vertueuses de la recherche ne sont pas des éléments décisifs pour convaincre les professionnels paramédicaux de s'y aventurer.

Pourtant, la recherche contribue « (...) à la réduction de l'écart entre la théorie et la pratique à travers, entre autres, l'élaboration d'un cadre pour théoriser ou conceptualiser l'intervention ou l'observation faisant l'objet de la recherche »<sup>36</sup>. Elle pousse à la réflexion critique, et vient compléter l'observation qui fait partie des fondamentaux du métier d'infirmier. Le raisonnement clinique de l'infirmier peut s'appuyer sur des théories et des concepts qui viennent le conforter au niveau des pratiques. Cela favorise la compréhension des contextes, l'autonomie, et la pertinence des décisions, en résonance avec les besoins réels du patient, ceux des organisations et de la coordination entre professionnels. « Dans une perspective à la fois internationale et nationale, le défi est de créer des preuves scientifiques, résultats utiles et utilisables pour la profession infirmière »<sup>37</sup>. La posture recherche ouvre des perspectives de coordination dans un environnement qui en appelle à une construction interdisciplinaire. De même, par le fait de sous-tendre de la distanciation et de la réflexivité, elle renvoie à une véritable conception de chercheur. La pratique infirmière se nourrit beaucoup trop peu encore de savoirs de nature scientifique. Or « la recherche scientifique a pour fonction de produire des connaissances, mais des connaissances vérifiées »<sup>38</sup>. Elle constitue bien un moyen de favoriser l'émergence de nouveaux savoirs aux fins d'apporter une valeur ajoutée au niveau des besoins de santé, de la prise en charge des patients et de leur famille.

---

<sup>33</sup> MICHAUX L., *Le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins*, Seli Arslam, 2013, 189p, p17

<sup>34</sup> Curatifs, palliatifs, éducatifs, préventifs, de rééducation et de réadaptation

<sup>35</sup> Ethique, réflexion, travail d'équipe, créativité / innovation

<sup>36</sup> BALLARD A., KHADRA C., LE MAY S., GENDRON S., *ibid.* p11

<sup>37</sup> DUPIN C., DEBOUT C., ROTHAN-TONDEUR M., *La recherche infirmière en France et dans le monde*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012, p10-15, p11

<sup>38</sup> DREVET S., SION M-A., JOURNIAC C., SCHABANEL H., *Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégie de recherche*, Nouveaux cahiers de l'infirmier, Soins infirmiers II., Masson, 2<sup>e</sup> édition, 2002, 195p, p96

Malgré les efforts consentis pour inscrire la recherche au cœur du métier infirmier, il est toujours étonnant d'observer l'absence de consensus quant à sa dénomination : le large spectre sémantique employé (on parle de recherche infirmière, de recherche infirmière et paramédicale, de recherche en soins, etc...) dénote, et laisse penser que les représentations des uns et des autres ne sont pas partagées. Il est possible que ce type de recherche n'affiche pas lisiblement sa raison d'être et ne parvienne pas à s'imposer dans un univers que s'est approprié la recherche clinique (médicale). Le développement qui précède nous autorise toutefois de privilégier le terme de « recherche en sciences infirmières » que nous avons confronté à l'avis des professionnels de notre enquête.

## 1.2 Le système en mouvement

### 1.2.1 L'identité et les représentations professionnelles en évolution

La perte de sens peut toucher une partie substantielle des professionnels ; celle-ci n'est pas sans causer des désordres identitaires. L'identité professionnelle est une préoccupation qui accompagne encore et toujours les infirmiers<sup>39</sup> ; les changements actuels dans lesquels ils sont immergés (réorganisation des institutions, réingénierie des métiers,...) entretiennent le sujet. L'apparition du rôle propre dans le cadre réglementaire a constitué un point central en matière d'identité chez des soignants dont la qualité se résume en premier lieu par la dimension relationnelle des soins dispensés au patient<sup>40</sup>, nous l'avons vu. Mais la production scientifique infirmière reste en deçà des attentes. Une fois les infirmiers rompus à l'exercice, elle viendra probablement s'inscrire elle aussi dans le champ identitaire professionnel, mais nous n'y sommes pas encore a priori.

Le concept d'identité recoupe de nombreux paramètres fortement enchevêtrés lui donnant un caractère résolument complexe. Pour Dubar, « l'identité d'un être humain est devenu ce qu'il a de plus précieux : la perte d'identité est synonyme d'aliénation, de souffrance, d'angoisse et de mort »<sup>41</sup>. Il ajoute que la dimension professionnelle a pris quant à elle une importance particulière parmi les nombreuses dimensions de l'identité des individus. Il existe par ailleurs un socle commun, présent chez l'individu, dans le groupe, et en société ; il s'agit des noyaux identitaires, à savoir culturels, groupaux, et individuels<sup>42</sup>. Dubar insiste sur le fait qu'il existe toujours une part d'incertitude dans la construction de l'identité ; il serait utopique de croire que l'identité d'un acteur au sein d'un groupe social puisse être transposée de façon similaire à chacun des membres le constituant :

<sup>39</sup> LECORDIER D., *De la quête d'identité à la conquête d'un espace pour la discipline*, Recherche en soins infirmiers, n°112, mars 2013, p5

<sup>40</sup> CLAVERANNE J.P. *et alii*, *ibid.*

<sup>41</sup> DUBAR C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 5<sup>e</sup> édition, 2015, 256p, p15

<sup>42</sup> MUCCHIELLI A., *L'identité*, Editions PUF - Que sais-je ?, 2002, 127p

« l'identité totale est virtuelle »<sup>43</sup>, tant l'identité relève de phénomènes de subjectivisation et les catégories de référents identitaires d'un acteur sont légions. Dubar<sup>44</sup> fait également une analogie entre l'identité et l'altérité : il démontre que l'identité se développe au travers de la singularité de chacun (donc de la différence) et de la recherche de la zone convergente commune (donc de l'appartenance commune), source de complémentarité. En l'occurrence, l'étude de l'identité fait nécessairement référence à un mécanisme paradoxal où l'on s'identifie à la fois pour soi et pour les autres. Le sentiment d'identité qui « recoupe largement la conscience de soi, peut se décomposer en une série de sentiments reposant sur la permanence de processus d'évaluation et d'intégration-identification »<sup>45</sup>. Par conséquent, si un de ces sentiments est mis à mal, il est fort probable que cela engendre une crise identitaire.

L'identité est sensée progresser et se construire avec le temps au travers d'un processus de maturation. Cette approche dynamique de l'identité est intéressante en ce sens que son étude permet d'approcher les difficultés identitaires potentielles. La perturbation des référents identitaires (relativisation des valeurs et des modèles, sollicitations et changements) dénaturent l'identité. Ainsi, « la perte de confiance dans le système de valeurs culturelles et les modèles sociaux renforce les attitudes de désengagement, accroît la passivité et induit les réactions individualistes »<sup>46</sup>. Pour Sainsaulieu, le travail est un lieu où l'on peut changer d'identité ; celle-ci est évolutive et constitue une valeur sociale bien au-delà du travail (intégration sociale). Il décrit aussi le monde du travail comme un lieu potentiel de socialisation avec différentes structures empiriques de relations (opposition, négociation, consensus). Dubar ne réduit pas les identités professionnelles à l'appartenance de telle ou telle catégorie socio-professionnelle ; il les définit comme « des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns aux autres, dans le champ du travail et de l'emploi »<sup>47</sup> : l'appartenance à un collectif est mis en avant ; elle donne l'opportunité pour l'individu non seulement d'être identifié par les autres mais aussi lui-même vis-à-vis d'autrui.

Les évolutions sociétales et professionnelles amènent les professionnels à devoir repenser leurs pratiques, et « la recherche infirmière et paramédicale est un objet de représentations sociales, voire de représentations professionnelles (...) »<sup>48</sup>. Il est ainsi

---

<sup>43</sup> MUCCHIELLI A., op cit. p18

<sup>44</sup> DUBAR C., *La crise des identités - L'interprétation d'une mutation*, Editions PUF, 2000, 239p

<sup>45</sup> MUCCHIELLI A., op. cit. p67

<sup>46</sup> MUCCHIELLI A., op. cit. p107

<sup>47</sup> DUBAR C., op. cit. p95

<sup>48</sup> PEOC'H N., *Représentations professionnelles des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicales*, Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2016, p173-186

utile de poursuivre ce concept d'identité par celui des représentations qui influe sur l'engagement individuel ou en groupe en matière de recherche dans le champ infirmier. Celle-ci peut véhiculer des représentations tronquées auprès des infirmiers, notamment par rapport à un sentiment de tendre vers quelque chose d'insurmontable. Les représentations professionnelles relèvent d'une construction et d'échanges par des acteurs appartenant au même champ professionnel ; elles ont ainsi une portée sociale. Ces représentations sont fortement intriquées aux contraintes relevant de l'action (normes, expériences, savoir-faire) mais aussi de dispositions plus globales comme les valeurs, les croyances, ou encore les projets fédérateurs. Elles définissent une identité pour chaque acteur d'un groupe professionnel. Elles peuvent orienter les conduites, les légitimer, faciliter la communication, et se montrer sources de connaissances partagées.

Une représentation est le « fait de rendre sensible (un objet, une chose abstraite) au moyen d'une image, d'un signe, etc. » ; c'est aussi le « processus par lequel une image est présentée aux sens »<sup>49</sup>. Pour Abric<sup>50</sup>, les représentations sociales s'inscrivent autour d'un noyau central et d'éléments périphériques ; ces structures sont à la fois spécifiques et complémentaires : le noyau central est directement associée aux valeurs et aux normes, et il se caractérise par une détermination surtout sociale. Il participe à la stabilité et à la pérennité de la représentation sociale. Toute modification du noyau central expose à résistance ; mais le fait de la dépasser provoque une modification complète de la représentation. Les éléments périphériques, situés autour du noyau central, interviennent au niveau du contenu de la représentation dont ils constituent la partie la plus accessible, concrète, souple, et vivante. Les éléments périphériques protègent le noyau central en pouvant laisser apparaître et supporter des contradictions. La relation de soins figure au cœur du métier d'infirmier, nous comprenons la rudesse de la faire cohabiter avec des logiques scientifiques pures. La recherche est capable de se sortir d'une vision manichéenne du monde et montrer que les solutions à un problème sont parfois multiples ; cela ouvre le champ de pratiques nouvelles. En étudiant la fonction d'infirmière à travers le rôle propre et le rôle prescrit, mais aussi dans une perspective d'approche centrée autour des représentations sociales, l' « (...) l'accès à des pratiques nouvelles modifie de façon massive la structure de la représentation »<sup>51</sup>.

Concernant les liens entre les représentations et les pratiques, Abric démontre que celles-ci s'engendrent mutuellement au travers d'un système. L'une ne serait pas forcément la conséquence de l'autre : en modifiant les pratiques, il serait donc possible de modifier les représentations, et vis-versa. Tenter d'argumenter et de convaincre sans fin est-il une

---

<sup>49</sup> LE ROBERT ILLUSTRE, Nouvelle édition millésime, 2012

<sup>50</sup> ABRIC J.C., *Pratiques sociales et représentations*, Editions PUF, 1997, 252p

<sup>51</sup> ABRIC J.C., op. cit., p106

bonne chose ? Décider et engager l'action à un moment donné sans l'assentiment de tous ne caractériseraient pas une maladresse, mais peut-être une conduite habile.

### **1.2.2 L'universitarisation, une réforme au profit des sciences infirmières**

La mise en place des accords de Bologne (1998-1999) conduit les formations paramédicales à donner progressivement aux étudiants à la fois un diplôme professionnel et un grade universitaire. L'universitarisation (ou « intégration universitaire »<sup>52</sup>) positionne la recherche dans une dimension d'investigation dont les piliers sont constitués d'une part de méthodes rigoureuses avec pour finalité de répondre aux problèmes issus de la clinique, et d'autre part de pratiques assorties de prises de décisions justifiées par les résultats probants que la science rend disponible. Actuellement, l'universitarisation des professions paramédicales se poursuit : le rapport Le Bouler<sup>53</sup> aborde la recherche et en fait un axe de travail pour les années à venir. Le milieu de la santé fait état d'un besoin de professions intermédiaires, et les pratiques poussent à une évolution des métiers. Une des finalités de l'universitarisation consiste à développer de nouveaux champs de recherche pour consolider les pratiques des professionnels et les conditions de formation ; cela comprend justement la construction de ces métiers intermédiaires. Il y a manifestement un rapprochement culturel et identitaire par le changement à anticiper ; et le développement de la recherche fait partie de ces évolutions.

L'universitarisation change le champ des connaissances attendues au sein des instituts de formations paramédicales qui conservent leurs objectifs de professionnalisation en lien avec le terrain. Elle constitue un enjeu sur les réformes des études infirmières et le métier d'infirmier. Elle vient modifier la culture et la construction de l'identité infirmière. Elle préfigure la promotion des sciences infirmières : celles-ci sont progressivement mises en exergue, et l'ouverture d'une section spécifique en CNU constitue un signal fort, en faveur d'une filière de recherche universitaire. L'initiation des étudiants infirmiers à la recherche les amène quant à eux à endosser un rôle d'apprenti-chercheur qui leur fait prendre une posture associant curiosité, rigueur, et veille permanente. Cependant, l'initiation à la recherche gagne à préserver une description de la réalité des soins et ne pas se réduire à une approche visant un enseignement avec des méthodes uniquement scientifiques.

### **1.2.3 Le soignant-chercheur, entre pratique et posture réflexive**

La mise en perspective sémantique entre le « soignant-chercheur » et le « praticien-chercheur » met en évidence le fait que dans le second cas, la référence au médecin et à son image y est très forte. Nous pourrions nous questionner sur le fait qu'un soignant se

---

<sup>52</sup> LE BOULER S., Séminaire des directeurs des soins, EHESP, vendredi 21/6/19

<sup>53</sup> LE BOULER S., Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, février 2018

mettant à la recherche abandonne son statut et entre dans une nouvelle communauté, celle des chercheurs. En réalité, le soignant est déjà sensé adopter une posture similaire à celle du chercheur : il devrait être dans une approche réflexive préliminaire à la recherche, individuellement ou en équipe, par rapport à sa pratique. L'appropriation de méthodes constitue concrètement le manque à pallier pour basculer de soignant à soignant-chercheur et s'enrichir des attributs de la recherche universitaire. L'observation étant une des clés du métier d'infirmier, on peut y voir une posture de chercheur, avec une personne qui suit l'évolution de l'état du patient et qui reste attentive aux détails. L'importance du rapport avec le terrain est incontestable ; cette expérience de proximité permet très souvent de développer une vision empirique des choses et une certaine forme d'intuition qui précèdera un nécessaire raisonnement scientifique pour valider ou invalider des hypothèses. Les effets de l'accumulation de connaissances scientifiques seraient vains sans le développement de capacités réflexives eu égard les pratiques soignantes. Un soignant tire inéluctablement sa force et sa légitimité par le terrain ; c'est à partir de là qu'il développe une posture réflexive. Les méthodes, les connaissances, l'écriture (de publications et/ou d'articles),... ne devraient être que des étapes ultérieures.

Toutefois, on peut se demander si les termes de soignant et de chercheur sont antinomiques. A première vue, on pourrait y voir un grand écart. Cependant, dans un cas comme dans l'autre, il y a lieu d'engager en toute rigueur des postures réflexives, de se questionner, de rechercher du sens et des éléments professionnels appuyés par des preuves scientifiquement prouvées. Et le terrain demeure un cadre décisif d'étude et d'analyse. Le soignant-chercheur puise sa valeur ajoutée par sa proximité avec le soin et les équipes soignantes, son observation et/ou sa participation ; l'universitarisation devient en second lieu un atout (DU, master, thèse) qui vient conforter l'initiation à la recherche. Il est en principe partagé entre son temps consacré à la recherche et son exercice de soignant. Il lui faut estimer judicieusement son investissement en matière de faisabilité. Cela suppose de tenir compte des contraintes, en particulier liées aux organisations du travail. Certes la formation initiale des infirmiers comprend désormais des modules d'initiation à la recherche, mais cela ne semble pas encore suffisant. Pour le moment, une certaine « domination médicale » sur la profession infirmière influe sur les connaissances de cette catégorie socio-professionnelle et de son développement, tant est si bien qu' « (...) encore aujourd'hui, le choix, pour un soignant, de faire une recherche ou, tout le moins, d'œuvrer par l'écrit ou l'oral à l'amélioration des pratiques n'est pas simple »<sup>54</sup>. Cependant, pour tendre pour partie vers une modification de l'identité professionnelle,

---

<sup>54</sup> MICHAUX L., op. cit. p36

deux écueils sont à éviter<sup>55</sup>: ne pas faire de la recherche pour défendre la « cause » infirmière (faire le lien avec son histoire, sa volonté de reconnaissance,...), et ne pas s'aventurer sur les sujets de recherche à retombée immédiate mais plus inscrits sur le long terme.

### **1.3 La recherche, une compétence du directeur des soins**

#### **1.3.1 Le patient et sa qualité de prise en charge comme préoccupation**

Le développement de l'axe recherche paramédicale fait partie d'une mission réglementée<sup>56</sup> et des compétences clés<sup>57</sup> du directeur des soins. Celui-ci est « une force d'accompagnement dans l'impulsion dans une politique dédiée à la promotion au développement de la recherche infirmière et paramédicale »<sup>58</sup>. Il se doit d'être présent pour porter toujours plus haut l'expertise soignante et promouvoir les sciences infirmières et paramédicales, qui plus est pour maintenir un équilibre dans un monde hospitalier de plus en plus complexe et gestionnaire. Bien entendu, le virage de l'universitarisation est à prendre pour professionnaliser cette recherche. L'ensemble est sensé aboutir à des professionnels plus compétents et capables de décider de manière aussi autonome qu'opportune au profit de la qualité et de la sécurité des soins prodigués au patient.

#### **1.3.2 La dimension managériale, un vecteur de changement**

La recherche est un appui pour la qualité et la sécurité des soins, mais aussi pour s'intéresser aux organisations et aux pratiques managériales de la lignée d'encadrement soignant. Elle devient un ressort qui concourt à la responsabilisation et à la professionnalisation. C'est aussi un moyen fédérateur qui peut faire évoluer individuellement et collectivement des représentations et l'identité professionnelle. Une organisation, c'est certes des normes, des règles, des contraintes, mais c'est aussi l'environnement dans lequel le sujet, dans sa singularité, subit les logiques culturelles. La culture de métier présente l'avantage pour les individus de s'inscrire dans un collectif et de s'y maintenir reconnu par-delà ses différences aux autres. Cela sous-entend que la hiérarchie octroie une certaine marge d'autonomie aux acteurs. Evoluer sur un mode bureaucratique va par conséquent à l'opposé de cette logique. Hart et Mucchielli insistent sur le fait que l'institution elle-même, par son management, est responsable de nombreux dysfonctionnements entourant la pratique des cadres : « L'analyse de la défaillance des

---

<sup>55</sup> DUPUIS M., *Etre infirmière à l'ère universitaire, enjeux, débats et évolutions*, Seli Arslam, 2013, 174p

<sup>56</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>57</sup> Référentiel des directeurs des soins, EHESP, mise à jour novembre 2016

<sup>58</sup> PEOC'H N., *ibid.*

cadres renvoie toujours à la défaillance du management administratif et médical de l'hôpital »<sup>59</sup>. Il conviendrait donc d'atteindre les cadres car ils sont animés par des « principes moraux »<sup>60</sup> qui peuvent perturber fortement leur conscience et déséquilibrer leur positionnement : lorsque ses principes, ses valeurs, ou encore ses normes sont mises à mal, l'encadrement s'expose à ne plus comprendre le sens de son action ; et il appartient au directeur des soins d'y pallier. Dans le registre de l' "invisibilité"<sup>61</sup> du travail du cadre, nous savons que la majeure partie du temps utilisé par l'encadrement relève d'un travail de lien : donner du sens, une vision à ses collaborateurs, développer une collaboration étroite avec différents intervenants, réguler d'éventuels dysfonctionnements interservices,... Il en résulte une indispensable cohérence de l'activité à trouver dans un contexte où les acteurs sont de plus en plus nombreux, les actions désordonnées, et les messages contradictoires. Hesbeen<sup>62</sup> souligne que « le souci de performance organisationnelle ne prend pas entièrement en compte l'humain dans l'organisation », et que les cadres de santé se situent à « ne plus savoir dans quelle direction regarder ou dans quel ordre établir leurs priorités ». La construction d'une identité forte autour de la recherche passe par un collectif fort, solidaire, amené à se rencontrer, et échanger. Et qu'en est-il de la formation initiale ? Les nouveaux professionnels désireux de faire de la recherche doivent naturellement se retrouver dans milieu lisible et aidant pour réussir le passage entre un statut d'apprenti-chercheur et de soignant-chercheur. Cependant, que peut-on penser des attentes des étudiants (génération Y) en formation initiale ? Il semble en effet que l'éducation est de nos jours vue « comme un bien de consommation dans lequel ils choisissent ou non de s'investir selon le retour sur investissement que cela va leur apporter »<sup>63</sup>. Cette position serait identique mais exacerbée chez la génération Z (nés à partir de 2000). Cet aspect des choses nous laisse penser qu'il conviendra d'adapter les modes pédagogiques à ces attentes.

### **1.3.3 La direction des soins, une place à tenir dans l'institution**

Le directeur des soins exerce un positionnement stratégique et il a la possibilité d'affirmer la place de la direction des soins dans des espaces privilégiés. Il lui faut saisir cette opportunité : nous penserons au directoire où il est membre de droit<sup>64</sup>, aux CODIR en tant

---

<sup>59</sup> HART J. et MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital - Diagnostic de crise et traitement de choc*, Editions Lamarre, 2006, 167p, p143

<sup>60</sup> MISPELBLOM BEYER F., *Encadrer un métier impossible ?*, Editions Armand Colin, 2006, 299p, p115

<sup>61</sup> DE SINGLY C., *Rapport sur la mission des cadres*, Ministère de la Santé et des Sports, Septembre 2009, 124p, p28, partie I.1

<sup>62</sup> HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité*, op. cit., p9

<sup>63</sup> ENGELS C., *Les attentes des étudiants de génération Y en formation paramédicale : des compétences académiques mais aussi non académiques*, Recherche en soins infirmiers n°131, décembre 2017

<sup>64</sup> Au titre de la présidence de la CSIRMT

membre de l'équipe de direction, ou encore à la CSIRMT, haut lieu de concertation à l'échelle des soins paramédicaux. Il entretient enfin des liens forts avec le président de CME et le corps médical. Il se situe au carrefour de plusieurs logiques (qualité, risques, gestion,...) qui composent les projets dans le domaine du soin. Ses prérogatives managériales objectivent la montée en compétences de l'encadrement et des soignants.

Le directeur des soins doit désormais porter un regard tourné résolument vers l'avenir et apporter de la modernité : il semble décisif de prendre le courant de la recherche et de l'innovation, oser sortir des sentiers battus et expérimenter. Le fait d'accompagner des postures toujours plus réflexives et des références scientifiques robustes dans les soins permettent de fiabiliser les pratiques professionnelles. Il paraît de plus fondamental de ne plus circonscrire son action, et de se projeter à l'échelle des territoires, des liens villes-hôpital, des GHT,... avec des positionnements plus fonctionnels et plus transversaux qui favorisent le décloisonnement et le partage. La diffusion large d'une dynamique autour recherche ne peut que contribuer à une transformation identitaire chez les infirmiers et l'encadrement, tout en modifiant le regard et la considération des autres (communauté médicale, scientifique, universitaire,...) vis-à-vis de celle-ci. Une place est à prendre.

#### **1.3.4 L'émergence d'un questionnement**

L'apparition de la recherche dans le champ infirmier vient bousculer la conception du soin, ce qui n'est pas sans questionner l'évolution des identités et des représentations. Des organisations viennent progressivement se poser pour la dynamiser, alors que le directeur des soins a une responsabilité quant à sa promotion. A ce stade, il nous est ainsi donné de reprendre la question centrale de notre étude, telle qu'elle figure en introduction, ainsi que les trois sous-questions qu'elle engendre :

#### **En quoi la recherche tente-t-elle de trouver sa place et de se développer dans le champ infirmier ?**

- En quoi la perception des professionnels et leur appropriation d'une culture recherche ne sont-elles pas suffisamment abouties ?
- En quoi les éléments identifiés aux niveaux de la structuration et de l'organisation institutionnelle influent-ils sur le développement de la recherche ?
- En quoi le directeur des soins peut-il soutenir et accompagner le mouvement vers une recherche plus affirmée dans le champ infirmier ?

Ces questions vont alimenter l'enquête de terrain retrouvé ci-après et trouver des réponses à l'issue de celle-ci.

## **2 Une enquête de terrain pour une compréhension en profondeur**

Notre enquête se développe autour d'une méthode, d'un échantillon de professionnels, et des limites. Elle vient porter un regard sur la manière dont les professionnels perçoivent la recherche dans le champ infirmier. Il s'agit aussi d'identifier l'environnement institutionnel dans lequel elle est mise en mouvement, ce que les professionnels en savent, de préciser ses freins, et d'être à l'écoute quant aux suggestions émises pour les dépasser. Le questionnement par rapport au rôle du directeur des soins fait partie des attendus.

### **2.1 Les contours de l'enquête**

#### **2.1.1 La méthode de type qualitatif**

L'objet de notre étude requiert une approche qualitative afin de comprendre et non de vérifier ce qui nous anime. Aussi la réalisation d'entretiens semi-directifs se justifie pour mener à bien nos investigations et répondre à nos questions. Les dits entretiens ont été réalisés courant août - début septembre 2019 auprès de professionnels de santé d'un établissement de santé universitaire et de recours. La volonté aura été d'étudier un contexte en profondeur, de cerner la dynamique autour de la recherche, et non d'opter pour une approche plus expansive. Il n'y a pas l'intention de fournir des vérités ; c'est pourquoi nos investigations se sont posées sur un seul et même établissement dans l'intention d'identifier les éléments transférables à d'autres, à périmètre comparable.

Un guide d'entretien<sup>65</sup> construit sur la base des éléments de la première partie a servi de trame. Les questions n'ont pas été adressées aux intéressés avant les entretiens afin de garantir le maximum de spontanéité dans les réponses. Tout au plus les professionnels étaient-ils au courant du thème relatif à la recherche. L'anonymat est un principe de base qui a été garanti, tant pour les professionnels que pour l'établissement. Les entretiens n'ont pas été enregistrés, une prise de note a été réalisée en temps réel.

#### **2.1.2 L'échantillon pluridisciplinaire**

Notre échantillon (18 professionnels) a été construit sur la base de nos interrogations. Nos interlocuteurs sont soit directement liés à la filière soignante (directeur des soins, cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmiers), soit ils entretiennent une proximité dans le champ de la recherche (DRCI et médecins). Concernant les cadres et les infirmiers, il a semblé intéressant d'aller à la rencontre de professionnels qui ont une expérience recherche et d'autres qui n'en ont pas pour ouvrir notre champ de vision.

---

<sup>65</sup> cf. Annexe I

Nb	DCGS	DS	CPR	DRCI	PUPH1 PUPH2	Avec expérience recherche			Sans expérience recherche			Total
						CSS1 CSS2	CS1 CS2	IDE1 IDE2	CSS3 CSS4	CS3 CS4	IDE3 IDE4	
1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	18

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par corps de métier

Depuis 2007 le DCGS croit avec ferveur à la recherche paramédicale et s'engage concrètement dans cette voie dès 2008. Sa volonté a été de positionner un CSS en mission transversale sur la recherche. D'abord en temps partagé et au travers d'un groupe cadre centré sur la recherche, il fera évoluer les choses en parvenant à obtenir un poste de coordonnateur paramédical de la recherche (identifié sous CPR dans notre travail) en soins à temps complet et à transférer la dimension fonctionnelle du groupe cadre en une véritable structure d'appui à l'échelle paramédicale (liens avec les équipes, accompagnement dans les projets de recherche, organisation de séminaires,...). Le choix de positionner un CSS sur ce poste de coordonnateur s'explique par l'intention de maintenir une proximité et des rapports avec les équipes qui n'auraient pu être assurés de la même façon avec un DS.

Le DS a un parcours professionnel antérieur en CH ; il est actuellement en temps partagé entre IFSI/IFAS et a des prérogatives de gestion (responsable d'un site, directeur référent de pôle). En arrivant dans l'établissement, il découvre avec une grande satisfaction qu'il y a des moyens pour valoriser la recherche infirmière et paramédicale.

Le CPR est issu de la filière IDE ; d'ailleurs il rappellera à plusieurs reprises cet attachement. Il explique avoir toujours été impliqué dans une dynamique recherche, dans un esprit de créativité et la volonté de porter toujours plus avant la qualité des soins ainsi que le « prendre soin des équipes ». Il possède un master en recherche clinique et un DEA en éthique médicale. Son doctorat en sciences de l'éducation et son statut de Maître de conférence lui confèrent une bi-appartenance entre son établissement et l'université. Il est par ailleurs responsable de la coordination d'un DU de recherche, et partie prenante dans la préparation des enseignements pour les futurs IPA. Sa thèse lui donne une légitimité et une reconnaissance, en particulier vis-à-vis des médecins. Il fait enfin partie de la CNCPR.

Le DRCI présente une carrière qui s'est essentiellement déroulée en CHU, dans une autre direction fonctionnelle. Il entretient des liens forts avec un DG qui croit en la recherche, notamment paramédicale. Il pense qu'en France la recherche n'est pas encore bien organisée.

Les deux médecins sont des PU-PH dont la recherche fait naturellement partie intégrante de leur pratique : l'un (PU-PH1) est chef de service, et coordonnateur médical au niveau d'un Girci ; l'autre (PU-PH2) est coordonnateur médical au niveau d'un CIC.

Les cadres et les IDE<sup>66</sup> ayant une expérience dans le champ de la recherche sont tous formés, au-moins d'un DU (qui n'est pas forcément dans le domaine de la recherche). Leur parcours témoigne d'un engagement et d'une implication très forte sur la durée pour donner une véritable dimension recherche dans leur métier. L'encadrement et les IDE n'ayant pas une expérience de ce type sont nettement moins diplômés sur le plan universitaire. Ils reconnaissent d'une certaine façon un dynamisme et un intérêt pour la recherche, mais leurs préoccupations sont plus centrées sur l'activité quotidienne et le besoin d'assurer la continuité des soins.

### **2.1.3 Les limites : centration sur le métier d'infirmier et transférabilité en CHU**

Bien que pour le directeur des soins la recherche est à envisager pour l'ensemble des professions paramédicales, nous resterons centrés sur le métier d'infirmier. Il existe certainement des zones convergentes dans la manière et les moyens pour orienter une dynamique recherche avec des interfaces communes aux professionnels paramédicaux, mais chaque filière présente ses particularités, son histoire, sa culture métier,... et il nous a semblé prudent de ne pas faire d'amalgame.

L'étude est réalisée sur un établissement de type CHU, mais elle n'exclut pas la place des CH dans les réflexions. Aussi, la transférabilité de nos conclusions ne pourra être considérée que dans des établissements de périmètre comparable, de type CHU.

L'échantillon est diversifié et non exhaustif pour des raisons de faisabilité ; nous aurions pu par exemple aller à la rencontre du DG ou encore du PCME pour ne citer qu'eux. D'autre part, le nombre de directeurs des soins reste limité : le choix n'a pas été d'insister sur la position exprimée des directeurs des soins, mais bien de s'inspirer de celles des professionnels qu'il faut convaincre et avec qui il convient de collaborer.

## **2.2 La rencontre avec les professionnels de santé**

### **2.2.1 Les contours de la recherche vus par les professionnels**

Le regard porté par les professionnels sur la recherche dans le champ infirmier est considéré sous les prismes de l'identité, des représentations, des publications, et du rapport à la recherche médicale.

**L'identité** : pour le DCGS, il y a effectivement des questions identitaires chez les IDE mais aussi chez les cadres. On passe d'une culture de la tradition et de l'oralité à un

---

<sup>66</sup> cf. Annexe II

niveau de démarche scientifique et de recherche de données probantes ; et il y a besoin de cet appui recherche pour se questionner sur la pertinence des soins. Pour le CPR, la recherche dans le champ infirmier reste presque « invisible » alors qu'il y a du potentiel ! Selon la DS, les IDE ne sont pas encore convaincus ; il faut leur faire accepter qu'ils ont la capacité de faire une recherche qui servira la prise en soins et la valorisation du métier. Les directeurs trouvent pertinent de développer la recherche au profit de l'évolution des métiers et de la qualité et de la sécurité des soins. La recherche est présente dans leur identité professionnelle. Le DRCl ajoute que depuis l'apparition des CHU (1958), tout le monde est sensé faire de la recherche et considère cela « non négociable ». Les médecins sont investis de missions de recherche et intègrent parfaitement celle-ci à leur identité professionnelle ; ils précisent toutefois que de nombreux PH ne font pas de recherche. Pour le PU-PH2, le mouvement reste « timide » chez les IDE. Le PU-PH1 est plus nuancé et croit en une identité en construction. Les IDE1 et IDE2, acteurs en matière de recherche, pensent que celle-ci fait désormais partie de leur identité professionnelle. L'identité recherche est à l'évidence plus présente chez les professionnels ayant une expérience en la matière. Il existe toutefois un caractère personne dépendant vis-à-vis de l'intérêt qui lui est porté. Du point de vue du DCGS et du DS, la « conviction recherche » n'est elle-même pas uniforme dans le corps des directeurs des soins. Le type d'établissement a son importance : l'attractivité d'un CHU serait un élément favorisant. Les cadres qui n'ont pas d'expérience en recherche font partie des plus dubitatifs. Le CSS3 considère qu'on y est désormais « baigné » ; il ajoute : « Je n'ai pas trouvé ma place ! ». Il précise qu'il y a énormément de choses à gérer au quotidien si bien qu'il ne porte pas la recherche dans un rang de priorité. Pour le CS3, tout cela reste « flou et fastidieux ». Il voit trop d'ambition dans les projets de recherche, trop grands et lourds à porter. Le CSS4 pense que le sentiment d'identité recherche est loin d'être partagé par les cadres supérieurs : « Ils ne donnent pas de sens. Dans leur esprit, ça n'amène rien... Une toilette reste une toilette ». Au travers du regard des professionnels non cadres sur les cadres, on constate que ces derniers ne montreraient pas une culture recherche consistante : elle aurait presque pour certains une dimension accessoire, voire « ludique » selon l'observation de CSS1. Pour d'autres, elle constituerait quelque chose d'inaccessible, qui reste à l'état d'intention.

**Les représentations** : il semble intéressant de prendre en compte la conception de la recherche au travers de mots clés, respectivement chez les directeurs, les professionnels qui ont connus une expérience en recherche, et ceux qui n'en ont pas. La répétition des termes n'est pas significative ; aussi le choix est fait de reprendre uniquement les mots communiqués en les regroupant suivant deux axes : la conception et la mise en œuvre de

la recherche. A ces deux axes viennent s'associer une réflexion au niveau terminologique sur les mots employés pour désigner la recherche dans le champ infirmier.

<b>Professionnels</b>	<b>Directeurs : DCGS, DS, DRCI</b>
<b>Conception</b>	Opportunité, Innovation, Valorisation, Compétences, Positionnement, Identitaire
<b>Mise en œuvre</b>	Démarche scientifique, Méthodologie, Persévérance, Motivation, Esprit d'équipe, coordination
<b>Terminologie</b>	Recherche en soins, Recherche paramédicale, Recherche clinique

**Tableau 2. La recherche dans le champ infirmier pour les directeurs**

La recherche est perçue de manière prospective, comme un levier managérial et de mise en place de nouvelles pratiques de soins. L'innovation est rapprochée de la recherche. C'est aussi un moyen d'affirmer la position de la direction des soins, la politique soin, de faire reconnaître un métier, ainsi que de valoriser le rôle propre et autonome de l'infirmier. La mise en avant du rôle propre est vue comme une façon de faire valoir une singularité, notamment vis-à-vis des médecins. Il s'agit par ailleurs d'élever le niveau des compétences et des pratiques à des fins d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La recherche demande une méthode rigoureuse qui permet à la fois de s'appuyer sur des données prouvées scientifiquement et d'alimenter cette base de données. Elle demande de la persévérance, de motivation, de la coordination, et un travail d'équipe. Il n'y pas de consensus au niveau de la terminologie employée.

<b>Professionnels Avec expérience</b>	<b>CPR, PU-PH1, PU-PH2, CSS1, CSS2, CS1, CS2, IDE1, IDE2</b>
<b>Conception</b>	Qualité et sécurité des soins, Qualité de vie du patient, Essentiel, Obligation, Valorisation, Compétences, Autonomie, Rôle propre, Légitimité, Innovation, Créativité, Enrichissant, Passionnant, Etonnement, Nouveau médicament
<b>Mise en œuvre</b>	Rigueur scientifique, Leadership, Organisation, Questionnement, Réflexivité, Connaissances, Données probantes, EBN, Endurance, Opiniâtreté, Motivation, Engagement, Communication, Publication, Partage
<b>Terminologie</b>	Recherche infirmière, Recherche paramédicale, Recherche en science des métiers de la santé, Recherche en soins, Recherche en sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers

**Tableau 3. La recherche dans le champ infirmier pour les professionnels avec une expérience en recherche**

L'élan prospectif et des points similaires sont retrouvés. La qualité et la sécurité des soins sont avancées. La capacité d'étonnement semble être une disposition essentielle dans un état d'esprit de chercheur. L'autonomie par le rôle propre est convoitée. Le leadership managérial apparaît signant par là même l'importance de l'encadrement dans la dynamique recherche. On recense des éléments organisationnels et méthodologiques. Ils sont évoqués de manière plus précise avec notamment l'EBN et la rigueur à adopter dans le processus de recherche. Enfin l'accent est porté sur l'importance de la persévérance, de la communication et du partage, incluant en particulier les publications. Sauf deux similitudes, il n'y a pas non plus de consensus sur la terminologie.

<b>Professionnels Sans expérience</b>	<b>CSS3, CSS4, CS3, CS4, IDE3, IDE4</b>
<b>Conception</b>	Qualité et sécurité des soins Innovation, Nouvelles pratiques, Satisfaction du patient, Bien-être du patient, Amélioration des pratiques, Empathie, Compétences, Reconnaissance
<b>Mise en œuvre</b>	Questionnement, Réflexivité, Liens théoriques - pratique Ouverture d'esprit, Démarche clinique, Universitarisation, Fastidieux, long, Complexe, Intellectuel, Communication, Echanges, Publications
<b>Terminologie</b>	Recherche infirmière, Recherche en soins infirmiers, Recherche en soins, Projet de soins

**Tableau 4. La recherche dans le champ infirmier pour les professionnels sans expérience en recherche**

Les effets positifs sur le patient sont évoqués, plus directement explicités en termes de qualité et de sécurité des soins. La communication et les échanges apparaissent là aussi. Nous identifions la tenue de propos plus péjoratifs (ex. fastidieux) mettant en exergue les difficultés à aborder la recherche. La complexité de la démarche et le caractère intellectuel (au sens péjoratif) marquent une démarcation avec les réalités de terrains (opérationnels et contraintes). Il n'y a toujours pas de consensus quant à la terminologie.

Si l'on fait un focus sur la proposition de formulation « recherche en sciences infirmières », les professionnels, toutes catégories confondues, s'étonne à la fois de ce questionnement mais en reconnaissent la pertinence. Le fait d'utiliser plusieurs mots pour définir une même chose signe probablement un « tâtonnement », un manque de consensus sur le sens. L'importance de stabiliser le terme est par conséquent reconnue par la grande majorité des professionnels, dont le DCGS et le CPR. Pour eux, l'usage de plusieurs terminologies s'expliquerait par le fait que nous n'en sommes qu'au début d'une dynamique, qu'il faut du temps pour s'entendre sur ce que l'on veut y mettre. Les terminologies employées sont hétéroclites avec une centration soit sur la pratique de soins, soit sur la volonté d'exprimer le regroupement des filières paramédicales, ou encore sur l'environnement global de la clinique.

Sur les 18 professionnels rencontrés, 16 ont trouvé la formule « recherche en sciences infirmières » aussi valorisante que porteuse de sens. Le DCGS et le CSS2, eux-mêmes dans l'approbation, précisent cependant qu'il convient de ne pas oublier de porter une réflexion sur l'ensemble des paramédicaux. Le CPR rappelle que l'intégration des sciences infirmières en CNU n'est plus remise en cause. L'intégration universitaire et la nature des diplômes, notamment le doctorat, constituent des atouts. A plusieurs reprises, les professionnels évoquent l'intégration prochaine des IPA dans le système de soins ; leurs prérogatives gageraient d'un élan au niveau de la recherche qui devrait s'accélérer dans une dimension de sciences infirmières. Les médecins ne cernent pas vraiment quant à eux l'intérêt à compartimenter les choses ; pour eux, la recherche est une seule et même entité. Deux professionnels n'ont enfin pas souscrit à la formulation proposée : le CS4 a le sentiment que le scientifique gouverne de plus en plus l'humain. Pour le DRCl, il n'y pas d'intérêt de préciser le terme, car « c'est surtout de savoir ce que veulent les IDE eux-mêmes ».

**Les publications** : elles font partie intégrantes d'un projet de recherche ; ce constat est approuvé par tous les professionnels quand bien même ils n'ont pas participé à l'écriture d'article. Le tableau suivant identifie le nombre de professionnels de notre enquête ayant publié ou non.

	DCGS	DS	CPR	DRCI	PU-PH1 PU-PH2	Avec expérience			Sans expérience			Total
						CSS1 CSS2	CS1 CS2	IDE1 IDE2	CSS3 CSS4	CS3 CS4	IDE3 IDE4	
Oui	1		1		2	2	1	2	1			10
Non		1		1			1		1	2	2	8

Tableau 5. Nombre de professionnels ayant déjà réalisé une publication

A l'exception d'un d'entre eux et tout comme les médecins, les professionnels paramédicaux avec une expérience ont déjà tous participer à une publication. « C'est publier ou périr » lance le DRCI, ajoutant qu'on ne peut faire de la recherche sans publication, que c'est une marque de sérieux. Le DCGS pense que la publication doit être démocratisée, que les IDE sont encore trop en retrait. Le manque de publication est un constat partagé par le DS. Pour le CSS1, sans publication, c'est « comme si on ne faisait rien ». Les médecins estiment aussi que les infirmiers publient encore trop peu et ne lisent pas leurs publications car elles ne figurent dans leurs revues de référence. La notion de partage est récurrente. La diffusion d'informations (avancées des pratiques et intérêt scientifique), la valorisation du rôle propre, la reconnaissance des travaux et le temps passé sont également exprimés.

**Le rapport à la recherche médicale :** le DCGS recommande de viser le décroisement car de moins en moins de sujets se traitent par un seul et même corps de métier, qui plus est dans des parcours de prise en charge. Le CPR se dit pour sa part veiller à la bonne interface. Le DRCI est convaincu que les IDE et les médecins doivent œuvrer de concert, d'autant qu'il faut compter sur une expérience médicale forte en CHU qui peut soutenir la progression des IDE. Pour le DS, il y a une analogie d'un point de vue du raisonnement méthodologique. En revanche, ce qui différencierait, ce serait ce qui entoure la recherche : le temps possible à consacrer, les budgets, les structures,... Il y a des zones de convergence de travail et des sujets qui relèvent de manière pleine et entière du rôle propre ; la déclinaison de la recherche pourrait alors se prévaloir en toute autonomie. Les avis de l'encadrement sont partagés, indépendamment de leur expérience ou non en matière de recherche. Certains y voient du lien, notamment par la finalité des travaux, à savoir le fait d'apporter la meilleure qualité des soins au patient (CS1, CS3). L'approche pluridisciplinaire est vue comme une richesse dans une perspective de prise en charge globale du patient. Cependant, des différences sont évoquées, par une moitié des cadres et tous les infirmiers rencontrés. La recherche médicale est reconnue et les médecins vus comme mieux formés. Ils peuvent plus facilement se libérer alors que les IDE manquent de temps et la continuité de service prime. Pour le CS1, les médecins seraient « plus aidés » et possèdent une culture de formation appuyée par leur exercice en CHU. L'IDE2 porte un regard proche de celui de CS2 : il reconnaît un fonctionnement empirique et

empathique, fondé sur la tradition dans l'exercice IDE alors que les médecins seraient davantage centrés sur la culture de la preuve scientifique, la recherche et les publications. La recherche dans le champ infirmier est davantage ciblée sur le champ des sciences humaines avec le patient pour cœur de la recherche, au travers du rôle propre et la meilleure façon de mettre en œuvre les traitements. Il y aurait comme pour les publications une sorte de complexe, où il faudrait presque « s'excuser d'avoir des idées ». Le CSS2 est convaincu qu'il faut s'émanciper et que la chose arrivera « quand il y aura des docteurs en sciences infirmières ». L'IDE2 questionne : « A-t-on vraiment besoin d'un médecin pour une recherche sur des actes relevant du rôle propre, une toilette par exemple ? ». Les IDE ne se sentent pas encore pleinement pris au sérieux. Pourtant, les médecins rencontrés se sont montrés très ouverts d'esprit. Pour le PU-PH1, il y a un sujet de méthodologie, considérant que parfois les IDE ont du mal à poser les vraies questions de recherche. Il serait selon lui compliqué si la « recherche en soins » (dixit) était indépendante de la recherche médicale, la « dichotomie serait bizarre ». Le PU-PH2 ne voit pas de différence non plus et se veut favorable au décloisonnement. Le PU-PH1 considère que la recherche dans le champ infirmier ne peut pas évoluer vers l'émergence de pratiques nouvelles si elle se cantonne à comparer uniquement des pratiques courantes ; il remet en question à cet égard le cadre juridique des recherches. Il dit avec conviction que l'IDE n'est pas un « sous-chercheur ». Il trouve que si fermeture il y a, celle-ci vient de la position des IDE et des cadres, « très à cheval sur le rôle propre », dans une revendication excessive de leur autonomie. Selon lui, une recherche pourrait parfaitement être encadrée par une IDE et pas forcément un médecin. La recherche doit faire bouger les métiers, le rôle propre. Il se veut très optimiste : « Quand ça prendra, ce sera une véritable lame de fond ! ». Il ajoute que la pénurie médicale va pousser toujours plus à développer les compétences des paramédicaux.

### **2.2.2 L'environnement institutionnel de la recherche**

**L'organisation :** initialement, un groupe de recherche en soins pluri-professionnel composée de cadres est constitué en 2009 sous l'impulsion du DCGS. Celui-ci soutient le positionnement d'un CSS avec du temps dédié institutionnellement sur le créneau recherche. Dans la continuité, le projet d'établissement voit la création en 2018 d'un département en sciences infirmières et humaines et par là même la création d'une unité (nous la dénommerons UPR) dont le créneau est la recherche infirmière et les sciences humaines. Il ne s'agit pas d'une coordination mais bien d'une structure interne avec un lieu physique et du temps d'encadrement supérieur dédiés. L'UPR est composée de 4 sous-commissions (accompagnement porteurs de projet, éthique et juridique, financement et valorisation, et communication). Ses objectifs sont d'accompagner les porteurs de projets, de former, et de valoriser la recherche. Cela comprend une

coordination des projets de recherche, un soutien méthodologique des équipes, la mise en place d'un environnement propice à l'échange et au partage d'expérience. Son pilotage et la gestion de son enveloppe budgétaire sont assurés par le CPR (en lien avec le DCGS), qui relève de la direction des soins, et une anthropologue de la santé, rattachée à la DRCI ; nous sommes ainsi en présence de deux organigrammes associés. L'UPR est multidisciplinaire avec des cadres, des infirmiers, un biostatisticien d'une unité de ressources méthodologiques,... ; des invités y figurent selon les thèmes et les besoins (DRCI, DCGS,...). L'UPR a des collaborateurs multiples parmi les CIC, la DRCI,... ou encore l'université. De même, en externe, les rapports sont effectifs avec le Girci et la réflexion recherche revêt une approche territoriale au sein du GHT.

Pour promouvoir l'EBN, des ateliers de lecture critique d'articles sont organisés à partir d'un sujet qui parle au plus grand nombre. Un groupe de 15 personnes est constitué par an, pour 7 séances de 2h animées par un binôme cadre - infirmier. L'utilisation d'une grille de lecture simplifiée est utilisée, avec accord de l'éditeur. Courant 2020, un club d'écriture concernera les porteurs de projets de recherche avec des modalités de mise en œuvre à préciser. Un service de documentation est disponible sur intranet ; il donne accès à un bouquet de revues et de bases de données. Les CS, CSS, et IDE investis dans le champ recherche font partie de l'UPR et participent pour certains à l'animation des ateliers.

En matière de stratégie de communication, l'UPR s'appuie notamment sur des séminaires, dont un séminaire spécialement dédié à l'encadrement. Son budget autonome permet de faire venir des intervenants de référence. Des AG cadres sont organisées avec les CS et les CSS ; des présentations de projet y sont réalisées. Il en est de même en CSIRMT ainsi qu'en réunions d'encadrement supérieur. Des liens sont enfin pensés avec la formation initiale (IFSI) par le biais d'un séminaire annuel au cours duquel des présentations sont réalisés par les IDE porteurs de projets de recherche. Le CPR est en veille par rapport aux AAP : étant au fait de ce qui se passe dans les dispositifs et les projets en gestation, il se rapproche des professionnels et fait du lien ; il faut selon lui avoir la connaissance de ce qu'il se passe sur le terrain et repérer les « petits sujets ».

**Les liens du CHU avec le territoire :** le DCGS rappelle des liens historiques avec des CHU voisins qui ont participé à l'évolution de la thématique sur l'établissement par un échange d'expérience. Le projet de soins partagé du GHT gagne à ouvrir les réflexions partagées et faire progresser la recherche dans le champ infirmier. Le DS pense que le CHU doit répondre à la demande des CH volontaires grâce aux moyens dont il dispose. Au niveau médical, le PU-PH1 reconnaît qu'en tant que CHU : « on devrait les accompagner ». Mais cela reste compliqué car les autres établissements n'ont pas forcément de professionnels impliqués au niveau de la recherche. Les cadres et les infirmiers s'expriment peu dans ce registre territorial, et l'interrégion est souvent évoquée

par le biais des liens avec le Girci. Le DRCI estime quant à lui que la recherche ne peut pas être faite partout : il y a le poids des contrôles, des exigences, et des responsabilités,... L'accompagnement des CH est tout-à-fait possible, mais il convient que ce soit le CHU qui porte le projet. Pour le DRCI, la recherche IDE est relativement facile à mettre en œuvre ; aussi les CH auraient la capacité de faire seul.

**La formation :** le budget formation recherche est en partie piloté par le CPR. Sur le plan de la formation, un premier niveau est proposé, l'« initiation à la recherche » organisée par un centre de formation. Le financement de ces formations est tiré du budget de l'UPR. Il s'agit de comprendre les bases du processus de recherche et d'expérimenter les étapes de la recherche à partir de situations concrètes. Lorsque les professionnels sont amenés à conduire un projet de recherche, le DU recherche (4 places par an) est possible. Il se déroule sur une année universitaire et pousse l'enseignement au niveau de l'expérimentation de la démarche scientifique de recherche dans son champ disciplinaire. Son financement doit être porté par le budget du pôle concerné.

**La connaissance des professionnels :** les directeurs et le CPR ont une bonne, voire parfaite, connaissance de l'organisation et des structures internes. Pour le DS (et ce point de vue est repris par d'autres professionnels), il y a des personnes ressources en CHU, des professionnels formés avec une proximité universitaire de plus en plus grande. L'encadrement et les IDE avec expérience ont aussi une connaissance précise de l'organisation et de la structuration. Les CSS qui n'ont jamais participé à un projet de recherche restent très vagues pour leur part. Ils ont identifié le CPR et son lien avec le DCGS. En cas de besoin, c'est directement vers lui qu'ils s'adressent. La structure UPR est connue essentiellement par les séminaires d'encadrement organisés autour de la recherche. Ce point est également identique chez les CS sans expérience recherche. Les jeunes diplômés (IDE3 et IDE4) ont aussi identifié le CPR par ses interventions en IFSI, mais ne connaissent pas l'organisation ; ils regrettent de ne pas avoir eu d'information concernant la recherche aux journées d'accueil.

Pour ce qui est de la connaissance des projets en cours, missionné spécifiquement sur le créneau recherche, le CPR en a une connaissance parfaite. Le DCGS et le DS n'ont pas le besoin d'avoir une connaissance aussi fine grâce à ce relai. Le DS, actuellement en temps partagé entre gestion et formation, reconnaît qu'il était plus au fait de l'actualité des projets lorsqu'il était affecté à un pôle d'activité dans sa carrière. Pour l'encadrement, la connaissance des projets est surtout effective lorsque ces derniers se déroulent dans le pôle ou la même spécialité. Il en est de même chez les IDE1 et IDE2. Il y a d'autres retours très descriptifs et spontanés (CSS1, CS1, CS2). Cela dit, unanimement, la connaissance de ce qui est fait en dehors de ses structures d'exercice n'est que très

partiellement connu. Les professionnels se disent trop occupés avec leur environnement ; ils entendent des choses de temps en temps, et évoquent un manque de visibilité sur l'intranet. D'après eux, il y aurait moins de séminaires de présentation.

Ce constat est différent pour les CSS et les CS qui n'ont pas eu d'expérience recherche : leurs réponses restent vagues, évasives, pas spontanées. Les contours sont mal connus. Les IDE3, IDE4 ont la même présentation. Les médecins justifient leur manque de connaissances sur ce point par le peu de visibilité qu'ils en ont.

Le financement n'est plus perçu comme exclusif aux PHRIP. Ces projets multicentriques demandent un investissement temps et une coordination considérables : ils doivent être portés par des équipes très motivées et appuyés par une méthodologie robuste. Même si un PHRIP n'est jamais convoité en première intention (il peut y avoir des études pilotes), ces points peuvent susciter le découragement au sein des équipes et une perception trop éloignée des réalités : « C'est toujours mieux que rien, mais trop scientifique et loin du terrain » (CSS4). Des cadres ne connaissent pas vraiment les PHRIP (CSS3, CS3, CS4). Pour le DS, c'est intéressant mais « proportionnellement insuffisant » entre les élus et les prétendants. Les autres sources de financements les plus citées, surtout par les professionnels avec une expérience recherche, sont : l'appel à projet interne dédié aux paramédicaux, les appels à projet du Girci, les associations, les fondations, les sociétés savantes, des assureurs.... Nous noterons toutefois des confusions dans les réponses, certains financements ne relèvent pas de la recherche mais d'un accompagnement au développement de projets de service. Le CPR évoque également un financement ARS ; l'enveloppe est en partie utilisée pour le paiement d'heures supplémentaires (lettre d'intention 7h, protocole complet 15h). Il n'oublie pas de cibler les points SIGAPS relatifs aux publications. Le DRCI tient à affirmer que « rechercher et publier ne doivent pas devenir des mannes financières ».

### **2.2.3 Les freins au développement de la recherche**

**Le leadership managérial** : l'encadrement est vu comme trop souvent le « nez dans le guidon » (dixit plusieurs cadres) ; il lit peu de revues professionnelles. L'encadrement ne porte pas globalement un intérêt à la recherche et des résistances sont notoires, notamment chez certains CSS. Le DCGS et le CPR insistent sur le manque de leadership managérial qui pèse sur la dynamique recherche. Le CPR est convaincu que « plus on fait d'études, plus on adopte une posture réflexive ». Le DS ajoute que cela est différent chez les médecins où le modèle est plus inscrit dans leur culture ; aussi « les cadres et les IDE ont-ils le temps ? ». Pour le CSS1, il lui semble que les cadres motivés créent des environnements où les équipes le sont tout autant et l'apparition de phénomènes de burn-out seraient moindres. Il lui paraît important de montrer que la recherche fait partie du

soin. Un travail institutionnel construit autour du leadership managérial va être mené prochainement par le CPR. Pour l'IDE1, « quand le cadre est convaincu et partie prenante, c'est facilitant, pour dégager du temps, pour aller en formation, participer à des colloques... ». Faisant écho au CPR et à la DS, des cadres suggèrent de positionner un référent recherche par pôle.

**Le temps à consacrer versus l'activité quotidienne :** la charge de travail quotidienne représente une entrave pour s'engager dans la recherche surtout exprimée par les cadres et IDE qui n'ont pas d'expérience dans ce milieu. Les médecins abondent également en ce sens. Certains CSS estiment que leur périmètre d'activité est de plus en plus étendu et complexe, ne laissant guère de place à la recherche. Pour CSS3, « le quotidien des soins déborde, les effectifs sont de plus en plus sous tension, et on a de moins en moins de temps d'échanges pour la transmission des savoirs ». Le CSS4 considère que « la structure financière de l'hôpital et les restrictions imposent de privilégier un IDE au soin avant tout ». Les autres ne font pas fi de l'existant, mais ne manifestent pas tant de négativité et restent dans le champ des possibles. Selon le CS1, des tentatives de lecture d'articles critiques ont avorté ; les raisons tiennent en des points pratiques de problèmes d'effectif non remplacé, de turn-over dans les équipes,...

Les professionnels qui veulent faire de la recherche doivent nécessairement y consacrer du temps, sur leur temps personnel. Au cours de nos échanges, ils s'étonnent que les projets auraient tendance à émerger chez les MK ou encore les MERM, pourtant moins nombreux que les IDE. La DS questionne : « Avons-nous les moyens d'octroyer du temps aux professionnels, car les services seuls ne pourront pas aller suffisamment loin ? Ce n'est pas simple car de nos jours, le cœur de métier du DS se porte plus les réorganisations, la gestion des effectifs... ». Plus les IDE sont investis et y trouvent une satisfaction personnelle, moins la question du temps se pose. A ce titre, le DCGS estime qu'il faut intrinsèquement des gens convaincus et motivés, prêt à se dépasser. Pour CS2 : « Il faut un investissement personnel, on est curieux ou on ne l'est pas ». Une rémunération en heures supplémentaires est prévue au stade des lettres d'intention et des protocoles pour pallier en partie au problème.

**La recherche vue comme inaccessible :** la recherche est vue comme difficile et inaccessible. Elle est entourée d'une méconnaissance, surtout chez les professionnels moins investis. Les lectures sont rares, l'esprit critique et d'analyse trop en retrait. Elle apparaît tel « un parcours du combattant » (CSS3). La lourdeur des projets de recherche, le temps pris sur le temps de travail, ne sont pas sources de motivation. Pour le CS3 : « C'est un sujet flou pour les IDE et la filière ». Un manque de visibilité est évoqué, presque quelque chose fait en « catimini » (CS4). En dépit de l'organisation

institutionnelle, certains notent une communication interne à parfaire. L'information pourrait être plus attractive, des cadres suggèrent des messages « flash » sur l'intranet, sans avoir besoin de naviguer dans les menus pour l'atteindre. Pour le CSS1 et d'autres professionnels, il est important de démocratiser la recherche, ne pas en faire quelque chose d'« élitiste ». Il convient d'avancer pas à pas, de partir de petits projets, puis de progresser par étapes.

**Le modèle de recherche :** les professionnels ont le sentiment que le modèle quantitatif prédomine et qu'il ne peut être exclusif. Le modèle qualitatif revient quant à lui souvent dans les réponses des cadres et des IDE : il serait plus proche du cœur de métier IDE (rôle propre, sciences sociales et humaines, approche globale du patient,...). La compréhension des comportements du patient, les stratégies pour favoriser son confort, la gestion de son stress,... sont autant de sujets qui requièrent une approche relationnelle, une rencontre et des entretiens avec le patient. Pour autant, c'est le modèle mixte, associant approche qualitative et quantitative, qui est le plus plébiscité, notamment par les DCGS et DS. Le CS1 prend l'exemple des approches de la douleur qui demandent certes des données statistiques mais aussi des analyses plus profondes. Le DS et le CS2 souhaitent que soit exploré l'intérêt de viser également des projets de recherches managériaux. Pour les médecins, tout modèle est possible du moment qu'il s'adapte à des objectifs bien définis.

**Le manque de publication :** le caractère incontournable des publications mais le manque constaté chez les IDE sont repris par tous les professionnels. Peu d'infirmiers auraient tendance à lire et auraient l'envie d'écrire ; pour le CS1, « c'est le parcours du combattant » mais « ça s'apprend ». L'intérêt financier n'est pas à omettre (points SIGAPS). Pour ce qui est de l'écriture en anglais, la DRCI a des ressources internes ; et le choix n'a pas été fait d'engager des medical-writer. Pour le DRCI comme pour le CPR, cela désynchronise en effet l'auteur de ce qu'il a fait.

**Les difficultés d'accès à la formation :** l'accès aux diplômes universitaires est de plus en plus fréquent chez les IDE. L'universitarisation est vue comme une manière de libérer le processus de recherche. Toutefois, l'accès à la formation recherche n'est pas quelque chose de perçu comme facile. Le CSS3 parle des difficultés à accorder les formations mais aussi de les honorer en raison de problèmes d'absentéisme et/ou d'effectif. Il semble important pour le CS2 de ne pas faire supporter au pôle le poids de certaines formations, dont les DU recherche ; il pointe à ce titre la politique d'établissement. La formation reste accessible pour les plus engagés, les plus motivés, et le soutien de la hiérarchie : l'IDE1 estime que lorsque le cadre est moteur, les projets émergent et l'accompagnement par la

formation également. La formation des IPA (incluant la recherche) est vue par bon nombre de professionnels comme une opportunité de développer la recherche.

L'accès à la formation reste cadré et limité. Cela est perçu pour un certain nombre comme quelque chose de difficile à intégrer. La demande reste malgré tout faible. Les CSS non expérimentés en recherche donnent des réponses incertaines et imprécises sur leurs plans de formation. Le CSS3 précise qu'elle n'a eu aucune remontée des cadres par rapport à des besoins. En même temps, les cadres décrivent les difficultés pour libérer un IDE pour une formation au détriment de l'intensité croissante de la charge en soins.

**La remise en question de la formation initiale** : contrairement à ce que l'on pourrait penser et aux espoirs mis en eux, la nouvelle génération d'IDE (depuis 2009) ne serait pas entièrement porteuse d'une dynamique recherche ; c'est en tous cas le regard porté par les professionnels détenant une expérience dans la recherche. Pour le DS, qui exerce en IFSI, il y aura toujours des gens plus éveillés et motivés, indépendamment des programmes de formation. Pour le CS1, jeunes ou anciens, le problème est le même ; et la nouvelle génération lui paraît très scolaire. Ils restent « dans le faire », sans réflexion particulière. Le CSS1 relate le discours d'un étudiant : « Mon TFE c'est l'horreur ». Les étudiants feraient ce travail de manière restrictive et contrainte. La CPR est convaincu que la recherche est abordée de manière trop tardive en formation initiale. Ce point de vue est largement partagé par les cadres, mais aussi les IDE, comprenant ceux diplômés en juillet 2019. Ces derniers y voient une pédagogie trop orientées sur le mémoire et dont ils gardent au final un souvenir mitigé. La recherche n'est pas leur priorité.

Les cadres formateurs gagnent à devenir des chercheurs. Mais sont-ils assez formés ? Et sont-ils assez sur le terrain ? Certains cadres n'y croient pas. L'universitarisation repousserait ainsi les formateurs et les étudiants du terrain (CSS4).

## **2.3 Les réponses à notre questionnement**

Nous sommes à présent en mesure de compiler et d'analyser les réponses recueillies en les mettant en contre point des sous-questions posées à l'issue de notre première partie, articulées autour d'une question centrale que nous rappelons :

**En quoi la recherche tente-t-elle de trouver sa place et de se développer dans le champ infirmier ?**

### **2.3.1 Une identité en gestation et des représentations hétéroclites**

**En quoi la perception des professionnels et leur appropriation d'une culture recherche ne sont-elles pas suffisamment abouties ?**

La recherche devrait concerner l'ensemble des professionnels en CHU. Pourtant, elle n'est pas intégrée de manière homogène dans les identités professionnelles. Les cadres

et les IDE ayant une expérience et un parcours construits sur la durée expriment un sentiment identitaire fort vis-à-vis de la recherche. Ils ont souvent croisé l'université à plusieurs reprises dans leur carrière et y ont validé plusieurs diplômes.

La représentation de la recherche dans le champ infirmier n'est pas forcément la même parmi les professionnels : la grande variété sémantique pour la désigner illustre bien les difficultés à la définir et à la caractériser. Aussi, comment une identité peut-elle émerger si les professionnels ne peuvent s'accorder sur un modèle partagé ? La recherche n'est pas identifiée de manière suffisante comme nécessitant une approche avec des méthodes rigoureuses pour alimenter une base de savoirs mais aussi les restituer dans la pratique et valoriser le rôle propre. Elle donne de surcroît le sentiment d'être inaccessible avec la représentation d'un cheminement long, complexe, qui vient se surajouter aux contraintes quotidiennes.

Faire de la recherche demande du temps et de la constance : le fait de devoir investir son espace privé en marge du temps de travail n'est pas bien perçu par les professionnels et cela constitue un obstacle pour certains, une source de découragements pour les autres.

La recherche reste encore, tout comme les publications, beaucoup trop perçue encore comme l'apanage des médecins, avec une forte composante scientifique. Les IDE, qui nourrissent quelque part un complexe à cet égard, resteraient en majorité dans une culture de la tradition, avec des pratiques insuffisamment appuyées par des preuves probantes, avec des fondamentaux basés sur le relationnel, les sciences humaines et sociales. Les IDE issus des promotions postérieures à la réforme de 2009 ne viendraient pas foncièrement changer la donne. La culture de l'EBN reste encore imprécise pour beaucoup de professionnels et ne suscite pas une franche adhésion.

L'identité, dans un processus évolutif et de maturation, vient s'appuyer sur la motivation, la durée, l'expérience, la pratique, la formation, et la communication. La recherche suit ce cheminement et il lui faut du temps pour s'installer. D'un point de vue pragmatique, les IDE et les cadres ont besoin d'un accompagnement sur le plan de la méthodologie au niveau de la recherche et des publications.

### **2.3.2 Une construction institutionnelle perfectible**

#### **En quoi les éléments identifiés aux niveaux de la structuration et de l'organisation institutionnelle influent-ils sur le développement de la recherche ?**

La déclinaison opérationnelle de la recherche requiert des personnes ressources, des structures d'appuis, et de la coordination interne/externe connus du plus grand nombre.

Or la connaissance de l'organisation et de la structuration par les professionnels n'est pas uniforme. Les moins au courant ne font que personnifier la recherche par le biais du CPR. Aussi, ne peut-on pas se demander si celui-ci n'est pas trop isolé ?

Toutefois, la structure transversale (l'UPR) dotée d'un budget autonome et pilotée au niveau de la direction des soins par un CSS titulaire d'une thèse donne un signal d'implantation affirmée et reconnue de la recherche dans l'établissement. Le fait d'œuvrer dans le champ des sciences humaines avec une anthropologue répond à notre conception holistique de la prise en charge du patient ; mais il serait possible d'aller encore plus loin avec d'autres corps de métiers. Les liens avec des structures d'appuis méthodologique, statistique, et épidémiologique renforcent l'ensemble ; il en est de même avec la bi-appartenance CHU-Université du CPR rendue possible par son doctorat.

L'accès à la formation présente des zones de blocages à deux niveaux : d'une part, pour les personnes intéressées, un problème d'offre et de demande peut se poser, surtout pour les formations diplômantes. D'autre part, le budget de certaines formations (DU) est à porter par le pôle et ne figurerait pas du coup en ordre de priorité.

En ce qui concerne les financements, le PHRIP semble de moins en moins perçu comme l'unique porte d'entrée ; les professionnels identifient d'autres formes de ressources potentielles. La question du financement n'est pas apparue comme une préoccupation, pourtant il s'agit d'un élément important pour promouvoir la recherche.

Les cadres et les IDE s'expriment peu à l'égard de l'impact du CHU sur le territoire (GHT surtout) en matière de recherche dans le champ infirmier. Mais une question émerge : si le rôle propre est le centre d'un projet de recherche, les CH voisins ne peuvent-ils pas se lancer en toute autonomie ? La politique institutionnelle exprimée par le DRCI montre que le CHU ne saurait collaborer sans se vouloir porteur de projet. Nous serions enclins à davantage de souplesse.

### **2.3.3 Un acteur clé : le directeur des soins**

#### **En quoi le directeur des soins peut-il soutenir et accompagner le mouvement vers une recherche plus affirmée dans le champ infirmier ?**

Selon une étude<sup>67</sup> certains directeurs expriment une vision négative par rapport à la recherche ; ils évoquent le plus souvent le manque de connaissance et de moyens. Pourtant le directeur des soins doit être lui-même le premier convaincu de la pertinence à mettre en œuvre une recherche qui servira le métier d'infirmier, les patients, et la

---

<sup>67</sup> PEOC'H N., *ibid.*

population. Il lui faut être un acteur engagé, animé de conviction. Puis, on retrouve le discours qui valorise, qui guide, qui met en avant la recherche, et l'affirmation tant du directeur des soins que de la direction des soins. Le fait de porter la recherche au rang de priorité, avec du sens, compte pour beaucoup. Les professionnels attendent cependant que le directeur des soins joigne la parole aux actes, qu'il donne des réponses concrètes à leurs besoins.

Les liens qu'il entretient en interne (direction générale, directions fonctionnelles en particulier de la recherche et de l'innovation, différents acteurs des pôles dont les médecins,...) et en externe (GHT, université, réseau professionnel,...) s'affichent comme indispensables pour porter la recherche et lui faire prendre sa place. Le directeur doit s'entourer dans sa mission de promotion de la recherche, et sa capacité à trouver les bonnes personnes représente une force. Il nous semble de fait incontournable de prôner toujours plus d'ouverture et de se montrer fédérateur.

L'insertion de la recherche dans le champ infirmier dans le projet d'établissement pèse pour beaucoup. Le directeur des soins est un moteur qui intègre la recherche dans sa politique de soins. Il la définit, donne des objectifs, porte un discours engagé, encourageant, dans l'écoute. Armé de volonté et de conviction, il est attendu sur le cap à donner. La fragilité actuellement constatée au niveau du portage de la recherche par l'encadrement oriente des travaux visant la promotion d'un leadership managérial qui amènerait les cadres à ne plus percevoir la recherche comme quelque chose d'accessoire.

La montée en compétence recherche par la formation, continue et diplômante, constitue un axe de progrès, d'autant plus que l'universitarisation force dans cette optique. Par ailleurs, dans un esprit de parcours et d'acculturation, des liens étroits entre directeurs des soins de formation et de gestion sont capables de porter les équipes respectives dans une dynamique commune qui contribue à l'intégration d'une culture recherche tout au long du parcours de professionnalisation et poursuit lors de l'exercice professionnel. Nous aurions pensé percevoir davantage cet aspect au cours de notre enquête.

### **3 Des préconisations stratégiques, managériales, et de valorisation**

Les préconisations exposées ci-après s'inspirent des conclusions de notre enquête et sont en lien avec notre première partie. Des éléments complémentaires viennent s'y associer, à la fois issus de la littérature, de l'observation réalisée sur des terrains de stage dans des structures comparables en cours d'année à l'EHESP, et sur une expérience professionnelle personnelle. Elles sont étroitement liées à l'influence que peut en avoir le directeur des soins et se présentent suivant 3 axes : tout d'abord, le niveau institutionnel et stratégique vient poser les fondements d'une recherche à conforter. Puis, le levier managérial est à activer, avec en toile de fond un leadership managérial qui ne se montre à l'évidence pas concluant et un encadrement à mobiliser. Enfin, les démarches qui concourent à la valorisation de la recherche doivent intégrer les velléités de reconnaissance des professionnels désireux de faire de la recherche et le contexte dans lequel la dite recherche demande à être davantage connue.

#### **3.1 Le niveau stratégique et institutionnel**

##### **3.1.1 Le positionnement affirmé du directeur des soins**

La recherche relève d'un axe stratégique à l'échelle d'un établissement. Elle ne peut être approchée, impulsée, et développée sans que la démarche ne trouve l'assentiment au niveau institutionnel, en plus haut lieu par son DG. En tant que membre de l'équipe de direction, le directeur des soins entretient des liens étroits avec celui-ci ; et il s'avère déterminant qu'il se montre engagé et convaincant pour justifier de la pertinence d'œuvrer dans le sens de la recherche dans le champ infirmier. Il s'agit par ailleurs, rappelons-le, de répondre à des prérogatives inhérentes à sa fonction. Au-delà de ses qualités oratoires, la légitimité de son discours doit être portée par une analyse profonde et une justification affirmée qui se fondent elles-mêmes sur un certain nombre de connaissances spécifiques à la recherche (contexte et préconisations en matière de recherche, contexte interne, benchmark pour cerner les écarts et comme source d'inspiration,...). Afin de s'entourer de leur soutien, c'est dans cet esprit qu'il convient également de porter ses convictions auprès des différents acteurs directement impliqués dans la recherche ou non (directeur de la recherche, acteurs évoluant dans les structures d'appui, service de communication, DRH, directeur des systèmes d'information,...) et de la communauté médicale (PCME, coordonnateur de la recherche clinique, chefs de pôle,...). Les CODIR, les instances (Directoire, CME,...), le bureau de la DRCI, ou le comité de recherche clinique (s'il existe) constituent des temps forts pour ce faire, mais ce peut être aussi au

travers d'échanges plus informels. Le rôle de représentation du directeur des soins est quant à lui attendu, l'encadrement et les soignants apprécient sa présence et sa prise de parole en public quand il est question de faire valoir une thématique, ici la recherche.

La place de la recherche au sein d'un projet d'établissement constitue à l'évidence un élément fort qui participe à l'élan convoité ; il est à rechercher. Le projet de soins (ou mieux encore, le projet médico-soignant) représente quant à lui un point d'ancrage pour inscrire le développement de la recherche comme un attendu au premier plan : l'écriture du projet de soins, si elle mobilise largement les professionnels, est un moyen de rappeler un ensemble de traits identitaires à partager, comprenant la qualité et la sécurité des soins pour le patient et les valeurs associées. Mais cela n'est pas suffisant. Un projet de soins est amené à être présenté en personne, dans les instances ou dans d'autres circonstances, toujours avec cette nécessité de pédagogie, d'argumentation et de conviction pour faire passer des messages auprès de l'auditoire. Avec le temps et la répétition, l'apport de réflexions utiles aux soignants est susceptible de modifier progressivement leurs représentations et inscrire petit à petit des composantes recherches à leur identité professionnelle. Cela demande des efforts et de la persévérance : lorsqu'une identité est fortement ancrée dans une profession, il ne faut pas compter sur des transitions faciles à négocier. Il n'est donc pas question d'espérer promouvoir la recherche par un simple et unique « affichage », comme il ne serait pas suffisant d'assurer uniquement des réponses à des besoins quotidiens, organisationnels, matérielles, ... Toutefois, il est indispensable que face à des interlocuteurs dans le doute voire farouchement opposés, le directeur des soins accepte les débats contradictoires et avance sereinement, avec pédagogie, persévérance, et un brin de courage. Dans son ouvrage, Godet<sup>68</sup> démontre combien le courage, associé au bon sens, sont susceptibles de renforcer la confiance et d'engager des projets vertueux. Sa description, sur le plan de la société, peut raisonnablement être transposable à une échelle plus restreinte d'une organisation telle que l'hôpital.

Dans le processus d'acculturation induit par la scientification de la discipline infirmière, il est indispensable que le directeur des soins développe une large écoute par rapport aux interrogations des professionnels et qu'il rappelle les soignants à leur cœur de métier pour ne pas perpétuer une image tronquée et hyper-technique de la recherche. Aussi, parmi la foultitude d'axes de recherche potentiels, il ne faut pas omettre que les professionnels de santé, en particulier les infirmiers, évoluent dans un champ où les relations humaines revêtent une dimension prégnante, nous l'avons vu. Les sciences humaines demeurent

---

<sup>68</sup> GODET M., *Le courage du bon sens : pour construire l'avenir autrement*, Editions Odile Jacob, 2009, 464p

par conséquent un environnement particulièrement adapté, mais malheureusement sous-investi : la majorité des sujets de recherche demeure dans le milieu clinique<sup>69</sup>. L'exploitation des phénomènes humains n'est pas le plus prisé, aussi la recherche qualitative marque un retrait par rapport à la recherche quantitative. Cela semble signer par conséquent le manque de vision et de pertinence vis-à-vis des finalités recherchées. Il convient d'amener l'infirmier à venir s'appuyer sur la sociologie et l'anthropologie pour dépasser ce cadre. Mintzberg<sup>70</sup> associe l'hôpital à une organisation de type « professionnelle », modèle dans lequel le professionnel est sensé agir en autonomie et contrôler son propre travail. Une réponse purement standardisée ne peut en l'occurrence être donnée à la complexité du travail et aux qualifications du savoir qui le caractérise. Pour Morin, « est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple »<sup>71</sup>. Nous comprenons par cette formule que, contrairement à la pensée commune, la complexité ne peut être dépassée par des résolutions binaires. En d'autres termes, il semble contradictoire de prôner la créativité et l'innovation, étroitement liées à la dynamique de recherche et qui imposent une nécessaire prise de risque, alors que le système s'hyper-rigidifie par des normes qui restreignent les initiatives. Ce modèle ne peut que mettre les professionnels dans des situations impossibles à résoudre, les figer dans leur fonctionnement, et ne pas les inciter à cheminer dans une mutation identitaire incluant la recherche. Il appartient au directeur des soins de trouver un équilibre, tenant compte des forces et des faiblesses de l'établissement, pour porter un discours et des objectifs crédibles et intelligibles.

Décomplexer les professionnels paramédicaux par rapport aux médecins en insistant sur leurs compétences et leur singularité, par l'échange et le soutien, est un moyen de leur donner la confiance ainsi que la reconnaissance nécessaire. De même, la recherche demande probablement à être perçue dans des discours orientant sa démocratisation, et peut-être même sa désacralisation, pour atténuer les représentations qui lui attribuent un caractère inaccessible. Afin de donner du sens, les positions exprimées par le directeur des soins doivent être en résonance avec les fondamentaux des soins infirmiers, entre la relation et des valeurs. L'association à des réflexions éthiques partagées renforce ce point lorsqu'un projet de recherche émerge ; les infirmiers y sont sensibles.

---

<sup>69</sup> En référence au nombre de projets de recherche retenus dans le cadre des PHRIP depuis 2011

<sup>70</sup> MINTZBERG H., *Le management - Voyage au cœur des organisations*, Editions d'Organisation, 2006, 703p

<sup>71</sup> MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, Editions Essais, 2005, 158p, p10

### **3.1.2 La structuration et la coordination internes, des repères indispensables**

Suivant l'impulsion des directeurs de soins et des possibilités offertes par leur milieu, les établissements n'ont pas tous optés pour la même structuration autour de la recherche. Certains ont choisi une dimension fonctionnelle et de coordination engageant par exemple un CSS en mission transversale recherche, sans distinction de temps dédié, qui évolue en collaboration avec une structure d'appui. D'autres ont décidé de créer une sous-commission de la CSIRMT portée par un DS sur le créneau recherche. Il pourrait exister d'autres formes encore. Celle observée au niveau du CHU de notre enquête fait référence à une véritable structure transversale pluri-professionnelle (UPR précédemment décrite) en guise d'accompagnement et de coordination des professionnels. Nos réflexions nous font considérer qu'en termes d'image, de visibilité, de reconnaissance, et d'autonomie, la recherche dans le champ infirmier mérite effectivement de figurer au sein d'une véritable unité de gestion. Cela sous-entend des moyens humains identifiés, des locaux, et un budget autonome. Son positionnement au sein de l'organigramme de l'établissement participe à l'évidence à la mise en lumière de la recherche. Cependant, il semble nécessaire de progresser par étapes et en tenant compte de la faisabilité des choses dans un contexte local donné. Aussi la recherche peut parfaitement être initiée par un groupe fédérant des acteurs motivés autour de la thématique, de préférence en lien étroit avec la CSIRMT (sous-commission recherche). Le rayonnement de la recherche dépend avant tout à la base de l'implication et du dynamisme de ses acteurs.

La plupart des établissements, dont celui relatif à notre enquête, se sont dotés d'un coordonnateur paramédical de la recherche. Il ne relève d'aucun grade connu. Celui-ci n'est pas forcément un cadre, mais l'on rencontre le plus souvent un cadre supérieur de santé qui possède des niveaux de qualification variables, allant d'un DU recherche en passant par un master voire un doctorat. Dans tous les cas, le fait d'être positionné par un directeur des soins ou un coordonnateur général des soins lui confère une grande partie de sa légitimité pour conduire ses missions en toute transversalité auprès des équipes. Ce poste à l'interface de nombreux acteurs paraît fondamental pour animer la thématique recherche au sein de l'établissement. C'est pourquoi le directeur des soins se doit d'assurer une détection optimale des personnes capables d'œuvrer dans une confiance réciproque, de faire du lien et d'accompagner les équipes porteuses de projets de recherche dans des dimensions variées (méthodologiques, bibliographiques, recherche de financements,...). La veille par rapport aux appels à projet et les liens avec les équipes désireuse d'engager un projet ou présentant un potentiel sur une thématique fait partie de ses prérogatives. Nous avons vu que dans le CHU étudié, les directeurs des soins ne sont pas très concernés par le sujet de la recherche, et cela nous a été d'ailleurs commenté par certains professionnels. Autant que faire se peut si le contexte s'y prête, il

nous paraîtrait également intéressant d'octroyer cette mission à un directeur des soins, pour peu que celui-ci aussi soit suffisamment formé et diplômé pour ce faire (un doctorat de rigueur dans le présent cas) et qu'il maintienne suffisamment de proximité avec le terrain. Ce choix permettrait d'écarter toute rivalité par rapport à l'encadrement supérieur et impulser davantage d'autonomie ; il ne s'agirait pas non plus de poser une strate hiérarchique, même si celle-ci peut servir suivant les situations. Le temps consacré à cette mission gagne quant à lui à être défini pour ne pas créer de confusion si temps partagé il y a. Selon le dimensionnement de l'établissement, l'exercice du coordonnateur paramédical de la recherche n'est pas systématiquement à temps complet ; cela semble cohérent. Aussi une concertation est préalablement recommandée pour préciser ce point.

Par ailleurs, dans un CHU, le coordonnateur paramédical de la recherche peut paraître isolé et vite exposé aux aléas du quotidien. Pour mener à bien sa mission, il nous semble pertinent qu'il possède des relais clairement identifiés au niveau de chaque pôle car les professionnels ne peuvent uniquement « se retrancher » derrière lui au risque de créer des organisations trop personne-dépendantes. Ainsi, un référent recherche par pôle viendrait conforter la coordination et la déclinaison de la recherche au sein des pôles. La désignation reviendrait à une proposition du cadre de pôle puis après concertation, la décision du directeur des soins. Le cadre de pôle lui-même pourrait le devenir. Le manque de dynamisme dans certaines spécialités demande à ce que des actions de proximité viennent en effet se déployer. La responsabilisation des acteurs au sein de la gouvernance représente par conséquent un enjeu et son aboutissement pourrait venir d'une contractualisation interne, pourquoi pas présente au sein des projets de pôle.

Les liens en interne sont déterminants et il est fondamental que le coordonnateur paramédical de la recherche, dans un élan commun avec le coordonnateur général des soins, développe des liens forts et étroits avec les équipes du directeur de la recherche, et les acteurs des structures d'appui qui peuvent s'avérer autant de soutiens possibles sur le plan méthodologique et statistique. Le lien avec la communauté médicale constitue également un attendu. Pour ce qui est du terrain des sciences humaines, l'affectation concomitante au sein de l'UPR du coordonnateur paramédical de la recherche et d'un anthropologue crée un modèle bicéphale avec une appartenance respective à la direction des soins et à la DRCI. Il nous semble ainsi plus pertinent de s'entourer des services d'un anthropologue ou d'un professionnel qualifié en sciences humaines et naturelles sans pour autant que celui-ci soit affecté à l'unité en question mais que le temps à y consacrer soit déterminé institutionnellement. De la même façon, un ensemble de collaborateurs, psychologues ou issus des filières paramédicales, pourraient venir compléter les besoins, au cas par cas cette fois-ci. En revanche, l'UPR pourrait être le trait d'union entre la

direction des soins et la direction des instituts de formation si toutefois les deux venaient à mettre en forme une coordination commune avec des moyens partagés.

Comme nous l'évoquions précédemment, il serait certainement contre-productif et démotivant d'aller candidater pour un PHRIP en première intention quand on sait les difficultés pour finir parmi les élus et les représentations des professionnels face à une recherche jugée pour beaucoup comme trop complexe, coûteuse en temps, et de fait inaccessible. La stratégie voudrait ainsi de faire appel à des études pilotes sur des cohortes limitées et de façon monocentrique, ou encore viser des projets plus à la portée des équipes comme ceux portés annuellement par les Girci. Cependant, nous savons que des équipes construisent des projets dans leur service, non pas à des fins de recherche mais pour développer une activité ou une offre qui leur semble une plus-value pour les patients. Ils trouvent des financements auprès d'association, de fondations,... L'idée serait d'exploiter ces terrains qui ont fait convergés les équipes dans un objectif commun, et de voir dans quelle mesure il est possible de prendre un tournant sur le plan de la recherche. Le fait de partir de projets qui ont du sens et qui mobilisent déjà les équipes peut s'avérer payant quant à leur adhésion. De même, les infirmiers auraient intérêt à se pencher sur des projets médicaux (« Work package »<sup>72</sup> avec des volets paramédicaux, organisationnels,...) qui ouvriraient différentes fenêtres et des champs d'investigations en lien avec le rôle propre (par exemple la compliance d'un patient à la prise d'un traitement médicamenteux). Il convient enfin de soutenir l'ouverture des projets internes aux paramédicaux sans pour autant que les médecins développent le sentiment que des financements leur soient imputés (impression de la communauté médicale que rapportait le PU-PH1 lors de l'enquête).

### **3.1.3 La dimension territoriale et le réseau, pour une dynamique renforcée**

La recherche ne peut se limiter aux murs d'un établissement. Le directeur des soins doit en être au fait et encourager les démarches portées vers l'extérieur. Le rôle des CHU est important mais il va falloir compter de plus en plus sur les CH dans un contexte de réorganisation des parcours de soins à l'échelle territoriale. Les projets médico-soignants partagés des GHT sont susceptibles de porter en eux des visées en ce sens. Malgré les réticences et les enjeux, parfois politiques, les CHU ont des compétences qui méritent d'être proposées aux établissements figurant dans un GHT. Nous ne précisons pas sous quel forme, chaque territoire est différent et ses acteurs en mesure de construire des environnements partagés à base de concertation, en bon intelligence. Il n'est pas question de penser que le CHU doit tout supporter et les CH tout attendre ; l'un doit faire

---

<sup>72</sup> Littéralement « lot de travail », terme employé pour signifier le découpage d'un projet en différentes grandes activités.

le nécessaire pour mettre à disposition, suivant un cadrage, des ressources essentiellement méthodologiques, l'autre supporter le fait de prendre ses responsabilités dans le pilotage des projets. Le fait de considérer le CHU comme porteur de projet dès lors qu'il apporte son soutien pourrait être mal vécu par les professionnels des CH et plutôt une posture démobilisatrice. Les liens entre directeurs des soins homologues, ainsi que la place à prendre par le coordinateur paramédical de la recherche dans ces échanges, sont indispensables pour un pilotage optimal. A eux de faire preuve d'une réciprocité constructive.

Le réseau entretenu par le directeur des soins constitue une force. Il peut consulter ses homologues sur d'autres établissements au titre d'un partage d'expérience. De même, il doit encourager le fait que le coordonnateur paramédical de la recherche soit membre du CNCPR, lieu de transmission d'information et d'échanges permettant également de se jauger par rapport aux uns et aux autres. Cette commission est en effet importante pour fédérer la dynamique à l'échelon national mais aussi contribuer à transposer les réflexions à l'échelle internationale. La construction de réseaux en dehors de l'établissement est tout aussi utile que celle à promouvoir en interne. Au niveau de l'interrégion, le Girci est un acteur privilégié pour diffuser la culture recherche et œuvrer dans le sens de la formation des professionnels ; l'adhésion au réseau Girci est par conséquent nécessaire.

## **3.2 Le levier managérial**

### **3.2.1 La posture réflexive au cœur du processus d'acculturation**

En lien avec la politique managériale pilotée par le directeur de soins et dans un esprit de co-construction, l'encadrement doit susciter le questionnement auprès des infirmiers. Nous savons combien les liens de proximité, certes intellectuels, mais aussi physiques, pouvaient unir des personnes et participer à poser les briques d'une identité professionnelle. La proximité avec les infirmiers et les cadres est fondamentale pour cibler successivement une sensibilisation et une appropriation de la recherche. Les professionnels ont besoin de se réunir dans des espaces favorisant la distanciation avec la réalité quotidienne qui focalise leur attention. Il s'agit de croiser leurs points de vue, leur compréhension des événements, les changements (notamment dans leurs missions), et leur manière d'envisager l'avenir. La construction d'une identité ne veut pas dire que tout doit être uniformisé : la singularité de l'individu a parfaitement sa place au sein d'un groupe identitaire. « Le phénomène important qui ressort de toutes nos enquêtes sur les relations humaines de travail est que les individus en position d'encadrement ont une sensibilité très particulière aux divergences d'opinions et de sentiment dans les échanges

à deux ou à plusieurs »<sup>73</sup> ; ainsi, l'ouverture d'esprit s'impose comme un élément central et moteur dans leurs relations interpersonnelles. L'analyse des pratiques managériales apparaît comme un complément essentiel de la formation continue. Elle gagne à être conduite par un animateur qualifié extérieur à l'établissement. Elle offre entre autre les possibilités de questionner les pratiques, développer l'analyse institutionnelle, donner du sens au travail, et traiter les problèmes spécifiques de l'encadrement (le dévouement, le management hyper-affectif,...). Les réflexions partagées peuvent naturellement interroger les questions identitaires et de représentations, présageant d'y intégrer progressivement la recherche dans le champ infirmier.

Un des freins de la progression des sciences infirmière en France repose sur des savoirs pratiques et expérientiels peu reconnus<sup>74</sup>. Les postures réflexives venant d'être décrites méritent ainsi d'aller plus précisément dans une démarche de recherche. Pour ce faire, la diffusion du concept d'EBN<sup>75</sup> a toute sa place, mais il faut des leaders pour la porter, d'autant plus qu'il nous est apparu qu'il y a un manque de connaissance et d'adhésion à la culture scientifique chez les infirmiers mais aussi les cadres qui sont naturellement pressentis pour la diffuser. In fine, l'infirmier est amené à se questionner davantage, à faire plus de liens entre sa pratique et les données scientifiques actualisées, les résultats de la recherche. Le regard critique est ainsi à porter au sein des équipes, loin d'être rompues à cet exercice. L'EBN renvoie à une méthodologie qui mérite d'être approchée tout d'abord par la formation avant d'être renforcée en pratique. Sa promotion s'appuie sur l'aide à la recherche documentaire, la lecture d'articles scientifiques, et la contribution des équipes à la formalisation de procédures appuyées par des composantes scientifiquement prouvées. L'EBN devrait trouver sa place parmi les infirmiers, car elle prend compte « (...) le contexte de la relation. La preuve scientifique informe le raisonnement tout en laissant la place à l'incertitude garante de la prise en compte de la singularité du patient »<sup>76</sup>.

Toujours dans une approche réflexive qui contribue à la transversalité et qui prend en compte le parcours de soins d'un patient, l'inscription des chemins cliniques dans le projet de soins apparaît comme un autre moyen permettant de développer une culture transdisciplinaire et la performance d'une compétence collective ; on constate en fait l'évolution « (...) d'une organisation cloisonnée par métiers vers une culture pluri-professionnelle, avec la reconnaissance d'un raisonnement clinique partagé, d'un modèle

---

<sup>73</sup> SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Presses de Science Po, 1988, 476p, p203

<sup>74</sup> JEANGUIOT N., *ibid.*

<sup>75</sup> DEBOUT C. (coordonnateur du dossier), Dossier « *Evidence-based Nursing* », *Revue soins*, n°771, décembre 2012, p13-42

<sup>76</sup> DEBOUT C, *La pratique infirmière fondée sur les preuves*, *Revue soins*, n°771, décembre 2012, p13-42, p16

clinique commun respectant les niveaux de jugement clinique autorisés par la législation (...) »<sup>77</sup>. Cette méthode reconnue par l'HAS présente l'intérêt d'être proche du terrain, des infirmiers, avec les cadres en interface.

Enfin, l'évaluation professionnelle est un temps fort dans lequel des objectifs sont posés ; la recherche gagne à y trouver sa place. Le directeur des soins peut formuler en cela des exigences auprès de l'encadrement, et en attendre de même de manière descendante, jusqu'aux infirmiers. Cela contribue à s'extraire d'une vision accessoire de la recherche.

### **3.2.2 La formation, un soutien pour le développement des compétences**

Le DCGS que nous avons rencontré rappelait que la recherche dans le champ infirmier restait encore « embryonnaire, et pas encore suffisamment installée dans le champ universitaire ». Or selon Peyronie<sup>78</sup>, une discipline est entre autre identifiée par l'existence d'enseignant-chercheur, un cursus universitaire avec des diplômes nationaux, et la publication dans des revues spécifiques à la discipline (nous reprendrons ce dernier point ultérieurement). Dans cette optique, la construction du plan de formation figure comme une pièce maîtresse dans le processus d'apprentissage des méthodes relatives à la recherche ; les savoirs contribuent en effet à forger une identité. Aussi une phase transitoire relative au temps de la formation semble aussi nécessaire qu'inévitable pour améliorer les pratiques et la prise en charge des patients. Le processus de formation demande de fait à s'inscrire dans une logique graduée allant de la sensibilisation, à l'approfondissement, jusqu'aux formations diplômantes de type DU, master, et doctorat. Une concertation, notamment avec le DRH, est requise pour penser à positionner la formation recherche dans un registre transversal pour ne pas freiner les initiatives à l'échelle des pôles pour des raisons budgétaires. Certes tous les soignants-chercheurs ne seront pas infirmiers ; en revanche, tous les infirmiers gagnent à inscrire dans leurs pratiques les logiques réflexives qui sous-tendent les premiers pas de la recherche. Quant à l'universitarisation. S. Le Bouler rappelait dernièrement « qu'une des difficultés de ce processus d'intégration universitaire, c'est l'acculturation, c'est la connaissance réciproque des différents milieux, connaissance ou absence de connaissance réciproque qui peut faire peur, qui peut inciter les acteurs, de part et d'autre, à être un peu circonspect, mais il est important de dépasser cet état des choses »<sup>79</sup>. Les différents protagonistes missionnés pour créer des liens devraient être nécessairement en possession d'un doctorat : cela semble un incontournable pour le coordonnateur

---

<sup>77</sup> PSIUK T., *Chemin clinique et parcours de santé*, Soins cadres, supplément au n°107, septembre 2018, pS8-S11, pS9

<sup>78</sup> PEYRONIE H., *Les sciences de l'éducation, une discipline ? Logique institutionnelle et logique épistémologique : une relation dialectique*, in J.-F. MARCEL (éd.), *Les sciences de l'éducation, des recherches, une discipline*, L'Harmattan, 2002, 268p

<sup>79</sup> LE BOULER S., Séminaire des directeurs des soins, EHESP, vendredi 21/6/19

paramédicale de la recherche engagé dans cette dynamique, mais pourquoi pas également pour le directeur des soins, même s'il n'est pas investi directement de cette coordination. Le directeur des soins en institut de formation serait quant à lui plus proche de ce besoin car encore plus imprégné sur le plan du partenariat avec l'université et les pôles de recherche et d'enseignement supérieur.

Alors que la France marque encore le pas, la discipline infirmière est reconnue depuis un certain temps déjà au Royaume-Uni ou au Danemark par les communautés scientifiques et professionnelles. L'avenir passe par une fonction de chercheur en sciences infirmières, donc de professionnels qui ont validés une thèse. L'ouverture d'une section CNU en sciences infirmières et l'appel à candidature de maître de conférences vont en ce sens. Les conditions d'encadrement pédagogique devraient pour leur part évoluer dans ce mouvement : la place des enseignants-chercheurs (et des soignants-chercheurs) devrait s'afficher crescendo dans la formation mais aussi dans la gouvernance et la conduite des projets. Le développement des pratiques avancées et l'intégration désormais programmé des IPA dans le système de santé, prend ce courant et présuppose un changement significatif du métier d'infirmier, avec il faut le l'escompter, davantage d'autonomie, et de responsabilité par un transfert de compétences, et un rapprochement de la pratique médicale dans la continuité des principes dérogatoires accordés encore actuellement au sein des COOP-PS. Le directeur des soins doit prendre ce virage et adopter une politique affirmée prônant l'accès à des formations diplômantes dédiées aux professionnels qui en manifestent l'intérêt et qui expriment un réel potentiel.

L'IGAS salue le partenariat entre les IFCS et l'université avec pour effet des cadres apprenants détenteurs d'un niveau master au sortir de leur parcours de formation, sans surcharge de travail ou doublon d'UE. Toutefois, la poursuite en master 2 susciterait de prime abord la « peur de la recherche »<sup>80</sup>. Ce genre d'état d'esprit, teinté de représentations, s'estomperait en cours de cursus de master 2, les enseignements suscitant des « vocations ». Le caractère pluridisciplinaire de la recherche est ciblé dans le rapport si bien qu'il est préconisé d'orienter des masters de recherche pluridisciplinaires et en faciliter l'accès aux paramédicaux. Une mise en garde est cependant consignée quant à la multiplication des grades de master qui éloignerait par leur contenu les professionnels des besoins du métier. C'est pourquoi l'IGAS considère que « (...) l'octroi d'un grade de master, et son corollaire, l'allongement des études, ne sauraient constituer (...) la réponse unique et systématique à apporter pour répondre aux besoins de

---

<sup>80</sup> Rapport n°IGAS RM2013-129P/IGA ENR n°2013-081, Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, p70

formation au-delà du diplôme de base »<sup>81</sup>. Nous suggérons que le directeur des soins mobilise ces données dans son arbitrage au niveau de l'octroi des formations chez les professionnels.

Le référentiel de compétences de l'infirmier, comme vu sous le prisme du processus de réingénierie et de réforme de 2009, a pour objet de rendre les étudiants infirmiers compétents, autonomes, responsables, et réflexifs. Des unités d'enseignement spécifiques sont prévues (initiation, analyse scientifique, recherche bibliographiques, écrit et soutenance de mémoire,...). A l'issue de sa formation, l'étudiant se doit « (...) d'être capable de conduire un raisonnement clinique qui mobilise les savoirs pertinents et actualisés dans le but de guider ses décisions et ses actions »<sup>82</sup>. Beaucoup de marges de manœuvres sont accordées en matière de stratégies pédagogiques aux équipes pour la mise en place de ce référentiel. L'intégration de la recherche demande à figurer dans les programmes de formation en IFSI au plus près du début du cursus (dès le premier semestre); l'appropriation d'une culture recherche doit en effet s'aborder très précocement pour influencer positivement sur l'identité professionnelle et les représentations. La nature du contenu des enseignements et de la pédagogie entretient des effets sur ces dernières. L'approche de la recherche en formation initiale peut être critiquable dans le sens où elle pourrait venir avant toute chose valider un parcours d'apprentissage dans un registre d'évaluations normatives. Elle ne s'inscrirait alors que dans une forme d'immédiateté et non dans un cheminement au long cours. Ne vaudrait-il pas mieux en réalité encourager l'analyse de pratiques par leur capacité à donner une compréhension et une intelligibilité aux expériences de terrain ? Si tel est le cas, le travail de fin d'étude en deviendrait alors contestable d'une certaine façon. Et d'une manière plus générale, pourquoi ne pas s'interroger sur le caractère prioritaire de la recherche par rapport aux autres unités d'enseignement ? Les directeurs des soins se doivent de questionner ses points, car ils croient en majorité en l'intérêt des mémoires pour engager une culture recherche les étudiants infirmiers<sup>83</sup>. Alors qu'ils considèrent important les liens entre homologues hospitaliers et d'institut de formations, ils ne font pas allusion au champ de la formation (éducation, ingénierie, pédagogie) ce qui paraît pourtant être un objet très concerné par la thématique au vu des enjeux importants pour l'appropriation d'une culture recherche (les canadiens distinguent la formation par la recherche, la formation à ce que apporter les travaux de recherche, du travail de recherche à proprement dit) au plus tôt

---

<sup>81</sup> Rapport n°IGAS RM2013-129P/IGA ENR n°2013-081, Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, p77

<sup>82</sup> LIMAIEM R., *Initiation à la recherche en formation initiale infirmière en France : une étude descriptive transversale*, Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2015, p45-55, p47

<sup>83</sup> PEOC'H N., *ibid.*

dans la construction identitaire du soignant. Il semble donc qu'il convient de faire preuve de prudence quant au risque de faire prédominer la méthodologie au détriment de ce qui fait l'essence des sciences infirmières. Dans le registre d'un processus d'apprentissage culturel, il paraît nécessaire que les professionnels issus du milieu infirmier reconnaissent et apprennent les logiques et les valeurs universitaires, tout en maintenant un équilibre avec leurs propres champs correspondant. Le recrutement et la formation continue des formateurs semblent peser pour partie sur le goût à la recherche transmis aux étudiants. La vigilance du directeur des soins en institut de formation et son pilotage paraissent indispensables sur ces points.

Comme le disait au cours de notre enquête un jeune diplômé de juillet 2019 : « A part la méthodologie, on ne voit pas trop de liens avec la réalité ». La promotion de la recherche dans le champ infirmier passe ainsi par une étroite collaboration entre l'institut de formation et l'établissement de santé. Cela suppose des réflexions partagées et une coordination entre le directeur des soins et le directeur de l'IFSI. Cela rejoint l'esprit de la recherche qui concilie la pratique et la théorie. La culture recherche s'inscrit en effet dans des allers-retours entre ces deux plans. Les rencontres et les liens entre professionnels respectifs est en mesure de porter ce principe. Le coordonnateur paramédical de la recherche gagne à se rendre en IFSI pour transmettre des savoirs en contre point des pratiques qu'il observe dans les services. De même, les cadres formateurs sont à encourager pour se rendre au plus près du terrain. Dans un travail commun, une cartographie des projets en cours au niveau des services est à proposer et à présenter au regard de celle réalisée en IFSI quant aux thèmes de mémoire et aux intérêts des étudiants ; ce fonctionnement favoriserait l'adéquation convoitée et un rapprochement pertinent avec les terrains de stage. La détection des mémoires des étudiants en mesure de déboucher vers un projet de recherche requiert une mise en veille croisée entre l'institut de formation et les services ; nous y associerons aussi une possible publication. Les séminaires comprenant une présentation de la recherche et l'intervention de porteurs de projet fait enfin partie des stratégies permettant à la fois de favoriser tout autant la sensibilisation des étudiants que la crédibilité des discours autour de la recherche.

### **3.2.3 La transdisciplinarité, pour une réponse optimale aux besoins du patient**

La fonction infirmière a une histoire très corrélées à l'influence et l'autorité médicale. Des médecins (Dr Bourneville, Dr Duchaussoy,...) n'ont-ils pas été les premiers à assurer des cours aux infirmiers ? Les infirmiers ne sont-ils pas encore qualifiés d' « auxiliaires médicaux » dans le code de la santé publique ? Le médecin n'est-il pas investi d'une autorité fonctionnelle, affirmée par ailleurs au niveau de la gouvernance interne des hôpitaux et des pôles d'activité ? Le savoir non émancipé du savoir médical constitue un

élément qui peut être entravant<sup>84</sup>. Gonnet<sup>85</sup> évoque le cloisonnement pérenne des pratiques et des métiers se développant indépendamment les uns des autres. Il serait dommage pourtant de ne pas profiter des forces de la recherche médicale, qui plus est en CHU, de s'en inspirer, d'accepter de l'aide en particulier sur le plan de la méthode, d'un savoir-faire, et de profiter des réseaux médicaux. Il est en effet important de s'appuyer sur une bonne connaissance du système, de ses codes, des personnes référentes,... Cette proximité avec les médecins devient d'ailleurs de plus en plus justifiée par l'évolution des métiers et les problèmes de démographie qui encourage le développement de nouveaux modes d'exercice comme ce qui est prévu par les IPA, ou sur des modes dérogatoires avec les coopérations entre professionnels de santé (COOP-PS). Par ailleurs, l'évolution des prises en charge et des parcours de soins requièrent de plus en plus des approches croisées et des relais, dans un esprit transdisciplinaire qui dépasse l'unique lien entre infirmiers et médecins. Nous penserons à d'autres compétences portées par des professionnels issus des filières de la rééducation, médicotechniques, des sciences sociales et humaines, des sciences de l'éducation,... Les effets attendus par les soins peuvent être mesurables de manière directe, ou indirecte s'il s'agit de percevoir des niveaux psychosociaux chez un patient (douleur, stress, habileté sociale,...). La complémentarité des méthodes qualitatives et quantitatives permet de gagner sur le plan de la prise en charge globale du patient. Les méthodes mixtes<sup>86</sup> sont de fait les mieux adaptées à la recherche en sciences infirmières. Mais seuls les objectifs des projets de recherche font loi en la matière pour déterminer la méthode qui s'impose.

Rien n'exclut par ailleurs une expression autonome de la recherche dans le champ infirmier, car en France, un projet de recherche peut être porté par un infirmier mais il faut un coordonnateur médical. Cette règle peut questionner sur des sujets portant sur le rôle propre. A l'étranger, notamment les pays anglophones (Australie, Canada,...) et en Suède, les infirmiers possédant un doctorat peuvent porter seuls des projets de recherche, sauf un objectif qui viendrait toucher une autre discipline. Il n'est pas impossible que le contexte puisse évoluer ainsi en France ; aussi le directeur des soins doit rester en état de veille à cet égard.

---

<sup>84</sup> JEANGUIOT N., *ibid.*

<sup>85</sup> GONNET F., *Les relations de travail : entre la complexité et l'insécurité*, L'hôpital à vif, Revue Autrement, 1995

<sup>86</sup> LARUE C., G.LOISELLE C., BONIN J-P., COHEN R., GENINAS C., DUBOIS S., LAMBERT S., *Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières*, Recherche en soins infirmiers, n°97, 2009/2, p50-62

### **3.3 La valorisation de la recherche**

#### **3.3.1 La reconnaissance des temps dédiés à la recherche**

Le nombre d'IDE devrait être une force ; pourtant, nous avons constaté que de nombreux projets de recherche prennent effet dans d'autres filières, chez les MERM ou encore les MK. L'inertie provoquée par la continuité des soins vis-à-vis de la recherche est peut-être plus forte chez les IDE. La culture scientifique y est apparemment moins affirmée et supposerait des projets de type qualitatifs plus longs et complexes à mener. Ce point demanderait bien évidemment des investigations plus étayées.

Le nombre important de témoignages recoupe l'idée que l'entrée dans un mode recherche demande un investissement temps conséquent. Le fait d'octroyer des temps plus lisiblement identifiés constitue une mesure incitative. Cela requiert une réflexion et une co-construction avec la DRH. Les infirmiers investis sur un projet ont besoin de se distancier en toute sérénité de leur activité clinique. A minima, ce besoin peut être anticipé et intégré dans la planification des tableaux de service par l'encadrement. Par ailleurs, lorsqu'un projet a de la valeur mais qu'un blocage apparaît par manque de temps et de moyens, il est important de répondre aux sollicitations au cas par cas, tenant compte de la règle mais aussi de l'exception qui demande des réponses nouvelles adaptées aux circonstances. Aussi, s'il y a lieu, le directeur des soins doit y concourir par son intervention et ces décisions.

Mais l'affichage d'une règle de détachement plus pérenne pour faire de la recherche participe aux attendus. La récupération en heures identifiées constitue une alternative. La rémunération peut venir également en complément pour valoriser le travail fourni. Ou encore, une journée de récupération horaire peut être octroyée, par exemple, une pour une lettre d'intention, deux pour un projet déposé<sup>87</sup>. Ces dispositions sont à définir localement (effet sur la prime de service, paiement en heures supplémentaires,...), dans une réflexion partagée, et des négociations incluant la DRH. D'une manière plus élaborée encore, le fait de « sanctuariser » des équivalents temps plein (ETP) dédiés à la recherche conforterait toujours davantage la place de la recherche dans le champ infirmier au niveau institutionnel.

#### **3.3.2 Les publications, entre l'accès aux savoirs et à leur diffusion**

Le développement des publications, sources de reconnaissance, passe par des méthodes déjà évoquées lorsque nous avons abordé l'EBN. L'incitation à l'écriture, l'aide

---

<sup>87</sup> JOLY C., *Un soutien institutionnel pour développer la recherche paramédicale*, Soins cadres, n°112, juin 2019, p10-13

à la rédaction, ou encore le soutien à la diffusion auprès des éditeurs, constituent des éléments moteurs. D'ailleurs, le directeur des soins est encouragé lui-même à publier. La mise en œuvre de cafés de lecture sur la base d'articles scientifiques est un moyen ludique et efficace d'entrée en matière. Des ateliers d'écriture constituent une suite logique. Il en est de même pour la recherche bibliographique (accès à un large panel de revues, aux sources internet avec le bon usage des moteurs de recherche, à des plateformes scientifiques,...) qui représente le premier pas d'une démarche recherche ; elle permet en effet d'en définir l'objet, de circonscrire le sujet, et de se documenter par rapport aux connaissances relatives à cet objet. Ces activités peuvent être menées par le coordonnateur paramédical de la recherche, par des cadres, ou des infirmiers formés spécifiquement. Des interventions par d'autres ressources internes ou des professionnels experts extérieurs est une piste à explorer.

Afin de favoriser une large diffusion et étendre le potentiel de lecteurs, l'écriture en anglais est indispensable pour pouvoir figurer dans des bases de données reconnues telle que PubMed Central, référence mondiale des publications scientifiques médicales en langue anglaise. Les porteurs de projet de recherche dans le champ infirmier ont besoin d'être soutenus par des personnes ressources, généralement présentes au sein de structures d'appui. Les retombées financières représentent un enjeu : la revue scientifique dans laquelle figure la publication relève d'une catégorie qui influe sur le calcul du score SIGAPS. Le rang de l'auteur est aussi important. Ce score SIGAPS renvoie à une répartition des crédits échelonnés annuellement sur une période de 4 ans.

### **3.3.3 La communication, pour une recherche connue et reconnue**

La communication est un facteur influant sur la diffusion et la mobilisation d'une culture recherche ; le directeur des soins en est partie prenante. Il intervient régulièrement auprès des professionnels. Il est essentiel en premier lieu qu'il s'accorde sur la terminologie employée pour désigner la recherche dans le champ infirmier, sur fond d'argumentaire permettant de recentrer les représentations, comme décrit plus haut : le terme de « recherche en sciences infirmières » semble trouver très largement du sens auprès des professionnels, qui plus est à l'époque de l'intégration des sciences infirmières à l'université ; aussi nous proposons de l'adopter.

Cette communication demande à se développer sous différentes formes, tant en interne qu'en externe, pour toucher le maximum de monde. Une coordination optimale entre le directeur des soins et le service de communication constitue un support pour certains aspects. Les temps formels et les espaces d'échanges (CSIRMT, réunions d'encadrement, réunions de pôle, réunions de service,...) représentent des temps forts

dans lesquels des présentations sont à prévoir, notamment par les porteurs de projet. Dans ce registre, il est possible d'y associer les séminaires et l'organisation de journées consacrées exclusivement à la recherche (une fois par an) avec l'intervention de professionnels possédant une expertise en recherche.

Sur le plan de la communication écrite (dématérialisé ou non), la diffusion d'un périodique (journal interne) incluant entre autre des infirmiers et des cadres dans le comité de rédaction peut présenter de l'attractivité. Un livret contenant le vocabulaire de base et une présentation de la recherche peut être aussi une porte d'entrée pour certains soignants. La diffusion d'informations via l'intranet et la création d'un portail spécialement dédié à la recherche augmenterait certainement sa visibilité. De même, des messages sur des téléviseurs (présents dans les halls, les salles d'attentes, le restaurant du personnel,...) peuvent appuyer ce mouvement. D'autres informations via l'accès internet sont en mesure de conforter cette dynamique en externe moyennant une sélection de rubriques mieux adaptées au grand public (vocabulaire employé, contenu de l'information,...) et plus facilement accessibles. Le fait de laisser la créativité s'exprimer, libérer les énergies et se risquer vont de pair avec l'esprit de la recherche.

Enfin, les directeurs des soins et d'institut ont tout intérêt à favoriser la présence de professionnels à des colloques ou des congrès. Ce peut être en tant qu'observateur, mais aussi en tant que participant à des présentations, en particulier de projets de recherche en cours ou réalisés. Cela permet de susciter l'envie, de rester en éveil, de partager des données, et de mieux se faire connaître. Ces présentations peuvent être orales et/ou par le biais de posters,... L'important est que l'attractivité reste de mise.

## Conclusion

Le développement de la recherche contribue au processus continu d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La recherche devient également une nécessité pour répondre à l'évolution des besoins de santé (vieillesse de la population, dépendance, développement des maladies chroniques,...) et aux problèmes de démographie des professions de santé. Elle s'inscrit dans une démarche renouvelée et moderne du prendre soin, dans une phase de transition où l'acte de soigner doit être désormais perçu de manière plus scientifique. Ce mouvement s'accompagne d'une recherche vue comme source de reconnaissance au travail dans les établissements de santé<sup>88</sup>. Mais la mise au diapason des connaissances et de l'expertise constitue un attendu probablement bien plus porteur qu'une quête de reconnaissance. La recherche peut être source de motivation, de fidélisation, de valorisation, et contribuer d'une certaine façon à limiter les phénomènes d'épuisement professionnels à une époque où la QVT trouve sa place dans nos institutions.

Espace de liberté dans un environnement contraint, la recherche gagne à être prise en compte dans les pratiques managériales pour diffuser une culture de la preuve probante en résonance avec une culture soignante fondamentalement inscrite dans la relation. Elle détient en elle de la valeur ajoutée pour les patients, pour les soignants, pour les équipes, mais aussi pour l'institution. Elle contribue à la valorisation du rôle propre et l'éloignement du mode paternaliste à l'hôpital. Elle oriente l'avènement des sciences infirmières, et sa promotion est aussi très liée au fait de devoir repenser les métiers de manière croisée avec l'universitarisation. Des docteurs en sciences infirmières devraient favoriser la voie de l'« émancipation » et de l'autonomie, mais en faisant prévaloir la prudence de ne pas tomber dans le piège du cloisonnement et du repli sur soi.

Dans une approche de directeur de soins, il convient de permettre aux infirmiers (et futurs infirmiers) ainsi qu'aux équipes de s'initier, et d'appréhender les différents types de recherches. Donner du sens aux professionnels est indispensable. Il est en de même pour les étudiants infirmiers, en leur permettant de s'identifier à des professionnels à travers des expériences concrètes et des progrès qui émergent dans les pratiques quotidiennes. Mais inscrire la recherche dans l'identité professionnelle infirmière prendra du temps. Il semble de fait évident qu'une acculturation forcée aboutirait à un cinquant échec : les liens interpersonnels, les échanges, le collectif, et la patience sont en revanche des vecteurs participant à une transformation identitaire et des représentations.

---

<sup>88</sup> LE FAOU Y., *Recherche paramédicale et reconnaissance au travail dans les établissements de santé*, Soins cadres, n°102, mai 2017, p47-50

Concernant la nouvelle génération d'infirmier, et même si leur détermination à s'engager dans la recherche n'est pas foncièrement perceptible, il va falloir leur offrir des contextes dans lesquels ils pourront s'épanouir, au risque de les frustrer et de les « perdre ».

La recherche ne s'improvise pas et son développement doit se bâtir sur des structures identifiées et une coordination efficace, aussi bien en interne qu'en externe. La politique et les actions conduites par le directeur des soins et son homologue en institut de formation ont intérêt à aller dans cette direction. Piloter et motiver des moyens pour constituer un milieu porteur font partis de leurs prérogatives. La recherche, quand bien même centrée sur le rôle propre, ne peut en revanche se concevoir de manière isolée, si bien que la transdisciplinarité est de rigueur, avec les équipes médicales et tous autres professionnels susceptibles d'apporter leur contribution face à des parcours de soins de plus en plus complexes.

Les équipes désireuses d'aborder un sujet de recherche peuvent désormais compter sur une diversification des voies de financement, notamment à l'échelle interrégionale. Les PHRIP ont certes donné l'étincelle, mais ils ont peut être pris un élan dogmatique qui a restreint le champ des possibles dans les esprits ; et les soignants auront pu se forger pour le moins une représentation erronée de la recherche et de son aboutissement. Mais l'heure est au changement, et nos réflexions, nos investigations, ainsi que nos préconisations centrées sur le métier d'infirmier gagnent à être portées et adaptées aux autres filières paramédicales pour décroiser cette dynamique ciblée sur le créneau de la recherche. Il appartient au directeur des soins de poursuivre cet élan, dans un esprit de co-construction avec les différentes parties prenantes.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

- ABRIC J.C., *Pratiques sociales et représentations*, Editions PUF, 1997, 252p
- DREVET S., SION M-A., JOURNIAC C., SCHABANEL H., *Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégie de recherche*, Nouveaux cahiers de l'infirmier, Soins infirmiers II. Masson, 2<sup>e</sup> édition, 2002, 195p
- DUBAR C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 5<sup>e</sup> édition, 2015, 256p
- DUBAR C., *La crise des identités - L'interprétation d'une mutation*, Editions PUF, 2000, 239p
- DUPUIS M., *Etre infirmière à l'ère universitaire, enjeux, débats et évolutions*, Seli Arslam, 2013, 174p
- FORTIN M-F, *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, 2<sup>e</sup> édition. Québec : Chenelière Education, 2010, 634p
- GODET M., *Le courage du bon sens : pour construire l'avenir autrement*, Editions Odile Jacob, 2009, 464p
- HART J. et MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital - Diagnostic de crise et traitement de choc*, Editions Lamarre, 2006, 167p
- HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité*, Edition Elsevier Masson, 2011, 155p
- HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital - Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Editions Masson, 2006, 195p
- MICHAUX L., *Le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins*, Seli Arslam, 2013, 189p
- MINTZBERG H., *Le management - Voyage au cœur des organisations*, Editions d'Organisation, 2006, 703p
- MISPELBLOM BEYER F., *Encadrer un métier impossible ?*, Editions Armand Colin, 2006, 299p
- MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, Editions Essais, 2005, 158p
- MUCCHIELLI A., *L'identité*, Editions PUF - Que sais-je ?, 2002, 127p
- PEYRONIE H., *Les sciences de l'éducation, une discipline ? Logique institutionnelle et logique épistémologique : une relation dialectique*, in J.-F. MARCEL (éd.), *Les sciences de l'éducation, des recherches, une discipline*, L'Harmattan, 2002, 268p
- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Presses de Science Po, 1988, 476p

WATSON J., *Le caring - Philosophie et science des soins infirmiers*, Editions Seli Arslam, 1998, 317p

## REVUES

AMOUROUX T., *Espace éthique*, La lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002

CHANIAL P., *Le NMP est-il bon pour la santé ?*, Rhizome n°36, octobre 2009

BALLARD A., KHADRA C., LE MAY S., GENDRON S., *Différentes traditions philosophiques pour le développement des connaissances en sciences infirmières*, Recherche infirmière et paramédicale, n°124, mars 2016

DEBOUT C., *La pratique infirmière fondée sur les preuves*, Revue soins, n°771, décembre 2012

DUPIN C., DEBOUT C., ROTHAN-TONDEUR M., *La recherche infirmière en France et dans le monde*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012

ENGELS C., *Les attentes des étudiants de génération Y en formation paramédicale : des compétences académiques mais aussi non académiques*, Recherche en soins infirmiers n°131, décembre 2017

GONNET F., *Les relations de travail : entre la complexité et l'insécurité*, L'hôpital à vif, Revue Autrement, n°109, 1995

GROS F., *Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin*, Recherche en Soins Infirmiers, n°89, juin 2007

GRUET-MASSON J., *Professionnalisation vs universitarisation – une nécessaire convergence*, Soins cadres n°105, février 2018

JEANGUIOT N., *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières*, Recherche en soins infirmiers, n°87, décembre 2006

JOLY C., *Un soutien institutionnel pour développer la recherche paramédicale*, Soins cadres, n°112, juin 2019

JOVIC L., *Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle*, Recherche en soins infirmiers, juin 2018

JOVIC L., LECORDIER D., MOTTAZ A-M., *Les messages clés du congrès mondial du Conseil international des infirmières*, Recherche en soins infirmiers n°129, juin 2017

LARUE C., G.LOISELLE C., BONIN J-P., COHEN R., GENINAS C., DUBOIS S., LAMBERT S., *Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières*, Recherche en soins infirmiers, n°97, 2009/2

LECORDIER D., *De la quête d'identité à la conquête d'un espace pour la discipline*, Recherche en soins infirmiers, n°112, mars 2013

LECORDIER D., REMY-LARGEAU I., LJILJANA J., *Comment aborder la question de la discipline « sciences infirmières » en France*, Recherche en soins infirmiers, n°112, mars 2013

LE FAOU Y., *Recherche paramédicale et reconnaissance au travail dans les établissements de santé*, Soins cadres, n°102, mai 2017

LEFORT M-C., DECAVEL F., ABADIA D., POIROUX L., *Recherche paramédicale au CHU d'Angers. Vers un nouveau paradigme*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012

LIMAIEM R., *Initiation à la recherche en formation initiale infirmière en France : une étude descriptive transversale*, Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2015

NAGELS M., *Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives de formation*, Recherche en soins infirmiers, n°129, juin 2017

PEOC'H N., *Représentations professionnelles des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicales*, Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2016

PSIUK T., *Chemin clinique et parcours de santé*, Soins cadres, supplément au n°107, septembre 2018

RIVALLAN A., *Activité traîne-savate, quand rien faire peut faire la différence*, Magazine Soins Psychiatrie, n°243, mars/avril 2006

VALLETOUX F., *La recherche, un levier pour fédérer les énergies*, Recherche infirmière et paramédicale, n°546, mai-juin 2012

## **LEGISLATIF, REGLEMENTAIRE**

Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

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

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière)

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du CSP modifiant certaines dispositions de ce code

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières

## **AUTRES**

CLAVERANNE J.P. *et alii*, *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, DHOS, note de synthèse, avril 2003

DE SINGLY C., *Rapport sur la mission des cadres*, Ministère de la Santé et des Sports, Septembre 2009, 124p

GAFFIOT F., *Dictionnaire abrégé Latin-Français*, Editions Hachette

LE BOULER S., *Séminaire des directeurs des soins*, EHESP, vendredi 21/6/19

LE BOULER S., *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, février 2018

LE ROBERT ILLUSTRÉ, *Nouvelle édition millésime*, 2012

PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, *Edition 2007*

Rapport n°IGAS RM2013-129P/IGA ENR n°2013-081, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*

*Référentiel des directeurs des soins*, EHESP, mise à jour novembre 2016



---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE I Grille d'entretiens semi-directifs**
- ANNEXE II Descriptif de l'échantillon**
- ANNEXE III Perception identitaire chez les professionnels**
- ANNEXE IV Table des illustrations**

# Annexe I

## Grille d'entretiens semi-directifs

### Question introductive

**1. Avez-vous une expérience en matière de recherche dans le champ infirmier ?**

Si oui, pourriez-vous préciser la manière dont vous vous y êtes inscrit(e) ? Si non, comment l'expliquez-vous ?

### **Elément investigué : identité professionnelle, représentation, et conception par rapport à la recherche**

**2. La recherche vous semble-t-elle présente dans votre identité professionnelle ?**

Ce constat est-il selon vous transférable aux autres métiers en lien avec la filière infirmière (infirmiers, cadres de santé, cadre supérieur de santé, directeur des soins) ?

**3. Recherche et publications : qu'en pensez-vous ? Avez-vous déjà écrit ou participé à l'écriture d'articles ?**

**4. Pourriez-vous donner 5 mots clés (en précisant les raisons) pour définir la recherche dans le champ infirmier ?**

Quel terme employez-vous pour nommer cette recherche ?

**5. Voyez-vous des différences avec la recherche clinique (médicale) ? Si oui, lesquelles ?**

Les médecins ont-ils selon vous un rôle à jouer au niveau de la recherche dans le champ infirmier ?

### **Elément investigué : la place institutionnelle de la recherche dans le champ infirmier**

**6. Connaissez-vous des projets de recherche en cours au sein de l'établissement ?**

**7. Que pensez-vous des PHRIP ?**

Connaissez-vous d'autres sources de promotion et de financement de projets de recherche ?

**8. Comment la recherche est-elle structurée et dynamisée dans votre établissement ?**

Quelles sont selon vous les forces du modèle actuel ?

### **Elément investigué : la promotion de la recherche et le rôle directeur des soins**

**9. Quels types de recherches gagnent-ils à être développés chez les infirmiers ?**

**10. Quelles sont les difficultés auxquelles la recherche dans le champ infirmier doit faire face pour continuer à se développer ?**

Pourriez-vous proposer des réponses pour y pallier ?

**11. Pourriez-vous préciser le rôle et les attentes vis-à-vis du directeur des soins (en établissement hospitalier et en IFSI) ?**

## Annexe II

### Descriptif de l'échantillon

<b>Cadres et infirmiers avec une expérience dans un programme de recherche</b>	
<b>CSS 1</b>	DU en soins palliatifs, M1 en économie et gestion de la santé, M2 éthique et philosophie. Attrait croissant au fur et à mesure de sa carrière pour la recherche. S'immerge dans ce milieu à l'occasion d'une affectation dans l'établissement il y quelques années.
<b>CSS 2</b>	Licence en sciences infirmières, DU recherche. Est investi actuellement d'une mission en recherche managériale en IFCS.
<b>CS 1</b>	DU de recherche bibliographique (non validé). Se dit curieux, convaincu que pour être entendu il faut savoir argumenter, être légitimé par les médecins notamment. Participe aux groupes recherche depuis plusieurs années.
<b>CS 2</b>	DU recherche. Intérêt pour la recherche émerge lors de sa formation spécialisée, à l'occasion de son mémoire et d'une présentation en colloque. Exprime le besoin de se former. Expérience de tutorat pour le mémoire des étudiants du DU recherche et en IFCS. Participe aux groupes recherche de l'établissement depuis plusieurs années.
<b>IDE 1</b>	3 DU : douleur, hypnose, recherche. Très actif dans le champ de la recherche depuis des années. A trouvé un véritable ancrage lors de la réalisation de son mémoire de DU d'hypnose. Participe aux groupes recherche de l'établissement depuis plusieurs années.
<b>IDE 2</b>	3 DU : hygiène hospitalière, recherche, épidémiologie. Vise désormais un master. Intérêt croissant depuis plusieurs années par rapport aux données probantes.

<b>Cadres et infirmiers sans expérience dans un programme de recherche</b>	
<b>CSS 3</b>	Pas de diplôme universitaire. Identifie un dynamisme autour de la recherche dans l'établissement.
<b>CSS 4</b>	Licence sanitaire et sociale, DU « VIH ». Exprime un intérêt pour la recherche, mais d'un manque de temps pour s'y inscrire.
<b>CS 3</b>	Licence science sanitaire et sociale. Pense qu'il y a déjà beaucoup de projets et d'activité à assurer dans les services, que ce sont des priorités. Participation toutefois dans le groupe de travail IPA en lien avec le coordonnateur paramédical de la recherche.
<b>CS 4</b>	Pas de diplôme universitaire. Reste centré prioritairement sur l'activité en service.
<b>IDE 3</b>	Niveau master conféré par le DE infirmier obtenu en juillet 2019. Sait que la recherche existe et qu'il sera peut-être possible de s'y inscrire, mais pas pour le moment.
<b>IDE 4</b>	Niveau master conféré par le DE infirmier obtenu en juillet 2019. Garde un souvenir mitigé des enseignements de la recherche en IFSI.

## Annexe III

### Perception identitaire chez les professionnels

Au décours des entretiens, nous nous sommes aperçus que le sentiment d'identité ne pouvait être résumé de façon binaire. Les termes de « plus » et de « moins » positionnent la recherche comme une référence identitaire qui existe, mais à des intensités variables.

		Perception identitaire par rapport à la recherche					
		Personnel		Vis-à-vis des cadres		Vis-à-vis des IDE	
		Professionnels	Plus	Moins	Plus	Moins	Plus
	<b>DCGS</b>	x			x		x
	<b>DS</b>	x			x		x
	<b>CPR</b>	x			x		x
	<b>DRCI</b>	x			x		x
	<b>PU-PH 1</b>	x		x		x	
	<b>PH-PH 2</b>	x			x		x
<b>Avec expérience dans le champ de la recherche</b>	<b>CSS 1</b>	x			x		x
	<b>CSS 2</b>	x			x		x
	<b>CS 1</b>	x			x		x
	<b>CS 2</b>	x			x		x
	<b>IDE 1</b>	x			x		x
	<b>IDE 2</b>	x			x		x
<b>Sans expérience dans le champ de la recherche</b>	<b>CSS 3</b>		x		x		x
	<b>CSS 4</b>	x			x		x
	<b>CS 3</b>		x		x		x
	<b>CS 4</b>		x		x		x
	<b>IDE 3</b>	x			x		x
	<b>IDE 4</b>		x		x		x
	<b>Total</b>	15	3	1	17	1	17

## **Annexe IV**

### **Table des illustrations**

<b>Tableau 1.</b>	Répartition de l'échantillon par corps de métier	<b>p. 22</b>
<b>Tableau 2.</b>	La recherche dans le champ infirmier pour les directeurs	<b>p. 25</b>
<b>Tableau 3.</b>	La recherche dans le champ infirmier pour les professionnels avec une expérience en recherche	<b>p. 25</b>
<b>Tableau 4.</b>	La recherche dans le champ infirmier pour les professionnels sans expérience en recherche	<b>p. 25</b>
<b>Tableau 5.</b>	Nombre de professionnels ayant déjà réalisé une publication	<b>p. 27</b>



FIORETTI

Marc

Décembre 2019

## Directeur des soins

Promotion 2019

# La recherche en sciences infirmières, changement de paradigme et rôle du directeur des soins

### **Résumé :**

Dans un mouvement accéléré depuis 2009 avec les appels à projets du ministère, les CHU tentent de se structurer pour promouvoir la recherche dans le champ infirmier. Celle-ci augure de l'émergence de nouveaux savoirs aux fins d'apporter une valeur ajoutée aux niveaux des besoins de santé et de la prise en charge des patients. La constitution de connaissances bâties sur des méthodes rigoureuses et des preuves probantes pour justifier les pratiques représente un attendu pour la promotion de la recherche en sciences infirmières. Cependant, l'appropriation d'une culture recherche paraît balbutiante chez les infirmiers, avec des pratiques qui se nourrissent encore trop de savoirs empiriques fondés sur l'expérience et la tradition. Des questions d'identité, de représentation, de structuration institutionnelle, et de leadership managérial viennent à se poser. Dans cette mouvance, le directeur des soins se doit d'être un acteur engagé et fédérateur pour accompagner un processus d'acculturation pas simple à négocier.

### **Mots clés :**

Preuves probantes, recherche en sciences infirmières, identité, représentation, structuration institutionnelle, leadership managérial, directeur des soins, acculturation

*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.*