

Faculté de santé publique

*L'éducation & la collaboration
interprofessionnelle pour la première ligne de
soins en Belgique francophone*

Etude qualitative

Mémoire réalisé par

Coisne Amandine

Promotrice

Professeure Thérèse Van Durme

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

2019-2020

Remerciements

Voici quatre années qui s'achèvent avec la réalisation de mon mémoire. Ce choix d'étalement pour mener au mieux les différentes missions qui remplissent ma vie. Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation et concrétisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite commencer par *La Professeure Thérèse Van Durme*, promotrice de ce mémoire, Professeure à la faculté de Santé Publique de l'U.C.Louvain et chercheuse au sein de l'Institut de recherche Santé et Société(I.R.S.S.). Au travers des cours et des nombreuses discussions, elle nourrit nos interrogations et suscite notre curiosité. Merci pour son temps, sa confiance, le partage de ses savoirs et expériences, pour son soutien, les invitations à des réunions de recherches et à sa bienveillance. Je profite pour remercier *l'équipe de recherche de Be.hive* pour l'accueil, les discussions et l'intérêt porté à mon mémoire.

Merci à *Guillaume*, mon époux qui est l'épaule sur laquelle je peux me reposer quand le besoin se fait ressentir. Il me suit depuis la fin de mon C.E.S.S., il m'a vu évoluer et m'épanouir dans mes études. Il a toujours été présent dans les moments de doutes, mais surtout les moments de joie dans cette reprise d'études. Il a toujours cru en moi et je le remercie.

Merci à *Alice* qui était mon unique enfant au début de ce master et à *Gustave* qui est venu rejoindre notre famille pendant mon cursus. Ils ont été ma plus grande force pour me surpasser, tant dans ma vie personnelle, professionnelle qu'estudiantine. Ce master est pour moi l'occasion de leur démontrer qu'avec l'envie et la persévérance beaucoup de choses sont possibles. Vous êtes mon plus grand bonheur.

Merci à *Nathalie Descheemaeker* qui est maitre assistante et coordinatrice pédagogique au sein de la H.E.L.Ha, lectrice depuis la première ébauche de ce mémoire. Elle est pour moi, un exemple dans ses savoirs et son expertise. Merci pour le temps consacré aux lectures de ce mémoire. Elle fait partie des piliers de ce mémoire. C'est une réelle chance d'avoir collaboré avec elle.

Merci à *Sophie Courtens* qui est maitre assistante au sein de la H.E.L.Ha, lectrice de ce mémoire. Merci pour ton regard dans la lecture finale de ce mémoire et tes conseils.

Merci à *la direction et les professeurs de La Haute École d'Hénallux, La Haute École Robert Schuman, La Haute École Ilya-Prigogine* qui ont permis de récolter des informations et de diffuser la maquette de ce mémoire.

Merci à *Madame Marie Pierard* et *Monsieur Edgard Peters* pour leur soutien et les réflexions qu'ils ont amenés dans ce mémoire.

Merci à *ma maman, mes beaux-parents et ma grand-mère*, pour les encouragements, le compte à rebours des années, des mois puis des semaines liés à ce master. Je souhaite aussi les mettre en avant dans ce mémoire, car ils font de moi la personne que je suis. Je les remercie pour le soutien moral et logistique.

Merci à *mes collègues de cours, mes Collègues, mes ami.e.s* qui ont eu de belles pensées et un soutien tout au long de mes études.

Merci *aux infirmiers rencontrés* qui ont permis la réalisation des entrevues et par conséquent la concrétisation de ce mémoire.

Merci *au Corps professoral et aux intervenants externes de la Faculté de Santé Publique de l'U.C.Louvain* pour les cours dispensés et la qualité de ces derniers. C'est une chance d'avoir croisé leurs chemins et partager le temps de quelques heures leurs savoirs.

Merci *au secrétariat de la Faculté de Santé Publique de l'U.C.Louvain* pour leur patience, leur rôle de guide pour les différentes démarches, pour leur travail incontestable pour nous accompagner et l'aide apportée lors de nos études.

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. 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 étudiants 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.

A mon époux, *Guillaume*

« *Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité, un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté* »

Winston Churchill [1874-1965]

A mes enfants, *Alice & Gustave*

« *L'amour, une fois qu'il a germé, donne des racines qui ne finissent plus de croître* »

Antoine de Saint-Exupéry [1900-1944]

Liste des abréviations

A.P.C.	Approche Par Compétences
A.S.D.	Aide et Soins à Domicile
B.I.R.S.G. ou I.R.S.G	Bachelier Responsable de Soins Généraux ou Infirmier Responsable en Soins Généraux.
C.F.A.I.	Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
C.I.P.	Collaboration InterProfessionnelle
C.I.O.	Collaboration InterOrganisationnelle
C.I.H.C.P.I.C	Canadian Interprofessional Health Collaborative
C.S.D.	Centre de Soins à Domicile
E.C.T.S.	European Credit Transfert and accumulation System (traduction Système Européen de transfert et d'accumulation de Crédits)
E.I.P.	Education InterProfessionnelle
F.I.P.	Formation InterProfessionnelle
F.I.P.C.C.P.	Formation InterProfessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient
G.L.E.M.	Groupe local d'Evaluation Médicale
H.A.D.	Hospitalisation À Domicile
H.E.	Haute Ecole
I.P.A.	Infirmier-ère en Pratique Avancée
K.C.E.	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (traduction de Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg)
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé (W.H.O. : World Health Organization)
O.N.E.	Office de la Naissance et de l'Enfance
R.G.P.D	Règlement général sur la protection des données
S.I.S.D.	Service Intégré de Soins à Domicile
U.E	Unité d'Enseignement
W.U.G.	Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen (traduction libre : loi sur l'exercice des professions de la santé)

Table des matières

Liste des abréviations	1
Table des matières.....	2
Introduction.....	4
I. Partie théorique.....	6
1. La première ligne de soins en Belgique francophone	6
1.1. La première ligne de soins en Belgique francophone et ses défis.....	7
1.2. La première ligne de soins en Belgique francophone et axes de réflexion	8
2. L'éducation interprofessionnelle.....	10
2.1 . Les buts de l'éducation interprofessionnelle	14
3. « Le Modèle de Lausanne » (Gachoud et al., 2017).....	15
3.1 . Les compétences interprofessionnelles et les pratiques collaboratives	17
3.2. Les méthodes de formation.....	20
3.3. Le formateur au sein de l'éducation interprofessionnelle	23
3.4. Les apprenants.	25
3.5. Le contexte de la formation pratique.....	27
4. « Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient » (D'Amour & Oandasan, 2005)	29
4.1 . La formation interprofessionnelle pour accroître les résultats chez l'apprenant.	31
4.2. La pratique collaborative visant à améliorer les soins dispensés au patient	32
4.3. Analyse du modèle F.I .P.C.C.P. de D. D'Amour et Y. Oandassan (2005).....	35
5. La collaboration interorganisationnelle.....	36
II. Partie pratique	38
1. Méthodologie.....	38
2. La collecte des données.....	39
3. Analyse des données.....	43
4. Résultats	44
1. Délégation de la régulation : Gouvernance	46
2. Formalisation.....	51
3. Intériorisation de la collaboration interprofessionnelle	54
4. Finalisation	56
5. Les besoins de formations des infirmiers de la première ligne soins en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle	58
6. Le lien entre la première et la deuxième ligne de soins en Belgique francophone.....	61
III. Discussion	62

1. La perception des infirmiers de la première ligne de soins en Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P.....	62
2. Les besoins de formations en C.I.P. des infirmiers de la première ligne de soins en Belgique francophone.....	65
3. L'approche par compétences appliquée au sein des Hautes Écoles en soins infirmiers en Belgique francophone.....	68
Conclusion.....	70
Bibliographie.....	73
Annexes : Table des matières.....	80
I. Annexe : Maquette de communication N°1.....	81
II. Annexe : Maquette de communication N° 2.....	82
III. Annexe : Guide d'entretien.....	83

Introduction

L'évolution de la population belge demande une adaptation régulière de notre système de soins de santé au vu d'éléments tels que le vieillissement de la population, les pathologies chroniques, les pathologies multiples et/ ou un mode de vie défavorable (W.H.O., 2009).

Chaque année, ces défis en matière de santé sont en augmentation et un même patient peut présenter plusieurs de ces caractéristiques. Une des conséquences est que ces patients vivant à domicile reçoivent des soins et de l'aide de la part de professionnels provenant de plusieurs disciplines, voire de plusieurs institutions de soins. Selon l'enquête Sciensano de 2018, parmi les personnes de 65 ans et plus, 22,8% peuvent être considérées comme fragiles et 37,3% comme préfragiles, c'est-à-dire présentant un risque accru de devenir fragile. Le concept de fragilité fait référence au « risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs » (Renaut, 2004). Le pourcentage de personnes rapportant des maladies chroniques a augmenté régulièrement au cours des 15 à 20 dernières années (Charafeddine, R., 2018). Les pathologies chroniques représentent 70,2% des dépenses de l'I.N.A.M.I. (Karakaya, 2018).

L'évolution des pathologies nécessite, quand celles-ci sont complexes, l'intervention d'une collaboration interprofessionnelle autour des soins et du patient. La complexité des prises en charge et l'accroissement de l'hospitalisation à domicile font appel à une Collaboration Interprofessionnelle (C.I.P.). Pour renforcer l'intérêt qu'il faut porter à l' Education Interprofessionnelle (E.I.P.) et la C.I.P., certains auteurs soulignent qu'« aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers des services de santé ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient ». (Gallant et al., 2011)

La discipline infirmière tant d'un point de vue de la pratique infirmière et des sciences infirmières a considérablement évolué ces trente dernières années : l'importante croissance des soins de première ligne et des trajets de soins surtout pour les pathologies chroniques, le recours à des thérapies plus complexes, l'évolution constante des technologies, les recherches et les savoirs émergents en sciences infirmières font que les infirmiers doivent pouvoir assumer des responsabilités plus élevées . La réforme du paysage hospitalier et des finances des hôpitaux élaboré par Maggie De Block en 2015 va également dans ce sens. Face à ces nouveaux défis

lancés par Madame la Ministre, la C.I.P est un élément clef. Il s'avère que déjà en 2010 l'O.M.S. dans son rapport « framework for action on interprofessional education and collaborative practice » reconnaît l'E.I.P comme un des dispositifs permettant de répondre aux nouveaux défis qui attendent nos systèmes de soins de santé.

Les Hautes Ecoles en soins infirmiers en Belgique francophone vivent depuis 2016 une Réforme de la formation en soins infirmiers avec le passage en 4 années d'études, le passage à 6 compétences, afin d'établir une formation¹de qualité (limiter les erreurs,...) et de s'aligner sur la directive 2005/36/CE concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles et garantir la mobilité européenne du « titre ». Le profil professionnel et de compétences (C.F.A.I., 2015) de l'infirmier responsable en soins généraux (I.R.S.G.) propose un profil à 7 compétences à développer avec les apprenants. Néanmoins, le conseil général des Hautes Ecoles se positionne sur un référentiel comprenant 6 compétences. Une des compétences concerne « la compétence de collaborer de manière effective avec d'autres acteurs du secteur de la santé [...] » et « la compétence d'assurer la communication professionnelle complète et de coopérer avec les membres d'autres professions du secteur de la santé. ». (Directives européennes 2013/55/UE modernisant la directive 2005/36/CE). Cette révision du référentiel de compétences répond aux défis qui attendent le Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux (B.I.R.S.G.) au vu de l'évolution de la politique de santé, des problèmes complexes des patients et répond aux besoins des différents acteurs de la santé. Néanmoins, de nombreuses Hautes Ecoles en soins infirmiers continuent de former les étudiants en système clos. Sur les 12 Hautes Ecoles de la Belgique francophone interrogées, la moitié de ces établissements commencent à utiliser l'E.I.P.

Dans le contexte des maladies chroniques, de l'accroissement des soins de première ligne et le développement de l'hospitalisation à domicile, les professionnels de la première ligne sont un maillon important de cette collaboration interprofessionnelle. Tous ces changements m'amènent au questionnement suivant : « *Quels sont les besoins en formations des infirmiers de la première ligne de soins en Belgique francophone en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle?* ». Une sous-question découle de la problématique de ce mémoire : « *En quoi l'approche par compétences appliquées au sein des Hautes Ecoles formant des bacheliers*

¹ La formation B.I.R.S.G. comprend 2300h de théorie et 2300h de pratique qui s'étalent sur les 4 années d'études.

infirmiers responsables de soins généraux répond-elle aux besoins et aux attentes d'interprofessionnalité des parties prenantes de la première ligne de soins ? ».

Ce mémoire est l'occasion de mettre en place une recherche autour d'un thème qui se rapporte à mon travail d'enseignante au sein d'une Haute Ecole de soins infirmiers. Le but étant de me mettre en réflexion dans le souci de former de futurs professionnels compétents qui répondent aux besoins du terrain professionnel.

I. Partie théorique

L'Approche Par Compétences (A.P.C.) caractérise de nos jours la pédagogie privilégiée dans l'élaboration des programmes des futurs professionnels de la santé (Tardif, 2006). Le socioconstructivisme est le courant qui soutient l'approche par compétences grâce à un apprentissage individuel et collectif. Selon le Boterf (2007), « L'approche par compétences peut assurer un équilibre entre le développement de compétences individuelles et collectives dans ce contexte de grande complexité et ainsi contribuer non seulement au développement personnel de tous les acteurs de santé publique, mais aussi, à celui de toute l'organisation. ». Afin d'accompagner le développement des compétences individuelles et collectives des futurs professionnels de la santé, l'E.I.P. est une approche de choix. (W.H.O.,2010)

La première partie de ce mémoire concerne la partie théorique qui s'attarde à la première ligne de soins au sein de la Belgique francophone avec ses défis et ses pistes. Un point sera consacré à l'éducation interprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle à travers 2 modèles : le « Modèle de Lausanne » (Gachoud et al., 2017) et le « modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » (D'amour & Oandasan, 2005).

1. La première ligne de soins en Belgique francophone

Le système de soins de santé en Belgique s'organise en 3 niveaux. Le premier niveau concerne la première ligne de soins qui regroupe des professionnels qui sont entre autres : les dentistes, les diététiciennes, les médecins généralistes, les sages-femmes, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux. La seconde et la troisième ligne de soins concernent les professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux et les spécialités qu'elles soient exercées dans un cabinet ou à

l'hôpital. La première ligne de soins se définit comme suit :« Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté, caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne, par une équipe de professionnels responsables de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un « partnership » durable avec le patient et les aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale, et joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population.(Expert Panel, 2014). La distinction entre la première ligne de soins et la seconde/ troisième ligne se fait au niveau du point d'entrée c'est-à-dire que la première ligne de soins concerne l'approche du patient hors milieu hospitalier. La première ligne de soins en Belgique comporte un ensemble de 10 professionnels de la santé.

1.1. La première ligne de soins en Belgique francophone et ses défis

La première ligne de soins en Belgique rencontre de nouveaux défis pour lesquels des pistes doivent être envisagées. A la lecture du rapport « Together we chance » (De Maeseneer et al. 2014), les auteurs mettent en avant les défis actuels autour de la première ligne de soins en Belgique. Le développement démographique et épidémiologique réside dans le fait que la population a une espérance de vie plus haute et une multimorbidité qui va de pair avec le vieillissement de la population. Il faut, à ce moment (re)penser les trajets de soins pour une personne ayant des polypathologies. Le professionnel de première ligne doit permettre au patient de ne pas se disperser dans le système de soins. Les développements scientifiques et technologiques s'introduisent lors des soins dispensés au domicile des patients. Les professionnels doivent pouvoir analyser ces nouvelles approches tout en tenant compte de leur intérêt dans la vie quotidienne et les attentes/besoins du patient. Les conceptions quant à la vie et la mort évoluent au fil du temps et demandent également des adaptations de la part des professionnels de santé. Sur le plan socio-économique, 16,4% de la population en Belgique vit sous le seuil de pauvreté ², ce qui amène des inégalités en santé (Maeseneer et al., 2015). La santé n'est à ce moment-là pas une priorité pour ces personnes en situation de précarité et ces dernières retardent les soins voire attendent le dernier moment pour consulter via les services d'urgences. Il y a également des points d'attention au niveau de la population belge quant à la surconsommation des médicaments, irradiation en dose importante, des examens médicaux, administration des soins inadéquats (p. ex. : choix antibiotiques, suivi patient diabétique dans

² seuil de pauvreté : moins de 1115€ net / mois pour une personne seule et moins de 2341€ net/mois pour une un couple avec 2 enfants (<14 ans) (StatBel, 2019)

le temps et dans le trajet de soins), des séjours hospitaliers qui dépassent de 15% la moyenne européenne (K.C.E., 2010). Dans le rapport annuel de 2019 du K.C.E (Report 313B), donc 9 ans après la publication du rapport 2010, la Belgique se voit attribuer des résultats décevants quant à l'adéquation des soins. Ce constat peut être lié à plusieurs dimensions comme la continuité des soins, l'efficacité, la sécurité et l'efficience. L'amélioration de la performance du système de soins de santé est un réel défi pour la Belgique (K.C.E., 2019).

1.2. La première ligne de soins en Belgique francophone et axes de réflexion

Les défis auxquels est confrontée la première ligne de soins en Belgique nécessitent un renforcement de cette dernière. Les pistes doivent travailler autour de principes tels que l'accessibilité, l'équité sociale, la qualité, l'efficience, la solidarité et la durabilité. Afin de permettre de travailler sur ces principes, des moyens doivent être libérés pour les soins de première ligne afin de la renforcer et de permettre l'introduction des innovations. L'élaboration d'un budget pour la première ligne doit tenir compte des professionnels de santé, l'evidence-based ainsi que la population (Maeseneer et al., 2015). Ce budget se construit en se basant sur les besoins des personnes de la zone couverte par la première ligne ; nous pouvons parler de contrats « locaux » (be.hive, 2020). Ce dispositif demande l'inscription de tous les citoyens à une pratique de médecine générale. Pour les nouveaux problèmes, le patient ne peut plus s'adresser à la seconde ligne sans passer par la première ligne sauf en cas de nécessité. Pour accéder à la seconde ligne, le patient devra disposer d'une lettre de référence de son médecin généraliste (K.C.E., 2014). Le renvoi selon le « modèle linéaire », c'est-à-dire de la première ligne à la deuxième ligne représente 10% des consultations (E.X.P.H., 2014). Un autre modèle de « renvoi » est celui en « spirale » qui est adapté aux personnes souffrant d'affections chroniques inscrites dans un trajet de soins. Cet échelonnement permet une équité sociale et une meilleure coordination entre les services de garde et les services d'urgences. En 2016, l'O.M.S. a également souligné les bénéfices d'une approche intégrée et centrée sur le patient en vue d'éviter la fragmentation, l'inefficacité et la non-soutenabilité des soins de santé.

Les principes comme la qualité et l'efficience trouvent une piste d'amélioration dans le « pay-for-quality » qui consacre 10% du revenu à travers la mesure des critères de qualité à trois niveaux : la structure, le processus et le résultat. Ce type de « récompense » entraîne une compétition verticale entre les zones de première ligne. Cependant pendant 20 ans à Jönköping

en Suède, ils ont travaillé sur le plan de l'amélioration de la qualité en partant de la perspective des citoyens, ce qui leur a valu d'obtenir les meilleurs résultats sur le plan de la qualité des soins en 2014.

La pénurie des médecins généralistes demande de former plus de médecins généralistes et de songer au développement d'un assistant à la pratique (Maeseneer et al., 2015). Ce dernier permet d'aider dans les tâches administratives et dans la préparation du « patient ». A ce jour aucun cadre formel n'existe quant à ce profil. Le code de déontologie médicale rend le développement de ce type de profil compliqué par rapport à l'article 81, qui avance que le partage d'honoraires entre médecins et non-médecins est interdit. En février 2019, la Commission de la Santé a approuvé le cadre légal pour l'infirmier en pratique avancée (I.P.A.). Le développement de ce type de formation permettrait de renforcer la première ligne de soins. Une grande question reste quant au droit à la prescription médicale par les I.P.A. en Belgique, là où d'autres pays comme le Canada, les Etats-Unis et bientôt la France le permettent.

Le processus du quadruple AIM, est une prolongation du triple AIM, il permet des soins intégrés en mettant l'accent autour des professionnels de la santé (K.C.E., 2019). Le triple AIM a été proposé par Donald Berwick, Pr. Tom Nolan et John Whittington (2006) lors de la réforme impulsée par le Président des Etats-Unis : Barack Obama. Ce processus met l'accent autour des objectifs de vie du patient et de sa famille tout en tenant compte de la perception des professionnels de la santé. (K.C.E., 2019).

Ce dispositif propose 3 objectifs :

- ★ L'amélioration de l'expérience personnelle des soins par les patients et les soignants informels au niveau de la qualité des soins,
- ★ L'amélioration de l'état de santé de la population et en particuliers des patients souffrants de pathologies chroniques,
- ★ L'utilisation des ressources disponibles de manière efficace pour assurer à une réduction des coûts par habitant en termes de soins de santé.

Néanmoins l'atteinte de ce triple objectif engendre du stress auprès des équipes de soins. Les professionnels de la santé sont confrontés à des complexités de prise en charge des patients et une logique de rendement (Petiau, 2018). T. Bondeheimer et C. Sinsky (2014) proposent le quadruple AIM en y incorporant un objectif supplémentaire qui est : l'amélioration de la satisfaction au travail des prestataires de soins. L'épuisement touche les différents professionnels de la santé. Les plaintes concernent la lourdeur des prises en charge, la réduction

du personnel soignant entouré par un stress quotidien. Ceci engendre une insatisfaction entre les médecins et les autres professionnels de la santé qui vient teinter la perception des uns et des autres. (T. Bondenheimer, C. Sinsky, 2014). Ce processus met l'accent autour des objectifs de vie du patient et de sa famille tout en tenant compte de la perception des professionnels de la santé. (K.C.E., 2019).

Comme dit supra, le nombre de personnes fragilisées augmente ce qui impose des exigences tant sur la qualité des soins que sur la collaboration interprofessionnelle. La Belgique présente le score le plus faible de tous les pays en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle (Maeseneer et al., 2015). La recherche souligne que la collaboration interprofessionnelle sous un même toit mène à une meilleure accessibilité et une meilleure qualité de soins pour les patients présentant des pathologies chroniques (Maeseneer et al., 2015). L'une des difficultés quant à la collaboration interprofessionnelle est de la pratiquer au quotidien et avec les différents prestataires de soins alors que ces derniers sont formés dans des systèmes clos. Les formations actuelles forment essentiellement en cursus fermé, de ce fait les étudiants ne sont pas initiés à la C.I.P dès leur formation

2. L'éducation interprofessionnelle

L'éducation interprofessionnelle est une piste d'amélioration quant aux difficultés de collaboration interprofessionnelle, mise en avant par les professionnels de santé (Gachoud et al., 2017). Ce chapitre sur l'éducation interprofessionnelle analyse ce concept afin de déterminer comment ce dernier soutient l'approche par compétences enseignée actuellement au sein des Hautes Ecoles formant de futurs infirmiers responsables de soins généraux, appelés à exercer notamment en première ligne de soins.

Dans la littérature scientifique, certains auteurs parlent de « discipline » et d'autres abordent le terme « professionnel ». Une clarification est nécessaire entre les concepts d'inter/multidisciplinarité et d'inter/multiprofessionnalité. Le préfixe « multi » associé aux termes « disciplinaires » et « professionnelles » réfère aux disciplines ou professions différentes qui fonctionnent en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte d'un objectif, avec très peu de communication. Ces professionnels gravitent autour du patient en sectionnant l'approche par disciplines. Le préfixe « inter » est défini comme un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif pour la personne soignée. La notion de synergie est omniprésente et constitue souvent une caractéristique des

équipes interdisciplinaires/interprofessionnelles (Taskin et al., 2014). Selon D'Amour D., Sicotte C., Lévy R., « les membres d'une équipe interdisciplinaire ouvrent les frontières de leurs territoires pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités ». Selon Nicole Rege Cole citée par Formarier Monique, « Les disciplines évoluent autour de connaissances et de savoirs scientifiques alors que les professions exploitent ces savoirs pour en déduire des compétences et attitudes ». Pour compléter cette distinction R. Legendre (2005), explique que l'interprofessionnalité est finalement de l'interdisciplinaire décisionnel ou d'intervention. Le concept d'interprofessionnalité est approprié à l'orientation de ce travail qui insiste sur les synergies communes au profit de la personne soignée afin d'y gagner en efficience, qualité des soins et satisfaction des intervenants de la première ligne de soins lors de prise de décision et/ou d'intervention.

Un des obstacles dans la pratique collaborative entre les différents prestataires réside dans la spécificité du langage propre à chaque profession, dans l'absence d'une compréhension commune et d'approches du patient (Asmar & Wacheux, 2007b). Le contexte financier, le réseau social, relationnel et l'évolution de la ou les pathologies nécessitent l'intervention d'une collaboration interprofessionnelle autour des soins et du patient. La complexité des prises en charge et l'accroissement de l'hospitalisation à domicile font appel à une C.I.P. Pour renforcer l'intérêt qu'il faut porter à l'E.I.P. et la C.I.P., certains auteurs soulignent qu'« aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers des services de santé ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient » (Gallant et al., 2011)..

L'éducation interprofessionnelle est définie comme suit par the centre for advancement of interprofessional education (C.A.I.P.E, 2002) : « L'éducation interprofessionnelle réunit des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune, qu'elle soit pré ou post-graduée. Dans cette formation, les membres d'une profession acquièrent des connaissances grâce aux autres professionnels et à propos de ceux-ci. Pour le C.A.I.P.E, l'E.I.P. repose également sur une notion inclusive et large de « l'interprofessionnalité » et elle inclut toutes les formules d'apprentissages, qu'elles soient déployées en milieux académiques ou en milieux de travail, en pré ou post grades. ».

L'éducation interprofessionnelle nécessite des formateurs compétents dans le domaine de la « facilitation de groupes », ce point sera expliqué plus loin. Cette facilitation efficace est reprise dans plusieurs revues comme étant un élément clef pour une éducation interprofessionnelle fructueuse (Freeman, S., 2010). Cet élément charnière de l'E.I.P. intervient

à trois temps différents : avant l'élaboration de la formation et l'étude des besoins des apprenants, pendant, c'est-à-dire, qu'elle accompagne le processus d'apprentissage interprofessionnel et après, ce qui permet de donner des retours quant aux expériences rencontrées par les apprenants. Le facilitateur permet d'aider les futurs praticiens à faire de leur mieux dans la réflexion et dans la pratique. Le facilitateur doit accompagner, favoriser la participation équitable, la compréhension mutuelle et la bienveillance au sein du groupe. La posture du facilitateur n'est pas d'approuver le projet ou la direction que prend le groupe, mais avant tout de veiller à l'énergie qui circule au sein du groupe. L'E.I.P. fait appel à une pédagogie dite active et interactive. Un prérequis doit être élaboré et enseigné quant à la socialisation des étudiants qui a un impact tant sur la formation que sur la collaboration de ces derniers. Un autre élément à prendre en compte dans l'E.I.P. est la satisfaction et l'intérêt des apprenants, car ce sont eux qui seront porteurs de cette méthode de travail. Les objectifs de l'E.I.P. doivent être adaptés selon les participants, leur niveau de connaissances, les disciplines et les besoins (Gachoud et al., 2017). Le contenu de l'E.I.P. selon l'O.M.S. (2010) doit comprendre les différentes thématiques suivantes : le travail en équipe, les rôles et responsabilités, la communication, la réflexivité, les soins centrés sur le patient (qui sont nommés à ce jour les soins centrés sur les objectifs du patient), l'éthique. A travers le programme d'étude et le nouveau référentiel de compétences des infirmiers responsables de soins généraux, ces différents cours sont présents et enseignés dans des unités d'enseignement distinctes. L'E.I.P. souhaite un décloisonnement en prenant un temps pour mettre en application ces différentes unités enseignement dans des séquences communes et entre différentes disciplines.

L'interprofessionnalité a une approche moins segmentée et plus cohérente que l'approche monodisciplinaire dans la réponse aux besoins des patients, des familles, de la population et des professionnels. Le but de l'interprofessionnalité n'est pas de créer une nouvelle profession, mais bien de favoriser l'intégration et la collaboration entre les professions tout en préservant nos professions respectives (D. D'Amour, Y.Oandasan,2004). L'interprofessionnalité nécessite le développement d'une identité interprofessionnelle en plus de l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline.

L'E.I.P. permet d'améliorer la connaissance des différentes professions qui collaborent ensemble, d'améliorer les connaissances en matière de collaboration interprofessionnelle, améliorer le comportement collaboratif et amener à des bénéfices quant aux soins apportés aux patients (H.Barr,D.Freeth,M.Hammick,I.Koppel,S.Reeves,2007).

Le Conseil Général des Hautes Ecoles établit un listing des cours qui doivent être abordés avec les étudiants en parallèle avec le référentiel de compétences. Néanmoins, chaque Haute Ecole en soins infirmiers reste « libre » dans l’attribution des heures et des Systèmes Européen de Transfert et d’accumulation de Crédits³ (E.C.T.S.). Je vais prendre l’exemple de ce qui est appliqué au sein de la H.E.L.Ha au vu des 240 E.C.T.S. de la formation en B.I.R.S.G.. Il y a 2 Unités d’Enseignement (U.E.) qui travaillent ce volet soit à concurrence de 5 E.C.T.S répartis au bloc 2, 2 E.C.T.S. attribués à l’ UE 205 « *Qualité des soins et approche pluriprofessionnelle*» et au bloc 3, 3 E.C.T.S. accordé à l’ UE 307 « *Communication professionnelle* ». Le constat est que 5 E.C.T.S. sur 240 sont consacrés à l’E.I.P. cela ne fait pas beaucoup au niveau ressources et situations d’intégration permettant de travailler cette compétence. Or elle est attendue et évaluée dans le référentiel de Compétences des B.I.R.S.G.

Trop peu d’occasions d’apprentissage permettent aux apprenants d’être confrontés à une authenticité de contexte permettant de réellement travailler cette C.I.P. Certains apprentissages sont « cloisonnés » dans certaines U.E., et le volet organisationnel, la distance géographique, et les approches culturelles des différentes H.E. / Universités ne facilitent pas le rapprochement entre les étudiants des différentes professions autour de la santé.

Le référentiel de compétences des bacheliers infirmiers responsables en soins généraux évalue la collaboration interprofessionnelle (C.I.P.). Pour atteindre cette compétence de C.I.P, le référentiel de formation prévoit des ressources que les étudiants mobiliseront lors de leur stage. Les compétences contribuant à la C.I.P. sont principalement exercées et évaluées lors des stages. Il s’avère que malgré les ressources données dans le cadre de la formation, cette compétence est complexe. Elle implique pour les étudiants et les enseignants d’être au clair avec leur discipline et leur identité professionnelle afin de se situer par rapport aux autres professions. La C.I.P. implique aussi des compétences afin de surmonter les différentes barrières qui seront présentes tout au long de la carrière professionnelle. La formation interprofessionnelle répond aux attentes et aux besoins que génère la collaboration interprofessionnelle. L’E.I.P. est un processus dynamique qui nécessite d’évoluer en parallèle de la pratique professionnelle et de questionner le terrain par rapport à ses besoins en termes de collaboration interprofessionnelle.

³ Les E.C.T.S ont pour objectif de faciliter la lecture et la comparaison des programmes d’études au sein d’un pays et entre les différents pays de l’Union Européenne.

Un point d'attention doit être accordé aux valeurs des institutions de soin qui sont le lieu où les étudiants exercent/expérimentent leurs compétences. Si la C.I.P. n'est mise en avant par l'institution, les étudiants ne seront pas confrontés à ces expériences réelles de C.I.P. sur le terrain. Cela implique un changement de philosophie dans les soins de la part des institutions de soins dans lesquelles les étudiants évoluent. La plus-value de la formation en soins infirmiers est que le processus se fait en alternance cours-stage ; le lieu de stage représente donc un lieu essentiel d'apprentissage.

2.1. Les buts de l'éducation interprofessionnelle

L'E.I.P est présentée en début de ce cadre théorique comme une partie de solution aux défis liés à l'évolution de la population et l'évolution du système de soins de santé. L'éducation interprofessionnelle est une réponse à trois problèmes auxquels nous sommes confrontés en tant que soignants, la qualité des soins et la sécurité des patients, l'évolution des soins et pathologies et la pénurie en matière de professionnels de la santé.

Les soins de qualité sont définis autour de l'efficacité, la sécurité et la cohérence. L'efficacité vise l'optimisation des compétences avérées des professionnels. En ce qui concerne la sécurité, l'E.I.P. a le potentiel d'offrir des soins plus sécuritaires en améliorant la collaboration entre professionnels de la santé (Casimiro et al., 2007). La C.I.P. permet d'obtenir des résultats favorables quant à la sécurité du patient. La cohérence dans la C.I.P. permet d'éviter les doublons ou les interactions négatives au sein de la prise en charge d'un patient. Les professionnels de la santé travaillent ensemble pour identifier et examiner les données probantes (Evidence-based practice) de la recherche comme base pour choisir le traitement et gérer la gestion des problèmes de santé. Les résultats en santé sont évalués de façon continue pour suivre l'efficacité et la convenance des services (A.I.I.C, 2011). L'O.M.S. considère également l'E.I.P. comme un des moyens de répondre à la pénurie des médecins et pénurie relative des infirmiers ; elle argumente qu'une collaboration interprofessionnelle efficace peut augmenter la satisfaction des professionnels, faciliter le recrutement et améliorer la rétention.

La pénurie relative des infirmiers est mise en avant par les statistiques établies par le S.P.F Santé Publique entre le nombre de professionnels qui pratiquent l'art infirmier et le nombre de diplômés par an. Pour l'année 2018 (Service public fédéral, 2018) dans toute la Belgique, 7054⁴

⁴ Les 7054 infirmiers qui ont obtenu un visa en 2018 comprend les étudiants issus de la section hospitalière et bacheliers. De plus, ce chiffre reprend les infirmiers vivant en Belgique et Hors Belgique. Ce choix car certains infirmiers disposent du statut de frontalier.

infirmiers diplômés viennent s'ajouter aux 113 878⁵ praticiens de l'art infirmier à temps plein en Belgique. La communauté française comprend 43 436 infirmiers qui exercent à temps plein, dont 2189 infirmiers qui travaillent dans les soins à domicile. Il y a 5% des infirmiers en communauté française qui exercent à temps plein en première ligne de soins. Il faut manipuler avec précaution ces données, car selon le S.P.F. Santé Publique certains infirmiers peuvent pratiquer dans 2 domaines différents et ils ne sont donc pas comptabilisés qu'une seule fois. De plus, le S.P.F. Santé Publique parle de catégorie de soins à domicile, mais il n'est pas possible de savoir si les maisons médicales, les infirmiers de rue font partie de cette catégorie. Au vu du nombre de diplômés et de la majorité numérique < à 60 ans, les institutions de soins éprouvent des difficultés à recruter et à retenir les infirmiers pour les raisons suivantes : développement du secteur de soins de santé, conditions de travail pénible et manque de reconnaissance envers cette profession. Les besoins en soins augmentent et la demande aussi sauf que l'« offre » de professionnels de la santé ne suffit pas. L'éducation interprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle ne prétendent pas augmenter le nombre de professionnels, l'objectif est d'optimiser l'utilisation des compétences de professionnels de la santé (P.M. Jacobson, 2012). Une collaboration interprofessionnelle efficace peut augmenter la satisfaction des professionnels, faciliter le recrutement et améliorer la rétention (Gallant et al., 2011).

Ce point présente les buts que l' E.I.P. et la C.I.P. souhaitent atteindre. Cependant, il a été présenté plus haut que ce type d'approche est un processus dynamique. Ceci signifie qu'autour de la formation et la pratique professionnelle gravitent des facteurs qui peuvent s'avérer être des leviers ou des obstacles. L'analyse des facteurs d'influence concerne le point suivant à travers la présentation de deux modèles reconnus dans la pratique de l'interprofessionnalité.

3. « Le Modèle de Lausanne » (Gachoud et al., 2017)

Cette partie est consacrée à la présentation du « *modèle de Lausanne* »(Gachoud et al., 2017) qui se centre sur l'éducation interprofessionnelle. Le Modèle de Lausanne s'inspire en grande partie du « *Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient* » (D'Amour & Oandasan, 2005) qui sera abordé dans le point suivant. Les auteurs du Modèle de Lausanne s'inspirent également de Freeth et Reeves (2004) et de Kern (2009).

⁵ Les 113 878 infirmiers actifs comprend 79 357 infirmiers bacheliers et assimilés

Les auteurs soulignent que ce qui est nouveau dans ce modèle, c'est une présentation du modèle qui permet aux lecteurs de rapidement identifier les 5 éléments à la base d'une E.I.P et d'une C.I.P.. Il s'agit des compétences, des méthodes, des formateurs, des apprenants et du contexte de la formation et de la pratique professionnelle. La superposition de ces éléments permet d'aboutir à des soins centrés sur le patient.

La motivation à choisir ce modèle réside dans le fait qu'il sert de guide aux formateurs et aux cadres d'une institution souhaitant soit mettre en place des séquences de formation

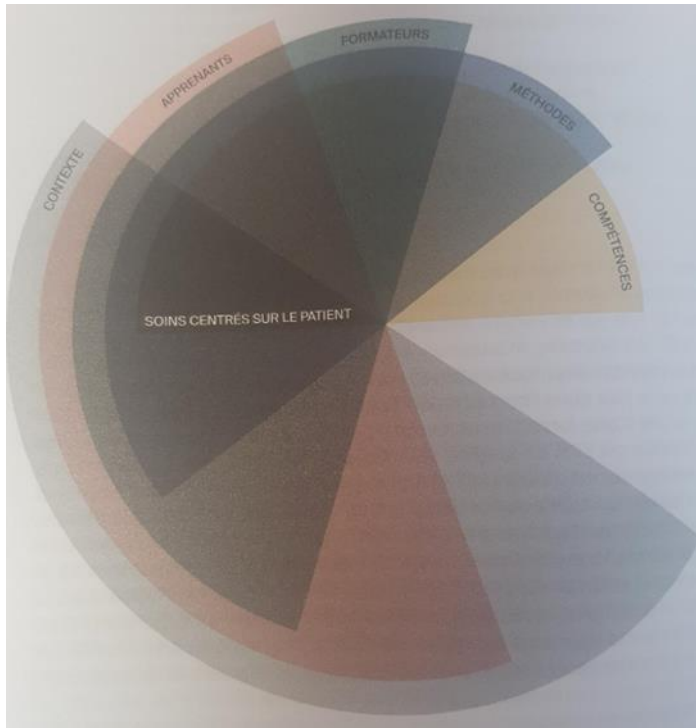


Figure 1 : Le modèle de Lausanne (Gachoud et al., 2017) compte l'évolution des savoirs relatifs à l'E.I.P., de même que l'évolution de la pédagogie dans le domaine de la Santé. Les auteurs nomment ce modèle le Nautilus en référence à l'ouvrage de Jules Verne : « Vingt mille lieues sous les mers » 1869.

Ils souhaitent à travers cette métaphore de sous-marin démontrer le progrès technique qui permet d'explorer les fonds marins. De plus, dans cet ouvrage Jules Verne dit « mobilis in mobile ». L'élément mobile correspond à l'E.I.P et la C.I.P. qui évoluent dans des contextes spécifiques et parfois complexes.

Les enjeux sous-jacents au graphisme (contextes, méthodes, formateurs...) sont un prérequis pour comprendre les différents éléments constitutifs du modèle. Chaque cadran consacré à un des 5 éléments est légèrement transparent afin de comprendre que chacun des éléments teinte les autres éléments du modèle. De plus, le graphisme propose un ordre et montre comment les éléments s'articulent entre eux.

interprofessionnelle, soit développer ou améliorer la pratique collaborative. Un des 5 éléments du modèle est consacré à la méthode qui faisait défaut dans le Modèle F.I.P.C.C.P.

Le volet méthode permet de structurer un environnement complexe pour en faire un ensemble cohérent, grâce auquel il est facile de percevoir les éléments constitutifs et leurs relations interprofessionnelles.

Le modèle d'interprofessionnalité de Lausanne étant plus récent, prend en

La couleur et la transparence des éléments du graphique se voient attribuer à chacun une couleur spécifique. La transparence permet dans ce cas de mettre en avant la superposition des éléments sans pour autant les faire disparaître. Au fur et à mesure de l'assemblage du graphique, les différentes couleurs viennent se mélanger et créent un nouveau mélange de couleurs grâce au modèle qui est mobile. Cette flexibilité est nécessaire au succès de la démarche interprofessionnelle.

Les éléments du graphique sont insérés dans des demi-cercles qui sont partiellement superposés. La superposition et l'articulation permettent de mettre l'accent sur la continuité entre les éléments qui se déploient autour d'un but central : les soins centrés sur le patient. Ceci signifie la nécessité d'une cohérence tout au long de la démarche et de démontrer le lien mutuel entre les éléments. Comme dit supra, c'est un modèle qui se veut dynamique, une partie des demi-cercles n'est pas superposée, car il est possible dans certains contextes qu'un élément doive être davantage développé (temporairement) par rapport aux quatre autres. Dans un même temps, les leviers et les barrières pour chacun des éléments vont être abordés.

3.1. Les compétences interprofessionnelles et les pratiques collaboratives

Pour commencer l'analyse de cet élément du modèle de Lausanne, il est intéressant de définir ce que signifient une compétence et une approche par compétences.

En ce qui concerne l'approche par compétences, selon Jonnaert (2009) : « dans une approche par compétences, un sujet mobilise, sélectionne et coordonne une série de ressources internes telles que cognitives, affectives, sociales, psychomotrices et externes telles que les protocoles internes ou les collègues pour traiter efficacement une situation. Une compétence suppose, au-delà du traitement efficace, que ce même sujet pose un regard critique sur les résultats de ce traitement qui doit être socialement acceptable. ».

Une compétence signifie selon Le Boterf (2005), « Être compétent, c'est savoir agir en situation. Un professionnel « est » compétent non seulement s'il possède « des » compétences, mais s'il sait avec elles créer des combinaisons de ressources qui lui permettent de gérer avec pertinence des situations professionnelles. [...] La notion de compétence se différencie de la qualification et de la notion de métier. La compétence est le degré de professionnalité avec lequel on exerce un emploi. Deux personnes peuvent avoir la même qualification et exercer l'emploi avec plus ou moins de compétence. ».

Les compétences du référentiel sont des compétences attendues en fin de formation. Selon les Hautes écoles, les acquis d'apprentissage ou sous compétences sont déclinés en paliers selon les années de formation. L'acquisition de compétences interprofessionnelles demande en parallèle de pouvoir maîtriser les compétences professionnelles et les compétences complémentaires. Hugh Barr (in Interprofesional Education Collaborative Expert Panel (I.P.E.C), 2011) explique la distinction qu'il fait entre les 3 compétences dites complémentaires ou communes et les compétences interprofessionnelles. Les compétences communes représentent celles qui sont partagées entre deux voire plusieurs professions de la santé. Les compétences complémentaires nécessitent le recours à un autre professionnel de la santé afin d'assurer une prise en charge globale du patient. Tandis que les compétences interprofessionnelles englobent les compétences transversales dont tous les professionnels ont besoin pour travailler ensemble qu'il s'agisse de collaborer entre personnes issues de professions différentes ; entre professionnels et patient/proches ; entre professionnels et bénévoles ; entre professionnels et associations communautaires. Les compétences interprofessionnelles demandent d'identifier des domaines qui doivent faire partie de la formation interprofessionnelle. L'O.M.S. se positionne à ce niveau en proposant différents domaines nécessaires à l'E.I.P, il s'agit : du travail en équipe, des rôles et responsabilités, de la communication , de la réflexivité , des soins centrés sur le patient et de l'éthique. Le C.I.H.C.P.I.S propose un référentiel de compétences interprofessionnelles (figure 6) autour de 6 domaines de compétences. Ces dernières forment un tout dynamique, souple et une application interdépendante les unes des autres. Il y a deux domaines qui influencent et soutiennent les quatre autres domaines du référentiel du C.I.H.C.P.I.S.. Il s'agit de la communication interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté. En ce qui concerne les 4 autres domaines du référentiel de compétences interprofessionnelles, ils sont intégrés à l'ensemble : la clarification des rôles, le travail en équipe, la résolution de conflits interprofessionnels et le leadership collaboratif.

Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

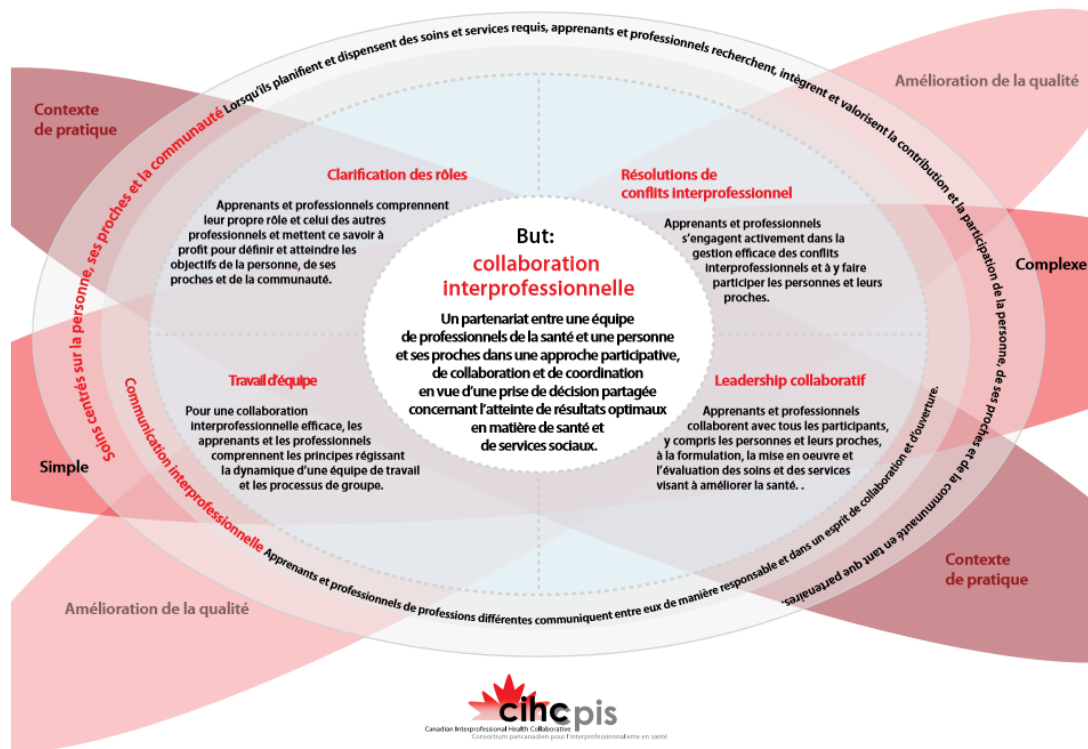


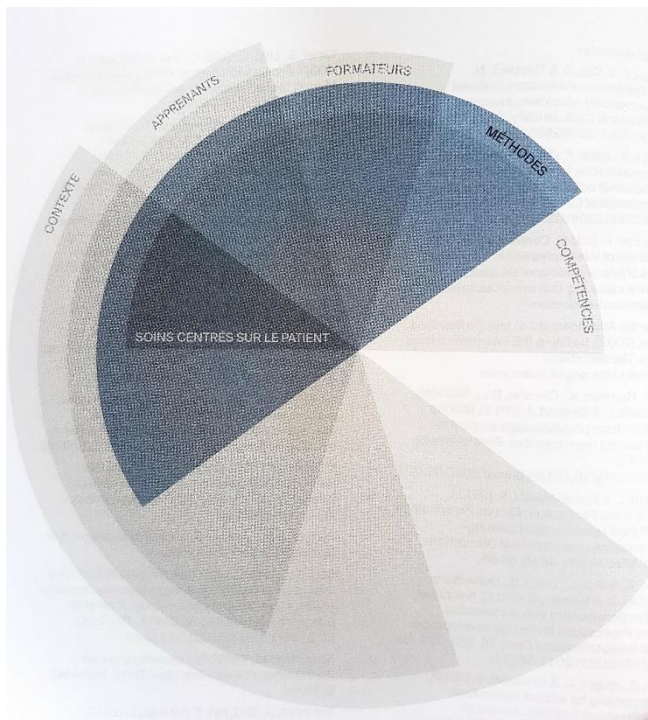
Figure 2 : Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme au Canada.

Autour des cercles gravitent des anneaux qui sont des éléments sous-jacents qui viennent influencer l'implémentation du référentiel de compétences interprofessionnelles. La C.I.H.C.P.I.S. identifie 3 éléments : le contexte au sein duquel la pratique est exercée, l'amélioration de la qualité et la complexité. Le contexte au sein duquel les compétences interprofessionnelles sont exercées peut varier du système simple au système un peu plus compliqué voire au système complexe. Par exemple, la prise en charge d'une entorse simple chez une jeune fille vivant chez ses parents ne nécessite pas l'intervention d'une équipe complète de professionnels de la santé. Par contre, une entorse chez une mère célibataire souffrant de polypathologies, qui doit s'occuper de ses 2 enfants, dont un nourrisson avec un réseau familial absent, qui vit au 5^{ème} étage sans ascenseur. Cette dernière travaille dans la restauration ce qui nécessite de rester debout. A ce moment, l'équipe doit pouvoir mobiliser son réseau de professionnels afin d'assurer la sécurité à différents plans pour cette mère « isolée » et dans le besoin. En ce qui concerne le contexte de la pratique, le référentiel de compétences interprofessionnelles sera adapté selon que les professionnels travaillent au sein d'une institution hospitalière ou en première ligne. Les rencontres entre professionnels même si elles sont courtes demandent une C.I.P. L'amélioration de la qualité des soins est renforcée par la C.I.P. car les équipes interprofessionnelles peuvent influencer les changements de pratique qui

amènent à une réduction des risques en partant de l'analyse de plusieurs perspectives professionnelles.

L'E.I.P. proposée aux apprenants doit tenir compte de ces 6 domaines interprofessionnels mais également du processus dynamique autour duquel réside la pratique collaborative. La C.I.P. et l'E.I.P ne peuvent être considérées comme acquises et demandent une adaptation constante des équipes (Casimiro et al., 2007).

3.2. Les méthodes de formation



Avant d'aborder les différents points de cette partie. Il est utile de définir ce que signifie une méthode pédagogique : « Manière de mener, selon une démarche raisonnée, une action, un travail, une activité ; technique. » (Larousse, 2018). Il existe diverses techniques pour aborder l'interprofessionnalité dans une formation. La méthode pédagogique doit être adaptée au contexte, au public cible, à la grandeur du groupe.

L'éducation interprofessionnelle doit reprendre 3 éléments ;

- ★ Des échanges entre des étudiants de filières différentes (Freeth, D., et al., 2005)
- ★ Un processus de collaboration (Freeth, D., et al., 2005)
- ★ La prise en compte du contexte qui doit permettre d'être réaliste pour les apprenants (Casimiro et al., 2007)

L'éducation interprofessionnelle doit favoriser pour ses apprenants, des activités, des interactions, de la réflexivité en ayant un objectif de soins centrés sur le patient (Casimiro et al., 2007). Les auteurs du Modèle interprofessionnel de Lausanne proposent une liste non exhaustive de méthodes qui permettent une éducation interprofessionnelle :

- ★ Apprentissage par problème : « C'est une méthode qui met l'accent sur l'activité de l'apprenant. A partir d'un problème soumis à un groupe, il s'agit d'identifier les connaissances nécessaires à sa résolution. [...] L'intérêt de cette approche est de préparer les étudiants aux futures situations professionnelles. » (Gachoud et al., 2017).

L'apprentissage par problème permet de mobiliser tous les membres du groupe et sous différents axes. Certaines méthodes proposées dans les points suivants permettent de soutenir et enrichir l'approche par problème comme démontré dans la figure 3 (Eser Ceker & Ozdamli, 2016).

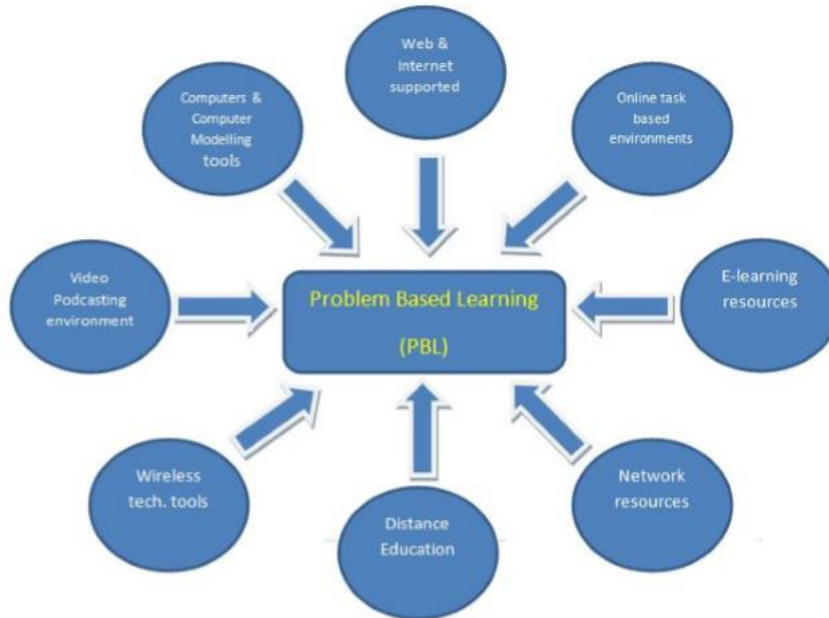


Figure 3 : les leviers de l'approche par problème (E.Ceker, F. Ozdamli, 2016)

- ★ Simulation : C'est une pratique de mise en situation des apprenants à travers différents moyens : mannequins basse, moyenne ou haute fidélité, jeux de rôles avec des patients simulés ,...Le tout est organisé autour d'un scénario qui se veut proche de la réalité du terrain. Les acquis d'apprentissage derrière cette méthode sont de travailler: la communication, la dynamique de groupe, le leadership participatif et la gestion des conflits/ avis divergents. Le coût de la simulation, la réflexivité et la difficulté d' un scénario réaliste restent des freins non négligeables (Thomas & Reeves, 2015). Le grand avantage de la simulation est la possibilité de faire des erreurs sans toucher à la sécurité du patient et celle du soignant. La partie débriefing de la situation et le renforcement positif qui y est appliqué permettent de soutenir le professionnel en devenir.
- ★ Stage : le stage est un dispositif qui accompagne les apprenants au long de leur cursus. C'est une des méthodes d'apprentissage qui leur permet d'observer, d'analyser, de mettre en pratique les compétences travaillées lors des cours théoriques et pratiques. C'est également l'occasion d'évaluer le niveau des compétences des apprenants. La collaboration avec les autres professionnels est appréciée au sein des compétences de communication et collaboration du référentiel de compétences européen. Cependant, la

pratique du terrain fait dire que ces points sont sous-évalués. Selon Brewer et Stewaart-Wynne (2013), il serait nécessaire de nommer un service qui serait spécialisé dans la collaboration interprofessionnelle. Pour en revenir au modèle de D'Amour et Oandasan, le stage fait le pont entre la dimension éducation et la dimension professionnelle.

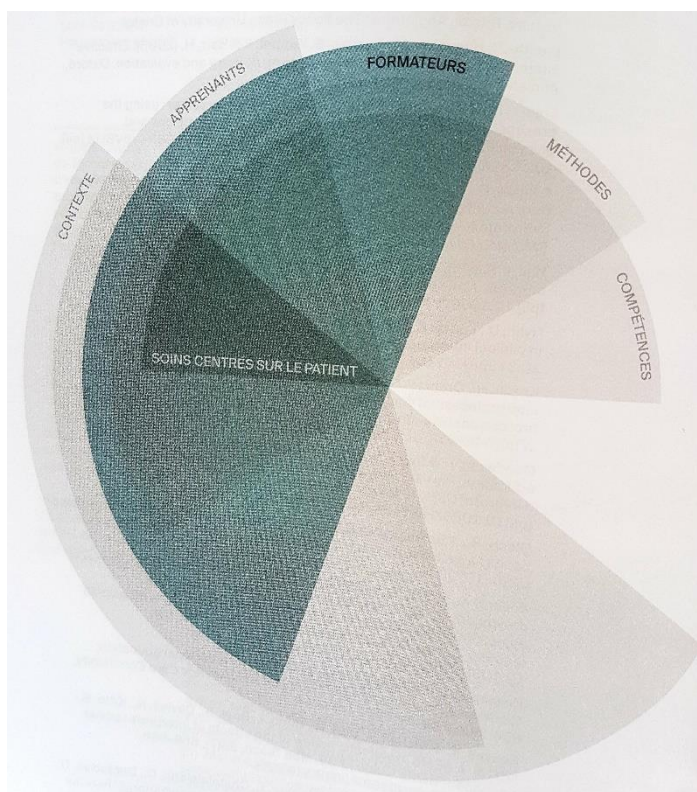
- ★ Le E-learning et technologie de l'information de la communication : « Le e-learning ou formation à distance, est une méthode d'enseignement favorisant l'utilisation de nouvelles technologies multimédias et de l'internet afin d'améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part, l'accès à des ressources et à des services, d'autre part à des échanges et à la collaboration à distance (Casimiro et al., 2007). Une revue systémique quant à la mesure de l'efficacité du e-learning a été réalisée en 2014 (K. Rasmussen et al., 2014). Les auteurs concluent que le e-learning est équivalent voire, supérieur aux méthodes dites traditionnelles d'enseignement quant aux connaissances - habilités acquises et attitudes des étudiants. Cette méthode pédagogique met en évidence un intérêt pour les apprenants au cours de leur bachelier, mais également pour ceux qui suivent une formation continue. Le e-learning dans la pratique présente de multiples avantages(Casimiro et al., 2007) : il familiarise les futurs professionnels à utiliser ce dispositif pour leurs futures formations continues, permet d'amoindrir les barrières quant à l'accès à l'information, permet également la formation asynchrone selon les disponibilités des apprenants (travail posté, vie de famille, vie personnelle, ...)
- ★ Intervention en équipe : ce type de technique est avancée pour les professionnels de terrain. Il s'agit à ce moment-là de former l'ensemble des différents professionnels à l'interprofessionnalité. Il a été relaté plus haut que le changement de « mentalité » et d'ouverture à la pratique collaborative pouvait s'avérer difficile. Le formateur intervient dans le contexte de travail, il est donc nécessaire d'avoir une approche systémique qui permet d'analyser les leviers et obstacles. Dans de nombreux ouvrages, le modèle de Lescarbeau et al. (2003) est abordé. Ce dernier propose une approche systémique qui demande de prendre en compte les éléments qui suivent : ressources du formateur, processus et du public cible visés par le formateur et des buts attendus par la formation interprofessionnelle.

Lorsqu'une méthode ou un assemblage de méthodes sont utilisés dans l'éducation interprofessionnelle, il faut envisager l'évaluation en parallèle de l'élaboration de la formation. Il s'avère que S. Reeves et al (2015) sur base du modèle de Krikpatrick (1959) ont élaboré un guide. Ce dernier permet d'attirer l'attention sur les différents éléments essentiels tant dans l'élaboration que dans l'évaluation de l'éducation interprofessionnelle. L'évaluation a un

double intérêt : pour le formateur et pour les apprenants. Le formateur peut évaluer sa méthode de travail avec le groupe qui l'accompagne. En ce qui concerne les apprenants, ils sont les professionnels actuels ou futurs et par conséquent leur avis est primordial. Si ces derniers restent perplexes par rapport à l'approche interprofessionnelle, ils ne vont pas exercer cette approche. Le fait de prendre en compte leur avis permet de progresser et de s'adapter au besoin des différents apprenants (Casimiro et al., 2007).

L'évaluation est la partie finale dans l'éducation. Cependant, cette dernière doit être pensée en parallèle de l'élaboration du programme et des compétences qu'il est nécessaire de développer dans la formation interprofessionnelle.

3.3. Le formateur au sein de l'éducation interprofessionnelle



Le formateur dispose d'un rôle de facilitateur au sein du groupe interprofessionnel. Il représente la neutralité au sein du groupe d'apprentissage. Il a une fonction de tuteur en ce qui concerne : la structure, le processus constructif des interactions, le mode de fonctionnement du groupe. Le travail de groupe des apprenants peut générer des émotions que le facilitateur doit pouvoir accompagner. Il permet de faire le lien entre les différentes professions du groupe de travail. Il doit s'assurer de la compréhension mutuelle et de la responsabilité collective. Le but

de la formation interprofessionnelle est d'aboutir à des consensus et de construire des accords durables, c'est entre autres ce que le facilitateur permet (Kaner et al., 2007).

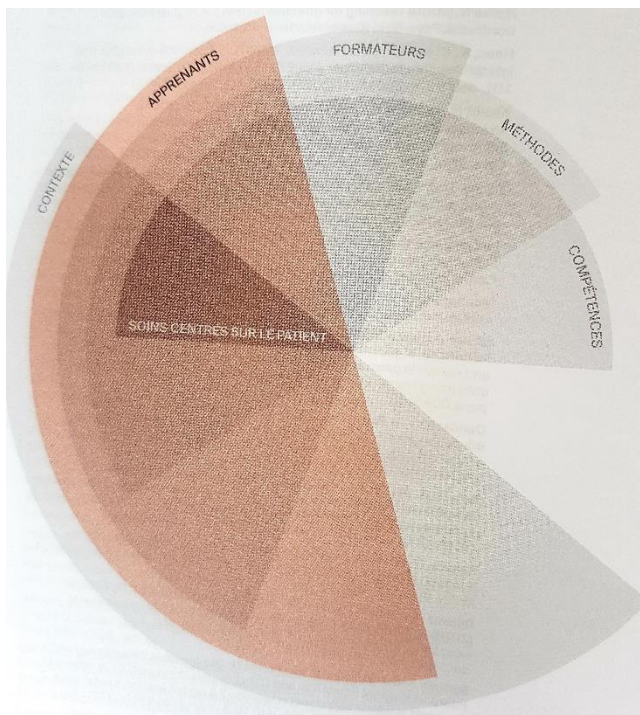
En plus de disposer de cette neutralité, le formateur doit prendre des décisions de haut niveau de qualité, être équitable, ouvert et inclusif afin de permettre la réalisation du travail de groupe en interprofessionnalité (Kaner et al., 2007).

En ce qui concerne le contexte, les conditions nécessaires au bon fonctionnement du groupe doivent être présentes : motivation des apprenants, équilibre participatif, réponses proposées

réalistes et applicables au sein du système de soins de santé. A travers des qualificatifs attribués au facilitateur, nous constatons que son rôle d'accompagnateur des apprenants est un élément clef dans l'apprentissage de la C.I.P.

Le formateur en éducation interprofessionnelle est responsable du climat sociocognitif qui permet au groupe de travailler ensemble autour de l'interprofessionnalité. L'E.I.P. doit permettre à chacun de comprendre en quoi la contribution de sa propre identité professionnelle va participer à la contribution d'une identité interprofessionnelle au service de la C.I.P. et du patient. La création d'une nouvelle dynamique de groupe propre à la collaboration interprofessionnelle peut engendrer des changements d'attitudes, des anxiétés, des menaces qu'elles soient potentielles ou réelles. Ces zones de tension sont d'autant plus présentes lorsque des professions ont des champs d'activités proches. Pour gérer les effets provenant de la nouvelle dynamique, le facilitateur doit en avoir conscience ce qui lui permet d'adopter trois types de postures : l'autorité, l'accompagnement et laisser le groupe se gérer de façon autonome (Ezer,H., et al., 2013). Les éléments mis en lumière dans les recherches précitées demandent au facilitateur d'être formé, et de, lui-même disposer d'un « parrain » expert dans le domaine de l'éducation interprofessionnelle (Egan-Lee, E. 2011). Une partie importante rattachée au formateur et les apprenants est le volet de l'évaluation. Les spécificités attendues par les apprenants doivent façonner le formateur. Il doit pouvoir acquérir lui-même les compétences qu'il attend que ses apprenants développent. Les formateurs sont un des éléments de ce modèle, les apprenants sont les sujets de la catégorie suivante.

3.4. Les apprenants.



Par le terme apprenant, nous entendons regrouper les étudiants en cours de formation et les professionnels en formation continue. La formation interprofessionnelle trouve sa place en pré-graduat et post-graduat.

Une question se pose quant au moment où il est préconisé d'introduire la formation interprofessionnelle.

Freeth et Reeves (2004) préconisent que les étudiants disposent d'un minimum de connaissances sur leur rôle propre et leurs responsabilités spécifiques à leur

profession avant d'intégrer une activité interprofessionnelle. Il n'est pas possible d'arriver à collaborer avec d'autres que s'ils sont au clair avec leur propre discipline (enjeux actuels avec les soins infirmiers). Il est possible de sensibiliser les « jeunes » apprenants à la collaboration puis au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus, d'introduire des activités interprofessionnelles (Olson & Bialocerkowski, 2014). Une succession de facteurs sont à prendre en compte :

- ★ Le niveau de formation des apprenants et leur expérience préalable. Il ne suffit pas de regrouper 2 filières de formation d'une même année d'étude. L'enjeu se situe dans la réflexion de ce que chacun peut partager en vue d'une C.I.P. au vu des acquis et des compétences en cours de formation. En ce qui concerne la formation postgraduat, les professionnels ont une expérience du terrain certaine et probablement un vécu en ce qui concerne la collaboration. Les acquis peuvent être soit des freins soit des leviers à la C.I.P. et l' E.I.P.

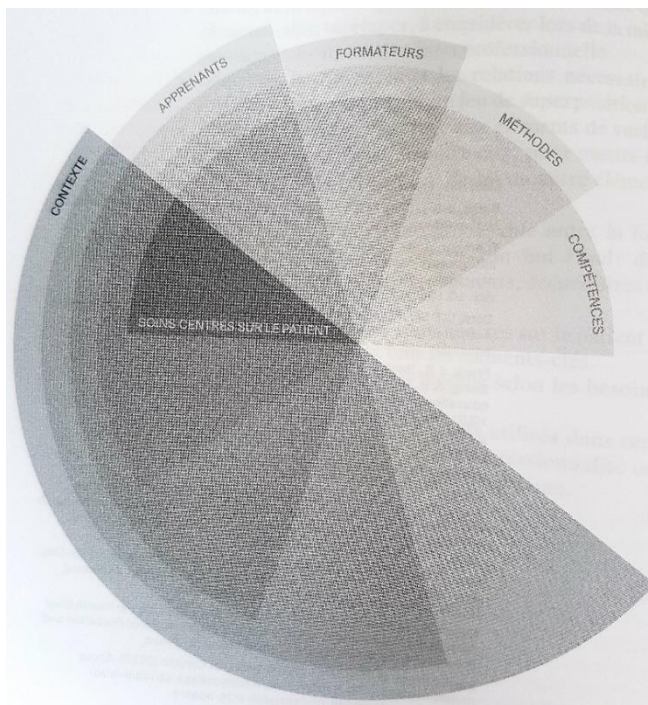
Afin d'offrir une formation interprofessionnelle, il est important d'analyser les besoins du public cible et évaluer le niveau de connaissances quant à la collaboration – l'interprofessionnalité. Cette étape en amont permet d'individualiser au groupe le contenu de la formation interprofessionnelle.

- ★ La diversité des acquis d'enseignement des apprenants est une richesse (Freeth & Reeves, 2004) mais elle peut également être une difficulté. Pour contrôler cet obstacle, il est préconisé de réaliser un profil des apprenants et comprendre leurs attentes (Oandasan & Reeves, 2005). Ce dispositif peut être inséré en formation interprofessionnelle lors de la première séance en clarifiant leurs attentes ; les besoins sont les points de départ de la formation.
- ★ Anticiper les résistances permet d'implémenter la formation interprofessionnelle de manière optimale. Il y a, à ce niveau différents points d'attention en ce qui concerne l'accueil et la réceptivité accordés à la formation interprofessionnelle :
 - ★ Le genre a un effet neutre (S. Reeves et al., 2016)
 - ★ Les apprenants avec un style d'apprentissage collaboratif sont ouverts à l'apprentissage interprofessionnel (Tunstall-Pedoe et al., 2003)
 - ★ Les apprenants davantage matures et expérimentés sont également plus réceptifs et participatifs (Tunstall-Pedoe et al., 2003)
 - ★ Néanmoins, il faut être attentif aux conclusions hâtives, car les apprenants moins réceptifs sur base d'une auto-évaluation stipulent qu'ils gagnent également des connaissances (Hylin et al., 2011).
 - ★ Les apprenants manifestent un besoin quant à l'acquisition de compétences interprofessionnelles dans leur profession. La formation interprofessionnelle pourrait être perçue comme une perte de temps au sein de leur cursus (Casimiro et al., 2007). Ces derniers ont besoin de preuves quant à l'importance et l'effet que peut produire ce type de formation interprofessionnelle (Gilligan et al., 2014). Les apprenants doivent comprendre le lien qui réside entre leur pratique professionnelle et la pratique interprofessionnelle. L'une n'évite pas l'autre, mais elles se complètent, se renforcent mutuellement et elles ne sont pas exclusives l'une à l'autre. C'est là que la question du sens que nous octroyons à l'E.I.P. et la C.I.P. donne du poids à ce qui est entrepris.

Nous constatons après avoir abordé l'élément relatif à la formation que les apprenants doivent pouvoir donner du sens entre la formation interprofessionnelle au regard de leur pratique future. Leur pratique professionnelle ne doit en aucun cas être mise entre parenthèses. C'est l'occasion à travers la formation interprofessionnelle d'amener l'apprenant à se réaliser personnellement et collectivement. Cette construction continue à évoluer dans le cheminement de leur identité

professionnelle et dans son processus de socialisation au sein du contexte dans lequel il pratique.

3.5. Le contexte de la formation pratique



L'analyse du contexte, met en exergue le cloisonnement des formations (Hean et al., 2012). Les étudiants sont formés chacun dans leur discipline et ils sont peu en contact avec des étudiants d'autres professions. Chacun développe son identité professionnelle, ses valeurs, mais aussi sur base de stéréotypes sur les autres professions (Hall, P., 2005). Cette construction que les étudiants élaborent au cours de leur cursus est appelée socialisation professionnelle (Khalili et al., 2013). Cette socialisation interne à une

profession n'empêche pas une autre socialisation interne à un autre groupe. Cette double identité professionnelle est alors possible, et l'apprenant développe dès lors une identité professionnelle et une identité interprofessionnelle.

Ce type de développement identitaire demande un décroisonnement des formations. Il permet dès la formation de créer un sentiment d'appartenance à un groupe interprofessionnel (Khalili et al., 2013). Afin de limiter la formation sous forme de silo imperméable, il est nécessaire de créer des ponts entre les filières de formation professionnelle. Pour mettre en place ces passerelles, il est nécessaire d'analyser les leviers, convaincre les décideurs politiques et des institutions de formations, de travailler en partenariat, d'anticiper les obstacles et d'identifier les champions porteurs de l'E.I.P et la C.I.P.

- ★ Analyser les leviers permettant un contexte favorable à l'éducation interprofessionnelle.

La première partie de ce cadre conceptuel abordait l'approche par compétences qui est appliquée au sein des Hautes Ecoles formant des infirmiers responsables en soins généraux. Ce référentiel de compétences aborde : la collaboration interprofessionnelle et la communication interprofessionnelle. De plus en soutien au référentiel de

compétences, il est utile d'étudier les objectifs de formation et de souligner les points où la formation interprofessionnelle est mise en avant.

- ★ Convaincre les décideurs politiques et les décideurs des institutions de formation. Cependant, la complexité réside dans le fait que chaque partie va se poser la question de la plus-value pour son institution et sa profession quant à la mise en place d'une formation interprofessionnelle. (J. Fook et al, 2013). Dans la publication « Reight en bio-ethiek » (Nys, 2015), une pyramide hiérarchique (=W.U.G pyramide) est établie avec les médecins, les kinésithérapeutes comme une supériorité hiérarchique aux infirmiers-ères. Nys Herman explique qu'entre autres les infirmiers sont responsables d'actes médicaux sous la responsabilité du médecin et que ces infirmiers ne doivent pas s'écarter de cette prescription médicale. La discipline en soins infirmiers est dans les représentations et la réalité sous la hiérarchie du médecin. Par exemple, les médecins ont une histoire de la profession plus ancienne que celle des infirmières et autres disciplines paramédicales. L'art infirmier est une discipline jeune, encore trop subordonnée au corps médical et en construction avec des savoirs qui bougent. Cependant à l'heure actuelle, les sciences infirmières en Belgique ne disposent pas de master en sciences infirmières et par conséquent pas de Doctorat. Le passé historique influence les relations et peut être un frein. D'ailleurs la discipline infirmière empreinte le caducée dédié à la médecine dans une couleur différente. La hiérarchie des professions implique davantage d'effort quant à la mise en place de l'éducation-pratique interprofessionnelle. Dans l'établissement d'un projet d'E.I.P., il faut mettre l'accent sur la préoccupation commune à ces professions : le patient.
- ★ Travailler en partenariat avec d'autres institutions comme la définition du C.A.I.P.E. le stipule : nous parlons d'interprofessionnalité lorsqu'il y a une présence d'au moins 2 filières. Le choix des filières avec lesquelles un établissement souhaite travailler réside dans les objectifs pédagogiques qu'il veut développer. La réalité du terrain et le nombre de places insuffisantes par rapport au nombre d'étudiants ne permettent pas d'être en concordance avec cette attente. L'idéal est de voir, les établissements travaillant ensemble, élaborer un fil conducteur commun dans ce nouveau partenariat. Ce fil conducteur commence par une définition de nouvelles valeurs communes et d'une visée commune. C'est un enjeu dans le développement des trajets de soins et les patients qui sont demandeurs d'avoir des professionnels de plus en plus compétents.

- ★ Anticiper les obstacles qui peuvent se dresser dans l'implémentation de ce projet. Le soutien des décideurs permet de faire face aux défis organisationnels. La formation interprofessionnelle demande de mobiliser des plages horaires dans un cursus chargé. Ce type de choix demande de prioriser des éléments et de passer certains d'entre eux au second plan. Les étudiants ne doivent pas assurer leur cursus actuel et en plus s'engager dans une formation interprofessionnelle (Y. Oandassan , S. Reeves, 2005).
D'autre part, la formation interprofessionnelle demande d'autres moyens comme : un travail de coordination entre les filières, des travaux en petits groupes supervisés par un formateur, les formateurs formés à la C.I.P. exigent des compétences quant à la gestion de groupe, connaissances, communication...
- ★ Identifier les champions, les leaders porteurs du projet et promoteurs du projet au sein des filières d'enseignement. Ces personnes sont des piliers qui permettront de pallier les résistances inhérentes au changement. L'identification des champions fait référence à la dynamique de groupe, c'est-à-dire que ces leaders devront prouver et mettre en place ce genre d'innovation. Le projet doit pouvoir évoluer, démontrer et convaincre les membres qui sont touchés de près comme de loin par l'E.I.P. & la C.I.P.

Pour en revenir au Modèle interprofessionnel de Lausanne, le contexte reste le socle de l'analyse. Il est nécessaire d'analyser le plan général ainsi que le plan local. Néanmoins, le parallèle entre l'éducation interprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle est moins mise en avant que dans le « Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient. » (D'Amour & Oandasan, 2005). D'ailleurs le Modèle de D. D'Amour et Y. Oandassan a inspiré le « Modèle interprofessionnel de Lausanne » (Gachoud et al., 2017).

4. « Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient » (D'Amour & Oandasan, 2005)

Le second modèle est le « *Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient* » (F.I.P.C.C.P.) (D'Amour & Oandasan, 2005) qui fait le lien entre les institutions de formation et les institutions de soins. Le modèle élaboré par D. D'Amour et Y. Oandasan est une approche systémique de l'interprofessionnalité. Il permet de comprendre les déterminants, le processus et les résultats qui découlent de l'E.I.P. et la C.I.P.

Ce modèle met en évidence l'interdépendance entre l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative mais aussi, à un niveau micro, le lien entre les apprenants, les professionnels et les enseignants. Le niveau méso analyse le lien entre l'organisation de l'enseignement et les institutions de soins. Le lien entre le système socio-économique et culturel caractérise le niveau macro. Il est à noter que certains auteurs parlent également du niveau nano (De Maeseneer et al., 2014). Il s'agit du niveau d'interaction entre le patient et ses proches, professionnels ou non.

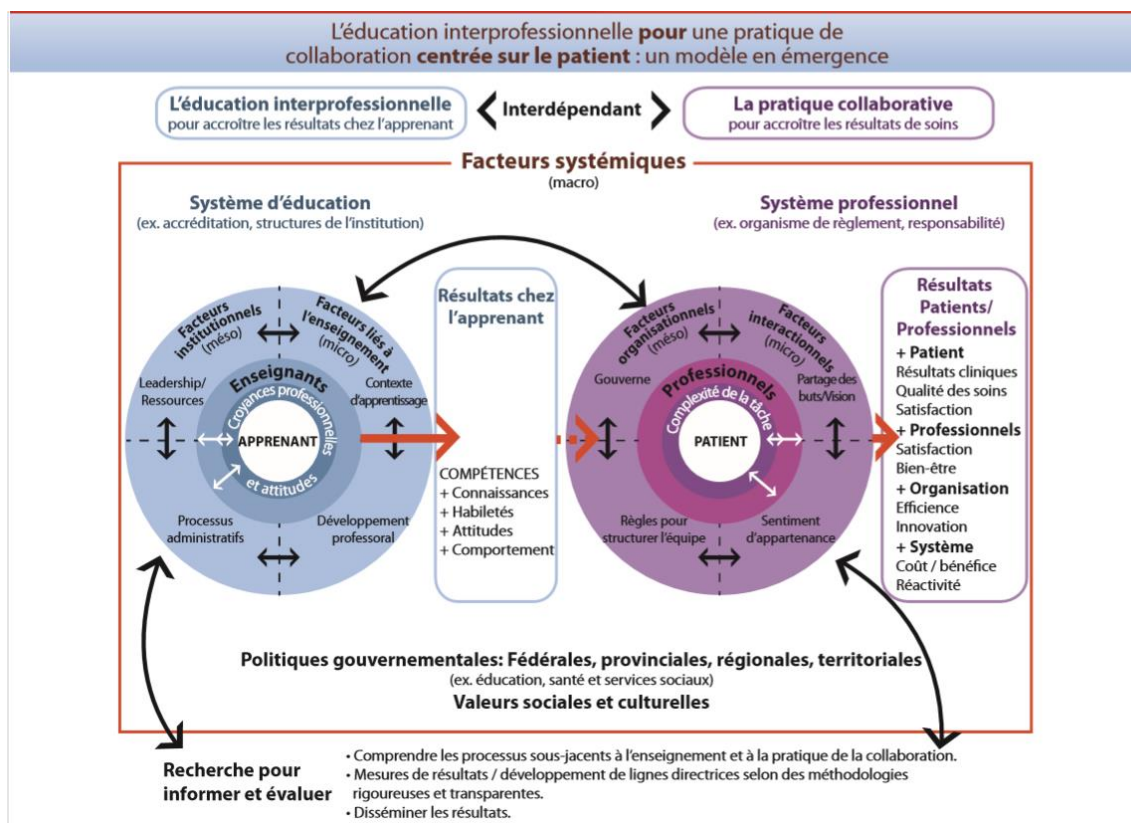
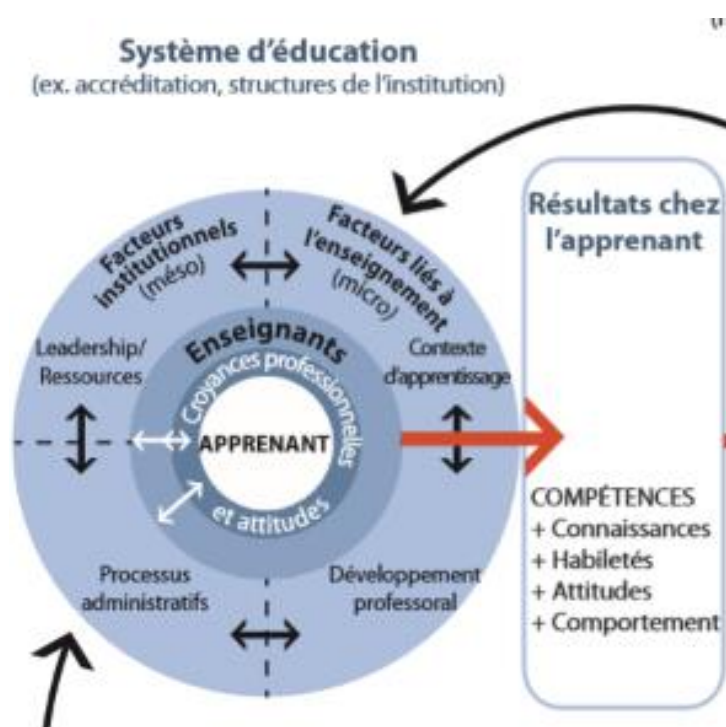


Figure 4 : Modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (F.I.P.C.C.P.) de D'Amour et Oandasan 2004

Le premier cercle concerne l'E.I. P avec l'apprenant au centre et le deuxième cercle est destiné à la C.I.P. dans le système professionnel. La C.I.P. doit pouvoir répondre aux besoins et aux attentes du patient. Les compétences interprofessionnelles s'exercent et s'évaluent sur le terrain et laissent une place au patient qui est un acteur dans les soins de santé (patient partenaire). Les professionnels du terrain sont dans l'élaboration d'une E.I.P., des experts dans la pratique collaborative et ils permettent de guider ce qui doit être développé chez les apprenants. Un pont doit être fait entre ce qui se vit sur le terrain et ce qui est enseigné aux apprenants. La formation interprofessionnelle doit avoir du sens (la réalité du terrain- authenticité du contexte) et permettre aux étudiants la transférabilité des compétences acquises pour leur pratique future.

Supra, il a été dit que les deux cercles étaient interdépendants. Cependant, ils sont détaillés séparément. L'analyse du domaine de l'E.I. P et du domaine de la C.I.P. est nécessaire afin de comprendre les déterminants qui influencent l'implémentation et l'avancement de l'interprofessionnalité dans ces deux contextes.

4.1. La formation interprofessionnelle pour accroître les résultats chez l'apprenant.



Le cercle de gauche destiné à l'E.I.P. place l'apprenant au centre du cercle. Autour de ce dernier gravitent les facteurs qui influencent la capacité de cet apprenant à devenir un praticien compétent en collaboration. Le cercle est divisé en deux, une partie représente le niveau micro avec les facteurs liés à l'enseignement. L'autre partie, de l'hémisphère représente les facteurs liés à l'institution où se déroule l'E.I.P.

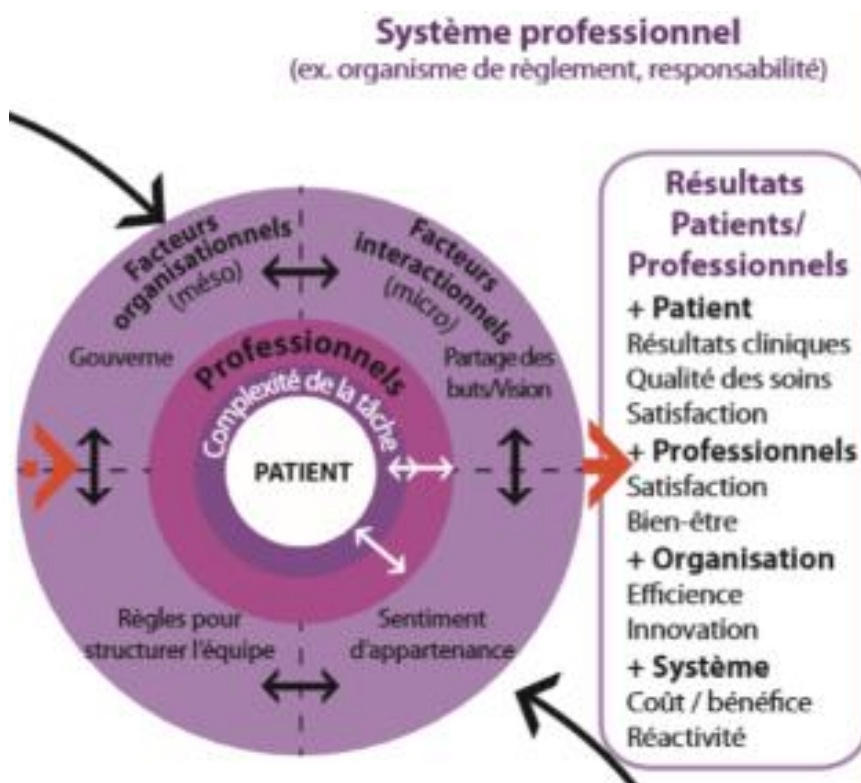
Nombreux sont les auteurs qui pensent que former des praticiens compétents en termes de collaboration amène davantage de situations de pratiques collaboratives sur le terrain. Par conséquent plus ces professionnels expérimentent l'interprofessionnalité, plus cela engendre des contextes d'apprentissage dans ce domaine. Ceci permet de démontrer que la pratique professionnelle et l'éducation sont interdépendantes (D.D'Amour, Y. Oandasan. 2005).

D'un point de vue micro, les échanges entre l'enseignant et l'apprenant sont des éléments clefs de l'éducation interprofessionnelle. La socialisation entre les professionnels peut être un élément explicatif quant à la difficulté d'implémenter la formation interprofessionnelle. Au cours de la formation professionnelle de nouvelles valeurs, croyances, teintent le futur professionnel. Ces dernières peuvent altérer la collaboration si la formation et les éducateurs génèrent des stéréotypes en ce qui concerne leur profession et celle des futurs collaborateurs (Tryssenaar Joyce et al., 1996). Ceci signifie que l'enseignant joue un rôle primordial dans les

idées qu'il véhicule en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle. Cependant les flèches sont bidirectionnelles, les apprenants peuvent eux aussi influencer l'enseignant. Le cercle suggère que l'enseignant peut être un levier ou un obstacle, quant à l'implémentation de la formation interprofessionnelle.

L'institution d'enseignement, le contexte au sein de laquelle se déroulent ces échanges de valeurs viennent influencer l'apprenant et l'enseignant au niveau méso. Pour que l'éducation interprofessionnelle s'implémente, il faut que cette dernière soit portée par la direction de l'établissement. Le niveau méso est composé du leadership, des ressources et des procédures administratives. Le leadership et les ressources signifient que les responsables possèdent les clefs pour un projet en donnant accès aux ressources nécessaires à l'implémentation. Ces leaders guident également la pensée, la vision pour mener au mieux vers leurs buts. Le niveau micro comprend également la logistique qui gravite autour de la formation, c'est-à-dire les locaux, les méthodes et le soutien financier. Toutes les flèches sont bidirectionnelles et influencent réciproquement les différents déterminants.

4.2. La pratique collaborative visant à améliorer les soins dispensés au patient



Le deuxième cercle, celui de droite sur la figure 4 représente le patient au sein de la pratique professionnelle. Ce cercle permet d'analyser la pratique collaborative au service du patient. Le patient et les professionnels sont dans une relation d'interdépendance.

Le patient siège au centre du schéma, car les patients ont un double rôle : celui de membre actif de l'équipe et celui de bénéficiaire des soins prodigués (Golin et Ducanis. 1981).

Golin et Ducanis déterminent que les objectifs du patient vont définir la relation que les professionnels vont établir entre eux. Néanmoins, la place du patient dépend de la motivation et de la capacité de ce dernier à pouvoir / vouloir participer à l'organisation et la réalisation de soins de santé (D. D'Amour, 2005).

Dans cette approche systémique, le patient n'est pas le seul « élément » à prendre en compte pour une pratique collaborative. Il y a des enjeux entre les praticiens d'une équipe et les interactions entre les différents praticiens, mais aussi entre praticiens, patients, et l'organisation.

Au niveau micro, le partage d'objectifs communs et une vision commune sont des facteurs primordiaux (D'Amour & Oandasan, 2005). La position hiérarchique influence le processus d'interaction entre les membres du personnel soignant. De plus, il faut reconnaître l'asymétrie quant au pouvoir et aux responsabilités. Ces éléments interviennent dans le niveau micro du schéma, mais agissent également sur les autres niveaux du schéma.

Afin de permettre la collaboration interprofessionnelle, les prestataires doivent se connaître et se reconnaître mutuellement. La création d'un climat de confiance est le socle de ce type de collaboration (M. Williams, 2001). A partir de la prise de conscience et de l'application de ces facteurs, il est possible de partager une conception professionnelle commune.

Les facteurs organisationnels font référence à la gouvernance et à la formalisation. En ce qui concerne la gouvernance, le modèle sous-entend le rôle appliqué par le leadership. Différentes formes existent quant au leadership :

- ★ Leadership collectif : Le leadership collectif est un mode de fonctionnement lors d'actions collectives. Il s'avère que le leadership collectif n'évince pas le leadership individuel, ils sont complémentaires. Le leadership se développe grâce à un processus évolutif d'apprentissage en collectivité. Ce type de management permet aux praticiens de développer des compétences et des savoir-faire professionnels en favorisant la créativité et l'innovation sociale . (J-L Klein, 2012).
- ★ Leadership interprofessionnel : Il s'agit d'un type de leadership qui regroupe plusieurs disciplines. Les sciences infirmières se sont, depuis toujours, intéressées à cette notion de « centré sur le patient ». Les écrits de Nightingale en font foi soulignant qu'offrir des soins infirmiers centrés sur le patient est un point central de la discipline (Bilodeau et

al., 2013). Il est alors plus qu'évident que des soins centrés sur le patient soient pertinents pour les infirmiers. Wright et Brajtman (2001) affirment que la discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership quant aux initiatives interprofessionnelles en raison de la nature de ses principes et de ses valeurs et qu'ils pourraient être partagés à d'autres disciplines.

Pour fonctionner, ce leadership doit être reconnu en interne par les pairs, les professionnels de la santé, le patient/ son entourage et en externe par les organisations et par la hiérarchie ce qui sous-entend un élargissement des valeurs.

Au sein des facteurs organisationnels, un second point est abordé ; les règles pour structurer les équipes. Ce facteur d'influence fait référence à la manière d'organiser les soins, plus précisément : les protocoles, les rôles et les procédures.

D'autres éléments doivent être pris en compte en ce qui concerne les facteurs organisationnels (D. D'Amour, Y. Oandasan, 2005) :

- ★ Structures de prestations de soins
- ★ Le niveau d'intégration entre les différentes organisations
- ★ Les valeurs véhiculées par la société qui peuvent demander la mise en place d'innovations et de nouvelles approches dans la pratique.

Les résultats du modèle F.I.P.C.C.P quant à la pratique collaborative, montrent quatre niveaux de résultats :

- ★ Pour le patient : la qualité des soins, la satisfaction et les résultats quant à la clinique du patient
- ★ Pour le professionnel : la satisfaction quant au travail effectué mais aussi la santé mentale des praticiens utilisant la pratique collaborative.
- ★ Pour l'organisation : une pratique des professionnels dite efficace.
- ★ Pour le système : amélioration du ratio coûts/ bénéfices et des praticiens réactifs

Sur la figure 4, nous pouvons remarquer que le niveau macro englobe la formation interprofessionnelle et la pratique interprofessionnelle. Avec par exemple, les réglementations, les politiques, les valeurs sociales et culturelles qui s'adressent aux 2 éléments.

Le changement et l'importance à accorder à l'éducation interprofessionnelle peuvent être insufflés en bottom-up. Les professionnels et les associations représentant ces professionnels jouent un rôle important. Ce sont eux qui permettent de faire le lien entre le terrain et les politiques de santé. Ce type d'insufflation permet aux professionnels de favoriser la mise en

place de décisions favorisant l'interprofessionnalité et de permettre d'influencer la pratique. Les frontières professionnelles restent à ce jour pour de nombreux établissements une barrière importante à l'implémentation de la formation et pratique collaborative. De plus, les organisations jouent, elles aussi, un rôle dans ce point. Les organisations sont porteuses d'une culture et de valeurs ; si elles ne modifient pas leur perception, les étudiants ayant bénéficié de ce type de formation risquent fortement d'adopter l'attitude de leurs prédécesseurs (Gachoud et al., 2017). Les professionnels doivent faire eux-mêmes « un travail » sur les valeurs et les stéréotypes qu'ils véhiculent quant à leur profession et celles des autres praticiens. Il est nécessaire à ce stade de prendre conscience de ces idées négatives afin de permettre la socialisation interprofessionnelle.

Un autre levier réside dans les accréditations attribuées aux organisations de soins de santé. Ce type de reconnaissance permet aux institutions de mettre en place une politique interne et d'être reconnues quant à ce type de collaboration.

Au sein des Hautes Ecoles, le conseil pédagogique qui adopte un management participatif permet d'agir au niveau macro. Ce conseil permet d'échanger et de partager sur les réformes ou nouvelles mesures. Le but étant de permettre un retour des enseignants au niveau des politiques adoptées.

Il est évident que ce type de collaboration interprofessionnelle fait naître chez les professionnels de nouveaux rôles et besoins quant aux professionnels. Ce mouvement dans l'E.I.P. et la C.I.P. demande d'être soutenu au niveau législatif quant à ses responsabilités. Finalement à travers le modèle proposé par D'Amour et Oandasan, nous pouvons constater que tous les niveaux ont un rôle et ceux-ci sont liés mutuellement au niveau des axes concernant les apprenants et les patients.

4.3. Analyse du modèle F.I.P.C.C.P. de D. D'Amour et Y. Oandassan (2005)

Le modèle proposé par D'Amour et Oandasan il y a 15 ans est repris dans de nombreux ouvrages traitant de l'interprofessionnalité aussi bien dans le monde de l'éducation que dans celui de la pratique. Il a servi de base à l'élaboration de modèles plus récents comme le modèle de Lausanne. Avec le recul, quelques critiques lui ont été attribuées.

Une première critique réside dans le fait que la formation continue est incluse dans l'éducation interprofessionnelle. Le modèle F.I.C.C.P. n'explique que les déterminants autour de

l'apprenant à suivre ce type de formation et n'aborde pas comment l'employeur va soutenir le professionnel dans la reprise d'une formation (Casimiro et al., 2007).

Un autre point à relever est que le modèle F.I.P.C.C.P. ne précise pas de cadre permettant de guider la conception d'une formation interprofessionnelle. Il est nécessaire sur ce point de s'appuyer sur d'autres références comme : le Référentiel National de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHCpis , 2010)

Ce modèle peut être appliqué à des professionnels qui travaillent au sein d'une même organisation. Il est également possible d'analyser l'interprofessionnalité de professionnels travaillant dans deux organisations différentes.

Les apprenants et les patients restent au centre de ce modèle qui veut faire le pont entre l'E.I.P. et la C.I.P.

5. La collaboration interorganisationnelle

Nous venons d'aborder 2 modèles qui développent l'E.I.P. et la C.I.P. Un des manquements dans ces modèles est la collaboration interorganisationnelle. Le développement de l'E.I.P et de la C.I.P. évolue au sein d'une structure. L'envie de changer doit entre autres venir des professionnels de la santé, mais ce changement de logique doit également être soutenu et possiblement financé par l'organisation, sans quoi les professionnels vont s'épuiser. « La culture d'apprentissage, d'amélioration et de renforcement des capacités du personnel doit faire émerger la motivation intrinsèque des professionnels de la santé plutôt qu'être à la poursuite d'objectifs et standards imposés de l'extérieur » (Maeseneer et al., 2015).

La Collaboration InterOrganisationnelle (C.I.O.) dans les soins de santé permet de faire le lien entre les différentes personnes concernées par les soins de première ligne. La C.I.O. permet de limiter le dédoublement dans les consultations. Le modèle de la structuration de la collaboration (D'Amour et al., 2008) permet d'analyser les modalités de la collaboration à de multiples niveaux qui sont complexes et d'autant plus hétérogènes. Ce modèle est né d'une étude de la Professeure D'Amour sur la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins de santé primaires. Le constat de l'étude initiale du modèle est que les professionnels de la santé souhaitent travailler ensemble afin de prodiguer des soins de qualité. Néanmoins, chacun d'entre eux souhaite défendre et protéger ses propres intérêts tout en conservant un certain degré d'autonomie et d'indépendance. La Professeure d'Amour constate que le principe qui permet

de négocier les points précités est le Pouvoir. La Professeure D'Amour a souhaité à travers sa première étude développer un modèle qui permet de prendre en compte les problèmes de structure, en se concentrant sur les relations entre les professionnels, les interactions entre les relations de ces derniers et les dimensions organisationnelles.

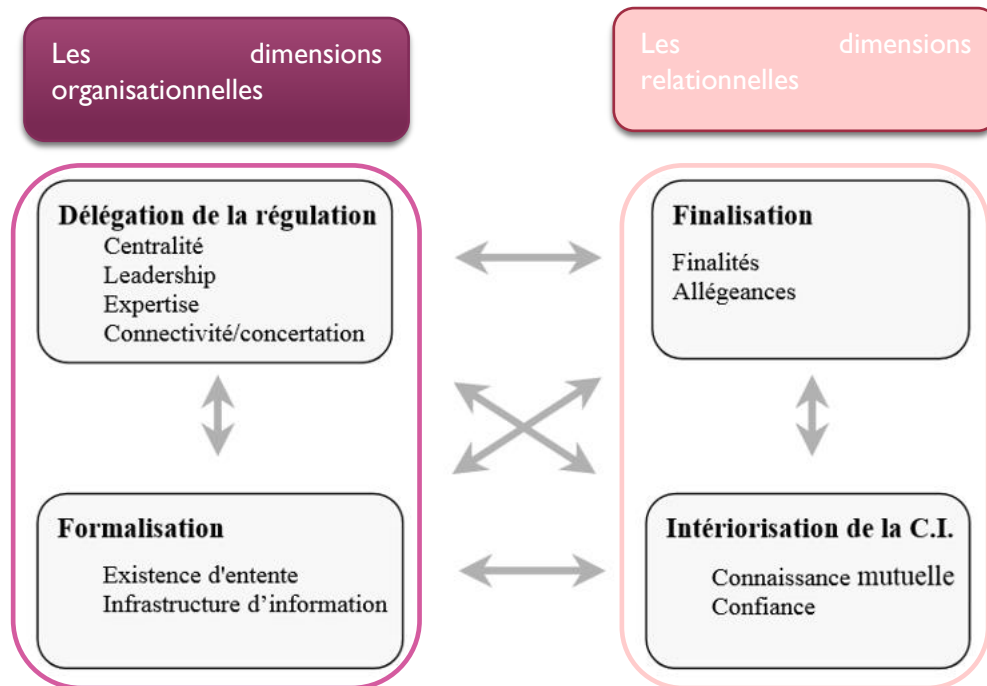


Figure 5 : Les 4 dimensions de la structuration de la collaboration. (D'Amour et al., 2008)

Le modèle présenté à la *figure 5* reprend 4 dimensions qui regroupent au total 10 indicateurs opérationnels qui s'influencent mutuellement et elles sont interdépendantes. Deux dimensions impliquent l'aspect relationnel entre les individus. La première est la **finalisation** autour des objectifs et de la vision partagée qui réunissent une équipe grâce à des objectifs communs ainsi qu'à l'appropriation de ces derniers. C'est un point essentiel pour une pratique collaborative. Un autre indicateur de cette dimension s'attarde à la reconnaissance des avis, opinions divergentes et les allégeances en tenant compte des attentes en ce qui concerne la collaboration. La deuxième dimension de type relationnelle concerne **l'intériorisation de la communication** interprofessionnelle à travers : la connaissance mutuelle (internalisation), de l'interdépendance et du sentiment d'appartenance et de la confiance mutuelle.

L'une des deux dimensions organisationnelles est la **formalisation** qui clarifie les attentes, les responsabilités et les moyens de faire circuler les informations. L'autre dimension organisationnelle est la **délégation de la régulation** (gouvernance) qui analyse grâce à ses indicateurs le leadership et la manière dont ce dernier est exercé. La mise en place de

l'innovation et la place qu'elle occupe sont un indicateur de la collaboration interprofessionnelle.

Ce modèle de structuration de la collaboration ne prend pas en compte l'influence des facteurs externes et structurels comme les ressources, les contraintes financières et politiques qui doivent être pris en compte dans les déterminants du processus collaboratif. L'une des limites de ce modèle est qu'il ne prend pas en considération le point de vue du patient et de son entourage sachant qu'ils ont une place non négligeable au sein de la collaboration interprofessionnelle. Les auteurs signalent que ce modèle de la structuration de la collaboration ne prend pas en compte toutes les dimensions qui gravitent autour de ce processus complexe de collaboration interprofessionnelle. Néanmoins l'analyse selon les 10 indicateurs permet dans un premier temps de faire un état des lieux en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle et les lacunes mises en avant. L'identification des difficultés dans la C.I.P. se fait au travers des dimensions à améliorer.

II. Partie pratique

1. Méthodologie

Le travail actuel a pour premier objectif de s'intéresser à la perception et l'expérience des infirmiers (-ères) quant à la C.I.P. au sein de la première ligne de soins en Belgique francophone. Le second objectif est de comprendre les besoins en termes de formation à la C.I.P. pour la pratique en première ligne de soins.

Pour répondre à ces deux objectifs, la méthode choisie est l'analyse qualitative. L'approche qualitative est mise en application suite à des entretiens semi-dirigés qui permettent aux infirmiers interviewés de s'exprimer librement quant à leur perception, leur expérience, et l'identification des besoins en formation. Les objectifs de ce mémoire demandent une compréhension et une interprétation de la pratique et de l'expérience (Paillé, P. & Mucchielli, A. 2012) des infirmiers en première ligne de soins qui sont possibles à travers l'analyse qualitative.

2. La collecte des données

La collecte des données a eu lieu du 23 septembre 2019 jusqu'au 1 décembre 2019. Sur cette période de 2 mois se sont succédé différentes phases. Du 23 au 30 septembre 2019, les Hautes Écoles en soins infirmiers présentes en Belgique francophone ont été contactées par téléphone afin d'obtenir l'adresse mail du directeur, de la directrice d'établissement et/ou du coordinateur pédagogique. À partir des adresses mail récoltées le 1^{er} octobre, un mail a été envoyé aux différentes personnes précitées afin de pouvoir dresser un tableau des établissements appliquant l'E.I.P. et les années d'expérience dans cette approche éducative. Du 1^{er} octobre 2019 au 1^{er} décembre 2019, différentes relances et échanges ont été effectués auprès des 12 H.E. (Hautes Ecoles) afin de récolter les informations nécessaires quant à l'E.I.P.

Le mail s'adressant à la direction de chacune des H.E. comportait une description brève du mémoire et de la vision de la partie pratique. Les entretiens se sont été établis à partir de questions permettant d'établir un « état des lieux » :

- ★ Appliquez-vous l'éducation interprofessionnelle au sein de votre établissement de formation ?
- ★ Si oui, depuis quand pratiquez-vous ce type d'approche ?
- ★ De quelle(s) manière(s) mettez-vous en place l'éducation interprofessionnelle au cours du cursus en soins infirmiers ? Avec quel(s) autre(s) futur(s) professionnels de la santé collaborez-vous ?

Certains contacts avec les Hautes Écoles de soins infirmiers n'ont pas donné suite aux interpellations au cours des 2 mois de récoltes d'informations et des relances.

Le diagramme 1 reprend l'ensemble des critères ainsi que la sélection de l'échantillon :

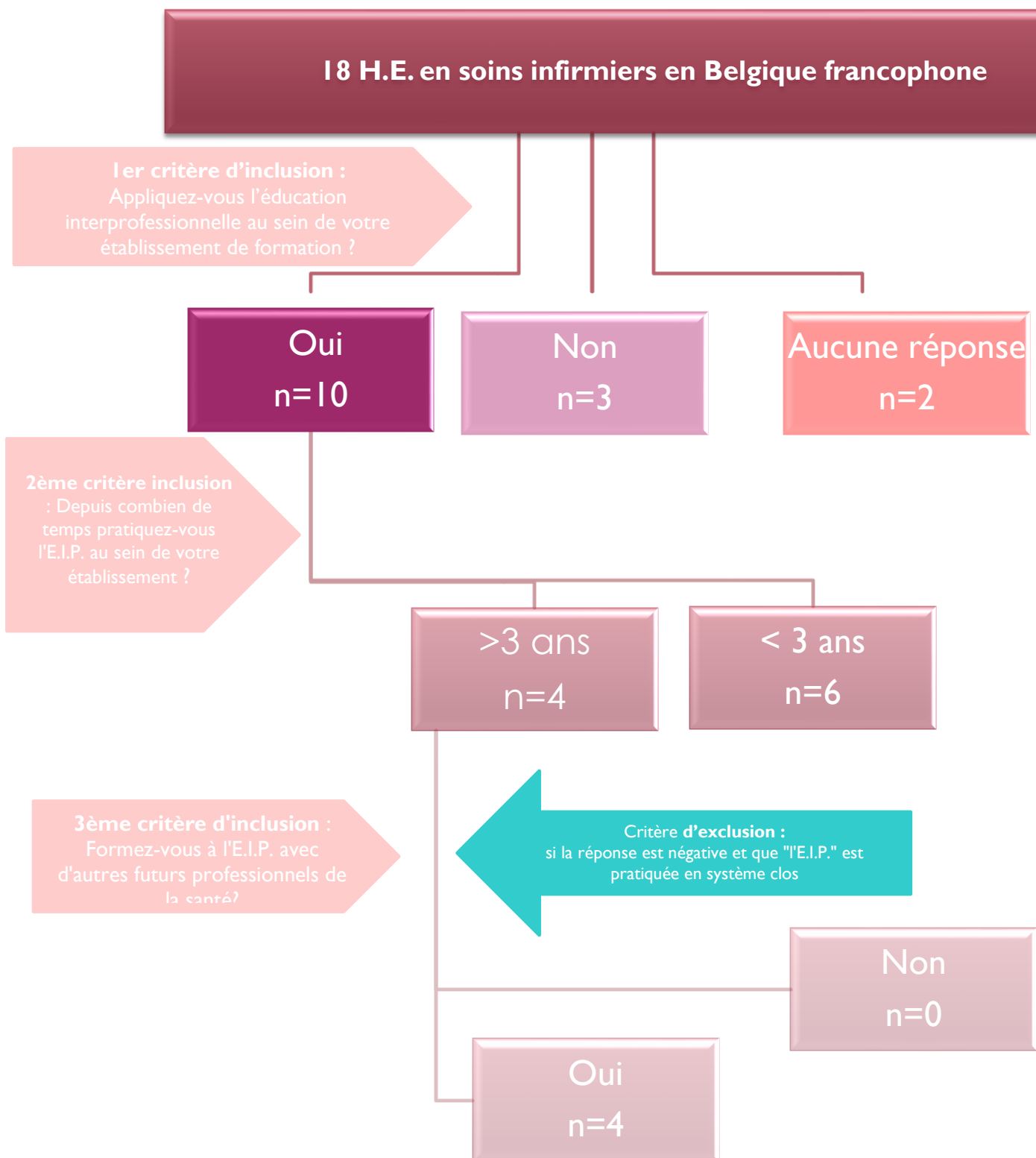


Diagramme I : sélection de l'échantillon des Hautes Ecoles formant en soins infirmiers en Belgique francophone

Sur les 18 H.E. en soins infirmiers en Belgique francophone, il y a 4 H.E. qui forment à l'E.I.P. depuis minimum 4 ans. L'E.I.P. est pratiquée lors de la dernière année d'étude en soins infirmiers.

Lors de l'analyse des réponses quant à l'E.I.P., dix Hautes Écoles en soins infirmiers avaient répondu favorablement au 1^{er} critère de sélection qui concerne l'application de l'E.I.P. au sein du cursus en soins infirmiers. Les H.E. n'ayant pas répondu favorablement à cette question ont été exclues. Un deuxième critère de sélection était le nombre d'années d'expérience des Hautes Écoles dans l'E.I.P. qui doit être égal ou supérieur à 4 ans. Ce critère permettait d'avoir des infirmiers qui étaient formés à l'E.I.P. lors de leur dernière année d'étude. De plus cela permettait d'avoir une HE qui avait déjà une expérience dans l'EIP et qui n'en était pas à un premier essai.

Selon P. Benner (1982) une temporalité de 3 ans permet d'avoir des enseignants qui sont compétents, voire performants, dans leur fonction. En appliquant ce 2e critère, 4 H.E ont acquis d'une expérience supérieure ou égale à 4 ans :

- ★ La Haute Écoles Namur-Liège-Luxembourg : Hénallux (Namur),
- ★ La Haute Écoles Robert Schuman (Libramont),
- ★ La Haute Écoles Libre de Bruxelles Ilya-Prigogine
- ★ La Haute Écoles Léonard De Vinci (Bruxelles).

Le 3^{ème} critère était orienté sur la méthodologie pour situer l'éducation interprofessionnelle dans le cursus en soins infirmiers. Les 4 H.E. précitées devaient former avec minimum une autre section de futurs professionnels de la santé.

Une maquette de communication « Appel à des volontaires » a été élaborée avec les différents logos des Hautes Écoles sélectionnées. Au préalable, une demande d'autorisation d'utilisation de chacun des logos avait été envoyée, le 2 décembre à chacune des directions d'établissements. La Haute Écoles Léonard De Vinci ne souhaitait pas être associée à l'appel à volontaires, cette dernière ne souhaitait pas voir apparaître son nom sur le document de communication (annexe I). De plus, cette dernière ne participerait pas à la diffusion de l'appel à volontaires auprès de ses anciens étudiants. Néanmoins les étudiants sortant de cette école resteraient un critère de sélection pour les entretiens semi-dirigés malgré la non-participation de leur H.E..

Le 18 décembre 2019, les trois Hautes Écoles partenaires diffusaient elles-mêmes (Règlement général sur la protection des données : R.G.P.D) la maquette via deux canaux de communication. Le premier canal a été établi sur la base des adresses mails figurant dans les dossiers des anciens étudiants infirmiers. Le second canal était dédié à la diffusion sur la page Facebook de leur établissement. La maquette était également déposée sur la page Facebook

des étudiants de la Faculté de Santé Publique de l'U.C. Louvain. L'appel à volontaire reprenait différents critères de sélection :

- ★ Être infirmier-ère bachelier
- ★ Être diplômé.e des 4 Hautes Écoles suivantes : Haute Écoles Namur-Liège-Luxembourg: Hénallux (Namur) , La Haute Écoles Robert Schuman (Libramont), La Haute Écoles Libre de Bruxelles Ilya-Prigogine (Bruxelles) et la Haute Écoles Léonard De Vinci (Bruxelles),
- ★ Avoir obtenu.e votre diplôme entre 2015-2017,
- ★ Travailler actuellement dans la première ligne de soins : infirmier-ère à domicile, infirmier-ère au sein d'une maison médicale, infirmier-ère de rue ... Cette fonction est assurée depuis 3 ans à mi-temps, trois-quarts temps ou temps plein.

Les anciens étudiants qui répondaient aux critères de sélection cités supra pouvaient me contacter via l'adresse mail de l'U.C.Louvain ou via un numéro de téléphone.

Une seconde relance a été faite, le 6 janvier, car aucun contact n'avait eu lieu à la suite du premier appel à volontaires. Malgré les 2 relances effectuées par les Hautes Écoles concernées, seul 1 entretien a été réalisé. Pour étendre la diffusion de l'appel à candidats, 1 au sein de l'A.S.D. et 1 autre au sein de la C.S.D ont été pris pour permettre la diffusion de l'appel à volontaires auprès des équipes infirmières de première ligne. Le contact de l'A.S.D. avait diffusé l'appel auprès des infirmiers de l'A.S. D de la communauté française, le 3 février. À la suite de la diffusion de l'appel auprès de l'A.S.D. et du contact avec la C.S.D. un constat des soignants était établi. Ces derniers stipulaient qu'ils aimeraient participer, mais que les critères de sélection ne permettaient pas de proposer leur candidature. Les responsables quant à la diffusion de la maquette m'ont relayé cette information et m'ont demandé d'assouplir les critères d'inclusion. Ce constat faisait suite au fait de n'avoir eu qu'un entretien lié au premier appel à volontaire.

Les critères de sélection ont donc été redéfinis (annexe II) sur demande des infirmiers de la première ligne de soins. Ce nouvel appel à volontaires s'adressait à des infirmiers diplômés d'une H.E. en Belgique francophone. Les candidats devaient travailler depuis minimum 5 ans (Benner, 1982) dans cette fonction au sein de la première ligne de soins en temps plein, trois-quarts temps ou mi-temps. Le recrutement des volontaires avec une expérience de 5 ans minimum rendait plus difficile la probabilité d'avoir des infirmiers formés à l'E.I.P. Le choix de ce critère avait été fait afin d'avoir des candidats avec du recul et une expertise dans leur domaine. La redéfinition des critères de sélection a permis de rester dans les objectifs du

mémoire. La diffusion des nouveaux critères de sélection a été faite le 19 février 2020 pour la C.S.D. et le 2 mars 2020 pour l'A.S.D. pour la Communauté Française et La région Bruxelloise. La fédération des maisons médicales publiait quant à elle l'appel à volontaires, le 9 mars 2020.

Le guide d'entretien a été élaboré sur base du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour D., 2008), ce dernier (annexe III) est de type qualitatif et en adaptant ce dernier aux infirmiers(ères) de la première ligne de soins. Les rencontres m'ont obligée se sont déroulées sous forme d'une entrevue semi-dirigée. Les mesures prises le 12 mars par le gouvernement belge et l'Université Catholique de Louvain m'ont obligée à stopper les entrevues.

3. Analyse des données

L'élaboration du guide d'entretien est basée sur le modèle de la structuration de collaboration de Danielle D'Amour et al (2008) et il a été rédigé en tenant compte des objectifs de recherche. Le premier objectif des entretiens semi-dirigés était de comprendre **la perception** des infirmiers de la première ligne de soins de la Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P. Le second objectif était de comprendre **les besoins de formation liés à la C.I.P.**

Pour analyser les données, la méthode qualitative thématique a été sélectionnée dans le cadre de ce mémoire. « *L'analyse thématique consiste, dans ce sens à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observations.* » (Paillé & Mucchielli, 2016).

Les huit entretiens ont été retranscrits sur Microsoft Word®. La première fonction de l'analyse thématique a été le repérage. La retranscription des entrevues et les annotations ont été faites sur Microsoft Word ®. Chaque entretien a été analysé afin de repérer les 4 thèmes en lien avec le modèle de la structuration de la C.I.P. (D'Amour, D., 2008) : la délégation de la régulation (gouvernance), la formalisation, l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle, la finalisation. Chacun des 4 thèmes comprend des sous-catégories qui viennent subdiviser le thème en 2 ou 4 parties. Deux thèmes supplémentaires au modèle de la structuration ont été mis en évidence. Le premier était en lien avec l'un des objectifs de ce mémoire : les besoins en termes de formation des infirmiers de la première ligne de soins en ce qui concerne la C.I.P. Un second thème émergeait dans 5 des entrevues : le lien entre la première et la seconde ligne de soins en Belgique francophone. Chaque thème et sous-catégorie avaient une couleur qui leur

était spécifique afin de repérer avec aisance les éléments dans le texte. Le choix dans l'analyse thématique était fait en faveur d'une thématisation continue afin d'avoir une analyse fine et riche du corpus (Paillé & Mucchielli, 2016). Une fois les 8 entretiens analysés, un tableau regroupant les thèmes et les extraits d'entrevues a été créé sur Microsoft Excel[®]. Ce tableau était un relevé des thèmes. Ce processus a permis la documentation, deuxième fonction de l'analyse thématique et qui a été faite sur base des entrevues pour chaque thème. L'exposition des résultats a été faite à travers les 6 thèmes cités supra. Ces derniers seront expliqués à partir de l'analyse des données des entretiens et certains extraits des entrevues.

4. Résultats

Les entretiens ont été réalisés du 14 janvier 2020 au 15 mars 2020. Un total de 8 entretiens a été réalisé en face à face. Ces derniers ont eu lieu dans différentes villes de la Belgique francophone : une entrevue dans la province de Namur, deux entrevues dans la province du Luxembourg, 5 entrevues dans la province du Hainaut. Le profil des personnes rencontrées se situe dans le tableau n° 1. Elles n'ont pas toutes été formées dans une des 4 HE citées au-dessus sauf la participante 1 qui avait bénéficié de l'E.I.P. lors de son cursus en soins infirmiers.

Le tableau 1 souligne que la participante 1 a une expérience professionnelle de 3 ans et qu'elle a été formée à l'E.I.P. lors de son cursus en soins infirmiers. Suite à l'unique participante liée au premier appel formé à l'E.I.P., de nouveaux critères ont été établis. À partir du participant 2 jusqu'au participant 8, l'expérience au sein de la première ligne de soins varie de 5 à 17 ans et ils n'ont donc pas été formés à l'E.I.P. dans une des 4 HE citées au-dessus. Les infirmiers interrogés exercent dans des postes variés de la première ligne de soins en Belgique francophone. Le nombre d'entretiens est de huit suite à l'arrivée de la pandémie du COVID-19.

Participant :	Statut :	Expérience en première ligne de soins :	Durée de l'entretien
Participant 1	Infirmière dans une A.S.B.L.	Formée à l'E.I.P. par Henallux, pratique depuis 3 ans à temps plein	50 minutes
Participant 2	Infirmier dans une maison médicale	Pratique depuis 5 ans à trois quart temps	90 minutes
Participant 3	Infirmière à domicile indépendante qui possède sa société de soins	Pratique depuis 13 ans à temps plein	100 minutes
Participant 4	Infirmière à domicile pour une mutuelle	Pratique depuis 17 ans à temps plein	45 minutes
Participant 5	Infirmière à domicile qui travaille pour une autre infirmière indépendante	Pratique depuis 10 ans à mi-temps	27 minutes
Participant 6	Infirmière à domicile qui travaille pour une autre infirmière indépendante	Pratique depuis 7 ans à mi-temps	30 minutes
Participant 7	Infirmière à domicile pour une mutuelle et adjointe à la direction du nursing	Pratique depuis 8 ans à mi-temps pour les soins à domicile et mi-temps pour le poste d'adjointe dans ce service de soins à domicile.	45 minutes
Participant 8	Infirmière pour l'O.N.E.	Pratique depuis 12 ans à temps plein	50 minutes

Tableau 1 : les participants aux entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de la marque SONY® ICT-TX650 après l'accord oral des participants. Avant de commencer les entretiens, les modalités et les objectifs de l'interview ont été expliqués. La compréhension des informations a été systématiquement vérifiée. Dans le cas, où il n'y avait aucune objection à la réalisation de l'entretien, un accord oral pour enregistrer l'entrevue a été demandé.

Toutes les informations concernant les participants sont conservées de façon anonyme et confidentielles. Le traitement informatique n'est pas nominatif. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise scientifique est, elle aussi, anonyme. Il y a un engagement personnel auprès des infirmiers interrogés de préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant. La liste des participants, leurs adresses mail et leurs numéros de téléphone sont gardés séparément au cas où ces derniers devraient être recontactés. Le mémoire sera envoyé au participant lors de son élaboration finale.

La réalisation des entretiens permet de passer à la présentation des résultats à travers les thèmes du modèle de la structuration de la C.I.P.

1. Délégation de la régulation : Gouvernance

La gouvernance est observée à travers le soutien et l'orientation que l'organisation donne à la C.I.P et C.I.O. Ce thème concerne la dimension organisationnelle de la C.I.P. La gouvernance se définit à travers les opportunités que les décideurs suscitent afin d'impliquer activement les professionnels de la santé. Le but est de développer les compétences de manière continue dans un environnement de travail favorable à la C.I.P. Ce thème est apprécié à travers 4 sous-catégories qui de manière combinée sont la base pour l'implémentation et l'utilisation d'une pratique interprofessionnelle.

La centralité est vue par les infirmiers comme la direction et la possibilité que l'organisation donne en faveur d'une C.I.P.. Celle-ci constitue le regroupement des informations et le partage d'informations entre l'organisation et les professionnels de la santé. **Le leadership** est nécessaire pour soutenir le développement des compétences interprofessionnelles et interorganisationnelles. Ce leadership peut être mandaté ou émergent et doit permettre la participation de tous les professionnels. **L'innovation** permet aux infirmiers de s'ouvrir ou de développer de nouvelles activités qui soutiennent la C.I.P.. Le fait de collaborer avec d'autres praticiens et d'autres institutions doit laisser la place à l'innovation et cette dernière doit être soutenue par la/les organisation(s). Le soutien attendu par les professionnels de la santé va de l'écoute accordée à l'aboutissement de la nouvelle activité. Celle-ci peut se manifester par exemple par la création de formations bimensuelles en interprofessionnalité autour d'une thématique. **La connectivité** est l'interconnexion qui existe entre les professionnels de la santé et les organisations. Elle a pour fonction de permettre la discussion et de prévoir des lieux de rencontre afin de tisser des liens entre les praticiens. C'est aussi un mécanisme qui dans la C.I.P. permet d'ajuster les réponses rapidement et dans la continuité quant aux problèmes de coordination.

La centralité est objectivée pour cinq participants. Le regroupement des informations revient en général soit à une coordinatrice, soit au titulaire de la tournée voire au médecin généraliste. Il existe une centralité des informations en faveur d'une participation active à la prise en charge des patients favorisant la C.I.P. entre les intervenants et les organisations. La centralité des informations en faveur d'une participation active quant à la prise en charge des patients est exprimée par la participante 1 :

« Ça nous permet de discuter quand nous avons des doutes, quand nous avons besoin d'être rassurés. Lorsque la coordinatrice a l'impression que nous nous noyons, ça lui permet de peser notre charge de travail et de voir où nous en sommes. »

[extrait entretien, Participante 1]

Dans cette centralité, deux autres infirmières interrogées soulignent que la « détention » d'informations liées au patient et à la coordination n'est connue que par le titulaire de tournée ou le médecin généraliste. C'est ce qui amène ces deux infirmières à dire qu'elles ne collaborent pas en interprofessionnalité dans leur pratique quotidienne. Elles croisent occasionnellement le kinésithérapeute, le médecin ou l'aide-soignante sans que cela ne soit prévu. La direction à envisager dans les soins est dictée par le titulaire de tournée ou le médecin généraliste sans discussion partagée.

Le leadership est identifié dans toutes les entrevues comme étant essentiel dans la pratique collaborative interprofessionnelle et interorganisationnelle. Il en ressort deux types de leadership :

- ★ La personne de référence qui fait la synthèse auprès du patient, de l'aidant naturel.
- ★ La personne de référence qui va permettre la coordination du travail entre les différents professionnels. Ce leader va également identifier qui sont les professionnels experts dans les domaines nécessaires à la prise en charge pour venir l'épauler dans son rôle.

Pour les infirmiers, une prise en charge interprofessionnelle, nécessite un leader. Pour les participants 1, 2 et 3, le rôle de leadership entre les professionnels n'est pas attribué à un professionnel précisément, c'est un leadership dit « partagé ». Il s'avère que ce leader va émerger naturellement au fil des échanges. Il en ressort pour ces trois personnes interrogées, que l'infirmier qui est leader entre les professionnels fait également office de personne synthèse⁶ auprès du patient. Ce leadership partagé fait l'objet d'un accord informel entre les professionnels. Pour les participantes 4 et 7, le leader de coordination est mandaté par l'organisation. Cette leader désignée est la coordinatrice des soins d'un centre d'aide et de soins à domicile qui a une mission et des tâches clairement définies pour ce poste. La *participante 7*

⁶ La personne synthèse est le professionnel qui va être considéré comme référence pour le patient. Il s'avère que dans la pratique le rôle de personne synthèse et de leader peuvent se superposer.

stipule que tout passe par la coordinatrice dès que deux professionnels doivent collaborer et se coordonner. Néanmoins, ce mécanisme doit passer obligatoirement par ce leader mandaté et laisser place à une centralisation de la prise de décision qui peut suggérer plutôt un leadership de type « hiérarchique ». La *participante 4* qui fait partie de la même organisation souligne qu'ils ne passent pas systématiquement par la coordinatrice et qu'ils gèrent aussi la coordination interprofessionnelle entre eux. Pour cette participante, la coordinatrice doit intervenir en cas de conflit ou en guise de personne de synthèse auprès du patient. Il en est de même pour les participantes 5 et 6 ; le leader de coordination entre professionnels est fait par le titulaire de la tournée.

Le leader qui fait office de « synthèse » auprès du patient est identifié de manière variable par les infirmiers. Il y a plusieurs éléments relevés par les infirmiers quant au choix de ce guide. Le premier professionnel avec lequel le patient a été en contact et le lien qu'il y a entre professionnel-patient peuvent être un premier élément quant au statut de ce type de leader. De plus, le prestataire de soins qui va prendre l'initiative d'organiser des réunions de concertation se voit attribuer ce rôle de leader. Un autre élément qui peut influencer le fait « d'endosser » ce rôle est le fait d'avoir l'envie, l'énergie, la possibilité d'y consacrer du temps, la position dans l'organisation et le fait d'être compétent dans la situation qui nécessite une C.I.P.. Les infirmiers interrogés sont quotidiennement voire plusieurs fois par jour en contact avec un même patient. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles, ce leadership est régulièrement attribué aux infirmiers.

« De par la proximité avec le patient, ils ont plus facilement confiance en nous. À ce moment-là, nous avons le rôle de chef d'orchestre. [...]. Cependant, l'infirmière doit consacrer en plus de son travail, une énergie supplémentaire à la gestion de la coordination. Moi, je prends le temps de le faire parce c'est mon entreprise. Je connais des infirmiers indépendants qui n'ont clairement pas le temps, car ils sont seuls et/ou qu'ils n'ont pas envie. »

[Extrait entretien Participante 3]

Le soutien à l'innovation est l'un des indicateurs qui a été difficile à comprendre et à développer par les infirmiers. La participante 7 suit régulièrement des formations (fonction

d'adjointe à mi-temps), elle est experte dans des outils liés à la collaboration interprofessionnelle. Elle a des connaissances qui ne sont pas partagées avec l'équipe tant que l'utilisation de l'outil n'est pas obligatoire.

« Les infirmières savent qu'il y a quelque chose qui existe, mais je ne les assomme pas avec des informations. Alors que les infirmières à domicile vont s'en servir dans 2 et peut-être 3 ans. Il faudra refaire une formation à ce moment-là. C'est comme avec BelRai, je fais la formation et lorsque cela sera obligatoire, nous informerons et formerons les infirmières. »

[Extrait entretien, Participante 7]

La participante 4 qui fait partie de la même organisation souligne que dès qu'une nouvelle approche doit être mise en place, ils sont soutenus par leur hiérarchie.

Le participant 2 a du temps libéré par sa maison médicale afin d'intégrer des projets. Il trouve cela intéressant, car il découvre de nouveaux outils ou de nouvelles pratiques. Il a l'opportunité d'en discuter lors des réunions hebdomadaires et de connaître l'avis d'autres professionnels de la maison médicale. Il souligne que la dynamique qui est au sein de son organisation donne l'impulsion à une ouverture d'esprit.

Au sein de l'organisation de la participante 8, des formations sont actuellement proposées en interprofessionnalité autour d'un thème. Les professionnels qui assistent à ces formations sont en partie ceux avec lesquels, elle collabore dans sa pratique quotidienne. Ce type de soutien est proposé, car son organisation demande aux différents coordinateurs de faire remonter les informations lors des réunions regroupant les différents professionnels de la santé.

La participante 1 exprime que la coordinatrice est ouverte à la discussion en termes de propositions innovantes. Si une nouvelle approche doit être testée, cela sera discuté entre les différents collaborateurs. Néanmoins, ce qui freine souvent leurs initiatives, ce sont les ressources financières. Cette participante explique qu'ils travaillent sous format papier car acheter un ordinateur pour chaque prestataire coûte trop d'argent à l'association.

La connectivité est pour trois des infirmiers, des interconnexions régulières et planifiées afin d'entretenir le contact avec **leur équipe**⁷. Chaque semaine un créneau horaire est d'office dédié

⁷ **L'équipe** désigne l'ensemble des professionnels qui travaillent au sein d'une même organisation.

à un temps d'échanges entre les collaborateurs qui gravitent autour du patient. Les réunions sont organisées dans un premier temps : à la maison médicale, au sein de l'association ou à l'hôpital afin de se réguler entre eux. Ce type de planification est programmé et incite à collaborer selon les infirmiers. Ils insistent sur le fait que si ce temps de rencontre n'est pas planifié et « imposé » ils ne prendront pas ce temps pour une C.I.P.. Cependant, ils constatent que depuis, ils observent un meilleur suivi de leur patient. Le domicile du patient est également un lieu privilégié pour faciliter la connexion entre les différents intervenants. Pour les participants 2 et 8, des invitations pour participer aux réunions hebdomadaires sont faites, mais les prestataires du réseau ne viennent pas. Tandis que pour la participante 3, ces réunions sont organisées avec **son réseau⁸ et son équipe**.

« Cette mixité, cette interconnexion des professionnels fait que nous avons des échanges ce qui facilite notre intégration au sein du réseau. Cela permet d'être moins cloisonnés. »

[Extrait entretien, Participant 2]

Deux infirmières (P4 & P5) disent ne pas collaborer avec les autres professionnels. Ces dernières ne sont pas invitées aux réunions organisées par le titulaire de tournée avec le médecin traitant. Certains infirmiers observent des refus d'autres praticiens quant à des dispositifs de concertation. Une des infirmières stipule qu'elle a proposé à son chef de tournée d'être présente lors de réunions. Après plusieurs refus, elle ne souhaite plus s'impliquer et elle fait ce qu'elle doit faire ; à noter que pour elle, ce n'est pas « sa » clientèle. L'engagement et la reconnaissance professionnelle sont des facteurs nécessaires dans le processus qui mène à une C.I.P. Les infirmiers relèvent que dans l'ensemble la nouvelle génération de médecins généralistes est favorable à cette collaboration, ils en sont d'ailleurs demandeurs. Les concertations entre professionnels permettent aux novices d'être entourés d'experts et de s'interroger de façon collective. La participante 6 relève qu'elle ne travaille pas au sein d'une équipe interprofessionnelle et qu'elle doit tenter de se connecter au réseau interprofessionnel. La difficulté pour cette participante est qu'aucun des professionnels ne dispose de lieu pour pouvoir se rencontrer en dehors du domicile du patient. Les interconnexions sont également

⁸ **Le réseau** désigne des professionnels provenant des différentes organisations. Ces prestataires de soins provenant de diverses organisations se regroupent par exemple, pour la prise en charge d'un patient.

influencées par les structures organisationnelles dans leur possibilité de développer et d'entretenir ces liens professionnels.

2. Formalisation

La formalisation reprend l'ensemble des règles, les outils et la diffusion des informations entre les professionnels de la santé. Ce thème permet de clarifier la relation et la pratique entre les professionnels de la santé au sein de la C.I.P. La formalisation est abordée grâce aux outils de formalisation et l'échange d'informations. **Les outils de formalisation** ont pour fonction de clarifier la responsabilité et les rôles des différents prestataires de soins. Les outils qui permettent de collaborer en interprofessionnalité sont multiples : protocoles, dossiers partagés, carnet de liaison, création de groupe (WhatsApp⁹). **L'échange d'informations** est le processus par lequel les infirmiers passent pour échanger rapidement et de manière complète des informations. Ce dispositif permet aux personnes interrogées de renseigner les autres prestataires sur le déroulement de leur rôle et de la prise en charge du patient. Ceci permet une rétroaction qui guidera la C.I.P.

Les outils de formalisation : pour la moitié des infirmiers interrogés, des règles de fonctionnement sont définies entre les prestataires de soins et des conventions sont établies entre les prestataires et entre les organisations. Dans leurs réseaux, il arrive que certaines formalisations soient plus compliquées que d'autres avec certains prestataires de soins. Tout n'est pas parfait bien que, les participantes 3,5,7 précisent que les mentalités évoluent vers une C.I.P.

« C'est surtout que pour une partie de l'ancienne génération de médecin : le médecin généraliste sait ce qui se passe à la maison et tout ce qui concerne l'hôpital c'est le médecin de l'hôpital. Maintenant, certains anciens médecins et la nouvelle génération de médecins sont très ouverts et il y a moins cette barrière. Ils ont cette envie de vouloir collaborer. »

[Extrait entrevue, Participante 3]

⁹ **Whatsapp** est une application de messagerie pour smartphone qui permet d'avoir des conversations avec ses contacts. Il est possible d'avoir des conversations à plusieurs ou à deux, et d'échanger textes, images, vidéos, sons et position GPS. L'application utilise le réseau Internet pour échanger les messages.

L'élément clé dans la formalisation des rôles est l'adhésion collective des professionnels de la santé aux règles de fonctionnement. Le participant 2 souligne que pour qu'il y ait un accord, tous les professionnels doivent pouvoir s'exprimer et se retrouver dans la formalisation. La participante 3 explique qu'elle ne peut pas forcer un médecin à collaborer, elle sait qu'elle devra à ce moment-là faire face à un mur et cela risque d'avoir des conséquences négatives pour le patient. Cette infirmière prend le temps d'établir une entente afin d'amener le prestataire à avoir envie de collaborer. Lors de prise en charge pour un patient en soins palliatifs, elle doit par moment insister pour la mise en place de protocoles. Malgré son expérience et ses formations dans le domaine, elle sait qu'avec un des médecins, elle éprouve des difficultés dans cette formalisation.

« Par exemple, la précipitation des évènements dans un soin palliatif fait que ça peut vite partir n'importe comment pour le patient, si nous n'avons pas de protocole. »

[extrait entretien, Participant 2]

Le participant 2 rejoint cette idée ; l'existence d'une hiérarchie entre les professionnels engendre des inégalités de pouvoir entre eux. Les participantes 3 et 4 signalent que certains médecins ne souhaitent pas s'accorder dans des règles de formalisation ; chacun travaille de son côté et rencontre les patients séparément. Une dernière difficulté dans l'existence d'entente, c'est le turn-over parfois important qu'il y a entre les aides-familiales. La participante 6 souligne, lors de ses passages, elle rencontre toujours une aide-familiale différente et la compréhension des règles peut varier. L'infirmière atteste que cela n'aide pas en faveur d'une C.I.P.

L'échange d'informations est le processus par lequel les infirmiers passent pour échanger rapidement et de manière complète des informations. Ce dispositif permet aux personnes interrogées de renseigner les autres prestataires sur le déroulement de leur rôle et de la prise en charge du patient. Ceci permet une rétroaction qui va guider la C.I.P. Les échanges en C.I.P. se réalisent à travers de multiples supports préalablement cités dans les outils : dossier partagés, carnet de liaison, création de groupe (WhatsApp¹⁰), mails, téléphone. Les infirmiers ne

¹⁰ **Whatsapp** est une application de messagerie pour smartphone qui permet d'avoir des conversations avec ses contacts. Il est possible d'avoir des conversations à plusieurs ou à deux, et d'échanger textes, images, vidéos, sons et position GPS. L'application utilise le réseau Internet pour échanger les messages.

disposent pas d'un canal unique qui leur permet de collaborer avec les autres professionnels de la santé. Les infirmiers interrogés précisent devoir multiplier les dispositifs pour s'adapter aux partenaires de soins et selon le degré d'urgence des informations à partager.

« Nous avons un carnet écrit, mais nous avons aussi un groupe WhatsApp, nous avons un groupe mails. Donc en fonction des informations et de la rapidité de la réponse nécessaire on utilisera un canal plutôt que l'autre. » [extrait entretien Participant 2, ligne 408-410]

De manière générale, le carnet de liaison et la farde S.I.S.D. (service intégré de soins à domicile) sont utilisés entre les infirmières, aide-soignantes, aides familiales et médecin. Les infirmiers qui travaillent pour une mutuelle utilisent un logiciel qui permet de connecter les informations des infirmiers et des aide-soignantes. Les infirmiers exploitent le carnet de liaison avec les médecins, lorsque ce dernier ne dispose pas de boîte mail ou ne la consulte pas régulièrement en tenant compte du degré d'urgence. Dans le cas où un professionnel doit être contacté rapidement, le téléphone reste selon eux le moyen le plus efficace quand ils ne doivent pas passer par une secrétaire. Deux infirmières soulignent que le retard numérique chez les médecins plus âgés rend la communication plus difficile. Une autre infirmière dispose du logiciel qui permet uniquement de passer les cartes d'identité. La version du logiciel qui permet de se connecter entre professionnels est plus coûteuse pour l'infirmière qui achète ce programme. L'infirmier qui travaille dans une maison médicale explique qu'ils ont mis au point une règle de fonctionnement dans la rédaction des informations. Une trame de structuration de l'information permet de comprendre le : « quand, qui, quoi et le pourquoi ». Cette structuration est adoptée par les collaborateurs et permet une lisibilité homogène dans la collaboration. Les infirmiers souhaiteraient avoir un logiciel unique qui permette les interconnexions entre les professionnels de santé. Le fait de multiplier les outils fait que certains collaborateurs sont oubliés, l'information n'est pas vue, car ces derniers ont oublié d'aller consulter tel ou tel groupe et sans oublier la charge mentale que cela engendre. Les infirmiers stipulent qu'il est compliqué pour chaque profession de changer de logiciel pour devoir en adopter un autre. Chacun des prestataires souhaite faire adopter son logiciel avec la difficulté de trouver un consensus en interprofessionnel. Au sein de la maison médicale, les professionnels travaillent sous le même « toit » ; il semble que pour l'infirmier cela joue en faveur d'un consensus. De

plus, ils doivent utiliser les logiciels des maisons médicales mais cela reste compliqué lorsqu'ils font appel à des prestataires en dehors de cette infrastructure.

La formalisation est également influencée et influence l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle au travers de la connaissance mutuelle et la confiance entre les professionnelles de la santé.

3. Intériorisation de la collaboration interprofessionnelle

L'intériorisation de la C.I.P. est une des 2 dimensions qui constitue l'aspect relationnel du modèle de la structure de la C.I.P. Cette dimension est constituée de deux indicateurs : la connaissance mutuelle et la confiance. La collaboration amène des rapports entre les professionnels qui engendrent une intériorisation de la C.I.P.. Cette dernière donne le sentiment aux professionnels de former une équipe, un réseau.

La connaissance mutuelle est le fait de se connaître pour pouvoir développer un sentiment d'appartenance à une équipe, à un réseau afin de développer des objectifs communs. Ce processus de familiarisation se renforce lors de réunions, de formations, de rencontres formelles et informelles. Il y a deux cas de figures qui ressortent des entrevues, à savoir :

- ★ Soit quand les infirmiers qui arrivent dans un poste où les interconnexions entre les professionnels de la santé sont existantes, il faut à ce moment-là entretenir les liens. Les participants 2 et 8 disent échanger entre prestataires des carnets de relations. Les participants concernés par ce premier cas sont d'accord pour avancer que c'est un grand avantage en première ligne de soins.
- ★ Soit quand, c'est une création de poste ou la création d'une « société » de soins infirmiers à domicile. Dans ce cas, les infirmiers doivent se faire connaître en se présentant aux différents prestataires présents sur le terrain en expliquant leurs fonctions au sein du poste et leurs visions de la prise en charge d'un patient. La participante 3 signale que cela lui a demandé du travail supplémentaire, mais que grâce à son premier poste (infirmière à domicile pour une mutuelle), elle avait la connaissance du réseau. La participante 1 est la première infirmière qui intègre l'association et elle a dû d'elle-même trouver sa place et justifier de son rôle auprès des collaborateurs de la première ligne de soins. Cette connaissance mutuelle est également influencée par la perception que nous avons de la profession des autres praticiens :

« Pour construire cette communication, il faut connaître l'autre, mais aussi il faut déconstruire ce que l'on pense connaître de l'autre. »

[Extrait de l'entrevue, Participante 4]

La méconnaissance des compétences peut-être une source de tension ce qui demande une communication et une écoute active. Chacun doit pouvoir être au clair avec son identité professionnelle, avant de se tourner vers les autres professionnels de la santé. La constitution de ce réseau dans la pratique professionnelle permet à chacun de reconnaître les compétences et les habilités des collaborateurs. C'est un aspect relevé par deux participantes : la C.I.P. permet de limiter les hospitalisations des patients. La connaissance mutuelle nécessite une confiance entre les professionnels pour que ce réseau tienne dans le temps.

La confiance est un pilier dans le prendre soin et les entrevues démontrent l'importance que les infirmiers de la première ligne de soins y accordent. La collaboration ne peut avoir lieu que lorsque les professionnels de la santé ont confiance les uns envers les autres. La première raison est que c'est pour eux la base d'une collaboration interprofessionnelle efficace. Il n'est pas possible de collaborer si la confiance n'est pas présente entre les différents collaborateurs. Le patient reste la personne de référence en termes de confiance, les infirmiers se fient lorsqu'ils ne connaissent pas, au choix du patient. Ceci est avéré lorsque le patient connaît des praticiens et qu'il a confiance en eux. Certains patients n'ont pas ce réseau et ils se remettent complètement à l'infirmier. Dans ce cas-ci, l'infirmier active le réseau de professionnels. Les participants sont unanimes, « si un collaborateur me conseille un professionnel de la santé, c'est que je peux avoir confiance ».

Un dernier scénario possible dans l'établissement d'une relation de confiance entre les professionnels, c'est de devoir collaborer avec un praticien qu'ils ne connaissent pas. L'ensemble des infirmiers font confiance dès le début, car ils n'ont pas le choix. Cette attitude est dictée par le fait qu'ils ont tous le même objectif : le patient. *Le participant 2* signale que tous les professionnels sont dans la même situation à ce moment-là et qu'ils n'ont pas d'autre possibilité que celle d'avancer ensemble.

« Au début nous nous faisons confiance de manière aveugle. Surtout qu'en soi-même, nous ne connaissons pas de réseau. Ce sera avec l'expérience que nous allons nous permettre de remettre en cause ce que l'autre dit. »

[Extrait de l'entrevue, Participant 2]

La participante 1 souhaite discuter avec le patient afin de savoir ce qui peut être dit et ce que le patient ne souhaite pas divulguer à l'autre professionnel sans que cela ait de répercussions sur la prise en charge. La peur pour cette infirmière est de perdre la confiance de son patient et que celui-ci quitte l'association. Ce qui permet à cette infirmière d'être dans une confiance totale est l'investissement professionnel de l'autre professionnel dans la prise en charge du patient.

Finalement, dans certaines situations tout a été mis en place et la situation n'évolue pas de la manière envisagée au préalable par le patient et les praticiens. Il n'est pas nécessaire de remettre en cause le professionnalisme des collaborateurs. Il est plutôt demandé de prendre du recul par rapport à la situation et d'analyser cette dernière. Le participant 2 est l'unique infirmier qui met en avant un temps d'analyse post collaboration interprofessionnelle. Il n'utilise pas de grille pour évaluer cette dernière, mais discute en essayant d'avoir l'ensemble des professionnels investis dans la situation. Ce dispositif est l'élément qui joue dans la confiance, car chacun a l'occasion de s'exprimer et cela permet de comprendre la tournure des événements sans jouer sur la confiance. Ce type de discussion est animé par une personne externe à la maison médicale afin d'être neutre. Pour atteindre la dernière dimension de la structuration de la C.I.P. qui est la finalisation, ceci passe par un processus d'interconnexions, de confiance et de soutien au niveau organisationnel.

4. Finalisation

Le thème de **la finalisation** est l'ensemble des buts qui amènent les professionnels de la santé à collaborer. Ce thème permet de guider les actions et les objectifs que le patient et les professionnels de la santé se sont fixés. Il est abordé en deux sous-catégories : la finalité et les allégeances. **Les finalités** dites communes sont les articulations qui vont permettre aux professionnels de la santé d'être dans une prise en charge complémentaire et collaborative. La finalité met en lumière les valeurs professionnelles qui se concrétisent sous forme d'objectifs communs. Cette sous-catégorie concerne les professionnels entre eux et le développement de

buts partagés. L'analyse des données souligne que cela dépend de la situation et de l'envie de collaborer. En ce qui concerne **les allégeances**, ce sont les discussions que les professionnels de la santé et le patient ont autour des objectifs de vie de ce dernier. Cette sous-catégorie est l'articulation des finalités expliquées au-dessus ajustée par ce que souhaite le patient. Ce type de discussion ci-dessus est orienté par des prises en charge sur un moyen ou long terme et lorsqu'il y a des discordances dans le discours du patient.

La finalité ou les finalités : la moitié des infirmiers interrogés disent avoir au fil des années de plus en plus de facilité à la connaissance mutuelle et la confiance ce qui permet d'élaborer des buts partagés. Lorsque la situation le nécessite, une réadaptation des finalités peut être faite à différents moments de la prise en charge du patient. La participante 4 explique que grâce à ces discussions, elle comprend mieux les autres disciplines. C'est également l'occasion pour elle d'expliquer ses compétences et de comprendre celles des autres. La discussion autour des buts partagés permet d'avoir une vision à court, moyen et long terme. C'est ce cadre qui leur semble important. De plus, avant de rencontrer le patient et/ou son aidant proche, ils ont l'occasion de s'accorder.

« Chaque intervenant décrit sa vision des choses, de ce qui pourrait être apporté la famille.

Suite à cette réunion, nous mettons sur papier quelques objectifs. »

[Extrait entretien, Participante 8]

Pour l'autre moitié des infirmiers, ils ne passent pas par ce processus lors de C.I.P.. Chaque prestataire fait la prise en charge du patient de son côté. À ce moment-là, le patient ou l'aidant proche permet de faire le pont entre les professionnels de la santé.

En ce qui concerne les allégeances, le constat est le même que pour les finalités. La moitié des infirmiers interrogés discute avec les autres professionnels de la santé et le patient des objectifs de vie de ce dernier. Ils se réunissent au domicile du patient pour que ce dernier, son aidant proche soient dans un endroit familial. C'est l'occasion pour les professionnels de la première ligne de soins d'observer le lieu de vie du patient. Les infirmiers insistent sur le fait d'être transparent et d'expliquer les conséquences des choix du patient. La participante 3 souligne que les patients ont besoin à ce moment-là que les soignants soient sincères même si ce n'est pas toujours facile à dire.

« Le but est de rester le plus proche possible de leur vie avant le diagnostic ou la maladie. À ce moment-là, nous devons aller dans ce que le patient décide et non vers ce que nous avons pensé être le mieux pour lui, ça ce n'est pas facile. [...] En tout cas, dans la discussion avec le patient il faut aussi lui expliquer, ce que ces choix vont engendrer pour que ce soit bien clair entre nous. »

[Extrait de l'entrevue, Participante 3]

La participante 4 collabore avec une coordinatrice qui est une assistante sociale. Cette participante trouve que c'est un plus dans la discussion des objectifs de vie du patient ; la coordinatrice arrive à trouver les mots adéquats au bon moment. C'est une force dans la prise en charge du patient, car la coordinatrice à ce moment est « externe » par rapport aux autres professionnels et son expérience aide à aborder les objectifs de vie.

Pour l'autre moitié des infirmiers, les allégeances ne sont pas discutées entre les professionnels et le patient. Tout comme les finalités, chacun aborde le sujet avec le patient pour guider sa pratique. La participante 6 explique qu'elle a vécu dernièrement une situation compliquée, car elle a été démunie par manque d'échanges entre professionnels. Il s'avère que les patients souhaitent être suivis exclusivement par leur médecin, qui à l'heure actuelle est absente. La participante 6 apprend cette nouvelle au moment où elle a besoin de ce médecin. Elle explique qu'ils auraient dû se rencontrer avec les patients pour en discuter et trouver une alternative le temps du congé maternité. Ce genre d'évènement met insécurité les patients et les répercussions sont pour eux.

5. Les besoins de formations des infirmiers de la première ligne soins en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle

Un thème supplémentaire au modèle de la structuration de la C.I.P. (D'Amour, D., 2008) a été créé en lien, avec l'un des objectifs de ce mémoire : connaître **les besoins de formations des infirmiers de la première ligne de soins en ce qui concerne la C.I.P..** Parmi les infirmiers rencontrés, la participante 1 a été formée à l'éducation interprofessionnelle (selon l'enquête menée auprès des H.E. au début de la partie pratique du mémoire) lors de sa dernière année d'étude en soins infirmiers. Elle ne se souvient plus avoir bénéficié de ce type d'approche

pédagogique. Lorsque des questions lui sont posées en lien avec l'E.I.P. qui faisait partie de son cursus, elle ne sait pas répondre, car elle ne se souvient pas de ce cours.

L'impression globale des huit infirmiers est d'être essentiellement formés dans leur cursus en soins infirmiers dans les hôpitaux et de ne pas avoir connaissance du rôle d'une infirmière en première ligne de soins. La prise de poste en première ligne de soins reste difficile, car les infirmiers ont des incertitudes et doivent être opérationnels rapidement.

« Tout ce qui est extrahospitalier nous n'en parlons pas à l'école, vous vous rendez compte, c'est flou pour les infirmières elles-mêmes. Comment voulez-vous que ce soit clair pour les personnes qui n'ont même pas cette profession à la base ? » [extrait de l'entrevue de la

Participant 1, L 603-607]

Le participant 2 souligne que la formation en soins infirmiers est en système clos. Il pense qu'avoir des cours en commun avec d'autres disciplines de la santé pourrait influencer le recours à la C.I.P. Ces cours transdisciplinaires, selon cet infirmier, permettraient aux étudiants (dans le domaine de la santé), de discuter et d'échanger sur leur profession. Une première approche permettrait d'ouvrir l'esprit vers les autres professionnels. Ceci est valable dans la formation initiale en soins infirmiers et également dans la formation continue. Lors des propositions de formations en lien avec la collaboration interprofessionnelle, celles-ci sont ne faites entre personnes issues d'une même discipline. La participante 8 a eu une proposition de formation en interdisciplinaire autour d'un sujet. Elle n'a pas eu l'occasion d'y assister. Le concept lui donne envie d'y participer, car il y aura probablement des visions différentes et des échanges intéressants. La participante 7 rejoint ce point de vue, car après quelques années d'expérience et des actualisations de la pratique, pour elle les sujets sont connus. Ce qui est intéressant c'est d'avoir cet enrichissement mutuel et interprofessionnel. C'est également selon elle, l'occasion de connaître les praticiens de sa région. Pour les participants 2,7 et 8, ils n'ont pas suivi précisément de formation intitulée : « Collaboration interprofessionnelle ». Ces derniers ont participé à des formations/qualifications professionnelles particulières qui les aident dans la C.I.P. :

- ★ Communication non violente : 2 journées de 8 heures
- ★ BelRai : 3journées de 8 heures et 3 journées de 4 heures

- ★ Réseau Santé Wallon : 2 journées de 8 heures
- ★ Education thérapeutique du patient
- ★ Educatrice en diabétologie : 150 heures.

La participante 7 explique que pour elle, il est intéressant d'assister à des formations, mais il en est de même pour en organiser. Elle fait des formations dans des G.L.E.M. (groupe local d'Evaluation Médicale) devant des collaborateurs médecins sur le droit du patient en tant que diabétique. Elle est également inscrite dans un projet (Chronilux) qui lui permet d'échanger en interprofessionnel et de faire des retours à ses collègues dans la prise en charge des maladies chroniques. Cette infirmière dit qu'elle éprouve des difficultés pour combiner les différentes formations, informations, projets, son travail et que cela lui demande un investissement personnel conséquent.

Actuellement, en Belgique francophone il n'est pas recommandé d'avoir une expérience hospitalière avant de pouvoir pratiquer en première ligne de soins. La participante 5 a commencé sa carrière en milieu hospitalier et juge que cette expérience hospitalière devrait être obligatoire avant de pratiquer dans des soins de première ligne.

« Pour les infirmières qui seront à domicile, je dirais qu'il faut instaurer obligatoirement quelques années à l'hôpital par rapport à la collaboration interprofessionnelle et à la technicité. C'est ce qui permettrait d'avoir un réseau hospitalier et des professionnels auxquels, elles peuvent se référer lorsqu'elles sont seules au domicile. C'est la possibilité aussi d'être au clair avec les compétences de professionnels différents et savoir où nous nous rejoignons. » [extrait de l'entrevue de la Participante 5, L115-120]

Cet extrait d'entrevue permet de faire le lien avec le thème émergent qui suit. Il concerne le lien entre la première et la deuxième ligne de soins en Belgique francophone.

6. Le lien entre la première et la deuxième ligne de soins en Belgique francophone

Le dernier thème abordé dans l'analyse des résultats est **le lien entre la première ligne de soins et la deuxième en Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P..**

Ce thème est revenu dans cinq des huit entretiens, ce qui montre l'importance du sujet pour les infirmiers de la première ligne de soins. Dans le guide d'entretien aucune question n'a été posée à ce sujet. Le pont entre le lieu de vie du patient et l'hôpital est un axe nécessaire pour les infirmiers. Cette collaboration interprofessionnelle élargie permet une prise en charge globale et un échange d'informations entre les hospitalisations, consultations et prises en charge extrahospitalière. La participante 3 souligne que ce type de C.I.P. lui permet d'éviter des hospitalisations. Elle avance également que tous les infirmiers indépendants n'ont pas la possibilité d'assister aux réunions et que par conséquent, ils se sentent isolés dans leur pratique.

L'analyse des données permet de ressortir des explications quant à l'émergence de ce dernier thème. Un des éléments explicatifs est que deux des infirmières travaillent à mi-temps en première ligne et à mi-temps en seconde ligne. Ces deux infirmières ont un réseau développé dans les 2 domaines.

« Le fait de travailler à l'hôpital ça aide parce que quand j'ai besoin d'un conseil ou d'un avis, je téléphone un médecin ou un urgentiste et je l'ai ma réponse tout de suite. C'est mon réseau, j'ai une plus grande accessibilité au niveau de l'hôpital parce que j'y travaille. »

[Extrait entrevue, Participante 6]

Il s'avère que lorsqu'elles manquent d'informations ou qu'elles souhaitent avoir un conseil, elles s'adressent aux professionnels de la deuxième ligne, car elles collaborent peu avec les professionnels de la première ligne. Une seconde explication pour la participante 3 est qu'à l'hôpital elle assiste de manière hebdomadaire à des réunions interprofessionnelles avec des collaborateurs des premières et secondes lignes de soins. Pour cette participante, c'est un plus pour la prise en charge de ses patients, car il y a une ligne de conduite du début jusqu'à la fin de la prise en charge. Une dernière cause pour deux infirmières est que l'hôpital de leur région organise des formations pour lesquelles, elles sont invitées à y participer. Cette approche a été mise en place avec les développements des H.A.D. (Hospitalisation À Domicile).

L'analyse de ce thème n'est pas approfondie, car les professionnels l'abordent à travers certaines questions. Ce n'est pas l'objectif de ce mémoire.

III. Discussion

Pour répondre à la question de recherche de ce mémoire qui est :

« *Quels sont les besoins en formations des infirmiers de la première ligne de soins de la Belgique francophone en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle ?* », une **sous question** est également posée :

« *En quoi l'approche par compétences appliquées au sein des Hautes Écoles formant des bacheliers infirmiers responsables de soins généraux répond-t-elle aux besoins et aux attentes d'interprofessionnalité des parties prenantes de la première ligne de soins ?* ».

Deux objectifs ont été formulés afin de répondre à la question et la sous-question de recherche :

1. Récolter les informations quant à **la perception** des infirmiers de la première ligne de soins de la Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P.
2. Prendre connaissance **des besoins de formations** en C.I.P. des infirmiers de la première ligne de soins de la Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P.

Pour répondre à ces objectifs, des entretiens semi-dirigés ont été organisés, retranscrits et analysés afin de présenter les résultats qui en ressortent. Pour discuter de la présentation des résultats, la partie discussion va être divisée en trois parties. La première partie concerne la perception des infirmiers de la première ligne. Le second volet les besoins de formations de ces derniers en ce qui concerne la C.I.P. Le dernier point de la discussion concerne l'approche par compétences qui est la sous-question traitée dans ce mémoire.

1. La perception des infirmiers de la première ligne de soins en Belgique francophone en ce qui concerne la C.I.P.

La perception des infirmiers a été questionnée au travers du modèle de la structuration de la C.I.P. Ce mémoire s'inscrit dans un contexte belge francophone avec la vision d'infirmiers (formés en Belgique francophone) issus de différents domaines de la première ligne de soins :

- ★ Maison médicale.
- ★ Association.
- ★ Infirmières indépendantes dans les soins à domicile.
- ★ Infirmières en soins à domicile pour une mutuelle.
- ★ Infirmière à l'O.N.E. (Office de la Naissance et de l'Enfance)

Les infirmiers travaillent dans des domaines variés en première ligne de soins dans différentes villes belge (francophone) : 1 infirmier de la Province de Namur, 2 infirmières de la Province de Luxembourg et 5 infirmières de la Province du Hainaut.

Les entretiens soulignent qu'une gouvernance avec une structure traditionnelle et hiérarchisée qui n'implique pas les différents collaborateurs ne donne pas d'orientation favorable à la pratique collaborative (Nizet, J., Pichault, F., 2015). Ce type de gouvernance favorise un travail solitaire et ne permet pas aux professionnels de la première ligne de soins de s'identifier à une équipe et/ ou à un réseau interprofessionnel. Les entretiens mettent en avant différents **leviers** comme l'évolution favorable de la C.I.P. dans une organisation plate et décentralisée. L'accent doit être mis sur la coopération plutôt que la concurrence (Henneman et al., 1995). L'implication dans une C.I.P. demande d'allouer des ressources humaines, financières et matérielles qui doivent être soutenues dans le temps. (D'Amour et al., 2008). La C.I.P. ne peut pas s'instaurer du jour au lendemain, c'est un changement qui doit progressivement se mettre en place. C'est un changement de logique de professionnalisation vers une logique de collaboration interprofessionnelle. Une implication variable des professionnels dans la prise de décisions peut aller de la simple consultation à la participation directe (Anzieu, A., Matin, J-Y., 2013). Le fait de passer par la consultation de professionnels peut permettre l'implémentation progressive de la pratique collaborative interprofessionnelle au sein d'une organisation ou entre des organisations (Amour et al., 1999). À savoir que la collaboration doit être amenée en douceur et non imposée sinon c'est un échec en général (Amour et al., 1999). Les entretiens réalisés mettent en avant que d'une organisation à une autre, les niveaux de C.I.P. varient. Les infirmiers rencontrés parlent de C.I.P. au sein de leur équipe et/ou réseau à des étapes différentes, ce qui démontre que ce concept évolue au fil des échanges et des prises en charge. Au fil des collaborations, les professionnels arrivent à créer un langage commun, des protocoles coopératifs grâce à des compétences collaboratives (appartenant à l'individu) qui aboutissent à des compétences collectives (appartenant à l'organisation) (Gallant et al., 2011). Ceci engendre une satisfaction professionnelle et personnelle dans leur pratique (Bodenheimer & Sinsky, 2014). L'attitude « gagnant-gagnant » qui accompagne la collaboration favorise un sentiment

de réussite et d'accomplissement dans la réalisation des objectifs individuels et collectifs (Henneman et al., 1995). Le thème émergent : la C.I.P. entre la 1^{ère} et 2^{ème} ligne de soins appuie l'envie des infirmiers d'étendre la C.I.P. entre le milieu extrahospitalier et intrahospitalier. Ce qui amène les professionnels à vouloir collaborer est le développement des H.A.D et la prise en charge des pathologies chroniques. Dans un contexte où la situation est complexe, l'interdépendance entre les professionnels est importante s'ils souhaitent répondre de manière adéquate aux besoins et aux objectifs du patient (Careau et al., 2011). Ceci implique que les finalités soient clairement établies, car elles sont un gage de qualité de soin. Les soins de santé s'orientant vers un partenariat avec le patient rallient les professionnels autour d'objectifs communs. De plus en plus de patients affirment ce droit et veulent être impliqués dans les décisions de soins qui les concernent. Les hospitalisations sont raccourcies, le transfert du patient vers la première ligne demande une meilleure continuité dans les soins (trajets de soins, infirmières relais, ...) et donc une pratique collaborative.

En termes **d'obstacles**, les infirmiers interrogés, ayant l'habitude de collaborer, stipulent que l'existence d'un pouvoir hiérarchique entre professionnels peut s'avérer être un obstacle à la C.I.P.. Certains médecins adoptent une position hiérarchique. Le médecin travaille avec sa vision et réalise des prescriptions médicales sans concertation interprofessionnelle. Il en est de même vis-à-vis des autres professions avec lesquelles il n'y a pas de « subordination ». Le manque de compréhension de la discipline des uns et des autres engendre un mépris et une dévalorisation des autres professions (Baker et al., 2011). Le fait de ne pas travailler en C.I.P. avec des objectifs communs provoque des répercussions envers les allégeances du patient. La prise en charge centrée sur les objectifs de vie du patient est le reflet de la collaboration interprofessionnelle discutée au préalable. Ce manque de communication fait que les professionnels ne se connaissent pas mutuellement au niveau personnel (valeurs) et professionnel (compétences). Le manque de communication, d'interconnexions fait que ces infirmiers ne se sentent pas dans une équipe et/ou un réseau interprofessionnel ; la confiance ne peut pas se développer entre eux (Jones & George, 1998). Les progrès en termes de nouvelles technologies proposées par la Belgique permettent de réaliser des ponts virtuels entre les professionnels (Karam et al., 2018). Néanmoins, les infirmiers rencontrés doivent multiplier les supports informatiques et traditionnels (fardes S.I.S.D. et carnet de liaison) afin de mieux collaborer. Ce qui rend à leurs sens la collaboration énergivore et chronophage alors que la C.I.P. diminue la charge de travail (Maeseneer et al., 2015). Un dernier obstacle est l'envie de référencer un collègue à un patient. Il existe une concurrence entre les différentes disciplines

prises en avant par les zones grises (partage de territoires) (Karam et al., 2018). D'ailleurs le paiement à l'acte favorise la fragmentation dans la prise en charge du patient. Une disparité dans la C.I.P. apparaît entre les infirmiers travaillant pour une maison médicale, un centre de soins à domicile, une association et ceux qui travaillent en tant qu'indépendant. Il faut souligner qu'une seule infirmière indépendante sur les 3 rencontrées applique une logique d'interprofessionnalité. Une hypothèse est que cette infirmière est responsable des tournées. En ce qui concerne les 2 autres infirmières, elles viennent en soutien à la tutrice de la tournée. De plus, ces 2 infirmières travaillent à mi-temps dans les soins à domicile et mi-temps à l'hôpital. Il est une priorité pour notre gouvernement de clarifier les attentes en ce qui concerne la C.I.P. et la C.I.O.. Le gouvernement belge investit dans des projets pilotes pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Il va de soi qu'il doit investir dans des mesures d'incitation qui encouragent et facilitent la C.I.P. (Karam et al., 2018). Ce constat démontre l'importance pour les infirmiers de s'intéresser, d'actualiser leurs connaissances et d'être soutenus autour de la C.I.P. en mêlant formations et pratique professionnelle.

2. Les besoins de formations en C.I.P. des infirmiers de la première ligne de soins en Belgique francophone

Les besoins de formation en ce qui concerne la C.I.P. ne sont pas clairement exprimés. Les participants ne souhaitent pas être spécifiquement formés à la collaboration interprofessionnelle, mais plutôt à des méthodes qui permettent l'implémentation et la pérennité de la C.I.P. Les formations continues en interprofessionnalité sont une occasion de réunir différents professionnels autour de thématiques qui les concernent. La formation en interprofessionnalité reste l'un des moyens d'améliorer la C.I.P. grâce à un temps d'échanges et par conséquent les soins apportés aux patients (Hammick et al., 2007). Au niveau macro du système de soins, il faut que ces temps de formation soient soutenus par un plan politique et financier (Bischoff, A., et al., 2008). Il en est de même au niveau méso, l'organisation doit en faire une culture « d'entreprise » en proposant aux professionnels des formations mêlant les différentes disciplines. Pour le niveau micro, les professionnels de la santé doivent adhérer au concept de C.I.P. Se reconnaître l'un et l'autre en tant que professionnels demande aux praticiens d'être clairs avec leurs disciplines et celles des autres (Asmar & Wacheux, 2007). Nous sommes à un tournant dans la conception et la philosophie des soins. Il faut déconstruire les représentations que nous avons des différents partenaires de santé pour se rendre compte de leur évolution. Les professionnels qui assistent à des formations telles que proposées supra

demandent un temps d'échange et de partage avec les divers collaborateurs. Le partage d'informations est un des éléments principaux structurant l'organisation (Dumas et al., 2016). Un dernier niveau qui est le nano permettrait aux professionnels d'assister à des formations interprofessionnelles avec l'intervention de patients, aidants proches. Un des buts de la C.I.P est la satisfaction des patients qui nécessite dans ce cas qu'ils puissent s'exprimer et influencer les prises en charge. Les formations en interprofessionnalité qui incluent les patients et leurs proches favorisent une meilleure compréhension de la profession, de l'identité de l'autre donc une meilleure C.I.P. et mutualisation des forces pour les objectifs de vie du patient et des soins de qualité.

Une formation en soins infirmiers dispensée en système clos... Les H.E. en soins infirmiers développent depuis quelques années des séances d'apprentissage en développant des séquences de simulation de soins pour la plupart en système clos (avec une unique discipline). Ce vers quoi les H.E. et les institutions de soins doivent tendre sont des simulations qui regroupent les différentes professions. C'est une conception qui reste nouvelle en Belgique francophone, qui demande du temps pour s'implémenter malgré les recommandations de 2010 par O.M.S. en faveur de l'E.I.P. & la C.I.P. . Une question réside dans le soutien des directions de soins et d'enseignement en ce qui concerne les ressources humaines et matérielles.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence **5 recommandations** à l'attention des H.E. en soins infirmiers et des institutions de soins en ce qui concerne la C.I.P. :

- ★ La **communication interprofessionnelle** est un élément clé dans la C.I.P. La communication en interprofessionnalité permet aux professionnels de faire partie d'une équipe et/ou un réseau. L'absence de communication interprofessionnelle engendre une absence de C.I.P.. Si les professionnels ne communiquent pas entre eux, il ne forme pas une équipe et/ou un réseau. Si cette dernière n'est pas présente, il n'y a pas de C.I.P. (Karam et al., 2018). L'analyse des résultats soutient ce constat, les infirmiers qui n'avaient pas de communication interprofessionnelle, ne collaboraient pas en interprofessionnels. Lors de situations conflictuelles, la meilleure méthode est la communication. La découverte des autres professionnels demande d'être au clair avec sa discipline pour comprendre celle de l'autre. (Asmar & Wacheux, 2007). Au fil des C.I.P., les professionnels de la santé développent un langage et des codes communs, mais aussi une relation de confiance. La communication interprofessionnelle est essentielle pour permettre l'accessibilité et la continuité des soins dans un système de soins en mouvance (Déry et al., 2017).

- ★ **L'identité professionnelle** doit être maintenue pour chaque discipline. Cette socialisation interne à une profession n'empêche pas une autre socialisation interne à un autre groupe. Cette double identité professionnelle est alors possible, et l'apprenant développe dès lors une identité professionnelle et une identité interprofessionnelle. L'E.I.P. peut être un moyen de temporiser les relations hiérarchiques qui sont présentes dans les soins de santé. L'art infirmier est une discipline jeune, encore trop subordonnée au corps médical et en construction avec des savoirs propres qui évoluent. Initier dès le début du cursus en soins infirmiers à la C.I.P. et travailler celle-ci au fil des années de formation en interprofessionnalité, permettra aux jeunes diplômés d'être familiarisés avec la C.I.P. Ceci est nécessaire pour la qualité et à la sécurité des soins. L'unique entretien réalisé avec une infirmière (qui a bénéficié de l'E.I.P lors de sa 3^{ème} année de bacheliers en soins infirmiers) met en avant que l'E .I.P. en « one shot » n'est pas suffisante. Le but étant de faire évoluer le rôle des infirmières et de leur permettre de mieux relever les défis du système de soins.
- ★ **La perspective des infirmiers quant à la C.I.P.** L'initiation et la formation à la C.I.P. permettent aux infirmiers d'être ouverts aux autres disciplines qui constituent l'équipe/le réseau. Les résultats mettent en évidence des difficultés à élaborer des objectifs communs et les difficultés face aux obstacles de la C.I.P.. L'inclusion des patients et de leurs proches dans la finalisation est un besoin pour ces derniers.
- ★ Le leadership et plus particulièrement **le leadership infirmier**. « *Les infirmières constituent **des acteurs clés** dans la transformation du système de santé. Il est primordial qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle. En ce sens, une mobilisation est nécessaire pour redresser le cap et amorcer une démarche active en vue de déployer une réelle contribution infirmière, **contribution essentielle et déterminante** à la performance du système de santé* » (Déry et al., 2017). Ce leader qui promeut la C.I.P. au sein d'une ou des organisations doit être respectueux envers les collaborateurs et compréhensif dans le rôle de chacun. L'infirmier dispose d'un statut central dans les soins en charge du patient et il est en interaction directe avec le patient. Ces raisons l'amènent à être le professionnel de choix pour assurer ce leadership (Déry et al., 2017), (Karam et al., 2018). Wright et Brajtman (2001) affirment que la discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership quant aux initiatives interprofessionnelles en

raison de la nature de ses principes, de ses valeurs et qu'elles pourraient être partagées à d'autres disciplines.

★ **Le lien qui doit unir les institutions d'enseignement et les institutions de soins.**

Former les étudiants en omettant l'interdépendance avec les institutions de soins est un manquement. La C.I.P. doit pouvoir répondre aux besoins et aux attentes du patient. Les compétences interprofessionnelles s'exercent et s'évaluent sur le terrain et laissent une place au patient qui est un acteur dans les soins de santé (patient partenaire). Les professionnels du terrain sont dans l'élaboration d'une E.I.P., des experts dans la pratique collaborative ; ils permettent de guider ce qui doit être développé chez les apprenants. Un pont doit être fait entre ce qui se vit sur le terrain et ce qui est enseigné aux apprenants. L'éducation interprofessionnelle doit avoir du sens (la réalité du terrain- authenticité du contexte) et permettre aux étudiants la transférabilité des compétences acquises pour leur pratique future. L'E.I.P. permet également de limiter les divergences de compréhension du concept de C.I.P.

La liberté laissée par le Conseil Général des H.E. rend l'implémentation et le développement de l'E.I.P. aléatoire d'une H.E. à une autre. Il serait adéquat d'imposer un nombre d'heures/année d'étude et d'E.C.T.S. autour de l'E.I.P.. Il en est de même pour les moyens humains et matériels à allouer à l'E.I.P. afin de préparer les futurs infirmiers à répondre aux défis du système de soins grâce à la C.I.P.. Cette année, nous entrons dans la 4^{ème} année de réforme des études en soins infirmiers, le point qui suit se penche sur l'intérêt de l'approche par compétences et l'E.I.P. appliquées au sein des Hautes Écoles en soins infirmiers.

3. L'approche par compétences appliquée au sein des Hautes Écoles en soins infirmiers en Belgique francophone.

L'approche par compétences permet aux étudiants dès le début du cursus de se familiariser avec ces dernières pour les faire évoluer au long du parcours scolaire. « *L'étudiant de demain devra intégrer ces tendances agissant sur sa propre personne, en accordant une place prépondérante au patient en tant que membre de l'équipe soignante* » (Tardif,J., 2019). Cette approche est appliquée au sein des H.E de la Belgique francophone. En ce qui concerne l'E.I.P., chaque Haute École dispose d'intitulés de cours à aborder lors du cursus en soins infirmiers. Le nombre d'heures et d'E.C.T.S. restent le libre de choix de chaque H.E. L'éducation interprofessionnelle est reconnue comme une approche pédagogique clé pour améliorer la communication, optimiser la pratique des professionnels ainsi que les résultats de soins de santé

(Baker et al., 2011). L'E.I.P. permet d'initier à la C.I.P. (dès le cursus infirmier ou en formation continue) lorsque les prestataires de soins sont en poste (W.H.O., 2010). La C.I.P. permet d'avoir des résultats positifs en ce qui concerne les soins de santé, la satisfaction et le maintien du poste professionnel, mais aussi la satisfaction personnelle des prestataires de soins (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Le modèle F.I.C.C.P. de D. D'Amour et Y. Oandassan (2005) met en avant le pont qu'il doit y avoir entre les Hautes Ecoles et les établissements de soins. Ce modèle souligne l'adaptation de l'enseignement, aux besoins du terrain professionnel et l'apport des nouvelles recommandations enseignées au service de la pratique professionnelle. Cela permet d'éviter le clivage auquel les jeunes diplômés infirmiers font face lors de leur entrée dans la vie active. Le F.I.C.C.P. à lui seul n'est pas suffisant et doit être complété par les compétences nécessaires à la C.I.P. comme le référentiel national des compétences à l'interprofessionnalisme (C.I.H.C.PIS) développé au Canada. Le modèle de Lausanne approfondit également le développement de l'E.I.P. au sein du cursus ou en formation continue. Le modèle de D.D'Amour et Y. Oandassan est un modèle solide pour l'E.I.P. et la C.I.P. qui doit être agrémenté des données citées supra pour préparer et soutenir les professionnels de la santé à la C.I.P. Les infirmiers interrogés ont été formés avec l'ancien référentiel de compétences des bacheliers en soins infirmiers. La mise en œuvre de la réforme formant des B.I.R.S.G. met en avant des compétences permettant la C.I.P. Cette année, les premiers étudiants I.R.S.G. seront diplômés ; il serait intéressant d'évaluer l'E.I.P. intégrée dans leur 4 années d'étude. La mesure de l'impact de l'E.I.P. au sein de la C.I.P. des infirmiers de la première ligne de soins devrait être relancée dans 5 ans lorsque ces infirmiers responsables de soins généraux en première ligne de soins auront une expérience professionnelle dans ce domaine.

L'E.I.P. et la C.I.P. demandent la mise à disposition de professionnels du terrain avec une expérience en C.I.P., des formateurs (maître-assistant) compétents et qui collaborent. L'implémentation et la pérennité de l'E.I.P./C.I.P. demandent que les interventions soient clairement conçues pour répondre aux besoins du système de soins de santé. Une difficulté persiste pour les H.E. isolées d'autres H.E. et/ou universités afin de mettre en place ce type d'approche pédagogique. Les différents niveaux (macro, méso, micro & nano) jouent un rôle incontestable tant dans leurs articulations que dans l'influence mutuelle. Pour renforcer l'intérêt qu'il faut porter à l'E.I.P. et la C.I.P., certains auteurs soulignent qu'« aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers des services de

santé ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient» (Gallant et al., 2011).

Conclusion

Ce travail de recherche autour de l'E.I.P. et la C.I.P. pour la première ligne de soins a commencé en février 2019 lors d'une discussion avec la Professeure Th. Van Durme. Plusieurs motivations ont nourri ce travail de plus d'un an : un mémoire qui allie la discipline infirmière et le monde de l'enseignement, un projet qui ouvre une réflexion suite aux changements de paradigmes du monde de la santé et de l'enseignement. Il fallait également un projet qui suscite ma curiosité. Ce travail de recherche est une réflexion alimentée par des sources probantes, des réunions de recherches, de nombreuses collaborations avec des acteurs de la première ligne de soins et des acteurs de l'enseignement supérieur en soins infirmiers dans différentes régions de la Wallonie et de la région Bruxelloise.

Les forces de ce travail résident dans les entretiens avec des infirmiers qui pratiquent au sein de la première ligne de soins dans 3 régions de la Belgique francophone. Une démarche de recherche qui part d'un besoin émergeant des infirmiers de la première ligne de soins au sujet de la C.I.P. Le modèle de la structuration de la C.I.P. de D.D'Amour ne prend pas en compte la place du patient au sein de la C.I.P. Néanmoins, le guide d'entretien a été élaboré afin d'interroger sur le partenariat avec le patient dans l'élaboration de la C.I.P.. Les rencontres en face à face avec les infirmiers de la première ligne de soins sont un élément essentiel qui permet de comprendre leur réalité. La connaissance des soins de première ligne est une aide dans l'alimentation de la réflexion. Le fait d'être une externe aux organisations pour lesquelles les infirmiers travaillent et l'assurance de l'anonymat permet une liberté d'expression de ces derniers.

Les limites auxquelles la réalisation de ce mémoire s'est confrontée sont dans un premier temps la difficulté à recruter des infirmiers de la première ligne de soins ayant ou n'ayant pas bénéficié de l'E.I.P. malgré une démarche bottom-up. Le COVID-19 et les mesures prises par le gouvernement belge font que 8 entretiens sur les 20 initialement prévus ont pu avoir lieu. Avec le nombre d'entrevues semi-dirigées réalisées, la saturation des données n'a pas été atteinte. L'analyse des résultats a été effectuée sur base des 8 participations.

La démarche bottom-up de ce mémoire met en avant la perception des infirmiers en ce qui concerne la C.I.P. et sa place au sein de la première ligne de soins. Les entrevues ont fait émerger **les différents niveaux de collaboration** ainsi que ses obstacles voire des absences de C.I.P. selon l'organisation et le type de leadership qui y est mené. Les infirmiers de la première ligne démontrent également le besoin d'être en lien avec la deuxième ligne de soins afin d'assurer une continuité dans les soins. Ceci est un début de réflexion qui doit être étendue à d'autres professions, institutions de soins et de formations afin d'élaborer des recommandations qui prennent en compte les différents acteurs dans leur contexte de travail et leurs valeurs. Les besoins de formations au sujet de la C.I.P. permettent de comprendre les attentes quant aux cursus en soins infirmiers et les attentes dans les formations continues. L'éducation interprofessionnelle est une piste d'amélioration quant aux difficultés de collaboration interprofessionnelle mises en avant par les professionnels de santé (Gachoud et al., 2017).

L'E.I.P. permet dès le début d'un cursus en H.E. de familiariser les futurs professionnels de la santé à la collaboration interprofessionnelle. Pour cela un panel d'activités doit être organisé en incluant des étudiants d'autres professions de la santé. L'implémentation et le développement de l'E.I.P. demandent que les formateurs internes et externes à la H.E./université se coordonnent afin d'établir des activités qui répondent aux besoins actuels du système de soins de santé et aux développements des compétences des étudiants. En parallèle du développement de l'E.I.P. au sein de l'école, il faut envisager le pont à faire entre la H.E./Universités et les milieux d'apprentissage professionnels. Ce processus de lier l'institution d'enseignement et l'institution de soins permet d'avoir une cohérence entre les deux domaines et de former de la manière adéquate les futurs infirmiers. De la même manière dont D.D'Amour et Y. Oandassan le préconisent dans le modèle de la collaboration interprofessionnelle, « L'interdépendance dans les secteurs de la santé et de l'éducation sont primordiaux. Un équilibre entre les deux systèmes est crucial pour l'efficacité, l'efficience et l'équité » (traduction libre) (Frenk et al., 2010).

Le développement de la C.I.P est une compétence qui doit s'exercer en situation. Les H.E/universités doivent être innovantes dans les stratégies pédagogiques afin de limiter un enseignement en vase clos et de prendre en compte le paradigme de la transformation..

Pour soutenir l'E.I.P. et la C.I.P., un partenariat entre les institutions d'apprentissage et les institutions de soins est nécessaire. L'E.I.P. en « one shot » lors du cursus ou en formation continue n'apporte pas de bénéfice. Il s'avère que si nous souhaitons un réel changement dans la prise en charge des patients, ce type de processus doit être abordé de différentes manières en termes de formations et soutenu dans le temps. En matière de continuité de prise en charge, il

s'avère tout aussi essentiel pour les infirmiers interrogés que la 1^{ère} et 2^{ème} ligne de soins collaborent de manière systématique, d'autant plus avec les H.A.D., les pathologies chroniques et les séjours hospitaliers courts.

La pandémie que nous vivons actuellement dans les soins de santé suite au COVID-19 permet de faire avancer la C.I.P. entre les infirmiers de la 1^{ère} ligne et les médecins généralistes. Grâce au Réseau Santé Wallon (SafeLink-COVID-19¹¹), les infirmiers de la 1^{ère} ligne peuvent accéder, prendre connaissance et introduire des observations dans le rapport COVID-19 du patient. Qu'est-il des autres professionnels de la première ligne de soins ?

Le but personnel de ce mémoire exprimé au début de ce dossier était le souci de former des futurs professionnels compétents qui répondent aux besoins du terrain professionnel. À mon sens, ce mémoire n'est qu'un début de réflexion qui nécessite d'autres recherches en ce qui concerne la perception des autres parties prenantes de la première ligne de soins. La Belgique francophone est aux prémices de l'E.I.P. Un autre point d'attention peut se porter sur une évaluation de l'E.I.P. en cours des formations en H.E./universités (méthode Kirckpatrick) et de la C.I.P. afin de réaliser une boucle de rétroaction et de réaliser un bilan avant/après. Finalement le souhait de réaliser un mémoire qui réponde à ma curiosité est confirmé. D'ailleurs cette analyse me conforte dans l'envie de continuer à effectuer des recherches à propos de ce concept qui est une partie de réponse face aux défis actuels et futurs dans les soins de santé.

¹¹ SafeLink-COVID-19 sert au suivi des patients suspects ou contaminés au COVID-19 qui restent à leur domicile.

Bibliographie

- D'Amour, D. d', Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- Asmar, M. K., & Wacheux, F. (2007a). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire*. 20.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A. (Tina), & Reeves, S. (2011). Relationships of power : Implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98-104.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 43-50. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>
- Bischoff, A., Kruseman, M., Perone, N., & Junod Perron, N.,. (2008). *Formation interprofessionnelle : Une exigence pour une approche intégrée des soins ? - Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Formation-interprofessionnelle-une-exigence-pour-une-approche-integree-des-soins>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim : Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Brewer, M. L., & Stewart-Wynne, E. G. (2013). An Australian hospital-based student training ward delivering safe, client-centred care while developing students' interprofessional practice capabilities. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 482-488. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.811639>
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 299-301. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566649>
- Casimiro, L., Tremblay, M., Bouchard-Lamothe, D., & Hall, P. (2007). Vers un modèle de collaboration novateur pour l'enseignement interprofessionnel : Conception d'un atelier en ligne pour stimuler le travail en milieu rural. *Francophonies d'Amérique*, 23-24, 45. <https://doi.org/10.7202/1005392ar>

- Ceker, E., & Ozdamli, F. (2016). Features and Characteristics of Problem Based Learning. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 11(4), 195-202.
- C.F.A.I. (2015). *CFAI 2015.04 Profil professionnel et de compétences*. Santé Publique. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfai-201504-profil-professionnel-et-de-competences>
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, T., Gisle, T., & E. Braekman, F. Berete. (2018). *Enquête de Santé 2018—Santé et qualité de vie, Résumé des résultats*. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_Complets_2018.aspx
- 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 Suppl 1, 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- D'Amour Danielle. (2008). *The Four-Dimensional Model of Collaboration*. *This figur | Open-i*. https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC2563002_1472-6963-8-188-1&req=4
- Déry, J., D'Amour, D., & Roy, Caroline. (2017). *L'étendue optimale de la pratique infirmière*. 14, 5.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20(1), 45-67. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Expert Panel. (2014). *Rules of procedure On effective ways of investing in health* [Text]. Rules of Procedure-On Effective Ways of Investing in Health. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/about_en
- Ezer, H., Purden, M., & Ruiz, M.-G. (2013). *Exploring the nature of facilitating interprofessional learning : Findings from an exploratory study*. <https://reference.medscape.com/medline/abstract/23859380>

- Freeman, S. (2010). Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. *CAIPE*. <https://www.caipe.org/resources/publications/freeman-s-wright-lindqvist-s-2010-facilitator-training-educators-involved-interprofessional-learning>
- Freeth, D., & Reeves, S. (2004). Learning to work together : Using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 43-56. <https://doi.org/10.1080/13561820310001608221>
- Freeth,D., Reeves,S., Koppel,I., Hammick,M., & Barr,H.,. (2005). Evaluating interprofessional education : A self-help guide. Higher Education Academy : Health Sciences and Practice. *CAIPE*. <https://www.caipe.org/resources/publications/freeth-d-reeves-s-koppel-i-hammick-m-barr-h-2005-evaluating-interprofessional-education-self-help-guide-higher-education-academy-health-sciences-practice>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century : Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England)*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gachoud, D., Gallant, S., Lucarelli, L., Oberhauser, N., & Collectif. (2017). *Education interprofessionnelle et pratique collaborative : Le modèle de Lausanne* (Médecine & Hygiène). Médecine & Hygiène.
- Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D., & Morin, D. (2011). Apprendre ensemble pour travailler ensemble : L'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 40-46. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0040>
- Gilligan, C., Outram, S., & Levett-Jones, T. (2014). Recommendations from recent graduates in medicine, nursing and pharmacy on improving interprofessional education in university programs : A qualitative study. *BMC Medical Education*, 14, 52. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-52>
- Ginsburg, L., & Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice : Lessons from the organizational change literature. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 177-187. <https://doi.org/10.1080/13561820500083105>
- Hall,P.,. (2005). *Interprofessional Teamwork : Professional Cultures as Barriers*. ResearchGate. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500081745>

- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Hean, S., Craddock, D., Hammick, M., & Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education : AMEE Guide No. 62. *Medical Teacher*, 34(2), e78-101. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.650740>
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Hylin, U., Lonka, K., & Ponzer, S. (2011). Students' approaches to learning in clinical interprofessional context. *Medical teacher*, 33, e204-10. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.557410>
- Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. (2003). *Health Professions Education : A Bridge to Quality* (A. C. Greiner & E. Knebel, Éds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>
- Interprofesional Education Collaborative Expert Panel (I.P.E.C). (2011). *IPEC Core Competencies 2011 | Competence (Human Resources) | Health Professional*. Scribd. <https://www.scribd.com/document/362885390/IPEC-Core-Competencies-2011>
- Jones, G. R., & George, J. M. (1998). The Experience and Evolution of Trust : Implications for Cooperation and Teamwork. *Academy of Management Review*, 23(3), 531-546. <https://doi.org/10.5465/amr.1998.926625>
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique: Vol. 2e éd.* De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/competences-et-socioconstructivisme--9782804134587.htm>
- Kaner, S., Lind, L., Toldi, C., Fisk, S., Berger, D., & Doyle, M. (2007). *Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making* (2nd Edition). Jossey Bass.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare : A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- K.C.E. (2010). *Rapport annuel 2010 report*. rapport annuel 2010. [consulté le 16 février2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://kce.fgov.be/fr/yearly-report/rapport-annuel-2010>

- K.C.E. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019 report 313B*. [Consulté le 16 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://annualreport.kce.be/2019/fr/rapport-annuel-2019/>
- Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H., & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of interprofessional care*, 27. [Consulté le 27 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>
- Le Boterf, G. (2017). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétences, les réponses à 100 questions*. Eyrolles.
- Lescarbeau, R., Payette, M., & Arnaud, Y. S. (2004). *Profession : Consultant* (4e éd.). Gaetan Morin Editeur.
- Maeseneer, J., Aertgeerts, B., De Lepeleire, J., Remmen, R., & Devroey, D. (2015). Together we change! *Huisarts Nu*, 44, 144-145. [Consulté le 20 octobre 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1007/s40954-015-0057-x>
- Nizet, J., Pichault, F. (2015). *Introduction à la theorie configurations : Du « onebest way » à la diversite organisationnelle* (De Boeck). De Boeck.
- Nys, H. (2015). *Recht en bio-ethiek*. LannooCampus.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional framework education. Part 1 : The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 21-38. <https://doi.org/10.1080/13561820500083550>
- Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health : A systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236-246. [Consulté le 23 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1111/medu.12290>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—4e éd.* Armand Colin.
- Petiau, A. (2018). « Just do it ». Accompagner la souffrance des soignants : Entre complexité et logique de rendement. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2), 157-168. [Consulté le 19 février 2020]. Disponible sur le site web: Cairn.info à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0157>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002213. [Consulté le 2 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

- Renaut, S. (2004). Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir. *Gerontologie et société*, 27 / n° 109(2), 83-107.
- Service public fédéral. (2018). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique : Nombre de professionnels au 31/12/2018 et influx 2018*. Santé Publique. [Consulté le 20 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2018>
- StatBel. (2019). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale* | Statbel. [Consulté le 16 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale#figures>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement* (Chenelière Education). Chenelière Education.
- Tardif, J. (2019). *L'approche par compétences—Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé* | CFRPS - Faculté de médecine—Université de Strasbourg. [Consulté le 10 mai 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://cfrps.unistra.fr/formations/journees-pedagogiques/lapproche-par-competences-2019/>
- Thérèse Van Durme, Lucia Alvarez-Irusta, Jean-Luc Belche, Christine Biston, Laetitia Buret, Pierre D'Ans, Kathy Delabye, Fabien Defraigne, Léa Di Biagi, Thibaut Jacquinet, Hubert Jamart, Anne Ledoux, Jean Macq, Céline Mahieu, Jessica Mellier, Benoît Petré, Marco Schetgen, Béatrice Scholtès, Sophie Thunus, Annick Van Den Bossche, Romy Van Noppen, Quentin Vanderhofstadt Bernard Voz. (2020). *Livre Blanc 2020 be.hive*. [Consulté le 19 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: www.be-hive.be. <https://online.fliphtml5.com/zzhif/brui/#p=14>
- Thomas, L., & Reeves, S. (2015). Sociological fidelity : Keeping the patient at the heart of interprofessional learning. *Journal of interprofessional care*, 29, 177-178. [Consulté le 20 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1035179>
- Tryssenaar Joyce, Perkins Jan, & Brett Linda. (1996). *Undergraduate Interdisciplinary Education : Are We Educating for Future Practice?* [Consulté le 23 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841749606300405>

- W.H.O. (2010). *WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. WHO.[Consulté le 22 mai 2019]. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Wright, D., & Brajtman, S. (2011). Relational and embodied knowing : Nursing ethics within the interprofessional team: *Nursing Ethics*. [Consulté le 23 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1177/0969733010386165>

Annexes : Table des matières

<u>Annexes : Table des matières</u>	<u>80</u>
<u>I. Annexe : Maquette de communication N° 1.....</u>	<u>81</u>
<u>II. Annexe : Maquette de communication N° 2.....</u>	<u>82</u>
<u>III. Annexe : Guide d'entretien.....</u>	<u>83</u>

I. Annexe : Maquette de communication N°1



Appel à des volontaires pour participer à une entrevue dans le cadre d'un mémoire sur la collaboration interprofessionnelle

Titre du mémoire: « Quels sont les besoins en formation des infirmiers (-ères) qui travaillent en première ligne de soins en matière de collaboration interprofessionnelle ? ».

L'objectif de mon mémoire est de discuter de votre vécu/expérience en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle. A la suite de ces entretiens, il sera possible de comprendre la collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne de soin. Un autre onglet de ce mémoire est d'établir quels sont vos besoins en terme formation à la collaboration interprofessionnelle chez les infirmiers (-ères) de la première ligne soins en Belgique francophone. Le temps accordé à l'entrevue est estimé entre 40 et 60 minutes.

Critères de sélection:

- être infirmier (-ière)

- être diplômé.e de l'une de ces 4 Hautes Ecoles qui travaillent l'éducation interprofessionnelle lors du cursus en soins infirmiers:

Henallux

Haute Ecole Robert Schuman

H.E.L.B. Ilya Prigogine

Haute Ecole Léonard De Vinci

(suite des critères:)

-avoir obtenu votre diplôme entre 2015 et 2017 (compris) dans l'une des 4 Hautes Ecoles citées supra.

- travailler actuellement dans les soins de première ligne en tant qu'infirmier (-ère): à domicile, maison médicale, ... Cette fonction est assurée depuis au moins 2 ans à temps plein, trois-quarts temps ou mi-temps.

Toutes vos réponses sont positives, alors votre profil m'intéresse pour mon mémoire.

Vous pouvez me contacter soit via l'adresse suivante soit via mon GSM

amandine.coisne@student.uclouvain.be

G.S.M. : +33.7.60.52.90.53. (via WhatsApp, aucun frais)

Merci d'avance

Amandine Coisne

Etudiante mémorante à l'U.C.L. – Faculté de Santé Publique

Promotrice : Professeure Thérèse Van Durme

II. Annexe : Maquette de communication N° 2

Appel à des volontaires pour participer à une entrevue dans le cadre d'un mémoire sur la collaboration interprofessionnelle

Titre du mémoire: « Quels sont les besoins en formation des infirmiers (-ères) qui travaillent en première ligne de soins en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle ? ».

L'objectif de mon mémoire est de discuter de votre vécu/ expérience en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle. A la suite de ces entretiens, il sera possible de comprendre la collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne de soin. Un autre onglet de ce mémoire est d'établir quels sont vos besoins en terme formation à la collaboration interprofessionnelle chez les infirmiers (-ères) de la première ligne soins en Belgique francophone. Le temps accordé à l'entrevue est estimé entre 40 et 60 minutes.

Critères de sélection:

- être infirmier (-ière)
- être diplômé.e d'une Haute Ecole en soins infirmiers de la Belgique francophone
- travailler actuellement dans les soins de première ligne en tant qu'infirmier (-ère): à domicile, maison médicale, ... Cette fonction est assurée depuis au moins 5 ans à temps plein, trois-quarts temps ou mi-temps en Belgique francophone.

Toutes vos réponses sont positives aux critères de sélection, alors votre profil m'intéresse pour mon mémoire.

Vous pouvez me contacter soit via l'adresse suivante soit via mon GSM

amandine.coisne@student.uclouvain.be

G.S.M. : +33.7.60.52.90.53. (via WhatsApp, aucun frais)

Amandine Coisne

Etudiante mémorante à l'U.C.L. – Faculté de Santé Publique

Promotrice : Professeure Thérèse Van Durme

III. Annexe : Guide d'entretien

I. PRESENTATION

Bonjour,

Merci de me consacrer une partie de votre temps. Je suis mémorante à l'Université Catholique de Louvain à Woluwe Saint-Lambert au sein de la faculté des Sciences de la Santé Publique . J'élaborerai mon mémoire sur la collaboration interprofessionnelle et les besoins en formation à la collaboration interprofessionnelle au niveau de la première ligne de soins. Différents aspects de votre travail vont être abordés à travers des questions. Les données issues de cet entretien sont confidentielles et anonymes. Je m'intéresse aux résultats de ces entretiens pour répondre aux questions de recherche sur lesquelles mon mémoire s'oriente. Ma question de recherche est : « Quels sont les besoins en formation des professionnels de la santé qui travaillent en première ligne en matière de collaboration interprofessionnelle ? ». Au cours de cet entretien, si vous le permettez je vais prendre des notes et enregistrer votre voix. Ce processus me permet de rester fidèle à vos propos lors de la retranscription de l'entretien. Le fichier audio sera effacé à la fin de ce mémoire. Lorsque mon mémoire sera terminé, je vous propose de vous envoyer ce dernier par mail.

Avant de commencer, je souhaite m'assurer de la compréhension quant aux explications. Avez-vous des questions ou des éléments dont vous souhaitez me faire part ?

Si tout est clair, je vous propose de commencer l'entretien.

Légende :

★ Sont des questions de relances.

II. GUIDE D'ENTRETIEN

- 1) Comment se passe actuellement votre collaboration au sein de votre pratique professionnelle ? **[perception]**

- ★ Comment définissez-vous la collaboration ? Pour vous, y a-t-il différentes manières de collaborer ? Quelle est la place du patient (la personne) dans la collaboration ?
- ★ Qui sont les professionnels avec lesquels vous travaillez ?
- ★ En tant qu'infirmier-ère en première ligne de soins comment faites-vous connaissance avec le réseau de professionnels qui gravitent autour du patient ?

[intérieurisation de la collaboration interprofessionnelle : connaissance mutuelle]

- 2) J'aimerais que vous pensiez à une situation qui vous a marqué.e où il était important de collaborer avec un ou des professionnels de la santé ? Comment ça s'est passé ? Pourquoi était-il important que vous collaboriez ? Quelles décisions ont été prises par qui ? Pourquoi ?
 - ★ Quelles étaient les difficultés ?
 - ★ Quelles étaient vos facilités ?
- 3) Comment cela a été vécu pour les autres collaborateurs dans la gestion de cette situation importante? **[perception]**
- 4) Lors de cette dernière collaboration, quelle personne coordonne et comment ce leader/ la personne qui fait la synthèse a été désigné ? **[Délégation de la régulation]**
- 5) Disposez-vous d'un endroit ou d'un canal de communication afin de collaborer avec les autres professionnels au sujet d'un patient ou au sujet de l'organisation à laquelle vous appartenez? Lesquels ? A quelle fréquence ? Comment cela se passe-t-il ? Comment cela est-il vécu ? **[Formalisation : entente & structuration de l'information]**
- 6) Comment procédez-vous lorsque vous devez échanger en ce qui concerne un patient commun avec d'autres intervenants ? **[connectivité/concertation]**
 - ★ Disposez-vous de m'accord du patient pour le partage du dossier ? Comment procédez-vous ?
- 7) Disposez-vous d'un logiciel ou de technique d'interprofessionnalité pour le fonctionnement interne de votre pratique professionnelle ?
 - ★ **Si oui**, pouvez-vous m'expliquer en quoi cela consiste et votre réflexion sur ce/ces outils ?
 - ✧ Quel soutien à l'innovation percevez-vous ? De quoi auriez-vous besoin quant à l'utilisation de cet outil ?

- ★ **Si non**, qu'en pensez-vous ? Connaissez-vous des outils d'interprofessionnalité pouvant être utilisés en première ligne de soins ? **[Délégation : connectivité/concertation]**
 - ✧ Selon vous, disposez-vous d'un soutien à l'innovation et quels éléments sont identifiés comme barrières à la mise en place d'outils de collaboration ?
 - ✧ Que pouvez-vous proposer ?
- 8) La délégation au sein du groupe de professionnels se déroule de quelle façon ? **[Délégation]**
 - ★ Comment se déroule la gestion de la collaboration interprofessionnelle au sein du groupe de professionnels ? **[Délégation-leadership]**
- 9) De quelle façon sont pris en compte les besoins et les objectifs de vie du patient ? **[Délégation-Finalités]**
- 10) Lors de prise en charge interdisciplinaire de quelles façons sont discutés les objectifs de vie du patient ? **[finalités]**
- 11) Lorsque vous rencontrez des situations conflictuelles dans la collaboration interprofessionnelle, comment vous réagissez ? **[formalisation]**
 - ★ Pouvez-vous m'expliquer une situation où cela se passe bien et une autre situation où cela se passe mal entre les collaborateurs ?
- 12) Comment la confiance (NB : dans les compétences et/ou dans la qualité des soins) se met-elle en place au sein de votre réseau **[intériorisation de la collaboration interprofessionnelle : confiance]**
 - ★ C'est quoi pour vous la « confiance » au sein de la collaboration interprofessionnelle ?
- 13) Nous savons que différentes fonctions peuvent être remplies par différents professionnels de la santé. Comment cela se passe dans l'organisation des soins quand un acte est réalisable par différents professionnels de la santé ?= les zones grises **[intériorisation de la collaboration : partages des territoires ?]**
 - ★ Pouvez-vous me citer quelques exemples de fonctions (activités, actes techniques ou intellectuels) qui pourraient être remplies par différents professionnels que vous rencontrez dans votre pratique ? Qu'est-ce qui se passe déjà bien ? Qu'est-ce qui se passe moins bien ? De quoi aurait-on besoin pour

que cela aille mieux (cadre légal, financement, formation, information, procédures, ...).

14) Selon vous, que pourriez-vous adapter, changer dans votre milieu de travail pour favoriser la collaboration interprofessionnelle-professionnelle ? [**perceptions des professionnels**]

★ **Relance** : (cadre légal, financement, formation, information, procédures, ...).

15) Que pensez-vous de votre formation de bachelier en soins infirmiers par rapport à la collaboration interprofessionnelle ?

★ De quoi auriez-vous eu besoin ?

★ Qu'est ce qui était inutile ?

★ A quels moment avez-vous pris conscience de certains concepts importants dans la collaboration interprofessionnelles ? (lors d'un échange avec autre professionnels ? lors d'un stage ?,...)

III. QUESTIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

★ Au sein de quelle H.E. avez-vous suivi votre bachelier en soins infirmiers ?

★ Avez-vous eu des activités d'apprentissage concernant la collaboration ? Si oui, combien d'heures ?

★ Depuis quand travaillez-vous dans votre fonction actuelle ?

★ Qu'elle est votre temps de travail ?

★ mi-temps

★ trois-quart temps

★ temps-plein

★ Travaillez-vous en parallèle dans un autre service que celui de la première ligne ?

★ Si oui, lequel et depuis combien de temps ?

★ Avez-vous suivi des formations en parallèle pour vous aider dans la collaboration interprofessionnelle ?

- ★ (si ça n'a pas été abordé) de quoi aurez-vous encore besoin comme (in)formation dans le cadre de la collaboration ?

Merci pour votre temps et votre participation.

