

# Le temps consacré à la recherche en soins par les soignants à l'hôpital est-il suffisant pour répondre aux nouveaux défis du parcours patient : quelles stratégies à relever pour demain ?



**Nadia PÉOC'H**

PhD, directrice des soins, Institut de Formation des cadres de santé, École d'infirmiers de bloc opératoire, École d'infirmiers anesthésistes, Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé, CHU de Toulouse, Coordinatrice pédagogique du DE-IPA, faculté de médecine de Rangueil, Université Paul-Sabatier, Toulouse III, Docteur en sciences de l'éducation et de la formation, Qualifiée aux fonctions de maître de conférences en sciences infirmières (CNU, Section 92)

©LEHÉdition

## LIMINAIRE...

### I. LA RECHERCHE EN SOINS, LA SCIENCE, LA SANTÉ

*La démarche scientifique n'utilise pas le verbe croire ; la science se contente de proposer des modèles explicatifs provisoires de la réalité ; et elle est prête à les modifier dès qu'une information nouvelle apporte une contradiction<sup>2</sup>.*

Alors que nous sommes confrontés à une crise sanitaire sans précédent dans l'histoire mondiale de la santé et de l'humanité, la pandémie de covid-19 a révélé nos fragilités contemporaines. La science n'est pas un univers de certitudes. Depuis l'Antiquité, l'homme a entretenu des rapports douloureux avec l'incertitude. Dans un ouvrage au titre évocateur, *L'homme devant l'incertain*, Ilya Prigogine nous rappelle la nécessité d'inscrire nos recherches et nos découvertes dans la « flèche du temps », le temps conduisant à relativiser leurs contenus. La covid-19 a mis à l'épreuve nos certitudes, nos savoirs et la résilience de notre système de santé. Notre capacité à innover, à trouver les solutions dans l'immédiateté et la contingence des situations s'est

---

<sup>2</sup> Jacquart (Albert), *Petite philosophie à l'usage des non-philosophes*, Paris, Calmann Lévy, 1999.

avérée un accélérateur primordial dans l'histoire des soins, de l'approche clinique et de la recherche.

Paracelse (1533-1541), médecin et philosophe, affirmait que toute médecine est amour. Il n'est pas aisé de préciser les caractéristiques précises de la notion d'amour dans la médecine tant celles-ci paraissent peu systématiques et non spectaculaires. Peu spectaculaires en effet tant la notion touche à ces petites choses (un ensemble de comportements respectueux ; un professionnalisme avisé ; une bienveillance tout au long du séjour du patient ; la recherche d'un environnement sécurisé ; le respect de l'autonomie et de la vulnérabilité...) qui, lorsqu'elles sont mises bout à bout, ne sont jamais anodines pour une personne soignée tant elles témoignent de la qualité du service rendu et de cette grande attention portée à l'humain dans son parcours de soins, de santé et de vie.

C'est dans cet esprit que nous souhaiterions mettre en exergue la définition du philosophe Eric Worms, qui écrit « le soin se rapporte à toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même » (2006, p. 143). La recherche en soin trouve ainsi son essence non pas tant dans le domaine qu'elle investit (le corps), mais dans la visée qu'elle se propose (la personne unique et singulière). Cette visée qui rappelle la voie de la sollicitude introduit la notion d'avoir le souci de l'autre. La vie se doit d'être protégée. Dans un contexte épidémique où l'infiniment petit et invisible revalorise la peur en nous renvoyant à notre condition de mortel, la puissance d'agir nous exhorte à plus de lucidité, de courage et d'inventivité. La recherche en soins suit ce chemin de la puissance d'agir, car elle est consubstantielle de notre humanité. Elle est avant tout un état d'esprit qui repose sur une posture de questionnement et le dépassement épistémologique de nos prénotions. Pour Bachelard (1884-1962), dont les conceptions en matière d'épistémologie ont eu une portée considérable, le premier obstacle serait l'expérience première. Il n'y aurait de science contemporaine que le dos tourné à l'opinion, aux intérêts, aux croyances, aux habitudes (Péoc'h, 2012). Ainsi, « les hommes qui ont une foi excessive dans leur théorie et leur idée sont mal disposés pour faire des découvertes » (Bernard, 1970, p. 100).

La science progresse en disant non à ses erreurs et illusions premières et aux « obstacles épistémologiques », à « l'expérience immédiate », à la « généralisation hâtive ». La science (du latin *scientia*, « connaissance », verbe *scire*, « savoir ») est l'ensemble structuré de connaissances organisées comportant des résultats de recherche, de théories confirmées, des principes scientifiques et des lois. On la divise communément en différents domaines

(ou disciplines) qualifiés de sciences (au pluriel). Plusieurs critères sont isolables :

- L'opposition à l'opinion, à la croyance et idéologie par la mise en avant de l'objectivité ;
- La visée prédominante de la vérité ;
- La recherche de preuve (observation, démonstration et vérification) ;
- L'universalité et la nécessité des lois et enchaînements découverts ou construits.

Ces critères ne s'articulent pas de la même manière dans les trois groupes de sciences. Les sciences formelles s'occupent avant tout de cohérence. Il n'existe pas de vérification par l'expérience. Par exemple, les mathématiques s'appuient sur des axiomes et des déductions. Les sciences expérimentales valident leurs résultats par le contrôle des faits (les mêmes causes produisent les mêmes effets) pour décrire les relations entre différents phénomènes. C'est le cas de la médecine, de la biologie. *In fine*, les sciences humaines (psychologie, sociologie, histoire, anthropologie, etc.) laissent une place à l'expérimentation ou la compréhension des phénomènes. La nature même de leur objet – l'homme – et leur complexité ont conduit le positivisme (Auguste Comte (1798-1857)) à les placer au sommet de la hiérarchie des sciences. À l'inverse, lorsque les sciences humaines sont fondées sur l'interprétation des intentions humaines, on parle d'herméneutique (*e.g.* symboles religieux, mythes, émotions...) et du courant de la phénoménologie (Edmund Husserl (1859-1938)).

*Les recherches progressent extrêmement vite grâce à la mobilisation totale de tous les laboratoires : ceux qui travaillent directement sur la covid-19 et ceux qui contribuent à ces recherches, que ce soit en mathématiques pour de la modélisation ou en sciences humaines et sociales de façon à mesurer les impacts psychologiques, sociaux, anthropologiques que peut avoir cette crise. C'est toute la recherche qui est mobilisée.*

*Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur,  
de la Recherche et de l'Innovation, 2020*

Dans les propos liminaires du référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, la Haute Autorité de santé (HAS) pose l'assertion essentielle « Patients, soignants, un engagement partagé ». La recherche en soins est un véritable levier stratégique de management dans l'étude de l'agir professionnel et dans celle des comportements, des attitudes, des pratiques professionnelles relatives à la prise en soin d'un patient, tout au

long de son parcours de soins, de santé et de vie. Aujourd'hui, la santé constitue un domaine complexe où les savoirs scientifiques sont en constante évolution, en rapport avec les données individuelles et collectives de la société, les données biologiques, médico-techniques, économiques et politiques. L'implication des professionnels de santé constitue un enjeu majeur dans le cadre des recherches en santé menées auprès des patients et dans notre société, tant pour la qualité de vie des personnes que pour la prévention et l'efficience des soins auprès des populations de tous âges.

Pendant la crise sanitaire liée à la covid-19, les recherches multidisciplinaires ont constitué un axe de recherche transversal. Des infirmiers et autres auxiliaires médicaux se sont rendus dans les services hospitaliers pour mener, aux côtés des médecins et des chercheurs en sciences humaines et sociales, des entretiens auprès d'un échantillon de patients, de leurs proches, des professionnels de santé, la visée de ce recueil de données étant d'accompagner les plus fragiles en comprenant mieux les alertes préventives, en évaluant nos capacités d'adaptation dans une temporalité indistincte et incertaine. L'alliance des Humanités, de la recherche et l'approche éthique a permis l'étude critique des représentations de la médecine, du soin et des pratiques soignantes. Cette vigilance critique des soignants, des praticiens, des chercheurs dont l'enjeu ontogénique œuvre à la promotion de la santé a permis de comprendre et de faire comprendre l'importance des mesures éclairées, efficaces, susceptibles de produire des résultats positifs pour les personnes soignées qui recevaient les soins, dans des situations nouvelles, souvent inattendues.

L'impératif de la recherche est d'améliorer le mieux vivre et le bien-être des hommes en optimisant les connaissances sur la naissance, la vie et la mort. Ou, comme le rappelle Nadot (2012), sur « le triptyque *domus, familia, hominem*, ce qui correspond au prendre soin de la vie du domaine (*domus*), au prendre soin de la vie du groupe (*familia*) et au prendre soin de la vie de l'homme (*hominem*) objet de soins au sein d'un espace-temps institutionnel singulier » (p. 57-68). L'objet de la recherche en soin est bien l'homme vivant, objet et sujet du soin. Or, la catégorie opératoire du temps questionne les enjeux du travail scientifique, celui-ci étant tout au plus considéré comme une activité au rythme propre. À l'égard du mot « recherche », les professionnels de santé évoquent parfois de la crainte, de la suspicion, rarement du désir. Il y aurait d'un côté le monde des chercheurs associé au monde scientifique, au monde de la preuve et au monde des idées. De l'autre, le monde des praticiens, travailleurs de l'ombre et du soin.

## **II. LA RECHERCHE EN SOINS, UN CONTEXTE PROMETTEUR, UNE MISSION ESSENTIELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'HÔPITAL**

La recherche clinique et la recherche appliquée aux soins font partie intégrante des missions/fonctions des auxiliaires médicaux à l'hôpital. Le développement d'une culture scientifique auprès de l'ensemble des professionnels de santé se construit à travers le pilotage d'un accompagnement au changement : en l'initiant (conduite), en le facilitant (accompagnement, aide à la mise en œuvre) ou en le consolidant (accompagnement, étayage). De manière non exhaustive, il est possible d'énoncer trois dimensions qui posent le contexte de la promotion de la place des auxiliaires médicaux (en matière de missions, rôles, et statuts) dans la recherche clinique et en soins au sein des hôpitaux.

### **A. Le contexte réglementaire**

Les décrets de compétences des auxiliaires médicaux confirment l'inscription de la recherche dans les missions de ces professionnels. Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession infirmière, art. R. 4311-15, stipule que « selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier(e) propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire ».

### **B. Le contexte académique des formations en santé**

Les formations en santé sont inscrites dans un cursus universitaire dans le cadre des accords de Bologne sur l'enseignement supérieur et la formation continue et de la mise en place du système licence, master, doctorat (LMD). La réingénierie des diplômes des professions en santé introduit la notion de recherche en tant qu'investigation systématique, laquelle repose sur des méthodes rigoureuses destinées à répondre à des questions et/ou à résoudre des problèmes issus de la clinique.

L'universitarisation des formations en santé soutient cette dynamique en favorisant l'acquisition de compétences en recherche qui peuvent être réinvesties par les futurs professionnels sur leur terrain d'exercice. Cette volonté de positionner les enseignements en lien avec la recherche, comme un axe fort des cursus de formation paramédicale, est réaffirmée par le rapport de

l'IGAS de juin 2017. Elle structure la construction professionnelle, socle de toute pratique soignante.

Développer la recherche en soins est une nécessité pour le développement de connaissances nouvelles sur l'exercice du soin d'un point de vue complémentaire de celui des médecins. Quant au développement de la science infirmière, elle est intimement liée au développement de la recherche et à la place des enseignants-chercheurs paramédicaux dans les universités.

L'appui sur les données probantes issues des lectures de recherche demeure une garantie d'optimisation des pratiques au bénéfice des usagers du système de santé. La notion de pratique fondée sur des résultats probants en tant que pratique professionnelle consiste à prendre des décisions sur les soins à prodiguer en tenant compte des meilleurs résultats probants disponibles (études en sciences infirmières ; études en soins et santé ; travaux entrepris dans des disciplines connexes).

Dans cette approche, l'*evidence based nursing* (EBN) se définit alors comme « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (Ingersoll, 2000). L'EBN intègre des résultats scientifiquement validés (données issues de la recherche ; revue de la littérature ; état de la question), l'expertise clinique des professionnels de santé (les « preuves » ou données de la recherche ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du soignant) et les préférences et le point de vue des patients et de leurs proches. Ces trois sources réunies fondent l'*evidence based nursing* en tant qu'outil d'aide à la décision en prenant en compte les considérations éthiques, les recommandations, les nouveaux savoirs du praticien. En tenant compte et en recourant aux résultats probants, les professionnels de santé font preuve de responsabilité professionnelle et éthique envers les personnes qu'ils soignent.

### C. Le contexte stratégique

Pour Couturier (2009), l'interprofessionnalité suggère l'idée d'interaction, de mise en réseaux, de relations de réciprocité. Tout se joue dans l'interaction entre plusieurs disciplines et professions. C'est un travail de concert qui met en commun les compétences, connaissances et méthodologies de chacun dans une mise en tension entre l'action, la formation et les acteurs. L'interprofessionnalité questionne les rapports de métissage des idées dans le but d'en apprendre plus. La dynamique donnée par le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), programme dédié aux soignants afin de les aider à « se confronter à de vraies valeurs de recherche », n'est plus à démontrer. Elle a permis de favoriser une recherche en soins

indissociable de l'interprofessionnalité et de l'interdisciplinarité (Stuwe, Parent et Louvet, 2015).

Après la reconnaissance de la formation initiale d'infirmier diplômé d'État (IDE) au niveau licence, la reconnaissance par un diplôme conférant le grade de master de la pratique avancée infirmière (IPA), la profession infirmière franchit une étape capitale dans son développement. Dans le cadre de la mise en œuvre du Ségur de la santé, Monsieur Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, a évoqué la « poursuite du processus d'universitarisation » de la formation en sciences infirmières, ainsi qu'une « meilleure reconnaissance des formations de type master, doctorat et diplôme universitaire (DU) ». En annonçant le lancement d'une « campagne de recrutement des professionnels de santé accédant au statut d'enseignant universitaires, y compris pour les personnels paramédicaux, dès la rentrée universitaire 2020 et dans les cinq ans à venir », le ministre offre cette possibilité de créer un corps professoral d'enseignants-chercheurs garantissant la maîtrise de la formation et la création du corpus de la discipline.

Tout infirmier peut devenir demain un docteur, un enseignant-chercheur, un maître de conférences<sup>3</sup> dès lors qu'il inscrira dans une perspective soignante scientifique, ontologique, praxéologique, décisionnelle et évaluative. Au-delà du savoir scientifique, l'inquiétude éthique de l'être-en-présence des chercheurs issus des sciences infirmières permettra d'interroger la complexité du soin dans sa nécessaire et humaine vulnérabilité. Il appartiendra aux futurs enseignants-chercheurs et maître de conférences en sciences infirmières de cheminer dans cette synergie entre technique et humanité, rationalité et subjectivité pour trouver la réponse et le sens qui leur convient. Nous le devons pour nos concitoyens et la prise en soins de la patientèle.

## II. LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA RECHERCHE

Les praticiens du soin et les chercheurs s'inscrivent dans deux temporalités différentes et ont des conceptions du temps contradictoires, ce qui se révèle parfois source de méconnaissances, voire d'incompréhensions. La recherche clinique en soins fait appel à de nombreux professionnels de santé pour accompagner des études de plus en plus complexes. L'évolution de

---

<sup>3</sup> La création de cette section en sciences infirmières au sein du CNU permet à des candidats titulaires d'un doctorat de postuler à la qualification aux fonctions d'enseignant-chercheur, de maître de conférences, dans une section dédiée. En mars 2020, la section des sciences infirmières du CNU a qualifié deux professeurs d'université et dix-neuf maîtres de conférences (Colson, Muller, Visier, Vennat, Noel-Hureaux, et Gagnayre, 2021).

l'environnement réglementaire requiert des personnels formés et compétents tant médicaux que paramédicaux. Si la place des personnels médicaux est aujourd'hui clairement reconnue et définie dans la conduite des activités de recherche, celle des paramédicaux et des métiers de support, bien qu'essentielle, reste le plus souvent mal connue et mal définie, ce qui entraîne un manque de valorisation et de reconnaissance.

#### **A. Place et statut des auxiliaires médicaux dans la recherche clinique en soins**

Selon le livre III du Code de la santé publique, les professions recouvertes par l'appellation « paramédical » recouvrent treize professions d'auxiliaires médicaux différentes telles qu'infirmier, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, etc. Au sein de ces métiers paramédicaux, celui d'infirmier(ère) de recherche clinique (IRC) est celui que l'on rencontre le plus fréquemment. Il est parfois associé aux autres métiers de support de la recherche le plus souvent représentés par des acronymes sources de confusion, que sont le TEC (technicien d'étude clinique), l'ARC (assistant de recherche clinique), le CP (chef de projet), CEC (coordinateur étude clinique)... Le niveau d'implication et d'engagement au sein des projets de recherche, mais aussi la place des paramédicaux sont variables selon la structure dans laquelle la recherche ou l'étude est conduite, mais aussi selon le statut des personnels.

Dans une étude commune Rothan-Tondeur *et al.* (2014), Péoc'h *et al.* (2015) mettent en évidence une catégorisation distincte, mais non exclusive l'une de l'autre.

##### **1. Catégorie 1 : « Les participants »**

Il s'agit des professionnels de santé qui participent aux soins dans le cadre d'une recherche.

Les personnels soignants impliqués dans la recherche de cette catégorie n'ont pas conscience du rôle essentiel qu'ils jouent dans les activités de recherche clinique. Dans le cadre de l'évaluation d'un produit à l'étude, les infirmières prennent en charge l'administration du produit, la surveillance du patient inclus dans l'essai ainsi que les examens spécifiques (prélèvements sanguins, urinaires, ECG, suivi des paramètres cliniques...) selon les procédures définies dans le protocole de recherche. La prise en soins et le suivi du patient nécessitent une traçabilité étendue des actes réalisés qui dépasse ce qui est demandé dans le domaine du soin lors d'une prise en charge du patient dite « classique ». Cette exigence de précision et d'information demandée lors d'essais cliniques renforce alors les compétences des équipes.



Pour ces professionnels de santé qui participent aux soins dans le cadre d'une recherche, l'activité est de manière générale peu visible, car confondue dans les activités de soins. Il s'agit d'un *allant-de-soi*.

## **2. Catégorie 2 : « Les supports »**

Il s'agit des professionnels de santé formés et spécialisés dans le domaine de la recherche clinique.

Dans des structures dédiées à l'activité de recherche clinique ou au sein des unités cliniques de soins, ces professionnels de santé paramédicaux se spécialisent dans le domaine de la recherche clinique. Il s'agit des infirmières de recherche clinique (IRC), un métier particulièrement utile pour améliorer la participation des patients aux essais et la qualité de ceux-ci. Cependant, ce métier présente des variabilités tant en termes de formations que de responsabilités, de lieux d'exercice, voire de statuts.

Les structures d'accueil des IRC sont variables. Elles peuvent être rattachées par exemple à un service hospitalier général ou spécialisé, ou à des centres d'investigation clinique (CIC). Dans d'autres cas, elles peuvent être rattachées à des centres de recherche clinique (CRC) qui ont des modalités d'intervention différentes des CIC.

Lorsque les IRC sont rattachées aux services cliniques, elles peuvent être entièrement ou partiellement dédiées à l'activité de recherche du service. Dès lors, elles assument en majorité une activité de soins au sein de leur unité auprès de patients inclus dans des essais. Cette activité inclut un rôle de coordination auprès des différents intervenants impliqués dans l'essai, médecins, radiologues, pharmaciens, assistant de recherche clinique du laboratoire par exemple (Mueller, 2002 ; Mueller, 2001). L'IRC est surtout l'interlocutrice privilégiée des patients, de l'inclusion dans le protocole jusqu'à la fin du suivi et elle assure la vérification des critères d'inclusion, l'information donnée au patient sur le protocole en collaboration avec le médecin, les soins, le suivi (Berruer *et al.*, 2007).

## **3. Catégorie 3 : « Les initiateurs »**

Il s'agit des professionnels de santé qui initient et coordonnent un protocole de recherche.

La troisième catégorie est celle des « paramédicaux chercheurs » qui initient, conduisent et coordonnent des programmes de recherche tel que cela peut se faire au travers par exemple des programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP, circulaire n° DGOS/PF4/2013/39 du 18 janvier 2013).

L'effort de recherche est porté sur la recherche appliquée aux soins dans toutes les dimensions des soins, tant en ce qui concerne les pratiques professionnelles que leur organisation dans les établissements de santé et les structures gérées par eux, y compris au domicile des patients. La notion de « soins » est comprise dans une acception large et dépassant les seuls soins à visée curative pour intégrer également les préventions primaire et secondaire, la rééducation, la réadaptation, ainsi que les soins à visée palliative.

Si la seconde catégorie, « Les supports » – auxquels contribuent les IRC –, a fait l'objet, ces dernières années, d'une véritable promotion avec des actions de communication et de reconnaissance en tant que métier devenu indispensable à la conduite des études cliniques, avec la mise en place du CeNGEPS (Centre national de gestion des essais de produits de santé), le constat est sans équivoque pour la catégorie 1, « Les participants », dédiée aux soins et la catégorie 3, « Les initiateurs », des paramédicaux chercheurs qui se révèlent moins promus dans notre système de santé et de recherche.

## **B. Relier le temps du projet à la recherche**

Toute recherche appliquée aux soins à une visée praxéologique. Ses deux principaux objectifs sont d'accroître les connaissances issues d'une pratique en les formalisant et d'optimiser des situations de travail existant sur le terrain. La recherche en soins serait ce « passage obligé » permettant le maillage entre recherche, pratique et transfert des connaissances et ce dans une perspective d'innovation de la conception des soins centrée sur l'homme, son environnement, sa santé.

Or, avant d'aborder les stratégies envisagées d'une implémentation d'une politique de promotion de la recherche en soins réaliste, inclusive et progressive, il est essentiel de revenir sur l'apport de trois formes d'hybridation des temporalités (Schultz, 2013). Car la catégorie opératoire du temps est bien réelle. Selon l'adage consacré : existe-t-il un temps pour penser le soin ou panser le soin ? ou, pour l'écrire avec justesse : existe-t-il une temporalité pour le travail scientifique ou une temporalité pour le travail soignant ? Voir les deux ?

- *Le projet comme opportunité, le régime connexionniste* : rarement porteurs lui-même des projets de recherche, le praticien professionnel de santé est recherché pour sa compétence spécifique, son expertise et sa contribution au projet de recherche. Il partage avec les prometteurs de l'étude le fait de considérer les projets auxquels il participe comme une opportunité, voire un intérêt avec un degré d'implication organisationnelle peu élevé. Tour à tour éveillé, didacticien ou expert clinique, il ressent peu la temporalité scientifique des projets, est peu dépendant de l'agenda

des projets. Cette temporalité s'inscrit dans un régime qualifié de connexionniste en référence à l'individu mobile et connecté de la « cité en projet » (Boltanski et Chiapello, 1999) et aux valeurs s'y référant : prolifération des liens, enthousiasme, la connexion aux autres, le réseau et l'autonomie.

- *Entrelacer les projets, le régime simultané* : régime dans lequel un grand nombre de projets s'enchevêtrent au sein de laboratoires de recherche ou d'unités mixtes de recherche (UMR). Une des formes classiques est celle du *principal investigator* (PI) qui coordonne son équipe de chercheurs permanents, de post-doctorants et de doctorants. Ce régime trouve sa traduction à l'échelle d'un laboratoire de sciences en santé et au sein des sections CNU des sciences infirmières, des sciences en réadaptation et rééducation en mettant l'accent sur le rôle du collectif comme garant de l'autonomie des thématiques de recherche au sein des départements universitaires en santé à venir. Par transférabilité de l'approche conceptuelle, une plateforme dédiée à la promotion de la recherche en soins sous la forme d'un BTEC<sup>4</sup> (Bureau de transfert et d'échange de connaissances) en tant que centre de formation et d'expertise, utilisé par les infirmières, dans la poursuite de l'objectif de mise en place de pratiques informées par des résultats probants peut, sous une forme de supervision, s'inscrire dans un régime simultané. L'exemple que nous développerons de la plateforme CARES au CHU de Toulouse dans la troisième partie de cet article pose les repères pour agir face à la question « comment créer des passerelles entre les savoirs pratiques et les questionnements cliniques des soignants infirmiers, médico-techniques et de rééducation des milieux de soins et les savoirs formels issus de la recherche ? »

- *Vivre le « temps d'un projet », le régime séquentiel* : il correspond à une recherche financée projet après projet. La trajectoire de recherche se construit dans la succession des projets. Dans cette situation, la temporalité gestionnaire peut influencer de manière importante sur la temporalité professionnelle et la temporalité scientifique. C'est le cas par exemple du praticien professionnel de santé en attente d'un financement par un PHRIP ou PREPS. Ces équipes soignantes sont dépendantes du succès de telle ou telle demande, et « vivent » vraiment dans le temps du projet. L'échec des demandes de financement peut conduire parfois à la rupture de trajectoires,

---

<sup>4</sup> Voir à ce sujet, l'approche du concept québécois selon Gagnon (J.), Côté (F.), Boily (M.), Dallaire (C.), Morin (D.), Michaud (C.), Gagnon (M. P.), Hatem (M.), « Des connaissances à la pratique, phase 1 : un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) pour la pratique infirmière », *Final Report 2005-2007 Québec*, QC : Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC), 2007.

à l'interruption d'un projet pouvant aller jusqu'à l'abandon de l'implication de l'investigateur.

On observe ainsi une dichotomie entre le temps des soignants (la temporalité du travail soignant) et celui des chercheurs (la temporalité du travail scientifique). Les premiers s'inscrivent dans la simultanéité, l'immédiateté, le temps de l'agir professionnel avec l'image d'un professionnel capable de « s'engager sur plusieurs fronts », et de « gérer plusieurs tâches sur un intervalle de temps donné » avec une relation dite « servicielle » répondant à la qualité du service et à cette visée « faire quelque chose pour quelqu'un ». Les seconds s'inscrivent dans la séquentialité et dans un cadre de logique intrinsèque au travail scientifique où prédominent l'autonomie et la production cognitive, la méthode et la production des résultats sous forme de publications.

### III. CARES, UNE STRATÉGIE OPÉRANTE D'UN MODÈLE D'IMPLEMENTATION

*Nous n'aurons de cesse d'explorer. Et la fin de toutes nos explorations sera d'arriver à l'endroit d'où nous sommes partis. Et de connaître le lieu pour la première fois<sup>5</sup>.*

Les recherches scientifiques conduites dans le domaine de la santé constituent un préalable incontournable aux interventions nécessaires pour améliorer la santé des individus et des populations et pour diminuer le fardeau des maladies. Dans le champ des sciences de la santé, de nombreuses disciplines sont mobilisées, comme la chimie, la physique, la médecine, la biostatistique, l'épidémiologie, les sciences humaines, économiques et sociales. La recherche en soins vient en appui de la recherche translationnelle dans ce *continuum* entre recherches fondamentale, clinique et de santé publique. Son apport contributif ne peut s'envisager que dans cet appui et cette articulation. La recherche en soins bénéficie depuis 2009 d'une reconnaissance par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes au travers de la campagne annuelle d'appels à projets de la DGOS. Ainsi, le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) consacre la place reconnue aux auxiliaires médicaux dans la production de connaissances fondées sur des bases scientifiques. Cette politique de promotion de la recherche en soins participe à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, au développement des compétences des professionnels paramédicaux et à l'affirmation de leur identité professionnelle.

Depuis 2010, les CHU ont structuré la coordination de la recherche en soins. À l'initiative de la commission des coordonnateurs de CHU, les coordinateurs

<sup>5</sup> Eliot (Thomas Stearns), *Four Quartets*, New York, Harvest-Harcourt, 1943.

se sont fédérés en Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche (CNCPR). La Fédération hospitalière de France (FHF) a créé, en 2017, la Commission de l'innovation paramédicale (CINPA) pour « stimuler » l'innovation paramédicale sous toutes ses formes. Bien qu'il reste du chemin à parcourir, les conditions de l'expression de la recherche en soin sont réunies.

En janvier 2019, la direction de la recherche et de l'innovation (DRI) développe, en partenariat avec la coordination générale des soins du CHU de Toulouse (Decavel, 2019), un modèle opérant en trois étapes destinées à faciliter la promotion de la recherche en soins. Dans la continuité du plan d'action de promotion de la recherche (PAPR)<sup>6</sup> proposé par les études de Péoc'h (2016 ; 2018), la plateforme CARES voit le jour. CARES joue sur une double acception : le sens donné à l'acronyme en tant que **cellule d'appui à la recherche en soins** et la signification inscrite dans l'historicité sociale du **care et du caring**, cet art du prendre soin qui précède tous les autres.

Cette structure d'appui au développement de la recherche en soins est ouverte à l'ensemble des professionnels paramédicaux des écoles et instituts de formation et du terrain, du CHU de Toulouse et du groupement hospitalier de territoire. CARES accompagne les professionnels de santé en position d'exercice clinique, pédagogique et de management pour le transfert et l'utilisation de données probantes dans les pratiques professionnelles au quotidien. CARES contribue également à la formation des professionnels de santé, depuis le novice jusqu'à l'expert (Benner, 1984) ainsi qu'à la visibilité sociale et académique des activités de recherche par l'information et la communication

#### **A. Un modèle opérant structuré en trois niveaux d'intervention**

Le développement de l'innovation et de la recherche en soins (clinique et organisation) est un levier de performance, au service de la sécurité et de la qualité des soins pour les usagers de soins comme pour les professionnels de santé. La plateforme CARES a pour objectifs de :

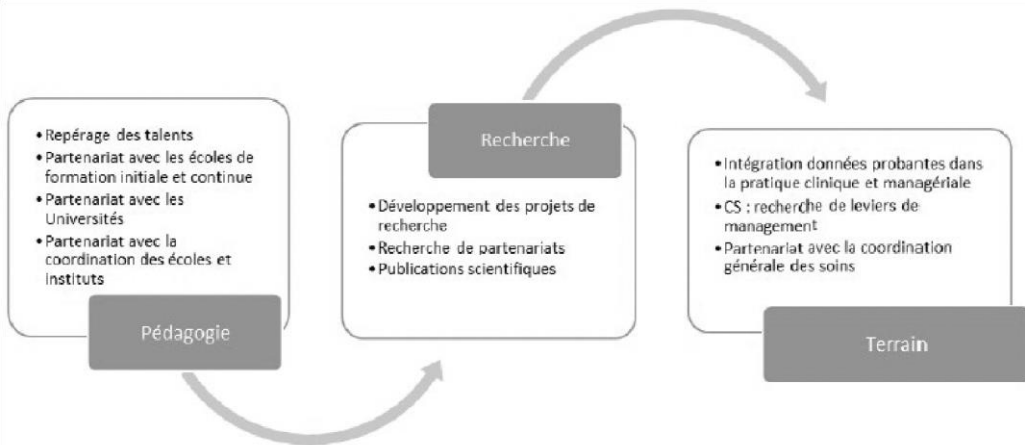
- Produire des nouveaux savoirs, utiles et transférables dans la pratique de soins et de management : **une ambition.**
- Répondre aux enjeux de sécurité et de qualité des soins : **une mission.**
- Moderniser les organisations de soins et les adapter aux évolutions des techniques de soins ainsi que, préparer l'arrivée des nouveaux métiers : **un défi.**

---

<sup>6</sup> *In extenso* en annexe I.

- Tendre vers plus d'efficacité et d'efficience dans le domaine des soins visà-vis des citoyens et des tutelles : **une responsabilité.**

Ces objectifs clarifient le rôle de la plateforme CARES et les points de vigilance en amont pour surmonter les freins et entrevoir la mise en œuvre d'éléments facilitateurs avec trois niveaux d'intervention.



**Figure 1 : Niveaux d'intervention de la plateforme CARES**

### B. Rendre visible les ressources en interne, les portraits des chercheurs

La création de la plateforme CARES répond à la volonté institutionnelle de développer la recherche en soins en venant étoffer les dispositifs déjà existants. Dans ce cadre, elle propose de créer les conditions favorables à l'émergence d'une communauté de chercheurs en soins issus du terrain, des écoles et de l'université. Cette communauté de chercheurs est appelée « mentors recherche ». Une distinction s'opère ainsi entre :

- Le chercheur expérimenté : il est titulaire d'une thèse de doctorat (PhD *Philosophiæ doctor*). Le doctorat, qui est le plus haut diplôme de l'enseignement supérieur, est une formation à la recherche par la recherche et représente à ce titre une expérience professionnelle de recherche. Cette formation conduit à la production de connaissances nouvelles. Le doctorant publie dans les revues scientifiques et contribue activement à la promotion de la recherche en soins au CHU de Toulouse et à l'université.
- Le chercheur performant est doctorant. Il est inscrit dans un processus universitaire.

- Le chercheur compétent est investigateur principal d'un projet de recherche. Il pourrait s'orienter vers un doctorat.
- Le chercheur débutant est celui qui s'engage dans le processus de recherche avec l'intention de devenir investigateur principal d'un projet de recherche.

Ce collectif possède un potentiel fédérateur en favorisant les échanges interprofessionnels tout en donnant du sens aux pratiques de soins. Cette équipe de « mentors recherche » est composée de professionnels qualifiés qui mettent leurs compétences à disposition des personnels des unités de soins qui s'engagent dans la démarche de recherche. En plus de leur exercice de leur métier de soignants, ils soutiennent leurs pairs qui font le choix de s'investir dans des initiatives innovantes. Un mentor est une personne qui apporte son expérience et son expertise à un professionnel moins expérimenté. Le mentor est sollicité par un chercheur « novice » tout au long du processus d'élaboration d'un protocole de recherche pour :

- Lever les doutes ;
- L'aider à prendre du recul ;
- L'orienter vers la personne-ressource.

Depuis 2010, des équipes soignantes ont bénéficié de financement dans le cadre d'appel à projets dédiés à la recherche en soins : sept au titre du PHRIP, deux au titre du PREPS, deux au titre de l'APIRES (appel à projets dédiés à la recherche en soins) et quatre à l'appel d'offres interne. Les soignants ont bénéficié d'autres financements dans le cadre des appels à projet émanant de l'Agence nationale de la recherche, de la Fondation de France, de la Fondation APICIL, de la Fondation Roche, etc.

La promotion de la culture « recherche » et l'utilisation des données issues de la recherche en soins sont à intensifier. À la question « Le temps consacré à la recherche en soins par les soignants à l'hôpital est-il suffisant pour répondre aux nouveaux défis du parcours patient ? », la réponse semble moins évidente qu'elle n'y paraît.

NON : car la promotion de la culture « recherche » et l'utilisation des données issues de la recherche en soins sont à intensifier. L'enquête réalisée par la sous-commission recherche de la CSIRMT du CHU de Toulouse en 2017 confirme le sentiment perçu par les professionnels. La recherche resterait un exercice déconnecté de la pratique, réservée à des initiés. Elle s'inscrirait dans une temporalité disjointe de l'activité clinique. Elle est difficile à appréhender et peu lisible par les équipes de soins qui hésitent à s'y engager, ceci bien que la formation initiale et de spécialité intègre de plus en plus les outils et

méthodes de la recherche au cœur même des projets pédagogiques, des référentiels de formation.

OUI : car elle est un levier puissant d'attractivité et de fidélisation des talents, de motivation au travail et de rayonnement institutionnel, sans oublier l'aspect économique avec les SIGAPS et SIGREC. Elle développe la réflexivité, la créativité et l'autonomie des soignants. Elle a aussi un potentiel fédérateur en favorisant les échanges interprofessionnels tout en donnant du sens aux pratiques de soins. La recherche paramédicale concerne également les pratiques managériales et pédagogiques en lien avec le soin. Pour les usagers de soins, la recherche et son application concrète sur le terrain garantissent non seulement l'utilisation des meilleures pratiques de soins, mais renforcent également la relation de confiance avec les professionnels.

### CONCLUSION

*Heureusement, les scientifiques ne sont pas seulement des scientifiques, ce sont aussi des citoyens, ce sont également des êtres de conviction métaphysique ou religieuse. Alors les scientifiques ressentent les impératifs moraux propres à ces autres vies et ces impératifs moraux interviennent dans leurs activités scientifiques<sup>7</sup>.*

La recherche en soins s'inscrit dans la « flèche du temps » et trouve son origine dans le souci de l'humain pour l'humanité dans sa seule présence. Elle permet à tout soignant de se révéler l'auteur(e) de sa pensée en l'invitant à poser sur ses pratiques professionnelles un regard empreint de curiosité, de vigilance et d'esprit critique. Pendant la crise sanitaire liée à la covid-19, les soignants *ont pensé* les humains et d'autres soignants *ont pensé* le monde en acceptant l'errance du cheminement dans un flot d'informations médicales, dense et parfois terrifiant.

Quand un infirmier s'interroge, « le port du masque diminue-t-il le risque de forme sévère de covid-19 ? », il réfléchit et agit sur sa pratique. Il lance une piste de recherche. Il formalise une hypothèse. Quand une infirmière cadre de santé au centre hospitalier universitaire d'Angers<sup>8</sup> s'intéresse aux stratégies d'adaptation et au vécu phénoménologique des infirmières qui ont exercé en milieu covid (réanimation, urgences et secteurs conventionnels), elle œuvre à conduire une recherche praxéologique pour comprendre des déterminants de

<sup>7</sup> Morin (Edgar), *Éthique*, t. 6 : *La méthode*, Paris, Le Seuil, 2004.

<sup>8</sup> Étude ADAPTED © (Haubertin, 2020) Identification des processus d'ADAPTation des infirmières mobilisées pour la prise en charge des patients hospitalisés pour covid-19. Projet de recherche soutenu par la Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation.



l'action des soignants et prendre des décisions spécifiques conséquentes afin d'œuvrer à la promotion de la santé des individus et des groupes.

Alors, vient l'audace de nous demander si la recherche en soins face à *l'in-maîtrisable* qu'est l'infiniment petit (un virus) – avec cette remise en cause de nos croyances, de nos attitudes professionnelles, de nos représentations, de notre pouvoir d'agir et de notre savoir-faire soignant, cette épreuve existentielle suprême (une pandémie), cette blessure face à l'impossible du possible (la finitude humaine et la mort) –, si cet infiniment petit invisible n'indique pas, de ce fait, notre devoir de recherche et notre obligation morale de regarder en face des problèmes de société où les situations de turbulence, les environnements chaotiques nous contraignent à des ruptures réelles avec nos présupposés, nos fiches réflexes, nos outils, nos plans d'action.

Dans cette temporalité, il est temps de mettre à jour que l'exercice médical et soignant s'inscrit dans cette double visée : le soin dans « *me voici, en tant que parole qui sauve autrui du désespoir de l'esseulement, de l'abandon et de la dérégulation face à la mort*<sup>9</sup> » et la recherche par égard pour cet être même, où « *chercher nous enjoint à penser l'in-quiétude éthique dans son acceptation, chaque soin, chaque geste, chaque acte reposent sur un corpus de connaissances, de compétences et d'expériences pratiques et scientifiques*<sup>10</sup> ». La recherche en soins ne peut être saisie sans une étude de son développement (historicité sociale de la médecine et du soin) et une analyse de sa structure interne (épistémologie). L'une et l'autre ont une même ambition. Celle de trouver l'intelligence du cœur et l'esprit d'agir.

## RÉFÉRENCES

Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 1987 relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Décret n° 87-31 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

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

---

<sup>9</sup> Chalier (Catherine), « Contribution à Emmanuel Levinas et les théologies », in Trigano (Shmuel) et Cohen-Levinas (Danielle), dir., *Emmanuel Levinas et les théologies*, Paris, Editions in Press, 2007, p. 26.

<sup>10</sup> Péoc'h (Nadia), « La recherche », Chapitre VI, in Dayde (Marie-Claude), *Pratiques soignantes et crises sanitaires. Témoigner, apprendre et prévenir*, Paris, Lamarre, 2021, p. 94

- Benner (Patricia), « From novice to expert », *Menlo Park*, 1984, p. 465-468
- Bernard (Claude), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Bordas, 1970
- Berruer (Véronique), Samy (Christine) et Souyri (Valérie), « Être infirmière de recherche clinique en pédiatrie aujourd'hui », *Soins pédiatrie puériculture*, n° 239, 2007, p. 40-42
- Boltanski (Luc) et Chiapello (Ève), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999
- Colson (Sébastien), Muller (Anne), Visier (Laurent), Vennat (Brigitte), Noel-Hureaux (Elisabeth) et Gagnayre (Rémi), « Development of the nursing science university field in France: National and international perspectives », *Journal of Advanced Nursing*, 2021, p. 1633-1634
- Couturier (Yves), « Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires : Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée », *Recherche en soins infirmiers*, n° 97, 2009, p. 23-33
- Decavel (Frédérique), « Avec l'appui de la plateforme CARES, repérer les talents, déposer des projets de recherche et faire connaître les résultats pour les intégrer dans les pratiques cliniques quotidiennes », dossier « Recherche et l'innovation au service de la qualité », *Trait d'Union*, n° 162, 2019, p. 19-20
- Ingersoll (G.), « Evidence-base based nursing: What it is and what it isn't », *Nursing Outlook*, 48(4), 2000, p. 151-152
- Moscovici (Serge), « Introduction : le domaine de la psychologie sociale », *Psychologie sociale*, 2, 1984, p. 60-78
- Mueller (Mary-Rose) et Mamo (Laura), « The nurse clinical trial coordinator: benefits and drawbacks of the role », *Res Theory Nurs Pract*, Spring, 16(1), 2002, p. 33-42
- Mueller (Mary-Rose), « From delegation to specialization: nurses and clinical trial co-ordination », *Nurs Inq. Sep*, 8(3), 2001, p. 182-190
- Nadot (Michel), « Recherche fondamentale en science infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, (2), 2012, p. 57-68
- Péoc'h (Nadia), « Le plan d'action de promotion de la recherche (PAPR), un modèle d'implémentation opérant pour les directeurs des soins », *Gestions Hospitalières*, n° 573, 2018, p. 114-119
- Péoc'h (Nadia), « Représentations professionnelles des directeurs des soins à l'égard de la recherche infirmière et paramédicale », *Revue francophone*

*internationale de recherche infirmière*, vol. 2, n° 4, 2016, p. 173-186 Péoc'h (Nadia), Lefort (Marie-Claude), Leblanc (Judith) et RothanTondeur (Monique), « Les infirmières et autres paramédicaux et la recherche », Rothan-Tondeur (Monique) et coll., *Recherche infirmière et paramédicale. Guide de rédaction d'un protocole de recherche*, Paris, Maloine, 2015, p. 13-17

Péoc'h (Nadia), *Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées. Contribution à la modélisation de la pensée sociale*, Paris, L'Harmattan, 2012

Prigogine (Ilya), *L'homme devant l'incertain*, Paris, Odile Jacob, 2001

Rothan-Tondeur (Monique) *et al.*, « Comment promouvoir la place des paramédicaux dans la recherche clinique ? », *Thérapie*, 69(4), 2014, p. 271-280 Schultz (Émilien), « Le temps d'un projet. Les temporalités du financement sur projet dans un laboratoire de biophysique », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n° 18, 2013

Stuwe (Louisa), Parent (Malorie), Louvet (Olivier), « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ? », *Revue Recherche en soins infirmiers*, n° 121, 2015, p. 64-71

Worms (Frédéric), « Les deux conceptions du soin. Vie, médecine, relations morales », *Esprit : les nouvelles figures du soin*, 2

**ANNEXE**  
**LE PLAN D’ACTION DE PROMOTION**  
**DE LA RECHERCHE (PAPR)<sup>11</sup>**

<b>Axe Stratégique :</b> <b>FORMATION – COMPÉTENCES – MÉTIERS – RECHERCHE</b>	
<b>Dimension(s)</b>	
Soin : <input type="checkbox"/> Enseignement : <input type="checkbox"/> Recherche : <input type="checkbox"/> Autre : à préciser.....	
<b>Objectifs de l’axe stratégique</b>	
<i>À chaque objectif stratégique correspond une fiche action de déclinaison opérationnelle</i>	
I	– Affirmer la place de la compétence dans l’exercice professionnel
II	– Accompagner l’évolution des professions paramédicales
III	– Intégrer la formation continue des professionnels de santé comme composante intégrale de l’exercice professionnel
IV	– Structurer la recherche infirmière et paramédicale au sein des filières de pôle d’un GHT
<b>Orientations stratégiques auxquelles l’axe répond</b>	
Promouvoir les initiatives autour des nouvelles coopérations entre professionnels de santé et la formalisation de passerelles entre les professions de santé.	
Mettre en œuvre une stratégie affirmée de recherche et d’innovation par la définition et le soutien d’axes stratégiques de recherche biomédicale et de recherche en organisation hospitalière, en sciences de la gestion et du management, en pédagogie médicale et paramédicale (l’apprentissage par Simulation ; Serious-Game...), en sciences infirmières et paramédicales au sein d’un territoire	
Consolider une stratégie de formation médicale et paramédicale pour accompagner l’activité clinique, de recherche et de soins au sein du GHT.	
<b>Fiche Action IV : Structurer la recherche infirmière et paramédicale au sein des filières de pôles cliniques, médicotехniques et de rééducation du GHT</b>	
<i>Il s’agit ici de mettre en exergue le ou les enjeux majeurs autour de l’objectif de la fiche Action IV, elle-même inscrite dans un plan d’action de promotion de la recherche plus stratégique et politique à l’échelle du territoire</i>	
<b>La valorisation des innovations paramédicales</b> favorisera la qualité des soins et participera à la reconnaissance des professionnels de santé en termes d’attractivité et de fidélisation au sein des l’institution	
<b>La recherche infirmière et paramédicale</b> , structurée à l’échelle des différentes filières de pôles cliniques, de rééducation et médico-techniques du GHT devra être développée dans	

©LEHÉdition

<sup>11</sup> © Péoc’h (Nadia), « Représentations professionnelles des directeurs des soins à l’égard de la recherche infirmière et paramédicale », Revue francophone internationale de recherche infirmière, vol. 2, n° 4, p. 173-186.

le cadre de l'enrichissement des soins, au bénéfice des personnes soignées, des professionnels de santé et de l'Institution, et ce en lien avec les recommandations et les EBP (*evidence based practice* : « le juste soin, au bon malade, au bon moment, dans de bonnes conditions, par le bon professionnel de santé »)

### Objectif opérationnel

**Obj. IV.1** Renforcer et promouvoir le développement de la recherche infirmière et paramédicale au sein des équipes paramédicales des filières de pôles du GHT.

### Actions

**A.IV.1** : Constituer une commission scientifique et pédagogique territoriale

**A.IV.2** : Répondre aux appels d'offres de recherche (AOL ; PHRC ; PHRI ; appels à projets autres ; mécénat...).

**A.IV.3** : Élaborer des outils de formation d'aide à la recherche infirmière et paramédicale.

**A.IV.4** : Favoriser la participation des professionnels de santé aux colloques, congrès, journées de réflexion sur la promotion des travaux de recherche.

**A.IV.5** : Valoriser la recherche par les publications dans des revues professionnelles et/ou scientifiques sur le plan national, européen et international.

### Indicateurs de suivi

*Il s'agit de proposer un nombre limité d'indicateurs pertinents de suivi et de résultats opérationnels. Ces indicateurs s'inscrivent dans l'approche SMART*

*S : Simple – Spécifique (formulé simplement pour rester compréhensible)*

*M : Mesurable (critères quantités et/ou qualitatifs)*

*A : Accessible (atteignable et suffisamment ambitieux)*

*R : Réaliste (Relié à une thématique de recherche prioritaires sur le territoire)*

*T : Temporel (limité dans le temps et révisable)*

**Indicateur** : Ratio portant sur le nombre de protocoles retenus/nombre de protocoles présentés aux appels à projets de recherche (PHRIP ; PREPS ; Fondation de France ; Fondation APICIL ; SFETD ; Agence nationale de la recherche...).

**Indicateur** : Taux portant sur la participation et la satisfaction des professionnels de santé aux différents congrès, colloques par année et par filières de pôle du GHT

**Indicateur** : Taux de publications (actes de colloque ; posters scientifiques sous forme de communications affichées ; articles et/ou contributions ouvrage collectif) par année et filières de pôle du GHT

### Responsable

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins du groupement hospitalier du territoire en tant que président de la CSIRMT – de territoire.

### **Équipe projet et contributeurs**

*Ici, il s'agit de préciser de manière concrète et opérationnelle les tâches et rôles confiés aux différents professionnels impliqués dans la mise en œuvre.*

*Exempli. Gratia* : le directeur des soins des Instituts de formation ; le président du collège médical du territoire ; le président de la commission des usagers du territoire (CDU-T) les praticiens hospitaliers des filières de pôles cliniques, médicotéchniques et de rééducation concernés et impliqués dans la promotion de la recherche infirmière et paramédicale, les membres de la CSIRMT...

### **Réseaux de santé et filières de soins, pôles ou services concernés, hôpitaux et maisons de santé pluridisciplinaire de premiers recours.**

*Ici, il s'agit de préciser les partenariats envisagés et les objets de recherche en lien avec l'optimisation des parcours de soins, de santé et de vie.*

### **Incidence financière prévisible**

*Il s'agit ici d'estimer les coûts prévisibles (notamment par rapport à la formation, la participation aux congrès (inscription, réalisation d'un poster scientifique, traduction en anglais), les moyens humains % ETP dédiés dans la formalisation de l'écriture d'un protocole, etc.) et ce sous la forme d'une annexe financière et les coûts additionnels (éventualités et événements postérieurs).*

### **Calendrier de réalisation**

*Il s'agit de préciser ici la date de début du projet, l'état d'avancement, la date de revue du projet... Son inscription dans un plan d'action triennal par exemple.*