

Faculté de santé publique

Étude d'implémentation de la délégation
d'actes, prescrite par l'Arrêté Royal de 2019 :

Exploration qualitative du vécu
interprofessionnel entre infirmiers et aides-
soignants.

Mémoire réalisé par

Adrien PIRET

Promotrice :

Hélène GARIN

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Étude d'implémentation de la délégation
d'actes, prescrite par l'Arrêté Royal de 2019 :

Exploration qualitative du vécu
interprofessionnel entre infirmiers et aides-
soignants.

Remerciements :

Pour commencer, j'aimerais exprimer ma profonde gratitude à Hélène Garin, ma promotrice, pour son soutien, son suivi exceptionnel et unique. Merci pour sa réactivité, ses réponses toujours assurées et sa bonne humeur constante, qui ont été d'un grand soutien tout au long de ce parcours.

Je tiens ensuite à remercier du fond du cœur mon épouse, Céline, ainsi que mes enfants. Leur patience et leur soutien indéfectible m'ont permis de garder espoir et de puiser l'énergie nécessaire pour travailler sur ce mémoire.

Un merci tout particulier à ma maman, Patricia, pour ses multiples relectures attentives et ses encouragements constants.

Je pense également à mes deux collègues, Jérôme et Loïc. Merci à eux pour ces trois années de dur labeur. Leur soutien lors de la production de ce mémoire, leurs conseils avisés et leur énergie ont été essentiels à sa réalisation.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenu tout au long de ce projet. Leur aide a été précieuse et a grandement contribué à ce travail.

Le plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. J'ai utilisé ChatGPT comme outil orthographique pour ce mémoire, sachant que la production du texte est totalement personnelle.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain

1	Introduction :.....	1
2	Cadre théorique :.....	2
2.1	Concepts clés pour la compréhension du problème :	2
2.1.0	Les aides-soignants en Belgique :	2
2.1.1	Les infirmiers en Belgique avec la spécificité des infirmiers SIAMU :.....	3
2.1.2	Collaboration interprofessionnelle :	4
2.1.3	Une équipe de soins :	5
2.2	La délégation de tâches : contexte et définition :.....	6
2.2.0	Contexte :.....	6
2.2.1	Définition :	9
2.3	L'implémentation :	12
2.3.0	Définition :	12
2.3.1	Proctor et ses indicateurs :	13
2.3.2	Le modèle EPIS :.....	15
2.3.3	Etat des lieux du processus d'implémentation de la délégation de tâches au sein du GHDC :	17
2.4	Synthèse du cadre théorique :.....	18
3	Méthode :.....	20
3.1	Introduction :	20
3.2	Objectifs de la recherche :	20
3.3	Collecte des données :	20
3.4	Dispositif d'analyse des données :	23
3.5	Recul réflexif :.....	23
4	Résultats :	24
4.1	Introduction :	24
4.2	Présentation de l'échantillon :	25
4.3	Analyse des focus groups infirmiers :.....	26
4.3.0	L'ambiance/l'atmosphère des focus groups (FG) infirmiers :.....	26
4.3.1	Connaissance et compréhension :.....	27
4.3.2	Formation et préparation :	28
4.3.3	Répartition des responsabilités :	29
4.3.4	Collaboration interprofessionnelle :	30
4.3.5	Expérience vécue et perception :	30
4.3.6	Impact perçu sur la qualité des soins :	31
4.3.7	Dynamique et climat de l'équipe :.....	32
4.3.8	Sentiment d'accomplissement professionnel :.....	32

4.3.9	Compréhension des rôles :	33
4.4	Analyse des entretiens individuels avec les aides-soignants :	34
4.4.0	Connaissance et compréhension :	34
4.4.1	Formation et préparation :	35
4.4.2	Répartition des responsabilités	35
4.4.3	Collaboration interprofessionnelle	36
4.4.4	Expérience vécue et perception	37
4.4.5	Impact perçu sur la qualité des soins	37
4.4.6	Dynamique et climat de l'équipe	38
4.4.7	Sentiment d'accomplissement professionnel	38
4.4.8	Compréhension des rôles	39
4.5	Application du model EPIS :	39
4.6	Conclusion générale de l'analyse des entretiens :	40
5	Discussions et conclusions :	42
5.1	Introduction et rappel des résultats :	42
5.2	Comparaison avec le cadre théorique :	42
5.3	Limites de l'étude :	46
5.4	Pour le futur :	47
6	Conclusion :	48
	Bibliographie :	50
7	Annexes :	55
7.1	Annexe 1 :	55
7.2	Annexe 2 :	56
7.3	Annexe 3 :	57
7.4	Annexe 4 :	58
7.5	Annexe 5 :	61

Liste des Abréviations :

- **AR** - Arrêté Royal
- **AS** - Aide-Soignant
- **EBP** - Evidence-Based Practice
- **ETP** - Équivalent Temps Plein
- **EPIS** - Exploration, Préparation, Implémentation, Soutien (modèle)
- **FG** – Focus Groups
- **GHDC** – Grand Hôpital de Charleroi
- **HPBM** - Héparine de bas poids moléculaire
- **IV** - Intraveineux
- **SIAMU** – Soins Intensif et Aide Médicale Urgente
- **USI** - Unités de Soins Intensifs

1 Introduction :

Dans le contexte en constante évolution des soins de santé en Belgique, l'interaction entre aides-soignants et infirmiers est cruciale. En réponse aux défis posés par une société vieillissante et la nécessité de soulager la charge de travail des infirmiers, l'Arrêté Royal de février 2019 a été voté par le gouvernement belge, afin d'élargir les responsabilités des aides-soignants en modifiant la liste de leurs actes autorisés. Cette mesure vise à transférer cinq compétences aux aides-soignants, selon un principe de délégation pour une nouvelle répartition des tâches.

Au Grand Hôpital de Charleroi, dans les unités aiguës (urgences, soins intensifs, et grands brûlés), les aides-soignants ont tous bénéficié d'une formation spécifique pour tirer pleinement parti de cette modification légale. Deux ans après cette formation et l'intégration dans les équipes de soins, il est crucial d'évaluer l'impact réel du ressenti des acteurs concernés face à ces changements sur le terrain. Cette étude d'implémentation explore **comment se déroule l'implémentation du transfert d'actes entre infirmiers et aides-soignants au sein du pôle aigu du Grand Hôpital de Charleroi**. Plus particulièrement, je m'intéresse au **vécu des deux parties prenantes**. En adoptant une méthode qualitative, basée sur des entretiens individuels et des focus groups, cette recherche vise à comprendre les expériences des soignants face aux changements opérationnels et relationnels induits par cette nouvelle législation.

S'appuyant sur un cadre théorique solide et des grilles d'analyse basées sur des revues de littérature, ce travail aspire à enrichir les connaissances sur la gestion des soins de santé et la collaboration interprofessionnelle. En fournissant des recommandations pratiques et théoriques, cette recherche vise à améliorer les conditions de travail entre les infirmiers et les aides-soignants dans les services critiques, tout en optimisant la qualité des soins offerts aux patients. Ce document définit les concepts clés et le cadre théorique avant de présenter la méthodologie et les résultats obtenus. La discussion finale comparera la théorie avec les résultats obtenus pour évaluer si l'expérience interprofessionnelle a été significativement impactée par l'implémentation de l'Arrêté Royal de 2019.

2 Cadre théorique :

2.1 Concepts clés pour la compréhension du problème :

L'architecture des soins de santé contemporains repose sur la collaboration interprofessionnelle. L'efficacité de cette collaboration dépend notamment de la définition claire des rôles de chacun et des interactions entre les différents acteurs soignants. Dans cette première partie, je définirai quelques-uns des termes clés permettant de clarifier les rôles des aides-soignants et des infirmiers et d'explorer la dynamique et la collaboration au sein des équipes de soins. Ces éléments constituent la toile de fond essentielle pour comprendre l'interdépendance et le partenariat caractéristiques du milieu hospitalier et des soins de santé belge actuels.

2.1.0 Les aides-soignants en Belgique :

En Belgique, les aides-soignants (AS) travaillent en étroite collaboration avec les infirmiers et les médecins. Au regard de la loi belge, ils sont définis comme étant « *spécifiquement formés pour assister l'infirmier responsable de soins généraux et/ou l'assistant en soins infirmiers dans les situations moins complexes, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique* ». (SPF Santé Publique, 2023). Leur rôle est donc varié et crucial pour le bon fonctionnement des équipes de soins. Ils sont essentiels pour la collaboration, l'éducation des patients et de leurs proches, la communication au sein de l'équipe soignante et le maintien de la qualité et de la sécurité des soins. En agissant comme des partenaires clés des infirmiers, ils contribuent significativement à l'efficacité et à la sécurité des soins, renforçant ainsi leur position dans le processus de soins, allant des soins d'hygiène personnelle et de confort à l'assistance dans les activités quotidiennes pour les personnes âgées, malades ou handicapées.

La formation des AS est rigoureusement encadrée, nécessitant une année d'étude secondaire supplémentaire, technique ou professionnelle, complétée par des formations spécialisées et des périodes de stages pratiques. L'Arrêté Royal (AR) du 27 février 2019 a récemment étendu le champ des actes infirmiers que les AS sont habilités à réaliser, augmentant ainsi leur autonomie dans un cadre bien défini.

2.1.1 Les infirmiers en Belgique avec la spécificité des infirmiers SIAMU :

Les infirmiers jouent également un rôle vital dans le système de soins de santé belge, collaborant avec divers professionnels pour fournir des soins de qualité aux patients. Leurs responsabilités variées comprennent l'évaluation des besoins des patients, la planification et la mise en œuvre des plans de soins, l'administration des médicaments, et le suivi de l'état des patients (health.belgium, 2023). La formation des infirmiers est exigeante, impliquant un cursus de quatre ans, qui peut être suivi d'une spécialisation dans des domaines tels que les soins intensifs et d'urgences, la pédiatrie, la santé mentale etc. Une formation continue est également obligatoire pour maintenir et améliorer leurs compétences. (Conseil fédéral de l'art infirmier, 2018)

Les infirmiers qui suivent une spécialisation SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente) se forment pour travailler dans des unités plus critiques telles que les urgences et les unités de soins intensifs (USI). Ces professionnels possèdent des compétences techniques spécialisées indispensables à la prise en charge globale des patients en situation d'urgence. Leur domaine de compétences, initialement défini par l'AR du 18 juin 1990, a été élargi par l'AR du 27 septembre 2006. (AR 18 juin 1990 et AR 27 septembre 2006)

Grâce à leurs fonctions récemment étendues, l'intégration des AS dans les services d'urgence et d'USI, a pour but de diminuer la charge de travail des infirmiers SIAMU. En théorie, cela devrait permettre aux infirmiers de se concentrer davantage sur les tâches critiques et les soins spécialisés, comme la surveillance des fonctions vitales et l'administration des traitements d'urgence. L'intégration des AS dans les unités de soins aigus a le potentiel de décharger les infirmiers des tâches non spécialisées améliorant ainsi le flux de travail et potentiellement la qualité des soins.

Nous venons de montrer l'importance de la collaboration entre AS et infirmiers pour une répartition efficace des responsabilités. Ce partenariat s'avère encore plus essentiel dans le contexte actuel des soins de santé que nous verrons un peu plus loin dans ce travail. Dès lors, il est pertinent de se pencher sur les éléments clés qui soutiennent et enrichissent cette collaboration.

2.1.2 Collaboration interprofessionnelle :

La collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé est définie de multiples manières (Rose, 2011. D'Amour et al, 2005. Staffoni et al, 2017). La diversité conceptuelle de ce sujet, bien documentée dans la littérature spécialisée, reflète sa richesse et sa complexité. Il est essentiel de reconnaître et de comprendre cette diversité théorique pour intégrer adéquatement la notion de collaboration dans les soins de santé.

Considérée comme un pilier central des soins de santé, la collaboration interprofessionnelle est un processus en constante évolution, caractérisée par une interaction dynamique entre les professionnels concernés. Ce processus dynamique implique la répartition de responsabilités, de décisions et de valeurs, ainsi que l'échange de données pertinentes. Plusieurs concepts clés, tels que le partage, le partenariat, le pouvoir, l'interdépendance et le processus, caractérisent cette collaboration et se retrouvent dans presque toutes les définitions. Le partenariat, élément central déjà mentionné ci-dessus, entre les infirmiers et AS, nécessite une communication transparente ainsi qu'une confiance et un respect mutuels entre les professionnels (D'Amour et al, 2005).

Les prestataires de soins jouent un rôle décisif dans la facilitation de la dynamique collaborative. Ils comblent les écarts entre les disciplines, négocient les chevauchements de rôles et créent des espaces propices à une collaboration efficace. En valorisant les compétences et perspectives uniques de chacun, ils contribuent de manière significative au développement de dynamiques de travail collaboratif efficaces. (Schot Tummers et Noordegraaf, 2020)

D'Amour en 2005 explique que les équipes interprofessionnelles, conçues pour répondre aux besoins complexes des patients, intègrent de manière flexible et ouverte les connaissances et expertises de chacun. Cette approche vise non seulement l'amélioration continue de la qualité des soins mais reconnaît aussi le rôle crucial des patients au sein de l'équipe de soins. L'auteur souligne que la collaboration interprofessionnelle doit être envisagée non seulement comme une série d'actions intégrées, mais aussi comme un état d'esprit, nécessitant une réflexion approfondie sur les modèles de soins, les processus de décision partagée et l'intégration active des patients dans l'équipe soignante. (D'Amour et al, 2005)

Appliquer ces recherches de D'Amour aux AS et infirmiers signifie qu'au-delà de l'alignement de leurs tâches, ils doivent engager une réflexion commune sur la manière de prodiguer des

soins et de prendre des décisions conjointement, notamment dans des environnements critiques tels que les unités d'USI ou les urgences. Cette collaboration optimale inclut également l'intégration des patients dans le processus de soins, affirmant que pour atteindre une "bonne" collaboration, il est crucial d'embrasser une vision globale qui valorise les contributions de tous les acteurs impliqués.

2.1.3 Une équipe de soins :

Tributaire de la collaboration entre ses membres, un travail d'équipe efficace est également reconnu comme un pilier fondamental pour assurer des soins de qualité et la sécurité des patients. La synergie entre les membres de l'équipe repose sur plusieurs piliers, identifiés par des recherches approfondies dans le domaine, qui constituent des facteurs clés pour un travail d'équipe réussi.

D'une part, des modèles mentaux partagés, soulignés par des études telles que celle de Weller et al. (2014), forment la base d'une compréhension commune des rôles, responsabilités et objectifs. Cette cohésion mentale et compréhension facilitent une collaboration et une coordination efficaces, cruciales pour le partage d'informations et le soutien mutuel, surtout dans des environnements à haut risque.

Ensuite, la communication ouverte et honnête, renforcée par le respect mutuel et la confiance, est essentielle pour le maintien de cette synergie, comme le soulignent également Rosen et al. (2018). Weller et ses collègues (2014) mettent en avant l'importance de la communication en boucle fermée pour prévenir les malentendus et les erreurs, assurant ainsi la sécurité des patients. Ce type de communication garantit que les informations sont partagées de manière exhaustive et comprise par tous les membres de l'équipe.

Puis l'interdisciplinarité, mise en lumière par Nancarrow et al. (2013), est déterminante pour intégrer la diversité des compétences et perspectives, enrichissant la prise de décision et l'efficacité des soins. Les dix principes énoncés par Nancarrow et ses collègues offrent un cadre pour optimiser le travail d'équipe interdisciplinaire, incluant par exemple des objectifs partagés, un leadership collaboratif et une communication efficace.

Finalement, Rosen et al. (2018) établissent un lien direct entre la qualité du travail d'équipe et les résultats en termes de qualité des soins et de sécurité des patients. Ils recommandent le

développement de compétences spécifiques au travail d'équipe dans les professions de santé, à travers des programmes de formations interprofessionnelles.

En synthétisant ces recherches, nous comprenons que le travail d'équipe dans le domaine des soins de santé constitue un écosystème complexe où chaque élément (communication, respect, confiance et compétences interdisciplinaires) joue un rôle crucial. En surmontant les obstacles tels que les hiérarchies rigides et en promouvant une culture de collaboration, les établissements de santé peuvent non seulement améliorer les soins aux patients mais aussi le bien-être des professionnels. Avec ces fondements en place, notre attention se porte maintenant sur la collaboration spécifique entre infirmiers et AS, explorant les dynamiques et les nécessités qui soutiennent cette interaction vitale pour la qualité continue des soins

2.2 La délégation de tâches : contexte et définition :

2.2.0 Contexte :

L'AR de 2019 permettant le transfert de certains actes infirmiers aux AS s'inscrit dans un contexte où les systèmes de santé européens, y compris celui de la Belgique, font face à des défis significatifs. Selon l'OCDE et son rapport « Health at a Glance: Europe 2020 », les pays européens sont confrontés à une pénurie croissante de professionnels de santé, exacerbée à la fois par le vieillissement des prestataires en santé et le manque de nouveaux diplômés entrant dans ces professions.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la demande en soins de santé augmente, notamment en raison d'une population vieillissante, un phénomène bien documenté dans les rapports de l'OCDE et les études démographiques. En parallèle, une étude conduite par le département de santé publique et soins primaires de l'Université Catholique de Louvain (KUL) en 2009, RN4CAST, a mis en lumière que, en Belgique, un infirmier se chargeait en moyenne de 10,7 patients dans les services de chirurgie générale ou de médecine interne.

Cette moyenne dépasse nettement le standard européen, qui est de 8,3 patients par infirmier. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a confirmé cette tendance dans son rapport de 2019 sur la dotation infirmière nécessaire pour garantir la sécurité dans les hôpitaux aigus. Bien que le ratio ait légèrement baissé à 9,4 patients par infirmier en 2019, il demeure préoccupant car il surpasse toujours la moyenne européenne. Un tel écart est alarmant, sachant

que l'élévation du ratio patient/infirmier est directement corrélée à l'augmentation des risques de mortalité, d'infections nosocomiales chez les patients, ainsi qu'aux risques accrus de burnout et d'insatisfaction professionnelle chez les infirmiers. (KCE, 2019)

Ces statistiques mettent en lumière les défis auxquels les infirmiers en Belgique sont confrontés, notamment une charge de travail élevée, de la fatigue, voire un épuisement physique. Cette situation critique dans le domaine des soins infirmiers en Belgique nécessite une attention particulière et des mesures politiques adaptées pour améliorer les conditions de travail des infirmiers et la qualité des soins de santé.

La Belgique, en tant que partie prenante des systèmes de santé européens, doit ainsi tenir compte de ces défis et travailler à leur résolution pour assurer un avenir durable et efficace pour son propre système de soins (Statan, 2022). Dans le rapport du KCE de 2019, un point crucial est souligné : malgré l'augmentation de leurs responsabilités, les infirmiers continuent d'effectuer des tâches qui ne nécessitent pas nécessairement leurs compétences spécialisées. À titre d'illustration, une proportion significative d'entre eux, soit 82 %, se charge de la distribution des repas. De plus, 61 % des infirmiers sont impliqués dans le transfert des patients à l'intérieur de l'hôpital. (KCE, 2019).

Récemment, en 2022, le rapport du KCE sur la dotation infirmière dans les services d'USI belges a examiné l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les deux années précédentes. Ce rapport souligne que les infirmiers qualifiés sont souvent submergés par des responsabilités accrues dans des situations critiques. Une enquête a révélé que seulement 26,9 % des infirmiers étaient capables d'accomplir toutes les tâches prévues pendant leur temps de travail. Parmi les tâches chronophages et non spécialisées figurent la gestion des commandes, la réponse aux appels téléphoniques, le nettoyage des chambres, la commande et le rangement des médicaments, ainsi que la préparation et le service des repas, en plus du transport des patients. Ces activités se font au détriment de responsabilités essentielles telles que l'administration ponctuelle des médicaments, le repositionnement des patients et la surveillance adéquate des paramètres vitaux. Durant les périodes critiques de la pandémie, seulement 24 % des infirmiers ont signalé la présence d'AS à leurs côtés, ce qui indique un manque de soutien dans ces moments clés. En revanche, les données concernant les services d'urgences sont manquantes, laissant un vide sur l'impact réel dans ces services.

Ces informations mettent en lumière la nécessité flagrante d'une collaboration efficace et d'un travail d'équipe renforcé avec les AS dans les unités d'USI et les urgences, ce qui pourrait significativement améliorer la qualité des soins et l'efficacité des infirmiers. (KCE, 2022)

La délégation de tâches est un thème à la fois vaste et compliqué, s'inscrivant dans le cadre politique et constituant un sujet d'actualité dans le monde politique. Un communiqué de presse de l'an dernier (25 avril 2023) et présenté par Frank Vandebroucke et son groupe de travail, annonce une réforme significative de la profession infirmière. Cette réforme s'appuie sur la délégation de tâches comme un moyen essentiel pour répondre à la pénurie de personnel dans le secteur des soins de santé. Elle reconnaît que les infirmiers et infirmières sont souvent sous-utilisés et limités dans leur autonomie, ce qui restreint l'exploitation complète de leurs compétences. Un groupe de travail a été désigné pour élaborer des recommandations visant une meilleure différenciation et délégation des tâches. Ces propositions ont pour but de redéfinir les tâches infirmières, en envisageant la prise en charge de certaines d'entre elles par d'autres professionnels de santé ou par les patients eux-mêmes, sous conditions spécifiques. (Frank Vandebroucke et son groupe de travail, 2023)

En réponse à ces défis, une des solutions proposées par le monde politique est la délégation de tâches, aussi appelée transfert de compétences entre les professionnels de la santé. Cette approche n'est pas nouvelle : déjà en 2013, une étude menée par Munn avait souligné l'importance d'une meilleure intégration des assistants de santé dans les modèles de soins, tout en valorisant leur rôle clinique (Munn et al, 2013). Le 27 février 2019, un nouvel AR a révisé celui du 12 janvier 2006, qui détermine les activités infirmières pouvant être réalisées par des AS, ainsi que les conditions dans lesquelles ces derniers peuvent effectuer ces actes. Cette révision a introduit cinq actes spécifiques, énumérés dans le tableau ci-dessous (Moniteur Belge, 2019). Il est important de souligner que l'infirmier reste responsable juridiquement de la tâche déléguée par ses soins.

Tableau 1 nouveaux actes AS

Nouvelles tâches des aides-soignants	Description
Mesures de paramètres	Mesurer et surveiller des signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, température corporelle, glycémie).
Administration de médicaments préparés	Administer des médicaments, sauf intraveineux (IV) et stupéfiants, préparés par un infirmier ou un pharmacien. Administration d'héparine à bas poids moléculaire (HBPM)
Alimentation et hydratation par voie orale	Gérer de manière autonome l'alimentation et l'hydratation orale des patients, surtout ceux avec des besoins nutritionnels spécifiques.
Enlèvement manuel des fécalomes	Réaliser l'enlèvement manuel des fécalomes, une procédure cruciale pour les patients souffrant de constipation sévère.
Enlèvement et pose de bandages ou bas veineux	Gérer les bandages et les bas de compression, essentiels pour prévenir ou traiter les affections veineuses, notamment chez les patients alités ou à mobilité réduite.

En décembre 2023, Frank Vandebroucke et son groupe de travail ont finalisé leur rapport ainsi qu'un tableau récapitulatif sur leur réflexion finale concernant la délégation des tâches, dans le but de redistribuer les tâches et compétences dans le système de soins de santé. À l'heure actuelle, aucune mise en application n'est programmée, mais cette réflexion fait partie des défis futurs du système de soins de santé belge.

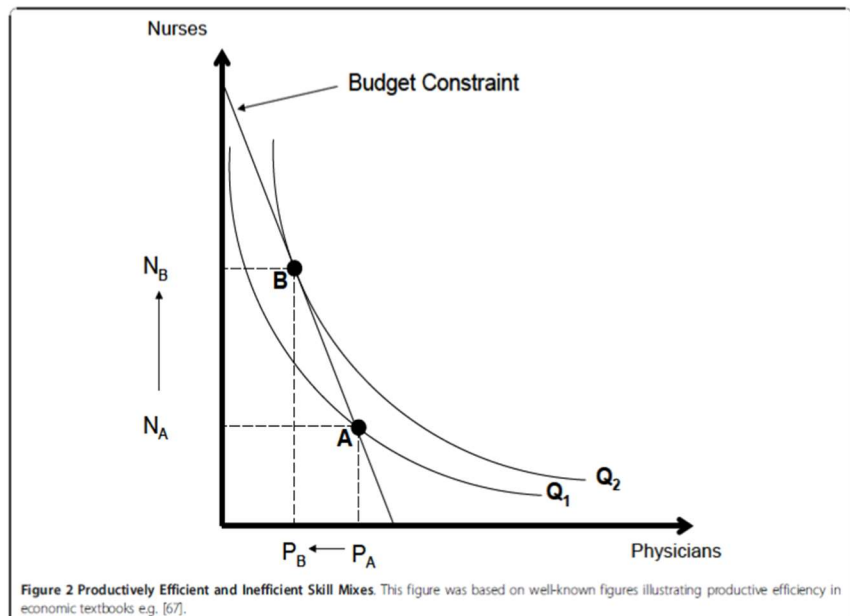
2.2.1 Définition :

La délégation d'actes vise à répartir les responsabilités entre différents professionnels de la santé, permettant ainsi une gestion plus efficace et adaptée des cas de patients complexes. La pratique de la délégation de tâches repose sur deux concepts principaux : l'amélioration et la substitution de rôles. L'amélioration des rôles implique l'extension des compétences et des responsabilités d'un groupe professionnel spécifique, tandis que la substitution de rôles se concentre sur le transfert de certaines tâches à d'autres membres de l'équipe de manière plus intégrée, en incluant des changements ou des tâches qui étaient traditionnellement réservées à certains professionnels (Sibbald, B et al, 2004).

Fulton rajoute un élément dans cette définition en décrivant la délégation comme une stratégie qui consiste à transférer certaines responsabilités du personnel existant, souvent plus qualifié, à des individus ayant soit une formation moins avancée, soit une formation spécifiquement adaptée dans un but bien précis d'efficience ou en réponse à des déficiences. (Fulton et al, 2011) Celui-ci envisage cette pratique comme une solution potentielle face aux défis majeurs posés par les pénuries de personnel de santé et les déséquilibres dans la répartition des compétences. Il analyse cela principalement dans les pays à faible revenu, en pénurie, en se basant sur un argument économique. Selon lui, le principal objectif de la délégation de tâches est d'accroître l'efficacité productive, c'est-à-dire d'augmenter le nombre de services de soins de santé fournis à une qualité et à un coût donné, ou, alternativement, de fournir le même niveau de services de soins de santé de qualité à un coût moindre. (Fulton et al, 2011)

Dans le contexte de mon mémoire, un graphique repris dans l'article de Fulton est particulièrement pertinent. Il illustre l'optimisation des mélanges de compétences entre professionnels de santé, ici

entre infirmiers et médecins, dans un contexte de contrainte budgétaire fixe. Le point A montre une combinaison de compétences où trop de ressources sont allouées aux médecins par rapport aux infirmiers, conduisant à une quantité moindre de services de santé pour un



coût donné (Q_1). Le point B, en revanche, représente une allocation plus efficace des ressources humaines où, pour le même budget, un plus grand nombre de services de santé est produit. Cette efficience est atteinte en ajustant le nombre de médecins et d'infirmiers pour se rapprocher de la ligne budgétaire. (Fulton et al, 2011)

(Fulton et al., 2011) 1

La délégation d'actes dans les soins infirmiers est une thématique complexe et essentielle, étroitement liée à la dynamique de travail entre les infirmiers et le personnel d'assistance en soins infirmiers, notamment les AS dans notre contexte. La qualité des relations de travail entre les infirmiers et les AS est un facteur clé dans la réussite de la délégation. Plusieurs études se

sont penchées sur la différence de perception et de vécu entre les professions concernant les pratiques de délégation. Selon Potter et ses collègues (2010) les infirmiers identifient souvent la réticence des AS à accepter des tâches déléguées comme une source de conflit, tandis que les AS soulignent des problèmes de communication et de travail d'équipe. Cette divergence de perspective met en évidence l'importance de lignes directrices claires pour les rapports entre infirmiers et AS, y compris la discussion des problèmes liés aux conflits lors de réunions ou de formations (Potter et al, 2010).

Une autre étude de Kalish et ses collègues (2011), identifie sept thèmes majeurs abordés lors de discussions avec les infirmiers et AS, pouvant entraver la délégation et la collaboration professionnelle, menant parfois à des soins de moindre qualité et sécurité pour les patients. Ces thèmes sont : le manque de clarté des rôles, le manque de travail en équipe, l'incapacité à gérer efficacement les conflits, la non-participation des AS à la prise de décisions, la délégation déficiente, la présence de plusieurs chefs, et le syndrome du « ce n'est pas mon travail ». La délégation déficiente est particulièrement intéressante, car elle mentionne que l'infirmier a des difficultés à déléguer une tâche, allant à l'encontre d'une délégation efficace (Kalisch et al, 2011). La perception des rôles de chacun, citée par plusieurs auteurs, est expliquée comme un levier influençant positivement la délégation et l'acceptation de la collaboration (McKenna. et al, 2004).

Certains auteurs expliquent que l'augmentation de la "dépendance" aux assistants de soins de santé peut soulever des inquiétudes, d'une part des infirmiers qui sont souvent préoccupés car ils restent responsables de la supervision et de l'exactitude des soins délivrés, d'autres part des patients et de leurs familles qui peuvent ressentir une incertitude quant aux compétences des assistants de soins, ce qui peut réduire leur confiance dans le système de soins de santé et potentiellement impacter leur satisfaction et leur sécurité. (McKenna et al, 2004).

Ce chapitre a abordé en profondeur le sujet de la délégation des actes comme solution potentielle aux défis actuels de pénurie de personnel soignant, de demande de soins croissante, et d'une dotation infirmière trop élevée. Face à ces enjeux, les décideurs politiques belges, en 2019 mais encore plus récemment en 2023, identifient la délégation d'actes à d'autres professionnels de santé comme une stratégie prometteuse. Cette stratégie participe à l'idée d'une optimisation des mélanges de compétences entre professionnels de santé, qui permettrait de fournir une offre de soins plus efficiente tout en respectant des contraintes. Si la délégation d'actes est une solution prometteuse, sa réussite repose notamment sur la qualité de la relation

de travail entre les prestataires de soins concernés. Plusieurs études ont montré quels facteurs pouvaient entraver ou faciliter le transfert de responsabilité entre des infirmiers et des AS. Nous allons désormais orienter notre attention vers la phase d'implémentation de cette stratégie au sein du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC). Cet établissement a intégré des AS en novembre 2021 dans divers services, notamment les urgences, marquant une étape significative dans l'application de la délégation des actes. Avant de plonger dans l'étude de ce cas spécifique, il est essentiel de se pencher sur les concepts clés d'implémentation qui permettent d'étudier cette transition. Nous explorerons ces notions théoriques pour évaluer le déploiement de la délégation d'actes au sein du pôle aigu du GHDC et ses effets.

2.3 L'implémentation :

2.3.0 Définition :

Dans le champ de la santé, l'implémentation, appelée aussi, parfois, mise en œuvre ou déploiement, est un processus dynamique et complexe qui implique une série d'actions et de décisions permettant d'appliquer efficacement, dans un contexte donné, une nouvelle politique de santé ou une nouvelle pratique basée sur des preuves (« Evidence-based practice » ou EBP). La réussite de ce processus nécessite une adaptation continue aux spécificités du contexte (Fixsen et al, 2005. Eccles & Mittman, 2006). Quand on parle d'Evidence-Based Practice (EBP), on parle d'une approche systématique de la pratique médicale, infirmière et paramédicale qui vise à optimiser la prise de décision en intégrant les meilleures preuves scientifiques disponibles, l'expertise clinique et les préférences des patients. En Belgique, le développement d'un Plan EBP au niveau fédéral a été initié pour renforcer la politique de santé en matière de pratiques basées sur les preuves. Ce plan implique l'élaboration de guidelines et d'autres produits EBP, avec une attention particulière portée à leur implémentation sur le terrain. Les défis de cette implémentation incluent la dissémination efficace des guidelines à travers des canaux appropriés et la gestion des performances pour évaluer l'efficacité des interventions. De plus, des efforts considérables sont nécessaires pour surmonter les résistances comportementales et institutionnelles, souvent dues à des changements dans les pratiques professionnelles. Le succès de l'implémentation d'une EBP, comme celle qui fait l'objet de ce travail, repose également sur l'engagement de tous les professionnels de santé, qui est essentiel afin de transposer ces pratiques en bénéfices tangibles pour les patients. Cette démarche exige une collaboration étroite entre diverses disciplines et acteurs du système de santé, y compris

une évaluation continue pour ajuster et améliorer les stratégies d'implémentation basées sur les résultats obtenus. (Rapport KCE « Vers un plan intégré d'Évidence-Based Practice en Belgique », 2017) L'implication des acteurs concernés est cruciale, car le processus de mise en œuvre interagit avec le contexte, les acteurs et les conditions environnementales, affectant son succès ou son échec. (Peters et al, 2013). Plusieurs outils et cadres théoriques permettent d'évaluer le processus d'implémentation d'une EBP. Afin d'évaluer l'implémentation de la délégation d'actes au sein du GHDC, nous utilisons dans ce travail le modèle de EPIS de G. Aarons (2011), en lui combinant les indicateurs de E. Proctor (2011).

2.3.1 Proctor et ses indicateurs :

Selon Proctor et al. (2011), l'évaluation de la qualité et de l'efficacité de la mise en œuvre des pratiques fondées sur des preuves repose sur des indicateurs tels que l'acceptabilité, l'adoption, la pertinence, la faisabilité, la fidélité, le coût, la pénétration, et la durabilité. Chacun de ces indicateurs joue un rôle crucial dans l'analyse du processus d'implémentation, reflétant sa réussite ou son échec plus ou moins important.

L'**acceptabilité** se concentre sur la perception des parties prenantes quant à son accord avec le contenu d'une intervention spécifique. Cela comprend l'évaluation des aspects tels que la complexité, et la compréhension distincte de la satisfaction générale. L'acceptabilité est généralement mesurée par des enquêtes ou des retours directs des professionnels de santé et des patients, offrant une perspective dynamique qui peut évoluer avec le temps.

L'**adoption** décrit la décision initiale d'essayer ou d'implémenter une nouvelle pratique. Cet indicateur mesure la volonté des professionnels à intégrer des innovations basées sur des preuves dans leur pratique quotidienne. Elle est souvent évaluée à travers des enquêtes organisationnelles ou des analyses de l'intégration pratique au sein des structures de soins.

La **pertinence** évalue la compatibilité d'une intervention avec les besoins spécifiques d'un contexte, d'un professionnel de santé ou d'un patient. Cet indicateur aide à distinguer si une intervention, tout en étant appropriée pour traiter un problème donné, est également jugée acceptable par ceux qui la mettent en pratique.

Le **coût**, associé à l'implémentation, englobe les dépenses nécessaires pour l'adoption et le maintien d'une intervention. L'analyse des coûts varie en fonction de la complexité de l'intervention et du contexte dans lequel elle est déployée. Des études de coût-efficacité évaluent l'alignement des dépenses sur les bénéfices attendus.

La **faisabilité** considère si une intervention peut être effectivement mise en œuvre dans un cadre donné, en tenant compte des ressources disponibles et des contraintes existantes. Cet indicateur est essentiel pour anticiper les chances de succès d'une initiative.

La **fidélité** mesure l'adhérence à l'implémentation d'une intervention selon le protocole établi, veillant à ce que la pratique réalisée soit fidèle à celle qui a été validée par la recherche. La surveillance de la fidélité peut se faire par des observations et des évaluations périodiques.

La **pénétration** fait référence à l'étendue de l'adoption d'une pratique au sein d'un système de soins, mesurée par le rapport entre le nombre de professionnels de santé utilisant la pratique et ceux qui sont formés pour l'utiliser, reflétant ainsi la diffusion de l'intervention.

Enfin, la **durabilité** examine la capacité d'une intervention à rester intégrée dans les activités régulières d'un établissement de services sur le long terme, assurant ainsi que les bénéfices de l'implémentation perdurent bien au-delà de la phase initiale.

Pour évaluer les résultats de l'implémentation avec des indicateurs, il est essentiel de considérer celle-ci dans son ensemble et de manière globale, puisqu'ils s'influencent les uns les autres, comme par exemple l'acceptabilité d'une intervention qui s'avère déterminante pour son adoption et sa durabilité. Proctor explique que certains indicateurs sont plus pertinents dans le début du processus d'implémentation comme l'acceptabilité ou la faisabilité qui jugent si l'intervention est appropriée et réalisable pour les personnes qui doivent la mettre en pratique, tandis que d'autres indicateurs comme l'adoption et la pérennité seront évalués plus tard afin de déterminer si la mise en œuvre est bien effective. En comprenant comment ces facteurs interagissent, les stratégies d'implémentation peuvent être affinées pour favoriser l'adoption des EPB, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins de santé et à des politiques de santé plus efficaces (Proctor et al, 2011)

2.3.2 Le modèle EPIS :

La littérature scientifique propose plusieurs cadres théoriques d'implémentation. Parmi eux, le cadre EPIS (Exploration, Préparation, Implémentation, Maintien), développé par Aarons (2011), qui est un modèle caractérisé par quatre phases dynamiques et interconnectées, reflétant quatre différentes étapes de l'implémentation d'une EBP : la phase d'exploration, la phase de préparation à l'implémentation, la phase active et puis la phase de maintien (Aarons et al , 2011). L'auteur a identifié pour chacune des quatre phases, plusieurs déterminants qui influencent le déroulement du processus d'implémentation (Voir figure 2 Moulin et al 2019 ci-après)

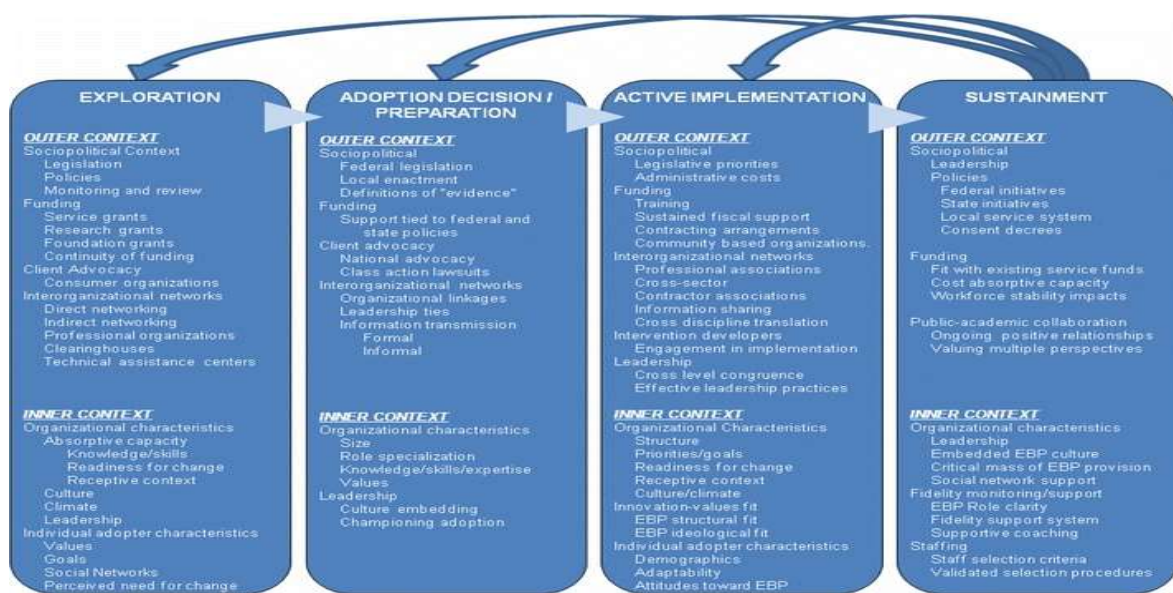
La phase **d'exploration**, cette première étape essentielle, correspond à une période d'évaluation pendant laquelle une organisation (des décideurs politiques, une institution hospitalière, un service distinct, une équipe professionnelle, ...) évalue ses besoins et sélectionne-la ou les EBP appropriées pour y apporter une réponse. Cette étape est influencée par des facteurs tels que le contexte sociopolitique dans lequel se trouve l'organisation, ses sources de financements externes, ou encore sa propre culture changement. Les indicateurs de réussite clés de cette phase sont principalement (selon Proctor) l'adéquation et l'acceptabilité des EBP choisis.

La phase de **préparation** est également cruciale dans le processus d'implémentation des pratiques basées sur les évidences, marquant le moment où les organisations établissent les bases nécessaires pour une mise en œuvre fructueuse. Cette étape se distingue par un ensemble d'activités et de décisions stratégiques qui sont déterminantes pour l'adoption et l'application efficaces des EBP. Durant cette phase, les organisations évaluent leur aptitude à intégrer les nouvelles pratiques, réalisent les ajustements requis concernant les ressources et les structures, et impliquent de manière proactive les différentes parties prenantes. Le cœur de la phase de préparation réside dans la décision d'adoption, un moment décisif où les décideurs, collaborant souvent avec les praticiens et parfois les bénéficiaires, optent résolument pour l'engagement envers des EBP spécifiques. En parallèle, l'organisation s'efforce d'harmoniser la compréhension des EBP concernées auprès de ses futurs utilisateurs, d'accentuer les compétences et savoirs requis, et de mettre en place les infrastructures de soutien nécessaires. Ces démarches sont indispensables pour poser des fondations solides en vue d'une transition aisée et performante vers la phase d'implémentation active. La décision d'adoption et la

faisabilité se présentent alors comme des indicateurs clés de cette phase, reflétant le degré d'engagement et la capacité de l'organisation à mettre en pratique les EBP sélectionnées.

La phase de **l'implémentation active**, quant à elle, gère les défis complexes, incluant le financement, les contrats et la communication inter organisationnelle, nécessitant un leadership solide à tous les niveaux de l'organisation. Dans cette phase, le rôle des développeurs d'interventions est crucial pour l'ajustement et la mise en œuvre de leurs innovations. Ces professionnels doivent évaluer l'environnement dans lequel l'intervention sera mise en place, identifier les besoins spécifiques des utilisateurs finaux et des parties prenantes, et travailler étroitement avec eux pour personnaliser l'intervention. Cela peut inclure la formation du personnel, l'adaptation des protocoles aux contraintes locales, et la création de matériaux de soutien adaptés à la culture organisationnelle. Ils jouent également un rôle important dans la surveillance de la fidélité de l'intervention, en s'assurant que les éléments clés sont maintenus, tout en permettant des ajustements nécessaires pour s'aligner avec les retours d'expériences et les données de performance. Ainsi, les développeurs d'interventions contribuent à une implémentation qui respecte l'équilibre entre l'adhérence aux principes établis de l'intervention et la flexibilité requise pour une intégration réussie dans des contextes variés. Les indicateurs pour cette phase incluent la mesure de la fidélité à l'intervention et des coûts financiers ou des ressources humaines impliquées.

La phase de **maintien** exige que les organisations prennent en compte les leçons apprises précédemment, lors de la phase d'implémentation active, pour soutenir la continuité du processus d'implémentation, au long terme. Cela implique de maintenir une attention constante sur les caractéristiques organisationnelles qui facilitent l'adoption continue pour un engagement et une fidélité soutenue aux interventions. Les indicateurs clés ici sont la pénétration de l'EBP dans les pratiques quotidiennes et leur coût-efficacité. (Aarons et al 2011).



(Moulin et al 2019). 2

D'autre part, le modèle EPIS souligne l'importance de l'adaptation dynamique des EBP pour améliorer leur adéquation avec les besoins des intervenants, et le développement de partenariats communautaires et académiques pour une mise en œuvre réussie. Ce cadre met en lumière les facteurs d'innovation et les facteurs de liaison, essentiels pour naviguer dans le processus complexe d'implémentation, depuis la reconnaissance initiale d'un besoin jusqu'à la pérennisation des EBP dans la pratique. (Moulin et al 2019).

2.3.3 Etat des lieux du processus d'implémentation de la délégation de tâches au sein du GHDC :

L'AR relatif à la délégation d'actes a été émis en février 2019. Au GHDC, le démarrage des formations prescrites par cet AR a eu lieu à partir de décembre 2021, un lancement retardé par les craintes relatives à la délégation de tâches exprimées par l'ancienne directrice des soins infirmiers. Ces craintes peuvent certainement être associées à l'article de McKenna et ses collègues de 2004, déjà discuté dans la section sur la délégation des tâches. Le personnel formé et qualifié pour ces actes était même interdit de les pratiquer faute d'accord institutionnel. Cependant, à la suite d'un changement de direction infirmière, associé à une volonté d'évolution des qualifications des AS au sein du GHDC, le personnel AS a été invité de manière « obligatoire » à se former. Cette obligation de formation reflète une phase de préparation, telle que définie par le modèle EPIS, qui précède la phase l'implémentation effective des nouvelles pratiques sur le terrain. La formation joue un rôle crucial en tant qu'élément de contexte interne de la phase de préparation, tout comme le soutien actif des leaders qui encouragent les phases

de préparation et d'exploration. Il est pertinent de s'interroger sur la phase d'exploration au sein de l'institution, en se posant la question : « A-t-elle vraiment été faite ? ». Une implication des AS et des infirmiers du pôle aigu dans la préparation à l'implémentation du transfert d'actes aurait pu être un signe de phase exploratoire.

Actuellement, sur les 250 AS de l'établissement, 85 % ont reçu cette formation. Seuls quelques critères d'éligibilité pour participer à cette formation ont été décidés au sein même du GHDC, à savoir la possession d'un contrat à durée indéterminée et être âgé de moins de 60 ans. Concernant la structure du personnel dans le pôle aigu, qui inclut les urgences, les soins intensifs et les grands brûlés répartis sur 6 services, on compte 160 ETP pour les infirmiers et 17 ETP pour les AS, répartis de façon inéquitable à travers les différents services. Parmi ces AS, 16 sur 17 sont formés au sein du pôle aigu, ce qui permet d'évaluer le vécu réel des équipes face à cette nouvelle collaboration, ainsi que sa mise en œuvre réelle sur le terrain.

2.4 Synthèse du cadre théorique :

En conclusion, l'évolution récente de l'architecture des soins de santé en Belgique, notamment marquée par l'AR de 2019, a initié des changements significatifs dans la collaboration entre infirmiers et AS. Cet AR vise une meilleure répartition des tâches entre ces deux métiers du soin, en transférant des actes infirmiers aux AS, augmentant ainsi leur autonomie et en permettant parallèlement aux infirmiers, et notamment à ceux spécialisés en SIAMU, de se concentrer sur des tâches plus critiques et spécialisées. Cette réforme est conçue pour optimiser l'utilisation des compétences au sein des équipes de soins, réduisant le temps que les infirmiers consacrent à des tâches ne nécessitant pas une qualification avancée. En plus, l'AR de 2019 répond à un contexte plus large de pénurie de personnel infirmier en Belgique, exacerbée par une demande croissante de soins et un ratio patient par infirmier encore trop élevé par rapport à la moyenne européenne. Les nouvelles tâches attribuées aux AS, clairement définies dans cet arrêté, visent à alléger la charge de travail des infirmiers en redistribuant les responsabilités. Cette redistribution permet de valoriser le transfert de compétences.

D'Amour et ses collègues (2005) mettent en lumière l'importance de guider cette collaboration par des principes clés axés sur le partenariat pour le patient, et soulignent la nécessité d'une communication efficace et transparente. Cette interaction renforcée doit respecter les compétences et rôles professionnels, comme le rappelle Weller et ses collaborateurs (2014), qui insistent sur la compréhension mutuelle des responsabilités attribuées à chaque professionnel.

Ils soulignent également la nécessité d'un soutien mutuel face aux changements induits par ces nouvelles dynamiques de répartition des tâches.

Les travaux de Fulton et ses collègues (2011) démontrent que l'optimisation des ressources humaines, même sans augmentation de l'enveloppe financière, permet de rendre plus de services de soins de santé. Cependant, ils soulignent également que la qualité des relations interprofessionnelles lors de la délégation est cruciale pour le succès de ces initiatives. Potter et ses collaborateurs (2011) ajoutent que la perception du vécu professionnel peut significativement influencer l'efficacité de la délégation.

Pour une mise en œuvre réussie, il est crucial d'examiner de près comment l'AR est implémenté sur le terrain, en analysant le vécu des professionnels concernés. Ce processus nécessite une gestion attentive, avec un suivi rigoureux des attentes et des expériences des équipes soignantes. L'évaluation de cette mise en œuvre, comme le soulignent Proctor et ses collègues (2011), doit être effectuée à l'aide d'indicateurs précis qui mesurent l'acceptabilité, l'adoption, la pertinence, et d'autres facteurs critiques pour juger du vécu des parties prenantes, de l'efficacité et de la qualité des soins.

Complémentaire à ces indicateurs, l'application du modèle EPIS, développé par Aarons et ses collègues (2011), offre un cadre structuré pour comprendre et améliorer les phases d'implémentation d'une nouvelle pratique de soins, telle que celle du transfert d'actes entre infirmiers et AS. Ce modèle aide à examiner les défis liés à l'implémentation en proposant plusieurs facteurs influençant les différentes phases du processus.

Ces différents éléments théoriques m'amènent au sujet de recherche suivant, qui fait l'objet de ce mémoire : **Comment se déroule l'implémentation du transfert d'actes entre infirmiers et AS au sein du pôle aigu du GHDC ?** Plus particulièrement, je m'intéresse au **vécu des deux parties prenantes**, qui a été démontré, dans la littérature, comme étant d'une importance cruciale pour la réussite du transfert d'actes.

3 Méthode :

3.1 Introduction :

Dans la continuité de notre exploration du champ interprofessionnel et de la délégation de tâches, il est primordial d'adopter une approche méthodologique rigoureuse et adaptée à notre objet d'étude. Ce chapitre est consacré à l'élaboration de ma méthode de recherche permettant de saisir avec précision le vécu et les répercussions de l'évolution des pratiques sur le terrain au sein du pôle aigu du GHDC. Avec des outils d'étude adaptés pour recueillir des témoignages authentiques et des données fiables, j'espère refléter la véritable expérience des professionnels concernés.

3.2 Objectifs de la recherche :

Au cœur de cette recherche se trouvent trois objectifs fondamentaux qui guident mon enquête au sein du GHDC. Premièrement, je vise à comprendre en profondeur le vécu des AS et des infirmiers, à la suite des changements opérationnels et relationnels initiés par l'AR de 2019. Deuxièmement, il s'agit d'identifier minutieusement les dynamiques de collaboration interprofessionnelle qui se sont redessinées à la suite de cet accroissement d'autonomie des AS. Troisièmement, je vais m'attacher à examiner l'impact de cette reconfiguration sur la satisfaction des professionnels et sur l'harmonie au sein des équipes de soins. Face à ces objectifs précis, j'ai choisi d'utiliser une approche qualitative, permettant une exploration nuancée des expériences et ressentis des soignants confrontés à ces changements. En choisissant de centrer mon enquête sur le vécu, les expériences et les perceptions, j'ouvre un chemin vers une compréhension plus profonde et authentique.

3.3 Collecte des données :

Dans ma démarche de recherche, qui est déductive, je vise, à partir de mon cadre théorique, à infirmer ou confirmer les éléments mentionnés précédemment. Par conséquent, en fonction de mon échantillon, j'ai adopté **deux méthodes distinctes pour la collecte des données**, ceci afin de répondre de manière optimale aux spécificités des groupes étudiés au sein du pôle aigu du GHDC. D'une part, confronté à un nombre réduit d'**aides-soignants**, 17 au total dans le pôle aigu, mais répartis de manière inéquitable et dispersés sur six services aux géolocalisations différentes, l'organisation de focus groups (FG) n'était pas envisageable. J'ai donc opté pour des **entretiens individuels semi-structurés**, me déplaçant à chaque fois dans leurs services

pendant leurs heures de travail. Cette approche me permet d'engager un dialogue approfondi avec chaque AS et d'adapter l'échange pour explorer leurs expériences uniques suite à leur récente autonomisation. J'ai choisi de les rencontrer individuellement pour leur permettre d'exprimer librement leurs opinions sur cette nouvelle répartition des tâches. Étant moi-même infirmier SIAMU au sein du GHDC, je reconnais que cela induit potentiellement un biais de désirabilité sociale dans mon étude.

D'autre part, concernant les **infirmiers**, qui constituent des équipes numériquement plus importantes, l'organisation d'entretiens individuels s'avérait complexe en terme de gestion du temps. J'ai donc opté pour l'utilisation de **focus groups**. Cette méthode me permet à la fois d'observer leur dynamique de groupe et de favoriser un partage d'expériences collectives **avec un minimum de six participants**. Cette taille minimale est cruciale pour engendrer des débats et des interactions fructueux, offrant ainsi une perspective approfondie sur la dynamique de groupe. Les FG sont organisés dans leurs six services respectifs, maximisant ainsi la participation et l'engagement des infirmiers de chaque unité. Il y a donc six FG, un par service enregistré, permettant de saisir l'expérience vécue de la collaboration et des nouveaux rôles en interaction avec les AS. À nouveau, ma propre fonction d'infirmier SIAMU a pu influencer le discours des participants, plus particulièrement lors du FG du service dans lequel je travaille.

Pour mener mes entretiens et FG, j'ai élaboré, en m'appuyant sur mon cadre théorique, un guide d'entretien individuel (Annexe 1) et un guide pour les FG (Annexe 2). J'ai structuré mes questions et mes orientations dans les FG pour qu'elles correspondent à ma grille d'unités d'analyse, laquelle servira pour l'analyse future de mes données. Cette démarche méthodique m'aide à collecter les données de manière systématique et rigoureuse, me permet de m'assurer que les discussions lors des entretiens et des FG restent alignées avec mes objectifs de recherche et facilitent l'extraction d'informations pertinentes pour mon analyse.

La sélection des participants pour cette étude s'est effectuée avec une coordination rigoureuse.

- a. Présentation aux managers d'équipe en fin 2023 : J'ai commencé par contacter les responsables des trois unités d'urgence, des deux unités de soins intensifs et du centre pour les grands brûlés en décembre 2023 pour les informer de mon projet de recherche. Lors de ces premières interactions, j'ai exposé les grandes lignes du projet, en prenant soin de ne pas influencer les futurs témoignages pour les entretiens et les FG. Je n'ai rencontré aucune objection, et tous se sont montrés disposés à participer et à impliquer

leurs équipes le moment venu. La période de collecte de données a été fixée à trois semaines, du 18 mars au 5 avril 2024. La direction des soins infirmiers, préalablement informée, a joué un rôle de facilitateur, offrant un soutien complet en fournissant du temps et des espaces appropriés pour les entretiens, garantissant ainsi un processus de collecte de données efficace et sans entrave.

- b. **Prise de contact avec le public cible et recrutement :** Du côté du personnel infirmier, des arrangements ont été faits par courriel pour fixer les dates des FG. Mon objectif était de rassembler au moins six infirmiers par FG, sans critère spécifique de genre ou d'âge, formant ainsi des groupes diversifiés qui reflètent la diversité du service. Les infirmiers n'ont pas été sélectionnés individuellement, ils se sont portés volontaires pour participer aux groupes de discussion. Au total, 35 infirmiers ont participé aux FG (n=35). Du côté des AS, j'ai obtenu l'approbation des chefs de service pour les contacter individuellement via leur mail professionnel. Les entretiens individuels avec les AS ont été organisés sans difficulté, (n=16) tous ayant accepté de me rencontrer pour discuter, à l'exception d'une AS absente pour maladie de longue durée au moment de la collecte des données.
- c. **Aide et outils pendant la collecte des données :** Pour deux des six FG, un observateur bénévole externe a été mandaté pour examiner la dynamique de groupe, les attitudes observables, et les tendances de leadership, de positionnement, de consensus ou de dissensus au sein des deux groupes. Une fiche d'observation a été préparée spécifiquement pour cet observateur, afin de guider son observation et de s'assurer qu'elle soit ciblée et efficace (voir Annexe 3). J'ai choisi de faire intervenir cet observateur dans des services où mon expérience professionnelle aurait pu influencer ou biaiser mon jugement et les interventions des participants. Cet observateur a préalablement étudié le cadre théorique pour bien comprendre le contexte et les enjeux de l'étude. Il a été sélectionné pour son absence d'implication préalable au GHDC, garantissant ainsi l'objectivité de ses observations et évitant toute influence sur les échanges entre les participants. Tous les entretiens et les FG ont été enregistrés.

3.4 Dispositif d'analyse des données :

Le mode de collecte de données adopté pour cette étude repose sur une approche qualitative. Après la collecte, j'ai utilisé l'outil de retranscription Transcriptor pour convertir les entretiens en texte. Au total, 16 entretiens individuels et 6 FG ont été transcrits, représentant 14 heures et 34 minutes d'enregistrement, avec une durée moyenne de 37 minutes par entretien, le plus long étant de 59 minutes et le plus court de 22 minutes. Dans le cadre de mon approche qualitative déductive, j'ai créé, à partir de mon cadre théorique, une grille d'unités d'analyse commune réalisée pour les deux professions afin de disposer des mêmes indicateurs et de visualiser le vécu de chaque profession de la même manière, adaptée avec des indicateurs cohérents vis-à-vis de ma recherche et intégrant les indicateurs de Proctor pour identifier les thèmes émergents de chaque entretien. Cette grille d'analyse est présentée sous forme de tableau dans l'annexe 4 et détaillée dans l'annexe 5.

Une fois les entretiens retranscrits, j'ai intégré les données de chaque AS ou FG dans une grille d'analyse distincte, me permettant ainsi de dégager les éléments importants de chaque rencontre. En comparant les 16 grilles d'analyse des AS et les 6 grilles des FG des infirmiers, j'ai traité les données pour formuler des résultats et des conclusions sur mon échantillon analysé. Pour développer cette grille, j'ai principalement utilisé des unités d'analyse créées en fonction de ma question de recherche, de mes objectifs et de mes guides d'entretien, adaptés avec des indicateurs cohérents par rapport à ma recherche et intégrant au maximum les indicateurs de Proctor. Cela a permis d'évaluer de manière optimale la mise en œuvre de cette nouvelle pratique sur le terrain et le vécu professionnel.

Les neuf unités d'analyse définies sont : connaissance et compréhension, formation et préparation, répartition des responsabilités, collaboration interprofessionnelle, expérience vécue et perception, impact perçu sur la qualité des soins, dynamique et climat de l'équipe, sentiment d'accomplissement professionnel et compréhension des rôles, développés en détail dans l'Annexe 5. Ces unités m'ont permis d'évaluer en profondeur la collaboration entre AS à la suite des modifications introduites par l'AR de 2019 au sein du pôle aigu du GHDC.

3.5 Recul réflexif :

Dans mon retour réflexif, il est pertinent de souligner que mon statut d'infirmier en salle d'urgence a souvent été évoqué lors des discussions, suscitant des questions sur mon point de vue personnel. J'ai dû clarifier, à plusieurs reprises, que mon rôle était celui d'un étudiant

réalisant une collecte de données pour son mémoire, une précision parfois nécessaire pour maintenir la neutralité et l'objectivité de la discussion.

Durant les entretiens, j'ai souvent été interrogé sur l'utilisation des données par l'institution. Les participants se montraient parfois réticents, surtout lorsqu'il s'agissait de questions perçues comme délicates, sur l'influence de l'institution dans l'implémentation des processus. Cela a pu influencer certaines réponses, notamment en ce qui concerne l'implémentation des nouvelles responsabilités des AS. J'ai perçu une tendance chez certains interviewés à répondre de manière à plaire ou à "faire plaisir", probablement influencée par la crainte qu'une future lecture de ce travail par des managers/directions institutionnels pourrait amener à des reproches à certains participants. La peur de l'anonymisation totale a certainement aussi été sensible, vu le petit échantillon d'AS.

Bien que mon objectif ait été de stimuler la réflexion ainsi qu'une analyse plus approfondie, certains entretiens se sont révélés brefs, limités par un manque de volonté d'AS à s'exprimer ou par leurs opinions très arrêtées et difficiles à discuter. Parfois, ce manque de volonté de s'exprimer m'a semblé paradoxal, compte tenu du caractère volontaire des rencontres individuelles prévues avec les AS. Bien que mon guide d'entretien ait été conçu pour favoriser un échange constructif, mon statut d'infirmier a pu influencer la réticence de certains AS à communiquer. L'observateur externe, présent lors de deux FG, a jugé mon attitude de modérateur adéquate mais a noté la présence de leaders dominants au sein de certaines équipes, qui s'imposaient comme porte-parole et limitaient la diversité d'opinions pendant la conversation.

4 Résultats :

4.1 Introduction :

Pour débiter la présentation de mes résultats, je vais d'abord vous présenter mon échantillon de personnes interviewées, dans un tableau détaillé, afin de comprendre qui sont les groupes de participants impliqués dans l'étude. Ensuite, dans l'analyse, je vais présenter les résultats en les séparant par professions, ainsi que par types de service. Les résultats du service des grands brûlés ont été inclus avec ceux des unités de soins intensif (USI), mais le service d'urgence a été séparé, car ces 2 catégories de services spécifiques possèdent des dynamiques de travail différentes qui influent sur le vécu des répondants. Pour finir, après avoir associé les résultats

au modèle EPIS, je présenterai une réponse synthétique autour des trois sous-questions de ma recherche.

4.2 Présentation de l'échantillon :

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (N=52)	
Variables	Moy ± DS ou N (%)
Genre	
• Homme	10 (19.2)
• Femme	42 (80.8)
Age (en années)	37.67 +/- 10.13
Type de spécialisation infirmier	
• SIAMU	36 (100)
Type de formation aide-soignant	
• Bases	1 (6.25)
• Nouveaux actes	15 (93.75)
Service (Nombres de répondants)	
• Urgences (3 services)	23 (44.2)
• Soins intensifs (3 services)	29 (55.8)
Ancienneté (en années)	10.5 +/- 6.61
Fonction	
• Infirmier	36 (69.2)
• Aide-soignant	16 (30.8)

L'échantillon est majoritairement féminin, avec 80.8% de femmes qui ont participé à l'étude. Dans le groupe des AS, il n'y avait qu'un homme parmi les 16 personnes interrogées. En moyenne, les répondants sont âgés de 37 ans (DS = ±10 ans). L'âge moyen des infirmiers est de 35 ans (DS = ±9.87 ans), tandis que celui des AS est de 42 ans (DS = ±9.63 ans). L'âge étant significativement différent entre les deux groupes ($t = -2.124$, p -valeur = 0.039), le groupe des infirmiers est donc significativement plus jeune que les AS. En termes d'ancienneté, les participants exercent en moyenne leur métier depuis 10 ans (DS = ±6.61 ans), et cette ancienneté ne diffère pas significativement selon la fonction. Tous les infirmiers interrogés ont fait la spécialisation SIAMU en plus de leur diplôme en soins infirmiers généraux. Seule une AS n'est pas formée sur les nouveaux actes, car elle ne répond pas aux critères d'éligibilité, n'étant pas sous CDI dans l'institution. Finalement, 23 personnes (44.2%) représentaient les 3 unités d'urgence, tandis que 29 participants (55.8%) provenaient des USI et du Service des Grands Brûlés.

4.3 Analyse des focus groups infirmiers :

Je vous présente ici les résultats liés aux infirmiers, en termes d'ambiance pendant les FG, de compréhension et connaissance du contenu de l'AR, de leur opinion sur la formation des AS, ainsi que leur vécu en termes de partage des responsabilités et de la nouvelle collaboration qui en découle. Ces éléments sont essentiels pour évaluer l'impact de l'AR de 2019, qui vise à redéfinir les rôles et responsabilités des infirmiers et des AS dans les services de soins aigus.

4.3.0 L'ambiance/l'atmosphère des focus groups (FG) infirmiers :

L'analyse de l'observateur a révélé des dynamiques, parmi les infirmiers, particulièrement intéressantes, concernant la délégation des actes AS et la compréhension des changements réglementaires introduits par l'AR.

Dans un des FG, une prédominance d'incertitudes et une absence de consensus clair sur les actes déléguables aux AS étaient observables, révélant une méconnaissance générale de la liste d'actes de leurs collègues, ce qui entrave une collaboration efficace entre les deux types de soignants. Plusieurs infirmiers ont exprimé leur réticence à déléguer des actes, en partie à cause d'un manque de confiance dans les compétences des AS ou de la perception que déléguer serait se décharger d'une tâche indésirable. De plus, l'observateur a noté l'influence marquée des leaders d'opinions dans le groupe, qui dirigeaient les discussions et limitaient parfois l'expression des membres plus réservés, malgré des signaux non verbaux chez ces derniers indiquant leur désaccord ou leur malaise. Ces participants ont fini par rejoindre l'opinion des leaders, même si, initialement, ils ne semblaient pas partager le même avis.

En comparaison, un autre FG a démontré une meilleure acceptation et intégration des AS, avec des infirmiers reconnaissant ouvertement le rôle et la valeur ajoutée des AS dans les soins aux patients. Cela s'est traduit par un dialogue plus ouvert et une coopération apparente, bien qu'il y ait eu un consensus verbal sur la nécessité d'intégrer davantage les AS dans les soins quotidiens. Cette session a également révélé une meilleure connaissance des réglementations et des compétences des AS, ainsi qu'une dynamique de groupe où les voix moins dominantes étaient plus engagées, valorisées et donc ont pu s'exprimer en étant respecté par les autres.

L'observateur a ressenti un mélange de frustration et d'espoir à travers ces deux sessions, reflétant les défis et les opportunités de la mise en œuvre de l'AR dans différents contextes de soins. Les quatre autres FG se sont déroulés sans observateur. J'ai de nouveau ressenti un

manque d'accord entre les infirmiers, dû à une connaissance générale insuffisante. Une fois encore comme dans le premier FG observé, la dynamique de discussion a été souvent influencée par un leader dominant qui prenait fréquemment la parole et essayait d'imposer son avis personnel au sein du groupe. La réponse à cette attitude était variable en fonction de l'âge des participants.

4.3.1 Connaissance et compréhension :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Connaissance des modifications et de l'AR.	Connaissance variable des changements apportés par l'AR. Avec une confusion quant aux tâches autorisées pour les AS.	Connaissance plus claire des actes autorisés par l'AR. Mais confusion sur certains aspect clés de l'autonomie réelle des AS quant à l'encodage des actes délégués.
Comprendre comment ces informations ont été communiquées.	Pas été informés par l'institution de la nouvelle liste d'actes des AS, mettant en avant un déficit général de connaissances. Transmission de manière informelle, par les AS, sous format papier, oral ou via les médias.	
Les changements sont bien compris et correctement intégrés dans la pratique quotidienne.	Compréhension dans 2 services sur 3. Intégration réelle dans 1 service sur 3	Compréhension dans 2 services sur 3 mais scepticisme général sur le bénéfice réel du transfert d'actes dans leurs services de prise en charge multisystémique.

Selon les indicateurs de Proctor, on peut souligner un problème de **fidélité** à la liste d'actes qui peuvent être délégués. En d'autres termes, la liste d'actes telle que définie dans l'AR n'est pas implémentée dans son intégralité et cela en raison des variations de connaissance et des confusions observées, qui entraînent une interprétation potentiellement disparate de l'AR. De plus, l'**acceptabilité** est remise en question par le scepticisme général des infirmiers USI, ainsi

que la confusion parmi les infirmiers des urgences. Ces éléments suggèrent que les modifications réglementaires ne sont ni comprises, ni intégrées de manière uniforme et efficace, limitant ainsi leur efficacité dans la pratique quotidienne.

4.3.2 Formation et préparation :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Impression générale sur la pertinence des formations reçues.	Jugée souvent pertinente et suffisante. Cependant, de nombreux infirmiers signalent un manque de communication claire sur le contenu de la formation, ce qui engendre des doutes sur les compétences des AS.	Conscients des formations mais incertitude sur leur efficacité et pertinence, notamment en ce qui concerne les besoins spécifiques des USI.
Sensation d'avoir été préparés pour la mise en pratique	La majorité reconnaît l'importance de l'intégration de la délégation dans la pratique, mais note le manque de communication sur les compétences des AS comme un obstacle majeur. Un service se distingue par une meilleure connaissance et perception de la formation, influencée par la présence d'un formateur au sein de l'équipe.	Manque de préparation pour intégrer les nouveaux actes des AS en raison de l'absence de communication spécifique sur ces formations, soulignant le besoin d'une formation plus ciblée pour les compétences spécifiques des environnements de soins intensifs.

Selon les indicateurs de Proctor, il apparaît un problème de **faisabilité**, principalement dû à un manque de communication claire concernant la formation et les compétences des AS. Ce déficit est un obstacle majeur à l'intégration efficace des AS dans les soins quotidiens. Il est clair aussi qu'il y a un manque de **pertinence** car il y a, selon les infirmiers, un décalage entre les besoins spécifiques de leurs services et les formations qui ne sont pas assez ciblées.

4.3.3 Répartition des responsabilités :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Efficacité et clarté de la répartition des responsabilités	Dans deux services sur trois, une absence de clarté dans la répartition des responsabilités est observée, se manifestant souvent par une hésitation à déléguer des tâches de soins, en raison d'un manque de directives claires.	Les infirmiers sont habitués à travailler seuls ou entre eux, et expriment des réticences à déléguer des tâches, car chaque action est vue comme cruciale pour la sécurité du patient.
Compréhension de la perception des responsabilités	Les infirmiers expriment une incompréhension quant à leurs difficultés à déléguer et à répartir efficacement leurs responsabilités.	Les infirmiers comprennent les responsabilités des AS mais hésitent à déléguer, craignant que le partage des responsabilités n'entraîne des risques de chevauchement des tâches, une perte de temps, et une confusion qui pourraient compromettre la sécurité des soins.

Selon les indicateurs de Proctor, un manque d'**acceptabilité** est évident, révélé par des perceptions négatives quant à la répartition des tâches. Cette perception négative se traduit par une hésitation à déléguer, surtout lorsque les infirmiers perçoivent chaque action comme cruciale pour la sécurité des patients. Cette réticence rejoint les observations précédentes sur les spécificités des USI qui entravent la **faisabilité** de la délégation efficace des tâches. Quant à la **fidélité**, elle est à nouveau compromise par un manque de clarté dans les directives de mise en œuvre de la répartition des tâches. Ces obstacles dans la clarté des directives entravent une application uniforme et conforme des pratiques recommandées, affectant ainsi l'efficacité des changements proposés.

4.3.4 Collaboration interprofessionnelle :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Influence de l'AR sur la collaboration entre AS et infirmiers	Collaboration généralement présente mais ne prend pas en compte la nouvelle liste d'actes de l'AR. Conflits notables dans un service dus à un manque de considération et des doutes sur les compétences des AS, illustrés par des commentaires tels que : <i>"Elle ne sait même pas prendre une glycémie et je vais la laisser faire une fraxiparine, non ?"</i>	La collaboration reste inchangée malgré l'extension de la liste des actes. Il y a une acceptation résignée que les changements n'ont pas apporté d'améliorations notables
Obstacles et facilitateurs sur la collaboration interprofessionnelle après AR 2019	Les conflits et un manque de communication claire dans un service entravent la collaboration. Un manque d'espace de travail à proximité est également souligné comme un obstacle. Dans deux autres services, une communication claire est identifiée comme un facilitateur clé.	L'augmentation de la liste des actes a engendré des divisions au sein des équipes, accompagnées de problèmes de compréhension et de communication, surtout dans un service. Aucun facilitateur spécifique n'est mis en avant.

4.3.5 Expérience vécue et perception :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Expériences et réactions émotionnelles personnelles vis-à-vis des changements	Un service exprime une satisfaction claire et enthousiasme pour l'extension des actes des AS, notant l'impact positif de leur présence. Dans les autres services, une acceptation générale prévaut avec des sentiments mitigés et des doutes sur les compétences des AS, ce qui engendre un mécontentement sous-jacent malgré une absence de réticence officielle.	L'indifférence et le scepticisme dominant, avec des inquiétudes concernant la valeur des nouvelles responsabilités des AS dans un environnement spécialisé. Des préoccupations émergent également autour de la potentielle dévaluation de la profession infirmière, perçue comme une stratégie économique mal avisée.

Selon les indicateurs de Proctor, l'**acceptabilité** des changements introduits par l'AR est inégale, en raison des réactions émotionnelles significativement variées parmi les infirmiers. L'enthousiasme observé dans certains services d'urgence contraste fortement avec le scepticisme et les doutes qui prédominent dans d'autres, révélant une acceptation superficielle qui masque des préoccupations profondes quant aux implications des nouvelles directives.

4.3.6 Impact perçu sur la qualité des soins :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
<p>Perception de l'efficacité, la sécurité et les améliorations continues observées depuis l'introduction des nouveaux actes</p>	<p>Les infirmiers des urgences sont généralement confiants quant à la sécurité des soins et voient une amélioration due à l'implication accrue des AS, valorisant leur partenariat dans la gestion des patients. Ils soulignent que les AS ont souvent une meilleure connaissance globale de la salle d'urgences, ce qui facilite leur interaction avec les patients. Un infirmier exprime : "Pour moi, c'est comme si l'aide-soignante gérait toujours nos arrières." Malgré cela, ils restent prudents en raison des variations des compétences individuelles des AS et mentionnent des défis liés à la proactivité et à l'intégration dans l'équipe.</p>	<p>Les infirmiers des USI expriment des préoccupations concernant la capacité des AS à gérer des patients instables, mettant en avant le risque accru si ces AS n'ont pas une vue holistique ou une connaissance suffisante des patients pour agir efficacement. Cependant, ils reconnaissent une amélioration dans la qualité des soins alimentaires, attribuant cette avancée à l'attention particulière que les AS portent à cette tâche.</p>

4.3.7 Dynamique et climat de l'équipe :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Impact sur la dynamique, la cohésion, et la stabilité de l'équipe	<p>Les nouvelles responsabilités des AS n'ont pas fortement modifié la dynamique d'équipe, mais ont soulevé des préoccupations sur l'efficacité de leur intégration. La diversité des rôles des AS est vue comme une surcharge, créant des doutes sur leur place dans l'équipe. Un commentaire typique exprime cette inquiétude : "Ils sont déjà très sollicités [Les AS], donc ajouter une liste d'actes pour des gens qui le sont déjà autant, ce n'est juste pas possible." Cette perception peut nuire à l'utilisation efficace des nouveaux actes délégués</p>	<p>Bien que la dynamique d'équipe soit généralement maintenue, des incertitudes sur la définition des rôles des AS et la fusion imminente des équipes, en novembre 2024, génèrent des inquiétudes. Un infirmier note : "On a trois équipes qui sont chacune cadencée par les AS, car ce qui caractérise plus les équipes ce sont les aides qui sont attribuées." Cette situation soulève des craintes de rupture dans les relations professionnelles, malgré une reconnaissance de l'importance de maintenir une équipe soudée.</p>

4.3.8 Sentiment d'accomplissement professionnel :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Épanouissement professionnel à la suite du changement apporté par l'AR de 2019	<p>Les infirmiers des urgences ressentent de la frustration due à l'utilisation sous-optimale des capacités des AS et à un manque de clarté dans leurs responsabilités, ce qui réduit leur sentiment d'accomplissement professionnel. Des commentaires comme "Si un médecin me dit, tu sais mettre de la fraxiparine, elle [L'AS], ne va pas se</p>	<p>En USI, les infirmiers ne ressentent pas de frustration significative liée à leur accomplissement personnel malgré une certaine indifférence face aux changements réglementaires. Ils reconnaissent que lorsque les AS sont bien intégrés et formés, cela peut améliorer leur bien-être en allégeant certains aspects des soins, comme la gestion des repas,</p>

	<i>lever, hein, je vais te la mettre,"</i> illustrent le sentiment que les AS pourraient être plus proactifs et mieux formés pour prendre des initiatives.	mais ne perçoivent pas de changement significatif
--	--	---

Selon l'indicateur de Proctor sur la **faisabilité**, les infirmiers des urgences montrent une acceptabilité réduite des changements réglementaires, principalement en raison de frustrations liées à l'intégration sous-optimale des AS, tandis que les infirmiers des USI manifestent une acceptabilité modérée, reconnaissant quelques améliorations pratiques sans ressentir un impact significatif sur leur pratique quotidienne.

4.3.9 Compréhension des rôles :

Catégories	Infirmiers urgences	Infirmiers USI.
Les nouveaux rôles sont compris et acceptés au sein des équipes soignantes	La compréhension des nouveaux rôles des AS dans les urgences est souvent floue, entravée par un manque de clarté sur la liste des actes autorisés et leur application pratique. Malgré l'usage de checklists, l'incertitude persiste autour des capacités et limites des AS , ce qui complique la délégation efficace des tâches et réduit leur acceptation.	En soins intensifs, les rôles sont généralement mieux définis grâce à des checklists et une spécialisation accrue, mais l'adoption complète des nouvelles responsabilités reste un défi. Les infirmiers, confrontés à la diversité des rôles assumés par les AS, ressentent le besoin de surveiller les tâches déléguées pour s'assurer de leur correcte exécution, indiquant une compréhension et acceptation limitées de ces nouveaux rôles.

En conclusion, en analysant les indicateurs de Proctor, on constate un problème général de **durabilité** concernant l'intégration des changements apportés par l'AR. Les infirmiers manifestent une compréhension et une acceptation variables des modifications réglementaires, soulignant des défis pour la pérennité de ces pratiques. Les lacunes en communication et en formation ont entravé la clarté des rôles et l'efficacité de la répartition des responsabilités. De

plus, même si les formations sont jugées pertinentes, elles ne répondent pas toujours spécifiquement aux besoins des USI, compromettant ainsi l'efficacité des nouvelles pratiques.

4.4 Analyse des entretiens individuels avec les aides-soignants :

Maintenant, je vous présente ici les résultats des entretiens individuels réalisés avec les AS, qui évaluent leur compréhension des modifications apportées par l'AR, leur opinion sur la pertinence des formations reçues, et leur expérience en matière de partage des responsabilités et de collaboration interprofessionnelle à la suite de ces changements. Ces résultats sont essentiels pour comprendre comment les AS perçoivent et intègrent les nouvelles directives dans leur pratique quotidienne, au sein des services d'urgences et des unités des USI.

4.4.0 Connaissance et compréhension :

Catégories	AS Urgences	AS USI
Connaissance des modifications et de l'AR.	Les AS des urgences et des USI connaissent la liste d'actes qui peuvent leur être délégués. Ils reconnaissent d'ailleurs que l'AR légalise des pratiques préexistantes. Cependant, il y a une divergence d'opinions sur l'utilité réelle des changements ; certains apprécient la clarification des tâches pour soulager les infirmiers, tandis que d'autres expriment une ambivalence, notant que certains actes pratiqués ne sont toujours pas couverts par l'AR.	
Comprendre comment ces informations ont été communiquées.	La communication des nouveaux actes délégués aux autres prestataires de soins est souvent jugée insuffisante dans les deux services. Les AS indiquent avoir souvent dû prendre l'initiative de dresser eux-mêmes la liste des nouveaux actes à la demande des infirmiers.	
Les changements sont bien compris et correctement intégrés dans la pratique quotidienne.	Malgré une compréhension générale des changements et des nouveaux actes qu'ils peuvent effectuer, l'intégration effective dans la pratique quotidienne est entravée par un manque de clarté et une communication insuffisante avec les infirmiers. Les AS de chaque service font face à des défis dans l'exercice des nouvelles responsabilités, avec des confusions persistantes sur les tâches spécifiques et les compétences requises.	

Les AS ont donc clairement adopté les nouvelles tâches mais **l'adoption** complète est entravée par une communication insuffisante avec les infirmiers, qui présentent encore des confusions et des réticences.

4.4.1 Formation et préparation :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Impression générale sur la pertinence de formations reçues.	Les réactions face aux formations sont mitigées. Bien que certains AS reconnaissent la pertinence de la formation pour rafraîchir et standardiser leurs pratiques, d'autres, avec une expérience préalable, voient une redondance.	
Sensation d'avoir été préparés pour la mise en pratique	Les AS se sentent partiellement préparés, mais indiquent que la compréhension insuffisante du contenu de la formation par les infirmiers peut entraver la délégation efficace des tâches. Ils notent que, malgré la formation, cela ne change pas la pratique.	

Selon les indicateurs de Proctor, les AS ont bien **adopté** les nouvelles pratiques introduites par l'AR, démontrant une **acceptation** favorable des changements. En revanche, **l'acceptation** parmi les infirmiers pose des défis significatifs. Cette divergence influence négativement la **faisabilité** de l'implémentation efficace de l'AR, entravant ainsi l'intégration des nouvelles directives au sein des unités de soins.

4.4.2 Répartition des responsabilités :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Efficacité et clarté de la répartition des responsabilités	L'adoption des nouvelles responsabilités varie considérablement ; certains AS rapportent une bonne intégration, tandis que d'autres expriment des confusions sur leurs autorisations, avec des cas extrêmes où ils ne sont jamais appelés à pratiquer leur métier.	En USI, la clarté des nouvelles responsabilités est inégale. Les AS rencontrent des obstacles non liés à la réticence des infirmiers, mais plutôt à la spécificité du service qui rend difficile la modification de la répartition des tâches.

Compréhension de la perception des responsabilités	Il y a une variabilité dans la perception des responsabilités : tandis que certains AS ressentent une intégration réussie, la majorité perçoit une résistance des infirmiers à déléguer des tâches autorisées.	Les AS en USI sont souvent incertains sur comment appliquer les directives de l'AR dans un environnement spécialisé, et ils observent que les infirmiers sont peu enclins à déléguer les tâches.
--	--	--

Selon les indicateurs de Proctor, l'**acceptabilité** et la **fidélité** des nouvelles responsabilités des AS dans les urgences et les USI sont limitées. La confusion sur les rôles et la communication inadéquate réduisent l'acceptabilité et entravent la fidélité à l'implémentation des directives de l'AR, affectant ainsi l'adoption effective des changements. De plus, la **pertinence** de ces changements est remise en question, particulièrement en USI, où les spécificités du service rendent difficile l'application pratique des directives de l'AR, entravant ainsi la **faisabilité** et l'efficacité des nouvelles pratiques.

4.4.3 Collaboration interprofessionnelle :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Influence de l'AR sur la collaboration entre AS et infirmiers	L'AR a introduit une variabilité dans les demandes aux AS par les infirmiers. La collaboration devient fluide et efficace lorsque les AS sont activement sollicités, cependant, cette interaction fluctue et n'est pas toujours constante.	L'impact de l'AR sur la collaboration en USI est mitigé. Bien qu'il ait préservé certaines dynamiques existantes, il n'a pas entraîné d'améliorations notables. Des tensions et une détérioration de la collaboration ont été signalées dans un service, souvent liées aux inquiétudes des infirmiers.
Obstacles et facilitateurs sur la collaboration interprofessionnelle après AR 2019	Les obstacles incluent un manque d'équipements spécifiques pour les AS, une exclusion des rapports matinaux, et une communication souvent	Les obstacles en USI incluent des incompatibilités d'horaires et une réticence à intégrer pleinement les AS, limitant leur participation active. Un cas positif

	informelle menant à des malentendus. Les facilitateurs sont représentés par les situations où les directives de l'AR sont clairement suivies, ce qui améliore la fluidité du travail et réduit les temps d'attente.	mentionne des améliorations suite à une réorganisation et à l'introduction d'un nouveau leadership, améliorant la collaboration bien que cela ne soit pas directement lié à l'AR.
--	---	---

4.4.4 Expérience vécue et perception :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Expériences et réactions émotionnelles personnelles vis-à-vis des changements	Dans les 2 types de services, les AS ressentent un mélange de valorisation et de frustration face aux changements apportés par l'AR. Ils apprécient la reconnaissance légale de leurs compétences élargies, mais leur expérience quotidienne varie, oscillant entre satisfaction lorsqu'ils exercent pleinement leurs nouvelles responsabilités et déception lorsqu'ils sont limités à des tâches logistiques.	

4.4.5 Impact perçu sur la qualité des soins :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Perception de l'efficacité, la sécurité et les améliorations continues observées depuis l'introduction des nouveaux actes	Dans les deux services, les AS ressentent une augmentation de leur assurance dans l'exécution des soins, due à la légalisation claire de leurs compétences. Cette clarté leur permet de réagir plus rapidement et efficacement dans les situations urgentes, améliorant ainsi la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, ils rencontrent des défis liés à la gestion du manque d'AS, selon eux, qui pourraient encore être améliorés pour renforcer la sécurité des patients. Un problème récurrent est la variabilité de leur présence dans les services, ce qui affecte leur utilisation et donc leur efficacité. Malgré ces obstacles, les AS sont unanimes à reconnaître que l'élargissement de leurs responsabilités n'a pas compromis la sécurité des patients.	

Selon les indicateurs de Proctor, les AS montrent une bonne **fidélité** aux pratiques de l'AR, améliorant la réactivité et l'efficacité des soins, bien que des défis organisationnels comme le manque de personnel limitent une **pénétration** uniforme des changements.

4.4.6 Dynamique et climat de l'équipe :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Impact sur la dynamique, la cohésion, et la stabilité de l'équipe	Dans les services d'urgence, l'AR a amélioré la répartition des tâches dans deux tiers des cas, renforçant la cohésion et permettant aux AS de prendre plus d'initiatives. Cependant, l'impact n'a pas été uniforme, dans certains services où la dynamique était déjà forte, il n'y a eu aucun changement notable, tandis que dans d'autres avec une dynamique faible, les vieux schémas ont persisté, mettant en évidence des défis d'intégration.	En USI, l'AR a aussi généré des tensions dues à la résistance de certains infirmiers à déléguer des tâches. Bien que la dynamique ait été améliorée dans certains services par des chefs infirmiers proactifs, dans d'autres, la résistance au changement a empêché une amélioration significative de la dynamique d'équipe, avec des anciens chefs de service résistant particulièrement à l'intégration des AS dans des rôles plus actifs.

4.4.7 Sentiment d'accomplissement professionnel :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Épanouissement professionnel à la suite du changement apporté par l'AR de 2019	Les AS expriment un sentiment d'accomplissement accru grâce à l'élargissement de leurs compétences, ce qui leur permet une participation plus active et autonome dans les soins aux patients, lorsque les infirmiers le permettent. Ils se sentent plus impliqués et efficaces. Cependant, cette expérience positive est tempérée par une reconnaissance inégale de ces compétences, variant d'un infirmier à l'autre. Ils rapportent des défis liés au manque de reconnaissance formelle, ce qui peut être démoralisant. Ceci souligne le besoin d'une valorisation plus consistante et formelle pour maximiser leur épanouissement professionnel	

L'**acceptation** inégale des nouvelles responsabilités par les infirmiers influence directement la **faisabilité** du changement, suggérant que, sans une valorisation formelle et consistante des compétences des AS, l'implémentation pleine et effective de l'AR pourrait être compromise.

4.4.8 Compréhension des rôles :

Catégories	AS urgences	AS USI.
Les nouveaux rôles sont compris et acceptés au sein des équipes soignantes	Dans les deux services, les AS font face à des défis de compréhension et d'acceptation de leurs rôles étendus. Ils passent beaucoup de leur temps sur des tâches logistiques, et les divers rôles assignés, surtout le weekend, créent de la confusion. Les check-lists utilisées tendent à se concentrer sur des tâches mineures plutôt que sur les nouvelles responsabilités médicales. Seulement 40% des AS estiment exercer pleinement leur profession, souvent freinés par un manque de reconnaissance de leurs compétences élargies de la part des infirmiers et des médecins. La nécessité fréquente de clarifier leurs responsabilités et la diversité des tâches affectent négativement la clarté des rôles et l'intégration efficace des AS dans leurs fonctions étendues.	

4.5 Application du model EPIS :

En appliquant le modèle EPIS à l'analyse des résultats, il ressort que l'acceptation et la compréhension des nouvelles directives de délégation de tâches varient. Cette variabilité est principalement influencée par la culture organisationnelle et la qualité de la formation précédente, qui sont des facteurs internes, ainsi que par le leadership en vigueur. Ces éléments sont plutôt liés aux premières phases du modèle EPIS, comme évoqué précédemment on peut donc se poser la question sur la phase d'exploration, « a-t-elle *réellement* été faite ? ». Dans la phase de préparation, il est clair que les programmes de formation actuels nécessitent des ajustements pour mieux répondre aux besoins identifiés au sein du pôle aigu. Les facteurs internes comme les ressources disponibles pour la formation et la qualité de la communication interne sont critiques. Si nous nous trouvons aujourd'hui plutôt dans la phase d'implémentation active, ces éléments de préparation peuvent quand-même être modifiés pour venir renforcer la phase actuelle. Comme l'indique la théorie du modèle, des allers et retours sont possibles (et souhaitables) entre les déterminants des phases. Lors de l'implémentation active, la manière dont les compétences formées sont appliquées diffère entre services de soins, modifiant ainsi la dynamique des équipes et impactant le climat ainsi que le sentiment d'accomplissement professionnel et la satisfaction au travail individuelle, de manière variable. Les entretiens ont mis en évidence l'importance des facteurs individuels au niveau des adoptants, tout comme

indiqué dans la théorie du modèle EPIS. L'engagement du leadership et la capacité de l'infrastructure organisationnelle sont également des facteurs internes importants dans cette phase.

Enfin, pour la phase de maintien, il sera nécessaire d'ajuster continuellement les pratiques pour soutenir dans le temps l'adoption du transfert d'actes. La perception de l'impact sur la qualité des soins est cruciale à cet effet et est actuellement perçue comme mixte, nécessitant une surveillance et une évaluation continues. Les mécanismes de feedback et la formation continue seront des facteurs internes essentiels pour le maintien du changement.

4.6 Conclusion générale de l'analyse des entretiens :

Cette recherche au sein du GHDC a permis d'examiner en profondeur le vécu des infirmiers et des AS face aux changements réglementaires introduits par l'implémentation de l'AR 2019, notamment sous l'angle de cadre et d'indicateur d'implémentation. À travers une analyse détaillée des interactions et perceptions recueillies, lors des FG avec les infirmiers et des entretiens semi-dirigés individuels avec les AS, cette étude apporte des réponses aux trois objectifs principaux envisagés. Elle met en lumière les expériences diverses au sein des services d'urgences et des USI soulignant les différences notables entre ces groupes dans leur adaptation aux changements réglementaires et dans leur collaboration quotidienne.

Le premier objectif de cette étude était de **comprendre en profondeur le vécu des AS et des infirmiers à la suite des changements opérationnels et relationnels initiés par l'AR de 2019**. L'analyse des interactions et perceptions révèle une variabilité significative dans la compréhension et l'adoption de ces changements parmi le personnel soignant. Pour les infirmiers en particulier, la compréhension des nouveaux rôles et responsabilités assignés aux AS est souvent influencée par une sensibilisation insuffisante, ce qui souligne un besoin crucial de renforcer les stratégies de communication et de formation au sein du GHDC. Cette lacune affecte directement la manière dont les infirmiers interagissent avec les AS, influençant parfois négativement la dynamique d'équipe, particulièrement dans les services d'urgence. Chez les AS, bien qu'ils montrent une meilleure compréhension des modifications réglementaires, ils rapportent souvent que cette compréhension n'est pas partagée par leurs collègues infirmiers, ce qui crée des frictions et des malentendus dans la délégation et l'exécution des tâches. Cette situation est également exacerbée par un manque de reconnaissance formelle des nouvelles

compétences acquises par les AS, ce qui peut diminuer leur motivation et leur sentiment d'accomplissement professionnel.

Le deuxième objectif de cette étude visait à **identifier minutieusement les dynamiques de collaboration interprofessionnelle qui ont évolué à la suite de l'accroissement d'autonomie accordé aux AS par l'AR de 2019**. L'analyse n'a révélé aucun changement significatif dans les modes de travail et les responsabilités partagées au sein des services d'urgence et des USI. Dans les services d'urgence, il a été observé que l'accroissement de l'autonomie des AS a parfois mené à une meilleure efficacité des soins, avec des AS prenant des initiatives pour des soins directs qui étaient traditionnellement l'apanage des infirmiers. Cependant, cette transition n'a pas été uniformément positive, car certains infirmiers ont exprimé des réticences à déléguer des tâches qu'ils considèrent comme critiques. Cette situation a parfois créé des tensions et un sentiment d'incertitude quant aux limites des responsabilités de chaque professionnel, ce qui peut compromettre l'efficacité de la collaboration. En soins intensifs, où les exigences de soins sont particulièrement complexes, l'augmentation des responsabilités des AS a été accueillie avec prudence. Bien que certains infirmiers reconnaissent et valorisent l'apport des AS dans la gestion quotidienne des patients, d'autres sont moins enclins à partager des tâches spécifiques, surtout celles qui exigent une expertise technique et un jugement clinique pointu. Cette réticence peut être attribuée à une préoccupation pour la sécurité des patients, mais aussi à une résistance culturelle au changement dans des environnements où les hiérarchies et les rôles sont profondément ancrés.

Le troisième objectif de l'étude était d'examiner **l'impact de la reconfiguration des rôles des AS sur la satisfaction des professionnels de santé et l'harmonie au sein des équipes de soins, à la suite de l'implémentation de AR de 2019**. Les résultats font apparaître que dans de nombreux cas, l'élargissement des compétences des AS a eu un effet positif sur leur sentiment d'autonomie ce qui a contribué à une augmentation générale de leur satisfaction professionnelle. Les AS se sentent plus valorisés et impliqués dans les soins directs aux patients, cependant, cette transformation n'a pas été sans frustration. Dans certains services, surtout là où les modifications ont été moins bien communiquées ou intégrées, il y a eu des frictions et des résistances qui ont perturbé l'harmonie de l'équipe. Des infirmiers ont parfois exprimé des inquiétudes concernant la compétence et la préparation des AS à assumer leurs nouvelles tâches, ce qui a conduit à des tensions et à un sentiment de méfiance au sein de l'équipe. De plus, la répartition inégale des nouvelles charges de travail entre les AS et les autres

membres du personnel soignant a parfois exacerbé le stress et réduit la satisfaction professionnelle.

5 Discussions et conclusions :

5.1 Introduction et rappel des résultats :

Cette recherche que j'ai conduite au GHDC, s'est intéressée aux répercussions de l'implémentation de l'AR de 2019 et à l'élargissement des compétences des AS et des possibles modifications d'interactions avec les infirmiers. Ce changement réglementaire visait à intégrer plus efficacement les AS dans les équipes de soins, redistribuant ainsi les tâches dans un but d'optimisation de compétences et d'accroissement de leur autonomie. À travers cette recherche, j'ai exploré comment ces changements ont été perçus et adoptés dans les services d'urgence et les USI, en essayant un maximum de mettre en évidence les défis et les bénéfices associés à ces nouvelles décisions politiques.

Pour rappel, voici un bref récapitulatif des résultats les plus probants. Il est apparu que la compréhension des modifications induites par l'AR varie grandement entre les AS et les infirmiers. Les AS tendent à voir ces changements comme une validation formelle de leurs compétences, améliorant leur perception de leur rôle. En revanche, de nombreux infirmiers affichent une sensibilisation insuffisante à ces nouvelles directives, ce qui met en lumière un besoin pressant d'améliorer les stratégies de communication au sein de l'hôpital. Ensuite, j'ai pu constater que la dynamique interprofessionnelle est variable. Celle-ci est souvent entravée par la réticence de certains infirmiers à déléguer des tâches considérées comme critiques, illustrant une adoption inégale des nouveaux rôles assignés. Ensuite, le sentiment d'accomplissement chez les AS a été augmenté. Néanmoins, cette amélioration est parfois tempérée par un manque de reconnaissance formelle, avec une mauvaise répartition des tâches. Ces facteurs affectent l'harmonie et la satisfaction au sein des équipes, particulièrement dans certains services.

5.2 Comparaison avec le cadre théorique :

Selon D'Amour (2005), le partenariat et une communication transparente sont des éléments fondamentaux qui favorisent la collaboration interprofessionnelle. Cette recherche abonde dans ce sens, révélant que, dans les services d'urgence et les USI du GHDC, un manque de

communication claire et un respect mutuel insuffisant constituent un frein majeur à une collaboration efficace entre infirmiers et AS et à l'implémentation des changements de pratiques. Plus spécifiquement, certains infirmiers expriment un manque de confiance envers les compétences des AS, ce qui est souvent attribué à une connaissance insuffisante des nouvelles responsabilités accordées par l'AR de 2019. Cela rejoint les conclusions de Weller et al. (2014), énonçant que la présence de confiance et de clarté dans les rôles, sont cruciales car une compréhension commune des rôles est essentielle pour faciliter une coordination et une collaboration efficaces au sein des équipes de soins.

L'AR de 2019 est destiné à formaliser la délégation d'actes aux AS dans les soins de santé. Toutefois, mon étude centrée sur le pôle aigu du GHDC n'a pas mis en évidence l'utilité de cet AR pour l'application pratique et la diminution des tâches non spécialisées comme, déjà discuté dans le rapport du KCE de 2020, les responsabilités et les charges infirmières n'ont pas été significativement modifiées par cet AR, ce qui souligne un manquement significatif de nouvelle délégation. Dans les USI, il a été constaté que les infirmiers n'ont pas particulièrement ressenti le besoin d'implication d'AS pour leurs compétences spécifiques, mais plutôt pour des tâches auxiliaires. Deux tiers des services ont exprimé ce besoin, principalement comme un soutien logistique. La pertinence du changement souhaité par l'AR est donc remise en cause pour ces unités particulières. Quant aux SU, il a été noté que l'augmentation des actes autorisés pour les AS n'est pas perçue comme significative et n'a pas été pleinement intégrée dans les pratiques, car ces actes étaient souvent déjà réalisés informellement.

Selon Potter et ses collègues (2011), les difficultés de délégation étaient déjà identifiées comme sources de conflit, notamment dues à la réticence des infirmiers à partager les tâches. Cette dynamique a été mise en avant dans mon étude au GHDC et, de plus, les AS ont fréquemment souligné des problèmes de communication et de travail d'équipe avec les infirmiers. Ils ont exprimé un sentiment d'exclusion de la part des infirmiers qui, parfois, manifestent, eux, un manque de volonté à collaborer et à intégrer pleinement les AS dans l'équipe de soins. Kalich et al. (2011) soulignent également l'importance de la perception claire des rôles pour surmonter les barrières à une délégation efficace et à une collaboration fluide. Il est crucial de noter qu'aucune initiative, telle que des réunions d'équipes spécifiques ou des sessions d'informations, n'a été organisée pour clarifier les statuts et les rôles au sein des équipes de soins, ce qui aurait pu contribuer à améliorer la compréhension mutuelle et à réduire les conflits. Cette crainte de délégation, due à l'augmentation des responsabilités des AS, comme citée par McKenna et al.

(2014), a été mise en avant dans les USI, sous l'argument de la prise en charge globale du patient, où la fragmentation des soins à cause de la délégation de tâches pourrait selon eux potentiellement diminuer la sécurité des patients.

Dans le contexte de la mise en œuvre de l'AR de 2019 au GHDC, de nombreuses questions ont été soulevées. Selon les indicateurs de Proctor et al. (2011), l'acceptabilité de cette adoption est perçue de manière contrastée entre les infirmiers et les AS. Les infirmiers sont mitigés quant à l'acceptabilité des nouveaux actes et de la délégation des tâches, certains exprimant même des inquiétudes quant à un "vol de métier" et une possible diminution de la qualité des soins. Un infirmier a exprimé sa crainte que cette dynamique puisse affecter négativement la qualité des soins aux patients. En ce qui concerne l'indicateur d'adoption, il n'y a pas une réelle volonté professionnelle d'intégrer l'AR de 2019 dans la pratique quotidienne au sein du pôle aigu et plus particulièrement en USI. Aucun protocole spécifique n'a été mis en œuvre pour cette adoption, et de nombreux infirmiers mettent en avant le manque de pertinence de ces actes dans le contexte spécifique du pôle aigu. Ils prônent une formation spécifique pour les AS dans ces services. Dans la continuité de réflexion, la faisabilité de l'AR est également remise en question en raison des contraintes préexistantes. Beaucoup d'infirmiers soulignent l'incompréhension des rôles et la mauvaise diffusion de l'information, ce qui constitue un obstacle majeur à la réussite de cette initiative. Concernant la fidélité, l'absence de protocole de diffusion d'informations a biaisé la mise en œuvre sur le terrain. Enfin, la durabilité de cette initiative est compliquée par le fait que l'AR de 2019 n'a pas encore été pleinement intégré dans la pratique.

Selon le modèle EPIS décrit par Aarons (2011), plusieurs étapes cruciales de ce modèle n'ont pas été réalisées de manière optimale, ce qui impacte négativement l'adoption et la mise en œuvre effective de l'AR de 2019. La phase d'implémentation active du modèle doit inclure plusieurs éléments clés : l'information du personnel, l'adaptation des protocoles aux contraintes locales et la création de matériaux de soutien adaptés. Dans le cadre de l'AR de 2019 au GHDC, il est clair que ces éléments n'ont pas été vécus par le personnel, tant infirmier qu'AS, au sein du pôle aigu. Je vais structurer mon argumentation avec 2 sous-catégories :

A) Manquements observés :

- Absence d'information : Aucun effort substantiel n'a été fait pour informer le personnel des nouvelles responsabilités et des changements induits par l'AR de 2019.

- Formation inadéquate : Les équipes n'ont pas été conditionnées ni formées pour adopter ces nouvelles pratiques. La formation prescrite par la direction en décembre 2021 n'a pas été suffisante pour préparer le personnel à ces changements.
- Absence d'adaptation : Les protocoles n'ont pas été adaptés pour tenir compte des nouvelles responsabilités des AS. Cela a entraîné une confusion quant aux rôles et responsabilités, augmentant ainsi la frustration des infirmiers et des AS.
- Manque de soutien : Il n'y a pas eu de création de matériaux de soutien adaptés, et la communication institutionnelle a été insuffisante. Cela a empêché une implémentation efficace et a freiné l'adoption des nouvelles pratiques.
- Absence d'évaluation et d'ajustement continu : L'implémentation de l'AR a souvent été traitée par phases comme des étapes linéaires et isolées, sans dynamisme et retours suffisants pour évaluer l'efficacité des actions entreprises à chaque étape. Cela inclut le manque d'évaluation de la préparation initiale, de la qualité de la formation dispensée, et de l'adaptation des protocoles. En ne révisant pas activement et régulièrement ces éléments en réponse aux feedbacks des AS et des infirmiers, l'établissement a raté des opportunités cruciales pour renforcer l'acceptation et la fidélité à l'implémentation.

B) Résultats et conséquences :

- Frustration et exclusion : Les AS, particulièrement aux urgences, ressentent une exclusion de la dynamique de travail. Ils n'ont pas de place effective au sein de l'équipe, ils sont souvent relégués à des tâches logistiques sans reconnaissance de leurs nouvelles compétences.
- Manque de connaissance des rôles : Les infirmiers ne connaissent pas suffisamment les responsabilités des AS, ce qui entrave la collaboration interprofessionnelle et crée des tensions au sein des équipes.
- Blocage de la collaboration : Le manque de communication et de formation a engendré des frustrations professionnelles, freinant ainsi la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des AS dans les pratiques de soins.

Un élément nouveau découvert et mis en avant est que les AS, en salle d'urgence et en USI, ne retrouvent pas pleinement leur rôle dans ces services. Ils ressentent souvent avoir une triple casquette, étant affectés à des tâches de brancardier, d'AS, et de logistique. Ce manque de clarté concernant leur statut et leurs responsabilités a été mentionné lors de presque tous les entretiens. Aucun des AS interrogés n'a trouvé de profil de fonction établi pour leur rôle, ce qui aurait dû être présenté avant leur engagement dans les services. Ce manque d'informations et de définition claire des rôles, comme déjà souligné par Fisher et Gitelson (1983), est souvent lié négativement à la satisfaction au travail et à l'engagement organisationnel. Leur analyse met en lumière l'importance d'une définition précise des rôles pour réduire les conflits et l'ambiguïté, améliorant ainsi les résultats professionnels et la satisfaction des employés.

5.3 Limites de l'étude :

En tant que chercheur, malgré mes efforts pour encourager la participation de tous les membres du groupe lors des FG, j'ai parfois été interrompu dans mes questions. Même en tentant de canaliser les leaders, je n'ai pas toujours pu faire participer les répondants de manière équivalente. Cette dynamique pourrait introduire un biais dans la perception générale de l'acceptation des rôles des AS et de la délégation des actes. Un autre point récurrent lors des entretiens était la confusion entre l'intégration des AS dans le pôle aigu arrivé en 2019 avec les changements de dynamique de travail qui en résultent, et l'impact de l'AR de 2019. Parfois, les entretiens abordaient des problèmes plus profonds, y compris des conflits anciens entre infirmiers et AS, ce qui a pu biaiser certaines réponses relatives à l'évolution professionnelle. Il est également important de noter que, en tant qu'infirmier, il est possible que les AS n'aient pas tous été complètement honnêtes lors des entretiens, vis-à-vis de moi. De plus, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à d'autres unités aiguës, ni à d'autres hôpitaux, car la collaboration interprofessionnelle dépend fortement du contexte spécifique de chaque service. Le mode de collecte des données, différent entre les infirmiers (FG) et les AS (entretiens individuels), peut engendrer un biais de fiabilité et de profondeur des données. Les FG sont parfois plus difficiles à analyser et à extraire des données claires et précises. De plus, le fait que je sois le chercheur travaillant dans l'institution et que les participants soient mes collègues, introduit un biais relationnel. Malgré mes efforts pour rester neutre, ma connaissance du service a pu influencer certaines de mes questions et interprétations.

5.4 Pour le futur :

Pour de futures recherches, il serait pertinent d'étendre l'analyse à d'autres services hospitaliers, tels que la chirurgie ou la médecine, afin de déterminer si l'implémentation de l'AR a été effectivement réalisée et si elle a conduit à une meilleure compréhension des rôles ainsi qu'à une amélioration de la collaboration professionnelle. Ces services, généralement moins intenses que les USI ou les urgences, pourraient offrir un contexte différent pour l'intégration des AS, sans les obstacles spécifiques aux environnements à haute spécificité. Cela permettrait d'évaluer si l'AR a influencé positivement la dynamique de collaboration à travers un éventail plus large de contextes de soins, en tenant compte des particularités de chaque service.

A. Recommandations et conseils

Les projections de cette étude sont cruciales pour émettre des recommandations à la direction infirmière du GHDC. Il est impératif de clarifier le statut et le rôle des AS dans les salles d'urgences et les USI. Voici quelques recommandations spécifiques :

- Clarification des rôles : Définir clairement les responsabilités des AS et les communiquer efficacement aux équipes infirmières. Cela aidera à éviter les frustrations et les malentendus concernant ce que les AS peuvent ou ne peuvent pas faire.
- Communication efficace : Organiser des sessions d'informations et des réunions régulières pour discuter des attentes et des capacités des AS. Une communication claire et ouverte peut aider à harmoniser les pratiques et à renforcer la collaboration interprofessionnelle.
- Formation spécifique : Le terrain devrait retourner vers le monde politique afin de proposer une réflexion sur la création d'une formation spécifique pour les AS dans les pôles aigus, semblable à celle développée pour les infirmiers SIAMU. Cette formation devrait inclure des compétences spécifiques adaptées aux contextes des urgences et des USI.
- Évaluation continue : Mettre en place des mécanismes d'évaluation continue pour surveiller l'impact des changements introduits par l'AR de 2019. Cela permettra d'ajuster les pratiques en fonction des besoins spécifiques des services.

6 Conclusion :

Pour rappel, la question de recherche de ce travail était « **Comment se déroule l'implémentation du transfert d'actes entre infirmiers et AS au sein du pôle aigu du GHDC ?** » Plus particulièrement, j'avais comme objectif de comprendre le **vécu des deux parties prenantes**. Pour cette recherche, j'ai réalisé des entretiens individuels avec les AS et des FG avec les infirmiers pour recueillir des données qualitatives approfondies. Les résultats de ma recherche ont révélé une compréhension et une adoption variables des changements introduits par l'AR de 2019. Les AS perçoivent positivement l'élargissement de leurs compétences, y voyant une validation de leurs capacités. En revanche, les infirmiers montrent une sensibilisation insuffisante à ces changements et une réticence à déléguer des tâches, ce qui souligne un besoin crucial de renforcer la communication auprès de ce public. Ces lacunes affectent directement la dynamique d'équipe et la collaboration professionnelle. Les dynamiques de collaboration interprofessionnelle se sont modifiées de manière inégale entre les différentes unités de l'étude. Dans les services d'urgence, l'autonomie accrue des AS a parfois amélioré l'efficacité perçue des soins, mais a également généré des tensions et des incertitudes. Aux USI, l'accueil des nouvelles responsabilités des AS a été plus prudent, avec des préoccupations concernant la sécurité des patients. L'impact de l'AR sur la satisfaction professionnelle et l'harmonie au sein des équipes est également diversifié. Les AS ressentent un sentiment d'accomplissement accru, mais ce sentiment est souvent tempéré par un manque de reconnaissance formelle et une répartition inéquitable des tâches. Les infirmiers éprouvent des frustrations liées à une utilisation sous-optimale des capacités des AS et à des ambiguïtés dans la définition des rôles. Il apparaît clairement que la compréhension et la connaissance précises des rôles entre les AS et les infirmiers sont fondamentales pour surmonter les obstacles en vue d'une délégation et d'une collaboration efficaces. Cette perception des rôles a été identifiée comme un levier important pour améliorer l'interaction professionnelle. La variation dans la manière dont ces rôles sont perçus et assumés, peut parfois conduire à des tensions. C'est pourquoi il est important et crucial de reconnaître que les ajustements aux changements ne sont pas statiques mais nécessitent une approche dynamique et continue comme le suggère le cadre théorique d'implémentation. Cette nécessité d'ajustement dynamique, pour soutenir l'implémentation effective des changements réels, suggère que l'adaptabilité continue peut aider à naviguer plus efficacement à travers les défis de l'implémentation de l'AR de 2019.

Enfin, bien que l'AR de 2019 ait visé à renforcer la collaboration et l'efficacité au sein des équipes de soins, son impact pratique dans le pôle aigu du GHDC a été limité. Au sein du GHDC, l'implémentation partiellement réussie de l'AR engendre plusieurs recommandations : Une gestion attentive des changements, une communication efficace et un engagement envers la formation continue sont des stratégies de soutien au changement cruciales pour réaliser pleinement les objectifs de cette reconfiguration et atteindre les objectifs visés, tels qu'améliorer la qualité des soins et renforcer la satisfaction des professionnels de santé dans l'exercice de leur métier. Enfin, il convient également de prendre en compte des objectifs plus larges tels que politiques et /ou économiques comme présentés dans le schéma intégrant le concept de Fulton.

Bibliographie :

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health, 38*(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Adriaenssens Jef, Eyssen Marijke, Mertens Raf, Benahmed Nadia, Paulus Dominique, Ameye Filip, Bossens Marc, Cauwenberg Carl, Cools Annelies, Doms Kurt, Everaert Erik, Gheysen Machteld, Haelterman Margareta, Laloup Marleen, Malonne Hugues, Meeus Pascal, Penninckx Wim, Roisin Thierry, Walraevens Mieke. Vers un plan intégré d'evidence - based practice en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 291B. D/2017/10.273/55.
- Archie, P., Baudewyns, A.-M., Cappelier, P., Dancot, J., Decoene, E., Demunck, P., Vliegheer, K. D., Wandeler, E. D., Gendebien, O., Ghilbert, P., Herijgers, P., Hulak, I., Peters, E., Putzeys, D., van Achterberg, T., Bouwelen, M. V., Durme, T. V., Vanherck, T., & Waterbley, P. (s. d.). *Leden van de werkgroep/Membres du groupe de travail.*(2023)
- *Arrêté royal du 18 juin 1990.* (2021, avril 1). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/arrete-royal-du-18-juin-1990>
- *Avis CFAI : Une formation permanente pour tous !* (2018, mai 19). <https://www.infirmieres.be/actualites/avis-cfai-une-formation-permanente-pour-tous>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). *The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. (s. d.).

- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Fédération Nationale des Infirmières de Belgique. (2019). Arrêté royal du 18 mars 2019 élargissant les activités des aides-soignants. Récupéré de https://fnib.be/wp-content/uploads/2019_03_18_ar_elargissement_activites_aides-soignants.pdf
- Fisher, C. D., & Gitelson, R. (1983). A meta-analysis of the correlates of role conflict and ambiguity. *Journal of Applied Psychology*, 68(2), 320-333. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.68.2.320>
- Fixsen, D. L., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation Research : A Synthesis of the Literature. In *The National Implementation Research Network* (p. 34).
- Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Auh, E. Y., Vujicic, M., & Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries : A review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9, 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-1>
- *Infirmier/ères responsables de soins généraux*. (2016, avril 5). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers>
- Kalisch, B. J. (2011). The impact of RN-UAP relationships on quality and safety. *Nursing Management*, 42(9), 16. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000403284.27249.a2>
- McKenna, H. P., Hasson, F., & Keeney, S. (2004). Patient safety and quality of care : The role of the health care assistant. *Journal of Nursing Management*, 12(6), 452-459. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00514.x>
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment

(EPIS) framework. *Implementation Science : IS*, 14, 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>

- Munn, Z., Tufanaru, C., & Aromataris, E. (2013). Recognition of the health assistant as a delegated clinical role and their inclusion in models of care : A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *JBI Evidence Implementation*, 11(1), 3. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00304.x>
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten Principles of Good Interdisciplinary Team Work. *Human Resources for Health*. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- OECD & European Union. (2020). *Health at a Glance : Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research : What it is and how to do it. *BMJ*, 347, f6753. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Potter, P., Deshields, T., & Kuhrik, M. (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 157-165. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01062.x>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU : How to define?*. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5-10. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>

- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A., Benishek, L. E., Thompson, D. A., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in Healthcare : Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *American Psychologist*.
<https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Sermeus, W. (2015). Caractéristiques et résultats de l'étude RN4CAST relative aux infirmiers en Europe. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.01.007>
- *Service Public Fédéral Justice*. (2006). Moniteur belge. Récupéré de https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2006/10/18_1.pdf#page=38
- *Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement*. (2022). Rapport Annuel 2022. Récupéré de https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2022_fr.pdf
- Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 Suppl 1, 28-38.
<https://doi.org/10.1258/135581904322724112>
- Staffoni, L., Schoeb, V., Pichonnaz, D., Bécherraz, C., Knutti, I., & Bianchi, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle : Comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(184), 18. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.009>
- *Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter*. *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. *Health*

Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B. DOI: 10.57598/R325BS.

- *Van den Heede Koen, Bouckaert Nicolas, Detollenaere Jens, Kohn Laurence, Maertens de Noordhout Charline, Vanhooreweghe Julie, Bruyneel Arnaud, Sermeus Walter. Nurse staffing on Belgian intensive care units : The impact of two years of COVID-19 pandemic. Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2022. KCE Reports 353. DOI : 10.57598/R353C. (s. d.).*
- *Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, Tribes and Patient Safety : Overcoming Barriers to Effective Teamwork in Healthcare. Postgraduate Medical Journal. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>*

7 **Annexes :**

7.1 **Annexe 1 :**

Guide entretiens individuels pour aides-soignants.

- **Titre du mémoire** : à donner à la fin s'ils le veulent

Vécu interprofessionnel au sein des urgences et des soins intensifs du GHDC : exploration qualitative de la nouvelle collaboration entre les infirmiers et aides-soignants.

Introduction :

Pouvez-vous vous présenter et décrire brièvement votre parcours professionnel au sein de ce service ?

Nouvelles mesures et collaboration :

- Que pensez-vous des changements apportés par l'Arrêté Royal de 2019 ?

Selon vous, est-ce utile ?

Exemple si pas de réponses, pousser vers ça : pensez-vous que cette délégation diminue la qualité de soins et la sécurité du patient ?

- La formation sur les nouveaux actes délégués, l'avez-vous trouvée suffisante ?

Vous sentez-vous bien préparé ?

- Les infirmiers, sont-ils au courant de ce que vous pouvez faire maintenant ?
- Comment percevez-vous l'engagement de votre équipe ou de l'institution dans l'adoption des nouvelles pratiques ?

L'information a-t-elle été donnée et communiquée par votre service ? si oui, comment ?

- Avez-vous vécu une nouvelle collaboration dans votre équipe depuis ces mesures ? exemple

Profils de fonctions établis :

- Avez-vous un profil de fonctions défini et communiqué, un listage de tâches journalières ?
- Les rôles et responsabilités au sein de l'équipe sont-ils bien définis et compris ?
- Comment jugez-vous la répartition des responsabilités entre aides-soignants et infirmiers au sein de votre équipe ?

En pratique avez-vous l'occasion de pratiquer vos nouveaux actes ?

Partenariat actif et leadership :

- Comment est faite la répartition de tâches dans votre service ? *Relancer sur communication* → *Comment évaluez-vous l'efficacité de la communication dans votre équipe ? Y a-t-il des défis spécifiques que vous avez rencontrés ?*
- Comment percevez-vous votre partenariat avec les infirmiers ?
- Le statut hiérarchique entre infirmiers et aides-soignants pose-t-il des obstacles ? exemple

Collaboration et dynamique d'équipe :

- La délégation des actes et impact sur les soins affecte-t-il la dynamique de l'équipe ?
- La nouvelle répartition des tâches influence-t-elle l'interdépendance au sein de l'équipe ?
- Ressentez-vous un climat de confiance au sein de votre équipe ?

Selon vous, la collaboration interprofessionnelle est-elle présente ?

7.2 Annexe 2 :

Guide de discussion pour le focus group avec les infirmiers :

Introduction (5 minutes) :

- Me présenter et expliquer l'objectif du focus group (discussions centrées sur la délégation des tâches).
- Rappel des consignes de confidentialité et de respect mutuel.

Brève présentation des participants (nom, domaine de spécialisation, expérience).

Rôles, formation et développement professionnel (15-20 minutes) :

- Pour commencer, connaissez-vous la nouvelle liste d'actes des aides-soignants à la suite de l'arrêté royal de 2019 ?
- Comment les infirmiers sont-ils formés et informés concernant la délégation des tâches aux aides-soignants ?

Collaboration et répartition des responsabilités (10-15 minutes) :

- Récemment, il y a eu de nouvelles consignes de délégation des tâches entre I et AS, comment cela se déroule-t-il dans votre service ? note personnelle : (Orienter la discussion sur le ressenti des participants mais garder en tête les indicateurs de Proctor. Donc, si tu as des répondants qui te parle de « *j'aime ou je n'aime pas ça* », « *ça, ce n'est pas faisable* », etc -> cela donnera dans ton analyse des infos pour des indicateurs de faisabilité, d'adéquation, etc.)
- Cette nouvelle répartition influence-t-elle la dynamique de votre équipe ? Expliquez-moi.
- Influence-t-elle l'efficacité de l'équipe ? Et éventuellement, d'autres influences ? *pour ne pas rater une nouvelle réponse éventuelle.*

Pouvez-vous partager des exemples spécifiques où la délégation des tâches a modifié la collaboration entre infirmiers et aides-soignants ?

Partenariat actif, leadership et interdépendance (10-15 minutes) :

- Le management de vos supérieurs hiérarchiques, infirmiers chefs par exemple, a-t-il une influence sur l'efficacité de la répartition des tâches ? (+orienter la discussion à la fois sur les impacts négatifs et positifs).
- Pouvez-vous expliquer comment l'interdépendance liée à la délégation des tâches se manifeste dans votre pratique quotidienne ?

Communication et confiance (5-10 minutes) :

- Comment la délégation des tâches affecte-t-elle la communication au sein de votre équipe ?

Quels défis spécifiques à la délégation des tâches rencontrez-vous en matière de communication ?

- Comment la confiance mutuelle est-elle impactée par la délégation des tâches entre infirmiers et aides-soignants ?

Conclusion (5-10 minutes) :

- Récapitulatif des points clés abordés et remerciements pour la participation.
- Informations sur les prochaines étapes et comment les résultats seront utilisés.

7.3 Annexe 3 :

Fiche de consignes pour l'observateur des focus groups

Nom du projet : Vécu interprofessionnel au sein des urgences et soins intensifs du GHDC
: Exploration qualitative de la nouvelle collaboration infirmiers et aides-soignants.

Objectif du focus group : comprendre le vécu des infirmiers face à l'augmentation de la liste d'actes des aides-soignants, dans leur vie quotidienne.

Rôle de l'observateur : L'observateur doit enregistrer les interactions, observer les réactions non verbales, les dynamiques de groupe et tout autre élément pertinent qui ne peut pas être capturé uniquement par l'audio ou la vidéo.

Consignes spécifiques :

Avant le focus group

- Prépare ton matériel pour prendre des notes de manière efficace et discrète.
- Questionne-moi si tu as des interrogations après lecture de ceci.

Pendant le focus group :

- Place-toi de manière à observer tous les participants sans intervenir dans la discussion.
- Note les interactions significatives entre les participants, y compris les réactions non verbales comme les hochements de tête, les expressions faciales, et les gestes.
- Observe et note la dynamique du groupe, incluant qui parle, qui écoute, les changements de sujets, et les moments de silence ou d'hésitation.
- Reste neutre et objectif. Évite d'influencer la discussion avec tes réactions ou expressions. :D
- Enregistre le contexte des discussions, surtout les moments où les infirmiers semblent plus engagés/ partagés ou réticents.

Après le focus group :

- Si possible pour toi, donne-moi un compte-rendu détaillé de tes observations, en soulignant les moments clés.
- Indique-moi tout comportement ou interaction qui pourrait influencer l'interprétation des données verbales.
- Partage-moi tes impressions générales sur le déroulement du groupe, y compris toute suggestion pour améliorer les prochaines sessions.

7.4 <u>Annexe 4 :</u> Catégories	Indicateurs Proctor	Questions clés
Connaissance et compréhension	Fidélité Acceptabilité	<p>Pouvez-vous me décrire ce que vous savez de l'Arrêté Royal de 2019 ?</p> <p>Comment ces informations ont-elles été communiquées à vous et à votre équipe ?</p>
Formation et préparation	Faisabilité Coût	<p>Quels aspects de la formation avez-vous trouvés particulièrement utiles ou inadéquats ?</p> <p>Pouvez-vous me raconter une situation où vous vous êtes senti bien préparé ou au contraire insuffisamment formé pour réaliser un acte délégué ?</p>
Répartition des responsabilités	Acceptabilité Fidélité	<p>Comment les nouvelles responsabilités ont-elles été réparties au sein de votre équipe ?</p> <p>Y a-t-il eu des défis ou des succès particuliers dans l'adoption de ces nouvelles responsabilités ?</p>

7.4 <u>Annexe 4 :</u> Catégories	Indicateurs Proctor	Questions clés
Collaboration interprofessionnelle	Pénétration Durabilité	<p>Comment décririez-vous la collaboration entre les aides-soignants et les infirmiers depuis les changements ?</p> <p>Pourriez-vous me donner un exemple concret où la collaboration a bien fonctionné ou rencontré des obstacles ?</p>
Expérience vécue et perception	Acceptabilité	<p>Quelle a été votre expérience personnelle par rapport aux changements introduits ?</p> <p>Pouvez-vous partager vos sentiments ou réactions émotionnelles face à ces changements ?</p>
Impact perçu sur la qualité des soins	Pertinence Durabilité	<p>Selon vous, comment ces changements ont-ils affecté la qualité des soins prodigués ?</p> <p>Avez-vous observé des améliorations ou des problèmes spécifiques liés à ces changements ?</p>

7.4 <u>Annexe 4 :</u> Catégories	Indicateurs Proctor	Questions clés
Dynamique et climat de l'équipe	Pénétration	<p>Comment ces changements ont-ils influencé l'ambiance et la dynamique de votre équipe ?</p> <p>Y a-t-il eu des modifications notables dans le moral de l'équipe ?</p>
Sentiment d'accomplissement professionnel	Acceptabilité	<p>Ressentez-vous un sentiment accru d'accomplissement ou de valorisation professionnelle depuis ces changements ?</p> <p>Comment votre rôle est-il perçu et reconnu par les autres professionnels de santé ?</p>
Compréhension des rôles	Fidélité Acceptabilité	<p>Comment les rôles entre aides-soignants et infirmiers sont-ils perçus et compris ?</p> <p>Y a-t-il eu des confusions ou des clarifications importantes concernant ces rôles ?</p>

7.5 Annexe 5 :

Unités d'analyse détaillées.

1. Connaissance et compréhension

But : Évaluer le niveau de connaissance des modifications législatives parmi le personnel soignant et comprendre comment ces informations ont été communiquées. Cette analyse vise à déterminer si les changements sont bien compris et correctement intégrés dans la pratique quotidienne.

2. Formation et préparation

But : Examiner la qualité et la pertinence de la formation reçue par les aides-soignants et les infirmiers en rapport avec les nouveaux actes délégués. L'objectif est de savoir si les professionnels se sentent adéquatement préparés pour la mise en pratique.

3. Répartition des responsabilités

But : Évaluer la clarté et l'efficacité de la nouvelle répartition des responsabilités entre les aides-soignants et les infirmiers. Il s'agit de comprendre comment ces responsabilités sont perçues et adoptées par les différents membres de l'équipe soignante.

4. Collaboration interprofessionnelle

But : Analyser comment les changements ont influencé la collaboration entre les aides-soignants et les infirmiers. Cette unité cherche à identifier les succès et les obstacles dans la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle renouvelée.

5. Expérience vécue et perception

But : Recueillir des témoignages sur l'expérience personnelle des professionnels vis-à-vis des changements effectués. Cette analyse vise à capter les perceptions directes, les réactions émotionnelles et l'acceptabilité des nouvelles pratiques.

6. Impact perçu sur la qualité des soins

But : Mesurer l'impact des changements législatifs et des nouvelles pratiques sur la qualité des soins délivrés. L'accent est mis sur l'efficacité, la sécurité et les améliorations continues observées depuis l'introduction des nouveaux actes.

7. Dynamique et climat de l'équipe

But : Examiner les effets des changements sur le climat et la dynamique de l'équipe soignante. Cette unité cherche à évaluer si les modifications ont amélioré ou détérioré la cohésion d'équipe, le moral et la stabilité du groupe.

8. Sentiment d'accomplissement professionnel

But : Explorer le sentiment d'accomplissement et de valorisation ressenti par les aides-soignants à la suite de l'expansion de leurs rôles. L'analyse se concentre sur l'empowerment, la reconnaissance et l'épanouissement professionnel des deux professions suite au changement apporté par l'AR de 2019.

9. Compréhension des rôles

But : Évaluer la clarté avec laquelle les nouveaux rôles sont compris et acceptés au sein des équipes soignantes. Cette catégorie vise à identifier les potentiels confusions ou malentendus concernant les rôles et responsabilités élargis des aides-soignants et des infirmiers.

J'ai choisi chaque catégorie de cette grille afin d'explorer les différents aspects de l'implémentation des changements induits par l'AR, fournissant ainsi une compréhension globale des effets de ces changements sur les pratiques professionnelles et interpersonnelles au sein du pôle aigu du GHDC.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp