

Chercheur en soins infir

Comment devient-on chercheur en soins infirmiers ? Rencontre avec Jean-Paul Lanquetin, infirmier, responsable de recherche au CH de Saint Cyr au Mont d'Or, à l'initiative des Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie.



miers : un engagement

Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis infirmier de secteur psychiatrique depuis 39 ans. J'ai commencé à travailler à une époque où l'un des enjeux majeurs était de s'impliquer dans la transformation de l'institution asilaire en véritable hôpital. Dans cette perspective, j'ai travaillé au développement du secteur dans plusieurs institutions avant de prendre il y a une douzaine d'années un poste en Centre médico-psychologique (CMP). J'ai choisi de rester infirmier pour développer et affirmer de l'intérieur les missions qui nous sont dévolues. J'ai toujours maintenu une implication institutionnelle et professionnelle soutenue, et depuis plus de 20 ans, je mène une activité d'auteur, de formateur, puis de tuteur d'intégration (1). C'est dans ce mouvement que la rencontre avec la recherche s'est faite dans les années 2000.

Pouvez-vous nous présenter votre travail de recherche ?

Notre rapport de recherche finalisé (2) a été déposé au printemps 2012 auprès du Conseil scientifique de la recherche (CSR) (3) du CH Vinatier. Il concluait une démarche entreprise des années avant avec ma collègue Sophie Tchukriel, infirmière en psychiatrie. Il s'agit d'une recherche qualitative descriptive (méthodologies en sciences humaines et sociales) qui s'intéresse à l'activité réelle des infirmiers en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein. Nous avons analysé au plus près cette activité, en repérant notamment sa dimension invisible et informelle. Ce dernier terme permet de nommer l'écart conséquent qui existe d'une part entre des soins prescrits, programmés, planifiés et des actions non programmées, et d'autre part entre activité réelle et saisie de cette dernière par acte de soins. Nous pourrions résumer cet objet de recherche de la manière suivante : « *Que font les infirmiers quand ils ne sont pas dans le faire ?* » Il s'agissait d'identifier, de caractériser et de qualifier cette part quantitativement importante

de l'activité (plus de 50 % du temps). Cette approche scientifique du rôle propre infirmier en psychiatrie, et finalement bien au-delà de notre champ disciplinaire, n'avait jamais été entreprise auparavant.

Pour cette recherche en soins multicentrique, nous avons investigué quatre hôpitaux et huit unités de soins. Nous avons travaillé à partir d'observations participantes périphériques (24 séquences), d'entretiens semi-directifs (48) auprès de trois populations (infirmiers, cadres et médecins) et enfin, d'actions dialoguées (une forme d'arrêt sur image de l'action).

Nous avons eu recours à une démarche par théorisation ancrée (4) pour isoler les 3 100 unités d'action composant le matériel empirique. Trois niveaux de résultats ont été dégagés : la caractérisation de 139 fonctions en lien avec les soins informels, une analyse quantitative de ces données qualitatives (variable de lieux, de temps, d'unités...) enfin, le dégagement des invariants opératoires. L'ensemble et la richesse de nos résultats permettent d'apporter une visibilité et une lisibilité à ces « dessous du soin ». Ils s'appuient sur le réel, le quotidien et ses objets comme autant de médiateurs de la relation. Ainsi, par ses qualités de souplesse et de malléabilité, par sa réactivité et sa capacité à s'immiscer dans les moindres méandres du quotidien avec le patient, l'informel, soit l'ensemble de ces micro et mini-actes (5) compose une trame et un maillage relationnel au potentiel thérapeutique. L'ajustement de ces actions et interventions agit comme un opérateur initial et continu pour ces dimensions du soin psychique.

Selon moi, il est essentiel de pouvoir ainsi démontrer, de façon scientifique, que les multiples aspects du soin informel constituent des pans entiers du rôle propre infirmier car ils deviennent ainsi des espaces professionnels nommés par un véritable concept. Cette dimension, en dépassant le champ du récit et de la proposition, construit et assoit une nouvelle position professionnelle basée sur des pratiques cliniques objectivées.

Comment vous êtes-vous intéressé à cette voie de la recherche en soins ?

Au départ ma représentation de la recherche était limitée à celle du savant en blouse, à lunettes rondes et à la toison blanche, penché sur son microscope. Rien ne me prédisposait à la recherche, toutefois deux éléments me paraissent importants.

– Le premier tient au travail du soignant, qui nous confronte au quotidien aux difficultés psychiques des patients. Un travail où les interrogations restent toujours plus nombreuses que les explications. Devant la modestie de nos soins confrontés au fait psychopathologique, une sorte d'insatisfaction apparaît parfois, qui invite à adopter une posture réflexive et donc à augmenter son propre niveau de connaissance.

– Le deuxième élément tient au peu de cas qui est fait de la réalité de l'exercice infirmier en psychiatrie. On constate que ces savoirs spécifiques sont écrasés, sous-estimés et même disqualifiés dans une culture psychiatrique de la rencontre avec le patient qui se perd.

Ces motivations de départ sont donc très concrètes et quelques rencontres déterminantes m'ont permis de finaliser ce parcours.

Être chercheur et professionnel de santé, cela doit donner un emploi du temps chargé : pouvez-vous nous en donner un aperçu ?

Infirmier responsable de recherche n'est pas un statut, cela correspond aujourd'hui à une mission au titre de ma fonction d'infirmier. C'est pourquoi nous nous définissons comme infirmiers et praticiens chercheurs en soins, afin que nos énoncés soient entendus d'un autre lieu que celui de notre position d'infirmier. Mais dans cette logique professionnelle, ce titre ne nous est décerné par personne, il est de fait « autoproclamé ».

Dans tous les investissements de ce type, il y a une part qui dépasse largement les rives parfois étroites du contrat salarial. Au-delà d'une dimension militante, l'aménagement entre les deux reste une construction. Nous ne sommes pas dans le

domaine de l'emploi, mais du travail, avec l'acception des deux principales dimensions de ce terme que sont la réalisation d'une tâche et la prise en compte des investissements immatériels qui la portent. Cette part immatérielle, c'est l'engagement que nous avons choisi de soutenir et le sens qu'elle prend pour ses acteurs.

Concrètement, la recherche sur les soins informels représente 4 600 heures de travail réparties sur deux chercheurs, dont 1 300 pour la phase rédactionnelle. Nous avons travaillé sur un 0,20 ETP (Équivalent temps plein) sur cinq années. C'est-à-dire en pratique, dans une partition à 60 % part salariale et 40 % part personnelle. Il y a donc eu des grosses semaines et un impact sur nos vies personnelles.

Relevons aussi que cela a été possible parce que nos collègues de proximité ont absorbé la charge résiduelle de travail liée à nos absences et se sont toujours montrés solidaires. Il s'agit donc à ce titre d'une entreprise collective.

La recherche en soins se trouve-t-elle aujourd'hui à un tournant ?

C'est certain. La mise en place des Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) a enclenché une dynamique. Dans notre champ, une des difficultés rencontrée était de n'avoir aucun modèle sur lequel s'appuyer. Il a fallu tout construire, de la stratégie d'investigation, aux méthodes de traitement en passant par les outils. Aujourd'hui, la recherche en soins est certes tout juste émergente, mais le mouvement est là et il est appelé à s'affirmer, des initiatives se multiplient, des réseaux se construisent. Les principaux acteurs de la psychiatrie, fédération hospitalière, conférence des présidents de Commission médicale d'établissement (CME), associations de familles et de patients se sont prononcés sur le principe d'un master « recherche en soins ». Indépendamment des questions relatives à sa faisabilité, cela aurait été impensable il y a encore 5 ans.

Vous sentez-vous reconnu en tant que chercheur en soins ?

J'ai envie de répondre que nous sommes passés de l'ombre à une certaine lumière. Au début, nous travaillions dans l'atelier bricolage du centre de jour de ma collègue, entre perceuse et tournevis, pour ne pas « interférer sur les organisations existantes ». Nous avons connu un nomadisme qui nous a fait déménager 12 fois

Les Rencontres 2016 de la recherche en soins en psychiatrie

Le 22 janvier 2015, les 1^{es} Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie du CH de Saint Cyr au Mont d'Or ont réuni cent participants venant de 25 établissements. Devant le succès de cette première manifestation, le format de ces rencontres est porté à deux jours en 2016 : les 27 et 28 janvier 2016.

Ouvertes à tous par la formation continue, ces rencontres présentent des travaux de recherche en soins, en cours ou réalisés, PHRIP ou hors PHRIP, français et francophone (Suisse, Belgique), locaux ou nationaux. L'objectif est de favoriser la visibilité de ces travaux, de faciliter les mises en réseaux des acteurs dans un format qui soutient les échanges. La recherche en soins en psychiatrie, diversifiée, souvent isolée et encore marginale, a besoin de se connaître et de se faire connaître.

• Contact : grsi@ch-st-cyr69.fr

de locaux. Pendant les trois premières années, nous avons passé autant de temps à essayer de définir et négocier un cadre de travail... qu'à travailler à notre recherche. Aujourd'hui, des locaux dédiés, lumineux, avec une signalétique, ont été mis à la disposition du Groupe recherche en soins infirmiers (GRSI) que nous avons créé. Les moyens en temps alloués à cette activité sont passés en 8 ans de 0,2 ETP, à 0,3 ETP, puis 0,5 ETP pour deux ans et depuis le début 2015, je bénéficie d'un temps plein sur cette activité. L'inauguration des locaux a eu lieu en janvier dernier, en présence de l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes psychiatrie et santé mentale. Cet événement était adossé à la première Rencontre de la recherche en soins en psychiatrie (voir encadré). Des collaborations se sont créées à partir de nos résultats de recherche. La question de la reconnaissance mobilise trois dimensions pour le chercheur, une dimension matérielle, sociale et symbolique. Si, sur le premier point, cette situation n'apporte aucun avantage statutaire ou financier, les avancées sur les deux autres points sont sans équivoque.

Les moyens dont vous disposez vous semblent-ils suffisants ?

Nous sommes partis d'un constat pragmatique, parler de la recherche, c'est bien, en faire, c'est mieux. Nous nous sommes donc lancés sans moyens. Des moyens sont arrivés avec la reconnaissance de la recherche, c'est-à-dire une fois démontrées l'utilité et la complémentarité de la contribution, pour nous infirmière, de la recherche. Mais l'enjeu est bien de construire des cadres pérennes et de diffuser une dynamique et une culture de recherche. Pour exemple, un groupe de professionnels de mon établissement vient de finir un premier niveau de formation aux méthodologies. D'ores et déjà, cet

accompagnement est prévu sur un plan pluriannuel et du temps de recherche est dégagé en intersession.

Pensez-vous que la recherche en soins gagnerait à être plus médiatisée en France ?

Sans doute, cela contribuerait à modifier les représentations sociales liées à nos professions « paramédicales » en soutenant que l'on peut être moins « para quelque chose ». Mais, selon moi, le cœur de la communication médiatisée doit s'adresser à nos pairs, avec l'enjeu de la diffusion d'une culture de recherche.

Que souhaiteriez-vous voir développer pour soutenir vos travaux ?

À mon sens, la question essentielle qui se pose aujourd'hui tient à la diffusion et à la communication des résultats de recherche. Là encore, je souhaite être pragmatique. La finalité d'une recherche vise à la diffusion de ses résultats et à l'intégration de ceux-ci dans les pratiques de soins. Les mécanismes, les relais et les voies de l'appropriation appartiennent aux acteurs de terrain. Le chercheur met à disposition ses résultats et peut s'enrichir des modalités d'appropriation. À ce stade, les enjeux prioritaires pour moi ne portent pas sur une intégration dans les circuits administratifs et/ou financeurs de la recherche à l'hôpital, je ne vise pas l'acquisition de points SIGAPS ou de crédit MERRI (6).

Notre communication est double, à destination de nos pairs et d'autres publics, elle porte autant sur la promotion de la recherche en soins que sur ses résultats. Ces derniers touchent à la clinique, à la formation initiale et continue, mais ils peuvent aussi avoir un impact sur les organisations, les approches qualité, voire, ainsi que les professionnels belges l'ont fait, être utilisés comme un objet partagé entre logiques soignantes au quotidien et approches médico économiques. Ces professionnels se sont regroupés en groupe

de coordination et d'initiatives pour le Soclecare (GCIS). Ce terme désigne nos résultats de recherche, soit un « *socle du prendre soin* » (7).

Le point et l'enjeu pour demain des dynamiques locales de recherches en soins tiennent à mon avis à cette étape qui recouvre la diffusion et la réintégration des résultats. Nous devons montrer que la recherche en soins part de questions pratiques liées au terrain, que celles-ci sont investiguées dans un cadre scientifique et que les résultats retournent au terrain. C'est par cette voie et cette visibilité que se diffusera le plus sûrement une culture de recherche.

Quels sont les freins les plus forts auxquels vous avez dû faire face ?

Je ne sais pas par où commencer. L'incrédulité des uns ? La frilosité des autres ? L'accumulation de difficultés matérielles, liées à l'absence de tout cadre initial de travail. Viennent ensuite quelques errements méthodologiques, un isolement de fait et autant le dire, les attaques envieuses. Par exemple, dans mon propre pôle, mis à part mes collègues proches, il a fallu composer avec une indifférence et un désintérêt constant. Mais, davantage que les freins, ce sont les ressources qui méritent d'être mentionnées. Elles sont au nombre de trois : l'appui indéfectible de notre guidante méthodologique externe, Geneviève Robertson, le soutien de mon établissement via le directeur des soins puis l'intérêt et les coups de pouces de l'ARS Rhône-Alpes psychiatrie et santé mentale.

Travaillez-vous en réseau ?

Non, faute de réseau dans notre discipline. Mais je participe actuellement à mettre en place un réseau d'échange et d'appui « recherche en soins en psychiatrie ». L'initiative d'un rendez-vous annuel de rencontre sur ce thème en constitue le maillage central (voir encadré).

Quels sont vos projets dans le domaine de la recherche en soins ?

Mon parcours m'enseigne que les phases de diffusion et de communication sont essentielles si l'on souhaite que notre

rapport de recherche connaisse un destin plus proche d'un impact sur les pratiques que celui de l'étagère. Il faut donc des années pour labourer un terrain où cette culture n'existe pas ou peu, et l'éventail de nos résultats se prêtent à une temporalité de ce type. À titre indicatif, il y a 560 établissements en France habilités dans le secteur de la psychiatrie et je suis ou j'ai été en contact avec 70.

À un niveau local, mes projets concernent une politique recherche en soins avec en priorité l'accompagnement du groupe en formation et pourquoi pas demain, proposer une lettre d'intention et un devis dans un cadre PHRIP.

À un niveau régional, l'ARS Rhône-Alpes vient d'acter la création d'un Centre ressources des métiers et compétences de la psychiatrie, dans lequel va se déclinier un volet promotion de la recherche en soins. Le niveau national va concerner la mise en place et le positionnement de notre établissement dans une dynamique disciplinaire de rencontres annuelles.

Enfin, à ce jour, le niveau international francophone se traduit par la mise en place de collaborations franco/belge. Signalons qu'en novembre 2014, la 1^{re} journée Soclecare, pour ce nom donné à nos résultats de recherche, a réuni une cinquantaine d'institutions (Établissements, Haute École, Fédération hospitalière...) à Dave/Namur. C'est-à-dire la très grande majorité des établissements de la Belgique francophone.

Le mot de la fin ?

Le mot de la fin pour calmer ma faim de mots. Par sa contribution aux soins, la recherche infirmière et paramédicale participe à la reconnaissance des métiers et demain d'une discipline. J'ajouterais volontiers que la recherche en soins est un moteur de développement mais aussi et surtout, peut constituer un outil de réappropriation d'une clinique infirmière en psychiatrie et de reconquête de nos métiers du soin. La création de cette spirale ascendante entre pratique et savoirs permet de mettre en perspectives les savoirs de base, les savoirs d'actions ou

d'expérience et les savoirs « d'en haut » ou académiques. Il s'agit aussi au final de lier et de décondenser cette opposition citée par Henri Bergson (8) : « *La théorie sans la pratique est impuissante, mais la pratique sans la théorie est aveugle.* »

1- Ce dispositif prévoit un accompagnement tutorale et 38 jours de formation (265 heures) dans les deux ans qui suivent la prise de poste ouvrant à une certification. Le CH de Saint Cyr au Mont d'Or s'est vu remettre le Grand Prix ANFH 2015 pour son action constante et renouvelée sur « la transmission des savoirs en psychiatrie par le Tutorat ». Film de présentation sur www.anfh.fr

2- Lanquetin, Jean-Paul & Tchukriel, Sophie, « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie », 29 février 2012, 430 pages, www.sidief.org/wp-content/uploads/rapport-GRSI-Impact-informel-Infirmier-psychiatrie-2012.pdf. Contact : grsi@ch-st-cyr69.fr

3- Le CSR, Conseil Scientifique de la Recherche, est une structure de promotion et d'accompagnement de la recherche ouverte à tous les soignants du CH du Vinatier (Bron, 69).

4- L'approche de la théorisation ancrée propose une manière systématique de collecte, d'organisation et d'analyse des données pertinentes dans des sites diversifiés (Benoliel, 1996; Strauss & Corbin, 1990, 1998) dans un mouvement qui va du singulier au général.

5- Le Boterf, Guy, *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Les éditions d'organisation, 1995.

6- Le projet SIGAPS (Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des projets scientifiques) propose un indicateur du niveau de la production scientifique d'un établissement. Les Crédits MERRI (Mission d'enseignements, de recherche, de référence et d'innovation) constituent l'enveloppe budgétaire recherche pour les hôpitaux.

7- Le GCIS organise sa deuxième journée le 4 décembre 2015 à Namur. « Ensemble, questionnons la transmission du prendre soin ». En savoir plus sur <http://soclecare.eu/>

8- Bergson, Henri, « L'énergie spirituelle », *Essais et conférences, chapitre I - la conscience de la vie*, Paris, Editions PUF, 1919.

Cet entretien est repris à partir de la rubrique « portraits de chercheurs » du site des Journées francophones de la recherche en soins (JFRS), qui se sont tenues les 9 et 10 avril 2015 à Angers. Retrouvez l'intégralité de cet entretien et d'autres sur <http://jfrs-blog-chu-angers.blogspot.fr>

Résumé : La recherche en soins en psychiatrie est une discipline émergente en France, portée par quelques pionniers très investis. À qui, à quoi sert-elle ? Comment s'inscrit-elle dans les établissements ? Dans cette interview, un infirmier de secteur psychiatrique explique ses motivations personnelles et les enjeux pour la profession.

Mots-clés : Engagement – Infirmier de secteur psychiatrique – Recherche – Savoir être – Savoir-faire – Savoir pratique – Soin psychiatrique – Temps informel.