UCLouvain

Faculté de santé publique

Les infirmiers de la première ligne : Acquisition et pratique des connaissances en prévention et promotion de la santé au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Mémoire réalisé par
Gabriel Dernier

Promotrice
Isabelle Aujoulat

Co-promoteur
Benoit Pétré

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

UCLouvain

Faculté de santé publique

Les infirmiers de la première ligne : Acquisition et pratique des connaissances en prévention et promotion de la santé au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Mémoire réalisé par
Gabriel Dernier

Promotrice
Isabelle Aujoulat

Co-promoteur
Benoit Pétré

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble du corps professoral qui, de mon enfance à l'écriture de ces lignes, m'ont permis de me développer pour être le professionnel et la personne que je suis.

Pour la réalisation de ce travail, je désire particulièrement remercier :

- Pr Aujoulat, ma promotrice, de m'avoir m'aiguillé dans la bonne direction, de m'avoir permis de m'approprier ce travail et pour avoir donné du sens à cet écrit ;

- Pr Pétré, mon co-promoteur, de m'avoir fait découvrir le monde de la recherche académique et pour avoir facilité ma participation au travail de collaboration REFORM P^2 ;

- Mariangela Fiorente, chercheuse à REFORM P^2, de son travail remarquable et de sa bienveillance envers moi ;

- L'UCLouvain, ainsi que les professeurs du master en santé publique, qui ont su transmettre leurs sciences et m'aider à construire ma future carrière.

Mes pensées quotidiennes et ces remerciements vont à ces proches :

- Mes amis intimes qui m'ont soutenu pendant ces années de labeur et d'étude ;

- Mes parents, Yves et Isabelle, mon frère, Jérémie, et ma (belle-) famille. Il n'y a pas de mots qui puissent exprimer le cadre d'épanouissement personnel et le soutien indéfectible que vous m'avez témoigné ;

- Ma compagne, meilleure amie, épouse et collègue d'étude et de profession, Alessandra, cette même personne qui m'a tant soutenu et accompagné dans les difficultés et avec qui je passerai ma vie ;

Merci à vous, de tout cœur.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre 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.

Liste des abréviations

CESS	Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur
CFAI	Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
CII	Conseil International des Infirmières
COCOF	Commission Communautaire Française
COCOM	Commission Communautaire Commune
CRESI	Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers
CTAI	Commission Technique de l'Art Infirmier
FMM	Fédération des Maison Médicales
FRB	Fondation Roi Baudouin
FW-B	Fédération Wallonie-Bruxelles
HELB	Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine
HENAM	Haute École Namuroise Catholique, actuellement HENaLux
HENaLux	Haute École de Namur-Liège-Luxembourg
IRSS	Institut de Recherche Santé et Société
MB	Moniteur Belge
OIIQ	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIT	Paramédical Intervention Team
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PS	Promotion de la santé
RESO	Service universitaire de promotion à la santé
SIAMU	Service d'Incendie et d'Aide Médicale Urgente
SIEP	Service d'Information sur les Études et les Professions
SSP	Soins de Santé Primaire
UCLouvain	Université Catholique de Louvain
UDR	Unité de Recherche
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULg	Université de Liège

Table des matières

1. Introduction 3
1.1. Avant-propos 3
1.2. Raison d'être de ce travail 3
1.3. La recherche collaborative REFORM P² 5

2. Base conceptuelle 7
2.1. La Santé, la Promotion de la santé et la Prévention 7
2.1.1. La Santé 7
2.1.2. La Promotion de la santé 8
2.1.3. La Prévention 10
2.2. La science infirmière et la pratique des soins infirmiers 13
2.2.1. La science infirmière 13
2.2.2. La pratique des soins infirmiers 15
2.3. Les infirmiers de la première ligne de soins 19
2.4. Les infirmiers dans la Prévention et la Promotion de la santé 22
2.4.1. Les infirmier acteurs en PPS 22
2.4.2. La pratique de la PPS par les infirmiers de la première ligne de soins 26
2.5. L'enseignement des soins infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles 31
2.5.1. Le bachelier et le brevet 31
2.5.2. Le brevet d'infirmier hospitalier 33
2.5.3. Le bachelier d'infirmier responsable de soins généraux 33
2.6. Problématique et question de recherche 36
2.6.1. Problématique 36
2.6.2. Question de recherche 37

3. Méthodologie 38
3.1. L'apprentissage des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmiers en FW-B 38
3.1.1. Protocole de recherche 39
3.1.1.1. L'échantillon 39
3.1.1.2. La recherche documentaire 40
3.1.1.3. Le classement des données 41
3.1.1.4. L'analyse des données 41
3.1.1.5. La continuité de l'étude 3 du projet REFORM P² 41
3.2. La pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B 42
3.2.1. Protocole de recherche 42

3.2.1.1. L'échantillon 43
3.2.1.2. Stratégie d'échantillonnage 44
3.2.1.3. Les entretiens 47
3.2.1.4. Le guide d'entretien 48
3.2.1.5. La collecte des données 49
3.2.1.6. La technique d'analyse 49

4. Résultats 51
4.1. Résultats de l'acquisition des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmiers en FW-B 51
4.2. Résultat de la pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B 55
4.2.1. Les interviews 55
4.2.2. Le contenu des interviews 59
4.2.2.1. La pratique de la Prévention et de la Promotion de la santé 60
4.2.2.2. L'acquisition des connaissances en PPS 69
4.2.2.3. Le besoin perçu en termes de formation en PPS dans l'enseignement des soins infirmiers 73

5. Discussion 76
5.1. Le développement et la mobilisation des connaissances en PPS 76
5.2. Les limites 81
5.3. Les perspectives 82

6. Conclusion 83

7. Bibliographie 84

8. Annexes 95
8.1. Annexen°1 : Liste des structures d'enseignement de soins infirmiers en FW-B prises en considération dans le projet collaboratif REFORM P^2 95
8.2. Annexe n°2 : Guide d'entretien 96
8.3. Annexe n°3 : Lettre aux fédérations 98
8.4. Annexe n°4 : Lettre aux écoles 99
8.5. Annexe n°5 : Lettre aux infirmiers 100
8.6. Annexe n°6 : Formulaire de consentement 101
8.7. Annexe n°7 : Introduction avec informations données aux répondants 102
8.8. Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant 103

1. Introduction

1.1. Avant-propos

Dans ce travail, plusieurs termes seront utilisés dans leur forme masculine générique (exemple : infirmier). Cette écriture n'a pas comme souhait d'exclure l'ensemble des genres mais doit être comprise dans une volonté d'inclusion (dans l'exemple : infirmière, infirmier…).

1.2. Raison d'être de ce travail

La santé publique rassemble l'ensemble des stratégies, actions, prescriptions menées par une autorité étatique (ou plus globale) qui sont destinées « à préserver et à protéger la santé des citoyens, à l'échelon d'un groupe donné de population ou à celui du pays, et dépendant de la collectivité ; elles recouvrent aussi l'étude de la santé d'une population soit à l'échelon national, soit à un autre échelon (mondial, groupe social, par exemple). » (Larousse, s.d.).

Élément central du système de santé, la santé publique a fortement évolué pour revêtir les caractéristiques suivantes : « l'importance de la responsabilité collective pour la santé et le rôle primordial de l'Etat dans la protection et la promotion de la santé de la population; la prise en considération des populations dans leur globalité; la mise en valeur de la prévention, et plus particulièrement de la stratégie communautaire de prévention primaire; la prise en compte non seulement des facteurs de risque immédiats pour la santé et la maladie mais aussi des déterminants socio-économiques sous-jacents; une approche pluridisciplinaire intégrant des méthodes quantitatives et qualitatives; et un partenariat avec les populations ayant droit. » (Comité régional du Pacifique occidental, 053, 2002). C'est donc ces dimensions de collectivité, de promotion, de protection et de prévention qui seront illustrées dans ce travail par la démarche en Prévention et en Promotion de la santé (PPS). (Aromatario, 2004). Comme dans tout processus, de nombreux acteurs viennent apporter leur contribution à la santé publique. Ici, nous nous attachons à déceler l'apport en santé publique des infirmiers qui par leurs accomplissements en Prévention et en Promotion de la santé façonne la santé publique.

De surcroît, le métier d'infirmier est en crise. Démission, mal-être exacerbé par la crise Covid, valorisation jugée insuffisante, les raisons de la pénurie infirmière en Belgique sont encore plus nombreuses et surtout compréhensibles (Lechien & Gadisseux, 2023).

C’est dans ce contexte de tourment professionnel qu’il parait opportun d’alimenter la réflexion sur ce noble métier qui, depuis de nombreuses périodes, accompagne l’humain dans son parcours de vie.
Aider l’être humain tout au long de sa vie, c’est aussi un des objectifs de la Prévention et la Promotion de la santé (PPS). Soutenir les facteurs favorisant une bonne santé et supprimer les facteurs néfastes, parmi d’autres méthodes, sont propres à cette discipline qui veut aussi le bien d’autrui.

Alors que la Prévention et la Promotion de la santé sont le résultat d’un travail pluridisciplinaire, je me demande quelle est la part personnelle ajoutée par les infirmiers de la première ligne de soins francophones de Belgique dans cette démarche promotrice de la santé pour la population.
Ce travail vient célébrer le mariage de ces deux sciences par un cheminement bien précis.

Les deux contextes de la santé publique dans lesquels viennent s’articuler le travail sont les suivants :

1) L’enseignement des connaissance en PPS dans les formations en soins infirmiers des écoles de le Fédération Wallonie-Bruxelles.

Avant de comprendre comment sont mobilisées ces connaissances, ce travail a pour objet de connaître quels savoirs de la PPS sont acquis en se penchant sur l’enseignement des connaissances en PPS issus des formations en soins infirmiers dans les écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B).
Cette partie sera réalisée conjointement avec la recherche collaborative Réforme P^2 (voir par après).

2) Les savoirs développés et mobilisées par les infirmiers de la première ligne de soins issus de ces formations.

Se basant sur la rencontre avec les acteurs de terrains de la première ligne de soins en Belgique francophone, ce travail mentionnera comment ces travailleurs pratiquent la PPS tout en s’interrogeant sur les liens entre les connaissances mobilisées en pratique et leur apprentissage.

1.3. La recherche collaborative REFORM P²

Le premier contexte dans lequel vient s'articuler ce travail est l'enseignement des connaissances en PPS dans les établissements qui enseignent les soins infirmiers en FW-B. Cette partie du travail a été guidée et réalisée en collaboration avec la recherche collaborative Réforme P^2.

Cette recherche collaborative, inter-universitaire/haute-école (ULB, ULg, HELB, UClouvain, Haute École Léonard de Vinci, HENaLux) est un projet répondant à un appel à candidature de la Fondation Roi Baudouin (FRB).
La FRB (s.d.) se décrit elle-même comme un acteur « en faveur de l'intérêt général, en collaboration avec de nombreux partenaires, experts et donateurs. [Son] action vise à produire des changements durables et positifs dans la société, en Belgique, en Europe et ailleurs dans le monde. »

C'est par le biais de programmes que la FRB va essayer d'atteindre ses objectifs. Et c'est dans l'un de ses programmes concernant la Santé, que la FRB vise à mieux intégrer la PPS dans les pratiques des professionnels de la première ligne (FRB, 2021 cité par Wuillaume & Hennebert, 2022).
À la suite d'un appel du Fonds Van Mulders-Moonens (géré par le FRB), « une dizaine de partenaires (…) coordonnés conjointement par l'UCLouvain-IRSS/RESO, Le Département de Santé Publique de l'Uliège, L'Unité de Recherche (UDR de L'HELB et Promo Santé & Médecine Général » (Université Catholique de Louvain, 2023) ont répondu présent « en déposant conjointement un projet qui rassemble leurs compétences respectives dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention en matière de santé et des soins de première ligne ». (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021, cité par Wuillaume & Hennebert, 2022)

L'objectif de ce projet est de : « Co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnels de la première ligne de soins. Ces recommandations s'articuleront autour d'un référentiel de compétences et d'un ou plusieurs cahiers des charges opérationnels qui seront élaborés dans le cadre du projet. Elles comprendront également une attention aux facteurs contextuels et structurels propres à la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B), territoire sur lequel le groupe mènera la recherche. »

(Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021, cité par Wuillaume & Hennebert, 2022)

Le projet de recherche collaborative se décline en plusieurs étapes et est composé de « trois Cercles de responsabilité autonomes et interconnectés » (*Ibidem*)
En effet, c'est plus précisément dans le cercle de responsabilité en matière de formation initiale que je vais collaborer afin de récolter les données à fournir pour cette recherche et pour mon travail .

Comme expliqué dans le projet de protocole du cercle de responsabilité en matière de formation initiale, un de ses objectifs est l'« (…) Analyse de l'enseignement de la promotion de la santé/prévention dans une sélection de filières de formation initiale des acteurs de la première ligne ». (Fiorente, Pétré, 2022)

L'objectif de cette recherche est de répondre, dans les filières de la première ligne de soins, à la description des « différents cours rencontrés par l'étudiant dans son cursus et qui contribuent à le former en promotion de la santé (…).» (Fiorente, Pétré, 2022)

La filière choisie par mon mémoire est celle des soins infirmiers.

C'est ainsi que ce mémoire vient nourrir le travail de la recherche collaborative Réforme P^2 mais dont les résultats seront aussi exploités pour la finalité propre de ce mémoire.

2. Base conceptuelle

La base conceptuelle déclinée dans ce mémoire rassemble plusieurs concepts qui sont utilisés par après.
La définition des concepts de Santé, de Promotion de la santé et de la Prévention sont abordés en premier lieu.
Ensuite, je pose mon regard sur la littérature en expliquant et en définissant la science infirmière, les soins infirmiers, ainsi que les compétences requises dans cette profession.
Ce travail continue par une description plus précise de la première ligne et des infirmiers qui y travaillent. Le regard posé sur ces prestataires de soins est toujours en lien avec la PPS, mais une relation plus précise sera établie entre les infirmiers (y compris de la première ligne de soins) et la pratique de la PPS.
Je finirai par introduire les caractéristiques de la formation en soins infirmier dans la Fédération Wallonie-Bruxelles et de relation avec la PPS .
Cette base conceptuelle nous emmène, finalement, à la question de recherche de ce mémoire.

2.1. La Santé, la Promotion de la santé et la Prévention

Afin d'introduire le corpus de connaissance de ce mémoire, il convient de définir ces trois concepts faîtiers de la totalité de ce travail.

2.1.1. La Santé

La définition la plus globale et complète de la Santé est celle de l'Organisme Mondiale de la Santé (- OMS - , 2022): « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »
Dans sa formule négative, la Santé ne se définit pas comme une caractéristique manichéenne qui est ou n'est pas. Le modèle humaniste des soins infirmiers définit bien la Santé « […] d'un point de vue dynamique et multidimensionnel (biophysique, psychologique, développemental, social, culturel, spirituel). » (Girard & Cara, s.d.)
C'est de ce point de vue que les soins infirmiers ainsi que la PPS comprennent et collaborent afin d'orienter cette dynamique multifactorielle dans une sens favorable à l'individu.
La Santé, dans le point de vue de ce travail, est considérés comme une ressource pour (s')accomplir et non un objectif en soi.
Ainsi, l'individu placé au centre du soins, est rendu partenaire pour devenir maitre de sa Santé dans lequel son environnement est pris en compte et déterminé par la personne. (*ibidem*)

2.1.2. La Promotion de la santé

La définition qui, à mon sens, correspond le mieux à la Promotion de la santé (PS) est celle mentionnée dans la Charte d'Ottawa (OMS) en 1986 :
« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, donc la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. » (OMS, 1986)

La Promotion de la santé s'appuie, comme toute science, sur un corpus de connaissance (préface de Bourdillon dans Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).
La connaissance biomédicale et en sciences humaines et sociales est une base afin d'inscrire l'action dans la conjoncture exacte avec une connaissance du sujet. Plus que cela, les connaissances en PS se portent particulièrement sur « les déterminants de santé […] , leurs impacts et conséquences sur la santé » ainsi que « sur les méthodes et moyens d'intervention […] » (*ibidem*).
C'est grâce à ce socle de savoirs que se développent les plans de PS.
Par le biais de stratégie, de programmes et de projets, on veut cibler une population, un groupe, un environnement de vie… On agit sur les leviers qui confèrent aux personnes une plus grande maitrise de leur santé.
C'est la raison d'être de la PS, afin de renforcer la maitrise sur leur santé, cette discipline vise à agir sur les déterminants de la santé afin de réduire les inégalités de la santé et de surcroit les inégalités sociales. (Aujoulat, 2020)

Les objectifs, tout comme la méthode en Promotion de la santé, sont singuliers et importants. Cette méthode est résumée par Médecin du monde (illustré par Ferron, 2021) dans la figure :

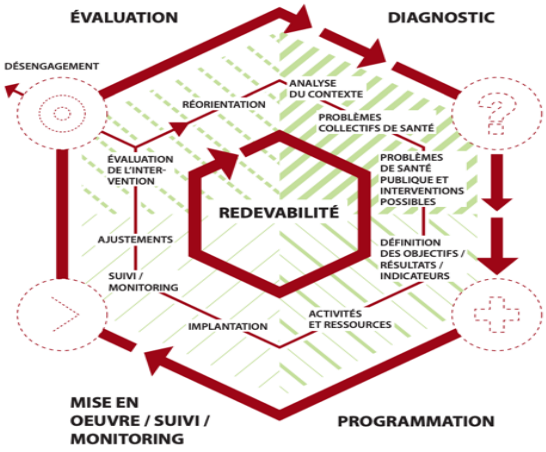


Image : cycle de projet de promotion de la santé selon Médecins du monde (2021)

Notons les caractéristiques fondamentales, parmi d'autres, de cette méthode.
Les interventions en PS sont complexes (en lien avec de nombreux déterminants) et multi-niveaux (de la Santé publique à la santé de la personne). Elles requièrent une pluridisciplinarité (intra- et inter-niveaux) et instaurent un climat favorisant une participation du bénéficiaire à la Promotion de la santé. (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)
Ces interventions s'articulent en plusieurs phases pas forcément inamovibles dans le temps, comme le suggère la méthode résumée par Médecins du monde (illustré par Ferron, 2021) avec cette boucle dès lors que : « L'analyse doit alors interroger la dépendance et l'interdépendance des unités du phénomène pour identifier: si, et comment celles-ci fonctionnent à la fois individuellement et indépendamment les unes des autres et en combinaison ; les boucles d'actions, de réactions, de rétroactions et de régulation mises en jeu dans ce phénomène. » (Trompette, 2017)

Les actions se justifient par l'établissement d'un cadre d'action. Il est nécessaire de connaitre et comprendre certains aspects qui ont de l'influence sur l'action à mener et sur les résultats attendus. Le contexte démographique, territorial, politique, institutionnel, sanitaire, épidémiologique, environnemental, culturel, historique, communautaire… sont autant d'exemples qui doivent être justifiés au regard de l'action et intégrés dedans, le cas échéant. (Commission communautaire française – COCOF - , 2022 ; AVIQ, 2017).
Les personnes qui intégreront ces projets doivent être identifiés.
Les personnes bénéficiaires/acteurs du plan de PS auront une attention toute particulière mais les parties prenantes, soit les personnes physiques et morales, qui vont contribuer (ou freiner) doivent également être distinguées.

Des informations capitales doivent être encore assemblées : il convient notamment d'identifier le besoin en PS qui est en jeu. Autrement dit, on présentera les déterminants de la santé sur lesquels on va agir, car « tenir compte de l'interaction entre les déterminants et les ressources est la clé de voûte des démarches de promotion de la santé. » (COCOF, 2022)
C'est dans l'établissement de ces derniers qu'on définira quelles sont les actions à mener.
De plus, ces actions vont (doivent) s'inscrire dans une approche de la PS et, à ce propos, la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) liste les cinq axes de travail.
L'établissement des objectifs en santé comprend toutes les données collectées précédemment. En vue de réaliser ces objectifs, ces données sont traduites en plan stratégique et opérationnel réaliste dans un agenda défini. (COCOF, 2022)
C'est par la mobilisation des ressources et des activités en PS qu'une myriade d'informations supplémentaires vont émerger pour savoir s'il faut adapter la stratégie en cours de route. Des indicateurs de qualité, de performance et d'atteinte des objectifs qui ont été préalablement établis permettent un contrôle sur le long terme, un sondage progressif et une vue a posteriori du plan.
L'échéance finale de la stratégie nous indiquera si le processus doit être réentrepris avec des ajustements, pérennisé dans le temps ou s'il convient de l'arrêter.

Enfin, ce résumé de la Promotion de la santé ne serait pas complet si on ne parlait pas des valeurs inhérentes à celle-ci.
Les acteurs en PS sont animés par le désir de solidarité, de justice social et d'équité… Bien que ceux-ci ne soient utilisés qu'à titre d'exemples de toutes les valeurs propres à la Promotion de la santé. (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)

2.1.3. La Prévention

Enfin, c'est également à l'OMS que j'emprunte la définition de la Prévention qui est, à mon avis, la plus pertinente dans le cadre de ce travail : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (OMS cité par la Haute Autorité en Santé, s.d.).

La Prévention est la parente de la Promotion de la santé.
À ce sujet, les remarques concernant la Promotion de la santé ci-dessus sur l'importance de la connaissance, la singularité de la méthode et les valeurs qui se dressent sont tout aussi valables pour la Prévention.
Mais bien que les liens entre la PS et la Prévention soient certains, il est intéressant de mieux concevoir ces concepts et leur accointance.

Alors que la Prévention peut se construire autours de la maladie (nous le verrons mieux par après), la Promotion de la santé a une place omniprésente.
Le continuum santé-maladie permet de visualiser les places définies de la Prévention des maladies comme le suggère la figure suivante (inspirée de Saint-Pierre et Richard, 2006, illustré par Aujoulat, 2020) :

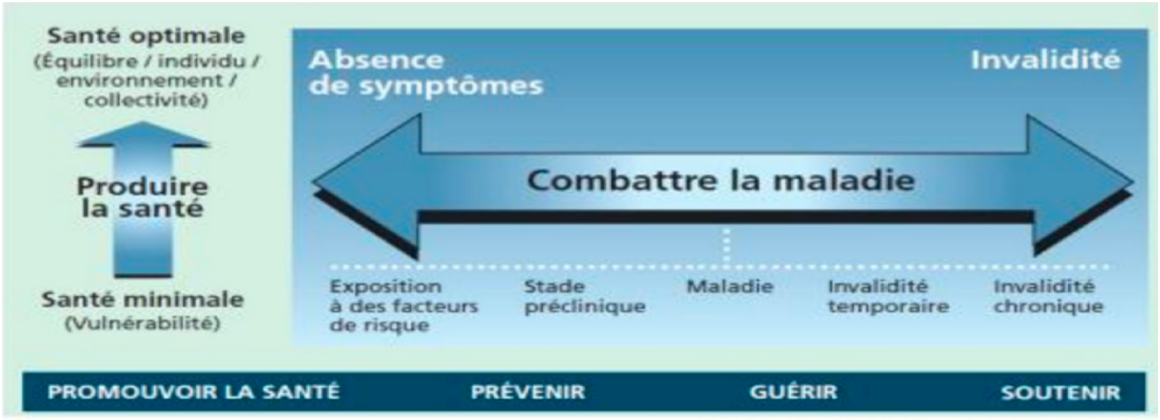


Image : « Un continuum de santé en amont du continuum santé maladie ? » (inspiré de Saint-Pierre et Richard, 2006, illustré par Aujoulat, 2020)

Par contre, « il n'est pas rare que la promotion de la santé soit opposée à la lutte contre la maladie et située en amont de la prévention, comme une entité tout à fait distincte, poursuivant des objectifs fondamentalement différents. » (Aujoulat, Sandrin, 2019)
Mais ces auteures, dont je tiens à m'en inspirer dans ce travail, nous invitent à penser la PS tout au long du continuum de sorte que « toute activité de prévention ou de soins peut concourir à la promotion de la santé ou, au contraire, s'inscrire dans une démarche prescriptive et normative. » (*Ibidem*)
L'image suivante permet un tableau plus complet de cette pensée (inspiré de Saint-Pierre et Richard, 2006, illustré par Aujoulat, 2020) :

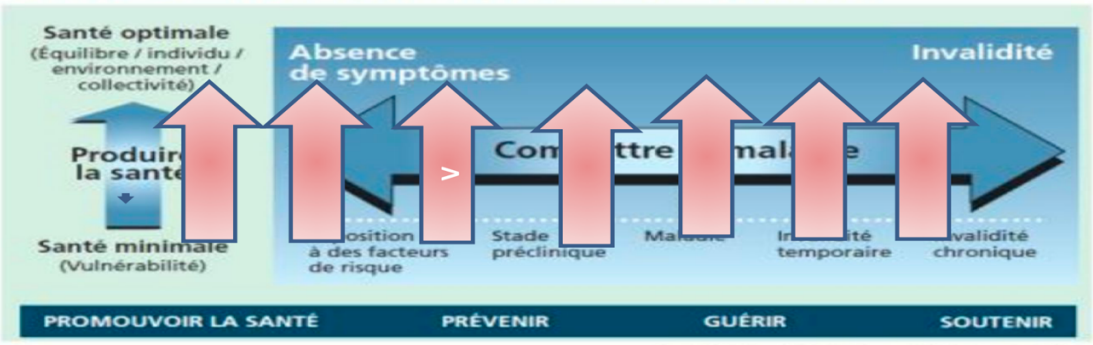


Image : « Promotion de la santé à tous les stades du continuum » (inspiré de Saint-Pierre et Richard 2006, illustré par Aujoulat, 2020)

Ainsi, le lien qui les unit n'est pas un lien de subordination, ni alternatif, mais il est complémentaire car, comme le rappellent ces auteures, « 'engager dans la promotion de la santé, ce n'est donc pas « faire autre chose » mais « faire autrement ». » (Aujoulat, Sandrin, 2019)

Ainsi, une des nomenclatures de la Prévention s'est construite en regard de la maladie, en agissant en amont, au stade précoce et/ou lors de l'épisode de la maladie.
La Prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire agit sur une population classée par facteurs de risque et symptômes en combattant la maladie avant son apparition, à son installation précoce et ultérieurement.
La Prévention admet également la nomenclature (non-excluante des autres classements) selon un calcul coût-bénéfice qui déterminera que l'on justifie l'action préventive à la population dans son ensemble ou dans une partie. On parle de Prévention universelle, ciblée ou sélective, dans ce cas.
Précisons aussi que la Prévention au sens large englobe aussi deux facettes.
Les actions de Prévention sont souvent effectuées par les acteurs des services de soins de santé (dont font partie les infirmiers de première ligne). Elle recouvre donc un aspect « curatif » comme les soins infirmiers ou l'administration de médicaments ou de vaccins, par exemple.
Par contre, La Prévention admet tout autant les aspects « extra-curatifs ».
Les programmes et politiques préventives qui passent par l'éducation pour la santé, l'amélioration de la littératie en santé ou la Préventions sous l'aspect l'environnemental sont aussi à mettre à l'actif de la Prévention en général.

Après avoir balisé et résumé les concepts généraux de la Santé et de la PPS, je voudrais me focaliser sur les acteurs de ces projets en PPS.

Le caractère multidisciplinaire de la PPS est établi. La PS requiert un multitude de profil complémentaire tant son champ d'action est complexe et agit sur plusieurs niveaux. La Prévention pensée dans un sens de PS permet également cette approche pluridisciplinaire.
Parmi cette multitude de professionnels, quels seraient les métiers qualifiés du soin pour opérer la PPS. Partons du cœur de l'action qui est le soin. Quels sont les métiers les plus proches de la personne, de la maladie et du soin ? Il parait opportun de désigner aussi les infirmiers.

Le questionnement à ce stade de lecture est le suivant : les infirmiers, au plus proche du patient et des soins, sont-ils les personnes indiquées pour opérer la PPS ?
La suite de ce travail portera donc sur ce métier.

Il sera question de prendre conscience d'abord de la nature de la sciences infirmière afin de continuer avec la pratique des soins infirmiers. Afin de ne pas perdre le fil conducteur de ce travail, un lien sera établi avec la PPS.

Par la suite, il conviendra de définir ce que sont les infirmiers de premières lignes, leur lieu de travail et leur pratique.
Enfin une présentation détaillée du modèle plus global de la pratique des infirmiers en PPS, spécifiquement de la première ligne de soins, sera fournie.

2.2.La science infirmière et la pratique des soins infirmiers

2.2.1. La science infirmière

La science infirmière est une discipline scientifique qui s'est construite depuis longtemps.
À la base de cette discipline scientifique, ce sont d'abord développés les soins prodigués aux patients. Étant donné leur utilité dans l'histoire humaine, les techniques et compétences de soins à la personne sont transmises de manière orale, souvent par des femmes dont la vocation n'a été que peu valorisée (Jeanguiot, 2009).
Il s'agit d'un « savoir-faire » dont la légitimité est d'ordre traditionnel, qui se transmet sans aucune remise en question (Lallement, 2016). De plus, il est exclusivement religieux car la plupart de ses praticiennes font partie des Ordres (Laurent, 2013). Il en découle, à cette « époque » qui dure de l'Antiquité au XIXème siècle, un manque de reconnaissance et de valorisation de la profession, mais aussi d'autonomie et de remise en question des pratiques.

Il a fallu des dizaines d'années avant de voir émerger les premières théories fondatrices des soins infirmiers portées par Florence Nightingale (1860) et son ouvrage « Notes on Nursing: what Nursing is, what Nursing is not ».
Parmi plusieurs avancées dans la discipline, on retrouve, dans la pensée de Nightingale, les bases d'une science émancipée : « Elle montre ainsi que les soins ne reposent pas sur un idéal de charité et de philanthropie mais sur des connaissances. L'action infirmière est liée à l'activité médicale, mais apparaissent déjà deux types de soins, ceux qui réparent en réponse à la maladie et les soins liés à la personne et à son environnement. Nightingale élabore un

modèle de la profession d'infirmière en tant que profession autonome, non assujettie aux médecins. » (Jeanguiot, 2009)

Cette citation pose également les bases d'un « savoir », la quête de connaissances permettant d'alimenter la science infirmière.

Par la suite, on a vu naître une double avancée à l'issue des deux guerres mondiales successives :

- une reconnaissances du rôle infirmier dans les soins avec une émancipation franche de la science médicale (Calbéra, 2003).
- une séparation lente et progressive du milieu médical et spirituel.

Il existe donc un « savoir-être » infirmier qui n'est pas subordonné aux médecins, ni aux dogmes religieux et dont l'existence s'affirme davantage.

Sur la lancée de cette émancipation, l'étape qui suit voit naître les grands travaux en la matière (comme ceux de Henderson et Fawcett…) qui contribuent à l'acquisition progressive du statut de science. (Henderson en collaboration avec Colllière 1994 ; Fawcett, 1995)

La science infirmière est donc un corpus de savoirs et de connaissances acquises par l'expérience et théorisées en notions valides, permettant de définir le rôle et la place de l'infirmier dans le soin mais également d'approuver sa pratique.

Malgré tout, il y a (eu) une confusion entre la science infirmière, la profession infirmière (ou les soins infirmiers) et la discipline infirmière. Cette confusion réside dans un questionnement au sujet de l'existence d'une science infirmière (Jeanguiot, 2009 ; Missi et al., 2018).

Les soins infirmiers sont certes incontestables en tant que profession et de nos jours, la discipline en tant que telle est reconnue. Mais la science n'est pas une profession, les objectifs de cette dernière étant intimement liés à la notion d'utilité (Missi et al., 2018).

Malgré tout, les preuves sont accablantes pour les détracteurs de la science infirmière. Les définitions imputables à ce terme nous informent que les sciences sont un « ensemble cohérent de connaissances relatives à certaines catégories de faits, d'objets ou de phénomènes obéissant à des lois et/ou vérifiés par les méthodes expérimentales. » (Larousse, s.d.)

Il semble que les paragraphes précédents de ce travail concernant le corpus de connaissance en est une bonne illustration. L'existence de lois ou de pratiques (dans le cas des soins infirmiers) vérifiables renvoie à une autre notion. Les sciences sont des « disciplines ayant pour objet l'étude des faits, des relations vérifiables. » (*Ibidem*)

Les sciences infirmières se basent sur des faits pertinents, valides et vérifiés par des études soumises aux même critères scientifiques que les études d'autres disciplines.

Il s'agit de l'Evidence Based Nursing (BMJ, 2023) qui valide et justifie aussi l'emploi du mot « science ».

De plus, comme nous le signifie Missi et al. (2018), la perspective de cette profession est singulière, comme le suggère l'émancipation décrite par ailleurs dans ce travail.
Enfin, plus particulièrement en Belgique, l'institution du master en sciences infirmières n'est que le fruit de cette pensée.

Le parti pris de ce travail est résumé par cette pensée : « L'infirmière est la personne habilitée à dispenser des soins infirmiers, qui sont le champ d'exercice, la discipline est l'organisation de la profession. Les sciences infirmières sont le contenu scientifique de la discipline (épistémologie, savoirs, concepts, théories, etc.). » (Cartron & al, 2020)

L'enjeu de rendre ses lettres de noblesse aux sciences infirmières permet d'entériner son émancipation. C'est justement cette autonomie dans la pratique des soins infirmiers, dans l'organisation de la discipline et dans le contenu de leurs savoirs qui permet une autogestion de la pratique de la PPS intégrée dans la pratique des soins infirmiers. (*Ibidem*)
C'est cette indépendance acquise qui permet l'implication des infirmiers dans la promotion de la santé (Longtin et al., 2006) grâce à :

- une place privilégié dans le soin
- une opinion favorable de la population
- des concepts infirmiers en congruence avec les concepts de la PS
- des compétences infirmières propices à la pratique de la PS

(*Ibidem*)

Je vais donc continuer cette balise théorique en définissant la spécificité de la pratique des soins infirmiers.

2.2.2. La pratique des soins infirmiers

Les soins infirmiers sont la nature même de cette discipline, car ils représentent son essence, voire son fondement (Hesbeen, 2017).

« Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que

la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers.s. » (Conseil International des Infirmières – CII -, 2002).

À ce stade, il est singulier de remarquer que, selon CII (*Ibidem*), la définition des soins infirmiers inclue la PPS dans la pratique infirmière.

Afin de pouvoir prodiguer l'aide et les soins pertinents aux personnes bénéficiaires, les infirmiers doivent rassembler l'ensemble de leurs « savoirs » pour acquérir les connaissances propres à ce métier.
Les connaissances en soins infirmiers sont descriptibles et souvent liées à la notion de « savoir », déjà introduite dans la section précédente ; expression directement traduite depuis l'anglais « knowlegde, skills and attitude » (Guilbert, 2001). Il existe donc un « savoir », un « savoir-faire » et un « savoir-être » infirmiers.

« Les soins infirmiers revendiquent leur statut de profession et de discipline s'adossant sur un corpus de connaissances spécifiques : la science des soins infirmiers. » (Debout, 2008)
Le « savoir » (infirmier) est un ensemble construit, organisé, formalisé et diffusé dans de nombreux supports d'information.
Cet ensemble est validé et destiné à être transmis (Dallaire & Jovic, 2021). C'est ce corpus de connaissances qui est enseigné à travers les cours théoriques dans la formation infirmière. Un exemple de ce « savoir » est l'apprentissage de l'anatomie humaine. Il en existe beaucoup d'autres et la pratique des soins infirmiers va certainement enrichir le « savoir » tout au long de la carrière infirmière.
Parmi d'autres sujets de connaissance, on peut bien entendu citer des domaines qui incluent la Prévention et la Promotion de la santé, qui seront éludés dans les chapitres correspondants.

Le « savoir » le plus représentatif des soins infirmiers est le « savoir-faire ». Il rassemble l'ensemble des actes techniques que prestent les infirmiers. L'exemple typique est la prise de sang ou l'injection. La liste des actes techniques que sont autorisés à faire les infirmiers est clairement légiférée par la loi et le dernier arrêté royal (Moniteur Belge - MB -, 2022), qui fera l'objet d'une étude plus détaillée dans la suite de ce chapitre.
Mais le « savoir-faire » ne se résume pas entièrement à des verbes d'actions.

Le « savoir-faire » infirmier repose également sur la modélisation des deux « savoirs » précédemment expliqués.
L'infirmier doit faire preuve d'un raisonnement clinique afin d'établir des diagnostics cliniques. Le raisonnement clinique consiste à mettre en œuvre à la fois les connaissances théoriques et les informations du terrain issues de la pratique, car « le raisonnement clinique c'est analyser les différentes situations de soins quotidiennes prises en charge par le soignant grâce à des connaissances théoriques, à l'examen clinique, dont fait partie l'observation, et à un recueil de données exhaustif, afin qu'après avoir identifié des problèmes réels ou potentiels le soignant puisse adapter ses actions auprès du patient. » (Martin, 2019)
L'identification et la définition de problèmes potentiels ou réels selon Martin (2019) relèvent du diagnostic infirmier : « [C'est] un jugement clinique sur une réaction humaine aux problèmes de santé / aux processus de vie ou une vulnérabilité à cette réaction d'un individu d'une famille ou d'une collectivité. » (Cara et al. , 2016)
Le raisonnement clinique est à ce point important pour la pratique car il « guide toutes les décisions et toutes les actions qu'elle pose » (Charlin, Bordage, et Van Der Vleuten, 2003 ; Psiuk, 2010 cité par Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010).

Bien entendu, le « savoir-faire » des soins infirmiers renvoie à la pratique de la PPS. Comme précédemment décrit, la Prévention dans ses aspects curatifs, dans les soins infirmiers est facilement descriptible : administration de vaccins (prévention primaire) ou administration de médicaments (prévention tertiaire) sont des exemples tout aussi communs.

« Chez les étudiants infirmiers, maintes études révèlent qu'ils sont souvent et surtout motivés par leur désir d'aider les personnes dans le besoin » (Cara et al. , 2016)
Cette dernière citation vient introduire la difficile définition du « savoir-être » infirmier.
Le métier est empreint de nombreuses valeurs que l'on peut retrouver depuis le début des soins infirmiers : le désir d'aider autrui et de lui porter un soin. Mais l'altruisme et l'empathie ne peuvent suffire à prodiguer des soins.

Ainsi, on a vu dans l'histoire que le principe d'autonomie (vis-à-vis de la médecine et des religions) est aussi un principe infirmier. Mais celui-ci ne peut qu'être complet qu'avec sa plus récente évolution : la pluridisciplinarité (Roberton, 2006). Les infirmiers sont autonomes dans leur discipline et collaborent avec le corps (para-)médical car « l'évolution de la demande sociale impose la prise en compte de la complexité, et soigner, aujourd'hui, ne peut plus se réduire à prodiguer des segments de soins mono-disciplinaires dans une juxtaposition de corps professionnels, où le patient se situe en « bout de chaîne ». » (Roberton, 2006)
Certains comportements correspondent aussi à un certain « savoir-être » infirmier : il s'agit de « comportements caractérisés par des capacités d'adaptation, de polyvalence et de transversalité. » (Roberton, 2006)
Aux comportements susmentionnés, on peut ajouter un sens de la communication, d'organisation et de coordination (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2021).
L'empathie, le respect, la distance thérapeutique, l'écoute… et toutes les attitudes qui amènent à entretenir une relation soignant/soigné de qualité sont aussi tout autant des connaissances propres au travail infirmier.

À mon sens, être infirmier c'est aussi se positionner. Une position sociale, hiérarchique ou emprunte de valeur. Dans cette essai, il y a lieu de se positionner face aux défis que nous soumet le monde et les sociétés : les inégalités socio-économiques, les migrations, les changements climatiques, et de nombreux autres sujets qui touchent directement ou non la santé. Cette position, permet certainement l'application de méthode en PPS par la reconnaissance de ces enjeux.

Cette ensemble de « savoirs » n'est pas exhaustif et peut être affiné et modulé selon la fonction et la spécificité de son lieu de travail. De plus, le développement des pratiques en soins infirmiers ne s'arrête pas à l'obtention du diplôme et continue tout au long de la carrière des infirmiers.

De plus, une taxinomie plus législative est admise dans la pratique des soins infirmiers en Belgique.
En effet, le document qui légifère les actes techniques des soins infirmiers est l' « Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification

auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre ». (MB, 2002)
En plus de lister les actes qui sont échus aux infirmiers, le texte législatif permet de distinguer trois types d'actes techniques.
Dans le premier, figurent les actes techniques confiés par un médecin et résumés par la lettre « C ». Les deux autres s'opposent sur la question de la prescription médicale.
Tandis que les prestations techniques « B2 » requièrent une collaboration médicale (avec une prescription), les actes techniques « B1 » peuvent s'effectuer en autonomie.
Ce document législatif explicite bien deux facettes du rôle infirmier : le rôle de collaboration et le rôle autonome des infirmiers. « L'art infirmier se définit souvent comme un ensemble de soins *physiques* et *psychosociaux* réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres professionnels. » (Dumont, Stitou, 2019)
C'est pas le biais de son rôle autonome que la pratique de la PPS s'exprime.
À titre d'exemple, l'arrêté royal susmentionné (MB, 2002) indique que les prestations suivantes ne requièrent pas de prescription médicale : « Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance » *(Ibidem)*, « Mesures de prévention des infections » (*Ibid.*) et « Mesures de prévention d'escarres » (*Ibid.*).
La force des infirmiers réside dans cette capacité à combiner un ancrage multidisciplinaire des soins et une aptitude à prendre soins de manière autonome. Il s'agit d'une base légale, afin de pratiquer les soins, quel que soit le lieu de la profession. C'est pourquoi la suite de ce travail se penche en particulier sur le travail d'infirmiers dans un lieu de travail assez précis : la première ligne de soins de santé en Belgique.

2.3.Les infirmiers de la première ligne de soins

Il convient de définir un élément particulier de l'objet de ce travail qui est l'infirmier de la première ligne de soins (ou infirmier de première ligne dans le texte qui suit).

La définition, plus globale, des soins de première ligne qui va suivre est largement inspirée du Livre Blanc de la chaire Be.Hive (2020), elle-même « […] proposée dans un article-clé de Barbara Starfield, les 6 'C' (Starfield, 1994) » et « […] proposée par le panel expert pour la Commission européenne, ainsi que par nos collègues flamands (De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, 2014 ; EXPH, 2018). »
Les soins de première ligne sont les premiers soins dispensés du système de santé dans un objectif de continuité des soins. De ce point de vue, ils sont considérés comme accessibles à tous et ancrés dans la communauté à laquelle ils s'adressent.

Ils sont caractérisés par un service complet qui se centre sur la personne dans toute sa globalité. Enfin, les soins de première ligne, que l'on appelle aussi soins de santé primaire, sont mis en œuvre par un ensemble de professionnels coordonnés parmi cette ligne de soins. Au sein de cette équipe pluriprofessionnelle, on trouve les infirmiers.
D'un point de vue pratique, les infirmiers de premières lignes travaillent :

- dans des centres multidisciplinaires comprenant des soins infirmiers ambulatoires ou non (exemples : maison médicale, centre médical,…),
- dans des associations sans but lucratif à valeur sociale et comprenant des soins infirmiers (exemples : Infirmier De Rue, DUNE asbl,…),
- dans des centre de santé mentale ambulatoires ou non et comprenant des soins infirmiers,
- dans des structure subventionnées par l'État remplissant un rôle définit par la loi et comprenant des soins infirmiers (exemples : Office de la Naissance et de l'Enfance, Service de Promotion de la Santé à l'École…),
- dans les centre de vaccination fédéraux (structures plus actuelles),
- comme infirmiers indépendants au domicile des personnes.

De par cette place privilégié dans la ligne de soins, les infirmiers de première ligne œuvrent collectivement à entreprendre également la PPS.
Comme le témoigne cette étude sur la première ligne « Les métiers de demain de la première ligne de soins » (Fédération des maisons médicales – FMM - , 2011) :
« Les (…) métiers classiques de la première ligne (particulièrement, médecins généralistes et infirmiers), (…) voient émerger des modèles d'organisation avec des accents plus ou moins importants apportés à différents types d'objectifs au sein du système de soins de santé. Par exemple, dans une logique de renforcement des soins de santé primaires, la première ligne se transformera de manière à promouvoir une meilleure autonomie du patient et une plus grande participation des citoyens. » (FMM, 2011)
Par ailleurs cette étude de la FMM (2011) nous renseigne sur plusieurs aspects de la première ligne de soins, de sa pratique de la PPS et des infirmiers qui la composent.

Un premier constat, issu des résultats de cette étude (*Ibidem*), est que parmi la multitude de fonctions disponibles au sein de la première ligne de soins, un des « 5 groupes qui touchent à des questionnements spécifiques » (*Ibid.)* sont « les fonctions plus centrées sur la promotion de la santé. » *(Ibid.)*

La première ligne de soins de santé en Belgique est composée de fonctions dont une œuvre spécifiquement à la PPS.

De plus, l'identification de « fonction managériale ou d'animation d'équipe au niveau de la première ligne » *(Ibid.)* a été réalisée avec le constat qu'il existe « une fonction de promotion de la santé qui conjugue une approche individuelle et une approche populationnelle. » *(Ibid.)*
L'objectif d'un des managements existant au sein de la première ligne de soins en Belgique, a un tropisme exclusif à la pratique de la PPS.
Il n'existe à ce stade par d'autre précisions concernant le profil (infirmier ou non) indiqué pour assurer cette fonction.

Il ressort également de cette étude (*Ibidem*) que dans le but d'offrir une approche globale de soins, une des quatre fonctions des infirmiers « soit dans une approche de soins de santé primaire, soit dans une fonction de proximité vis-à-vis de populations avec des besoins importants ».
Rappelons ici que les soins de santé primaire (SSP) « garantissent que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. » (Organisation mondiale de la Santé, 2023).
Les soins de santé primaire incluent la PPS dans leur réflexion.

Le lien entre PPS (inclus dans les SSP) et première ligne est indéfectible, car une offre globale de soins ne peut pas exclure la PPS.

L'importance de la PPS au sein dans la première ligne est difficilement évaluable bien que nous pouvons l'aborder en surface.
Une revue systématique portant sur les activités des infirmiers de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques (Poitras et al., 2016) pointe déjà la Promotion de la santé comme un des quatre domaines d'activités de l'infirmier. De plus, les « activités liées au domaine de la promotion de la santé se sont avérées très présentes dans la littérature recensée. » (*Ibid*.)
Bien que propre à ce type de maladies, la place de la PPS est décrite et conséquente chez les infirmiers de première ligne.
Un exemple distinctif de cette place de la PPS dans les soins de première ligne est la fonction d'infirmier spécialisé en santé communautaire.

La démarche en santé communautaire poursuit les même objectifs de « promotion de la santé, la prévention des maladies et, de façon plus générale, la diminution des inégalités sociales liées à la santé ainsi que l'amélioration des conditions de vie ou de travail. » (Service d'Information sur les Études et les Professions – SIEP - , 2019)
Cette démarche permet l'identification de groupe de patient, un diagnostic communautaire réalisé avec l'aide de cet infirmier par ce groupe et des actions en santé rendues nécessaires par ce diagnostic. (*Ibidem*)
Cette fonction est gratifiante pour l'infirmier de première ligne car elle permet le double constat que la PPS est une activité au sens large nécessaire et présente dans la première ligne mais aussi que les infirmiers sont les personnes de choix pour coordonner des missions de PPS.

C'est en effet sur cette dernière affirmation que je souhaite réagir.
Plusieurs organismes, dont la légitimité n'est plus à confirmer, plaident pour un renforcement de la « fonction d'infirmier comme acteur de prise en charge globale » (FMM, 2011) ou encore la création de « programmes]…] pour renforcer les compétences de leadership des jeunes infirmiers(ères). » (OMS, 2020)
Il est, selon eux, nécessaire de renforcer les responsabilités infirmières qui lui sont propres en légitimant le bien fondé d'un rôle infirmier autonome et fort, en parallèle de son rôle de collaboration.
C'est ainsi que je propose de poursuivre cette lecture en identifiant les liens qui unissent la PPS et les infirmiers en tentant de comprendre de manière globale de la figure d'infirmier acteur en PPS et de la façon dont la pratique de la PPS s'effectue par les infirmier de la première ligne de soins dans leur rôle autonome et de collaboration.

2.4.Les infirmiers dans la Prévention et la Promotion de la santé

2.4.1. Les infirmier acteurs en PPS

La première question à laquelle je vais essayer de répondre est : «Qu'est-ce qu'un infirmier acteur en PPS ? »

Prenons tout d'abord l'exemple d'une définition du rôle infirmier par Lardennois (2006).

Les objectifs des soins infirmiers sont :

« ▸ La protection, le maintien, la restauration et la promotion de la santé de la personne, de la famille, du groupe ou de la collectivité ;

▸ La réponse aux problèmes de santé mis en évidence par une étape préliminaire de consultation, d'analyse et de formulation de diagnostiques infirmiers ;

▸ La sauvegarde des fonctions vitales, la prévention de la dépendance et la promotion de l'autonomie ;

▸ La contribution aux méthodes de diagnostic médical et au traitement prescrit par le médecin ;

▸ La participation à la surveillance clinique de l'état de santé, l'appréciation de l'évolution de cet état de santé et la participation au sein de l'équipe pluridisciplinaire des professionnels de la santé à l'application des prescriptions thérapeutiques mises en œuvre ;

▸ La coordination des interventions de soins des différents professionnels de la santé ;

▸ La prévention et l'évaluation de la douleur, de la souffrance et de la détresse et la participation à leur soulagement ainsi qu'à celui du deuil ;

▸ L'accompagnement notamment dans les derniers instants de vie. »

(Lardennois, 2006)

Beaucoup d'éléments, de concepts et de méthodes décrits ci-dessus sont communs à la pratique de la PPS :

- « La protection, le maintien, la restauration et la promotion de la santé de la personne » (*ibidem*) est un rappel aux trois types de prévention, sans omettre que les mots « promotion de la santé » et « prévention » sont explicites.
- La prise en soin d'un groupe laisse penser à une prise en soin en santé publique et/ou en santé communautaire.
- La promotion de l'autonomie est corrélé à la définition de la Promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa par l'OMS (1986).
- La pluridisciplinarité est mise en évidence dans cette citation. Le lien entre pluridisciplinarité, PPS et soins infirmiers sera expliqué dans la suite de ce travail.
- Les principes de « surveillance » et de « diagnostic » sont également communs aux deux pratiques. (Aujoulat, 2020 ; Lardennois, 2006)

En plus de cela, la place de l'infirmier dans l'ensemble des soins prodigués aux patients est intéressante : « l'infirmier-ère occupe une position privilégiée pour intervenir en matière de promotion de la santé en lien avec sa proximité au contact fréquent et étroit avec le patient et son entourage. » (Messmer-Al Abed, 2011)

Au regard de ce dernier élément, on peut considérer l'infirmier comme avantagé dans le diagnostic des déterminants de la santé à l'échelle individuelle et communautaire.

Globalement, si on relie la Charte d'Ottawa (Organisme Mondiale de la Santé, 1986) à la profession infirmière, on trouve de nombreux liens :

1) élaborer une politique publique saine : « (…) puisque la société s'engage dans des choix politiques au sujet des soins et des ressources à y consacrer, les groupes professionnels touchés de près par ces décisions souhaitent y participer et pas seulement en raison de leurs intérêts corporatistes. » (Dallaire, 2013)
Bien qu'un ordre des infirmiers ne soit pas encore mis sur pied, les infirmiers de Belgique se font représenter de bien d'autres manières pour les intérêts de leur profession et de leur soins (dont fait partie la PPS). Notons l'existence de la CTAI, du CFAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier), la Fédération des maisons médicales ou les différentes (sous-) Commissions Paritaires des établissements et services de santé, à titre d'exemple.

2) Créer des milieux favorable : en particuliers certains infirmiers de première lignes (exemple : en soins à domicile, en maison médicale) sont particulièrement bien placés pour comprendre et agir avec les personnes sur les milieux de vie.

3) renforcer l'action communautaire : encore une fois, la place de l'infirmier (surtout de première ligne) pour comprendre et échanger sur les besoins dans une démarche participative communautaire est naturellement légitime. De plus, l'existence d'une spécialité, dans la continuité de la formation initiale, en santé communautaire renforce ce sentiment.

4) acquérir des aptitudes individuelles : c'est l'une des compétences infirmières requises par le CFAI (2016) dans son avis concernant le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux : « Compétence 5 : Responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie et qu'ils se prennent en charge » (CFAI, 2016).

5) réorienter les services de santé : « Depuis la Charte d'Ottawa, l'évolution des pratiques soignantes correspond à un enjeu de santé publique et le corps professionnel infirmier représente un levier pour la promotion et l'amélioration de la santé des populations » (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, cité par Hardy, Eneau, & Nagels 2014).

La PPS fait partie de la pratique infirmière et la PPS englobe dans leur champ et leur méthode la pratique soignante des infirmiers.

Il est intéressant, maintenant, de comprendre les connaissances utiles aux infirmiers pour être acteur en PPS.

Il va de soi que, malgré la multitude de fonctions et de spécialités que recouvre le métier d'infirmier, une base commune peut être imputée à chacune.
Le désir de soigner et d'aider son prochain est presque une condition *sine qua non* au métier, que l'on soit acteur en PPS ou non.
L'empathie, l'altruisme, le respect, l'écoute, une juste communication, un sens de l'organisation, la capacité d'être polyvalent et toutes ces attitudes qui peuvent renforcer n'importe quelle personne à exécuter une tâche, sont tout autant de points forts à acquérir pour la pratique de la PPS.
Il faut porter et défendre les valeurs de la PPS, entre autres la justice sociale, la solidarité et l'équité (Ferron, 2021).

La capacité de collaboration, en vue de la multi- / pluridisciplinarité est aussi nécessaire car les « (…) infirmières sont impliquées dans tous les programmes et travaillent en étroite collaboration avec l'ensemble des autres professionnels. » (Colin, Rocheleau, 2004).
La PPS est un processus qui doit agir à plusieurs niveaux et donc la contribution et la collaboration de chacun est primordiale pour tendre vers un objectif commun.

Il y a aussi une connaissances, un « savoir » partagé par les acteurs en PPS et les infirmiers car ces derniers appartiennent « (…) à une discipline dont les modèles et les concepts (holisme, empowerment, respect) présentent une grande convergence avec ceux mis en avant par la promotion de la santé (Delaney, 1994 ; Maben & Macleod Clark, 1995) (…) » (Longtin, Richard & Bisaillon, 2006).
La définition de la santé holistique mais aussi les autres concepts fondateurs et enrichissants de la PPS tels que la définition de la PPS elle-même, les déterminants de la santé, la santé communautaire… sont une base théorique préalable à la bonne pratique de la PPS.
L'action en PPS peut se définir comme multisectorielle car elle émane des secteurs « (…) sanitaire, social, éducatif, environnemental » (Ferron, 2021) et réclame dès lors une connaissance approfondie de ces secteurs en question. Il est nécessaire de comprendre le monde dans lequel s'inscrit l'action en PPS et ses destinataires.

La Promotion de la santé en particulier peut se définir comme « un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique (…) » (Ferron, 2021). Et quelle que soit la place de l'infirmier dans ces pratiques, il est toujours utile de connaitre l'ensemble de l'action, de la méthode, du programme afin d'y apporter sa pierre à l'édifice.
Si par ailleurs, l'infirmer se trouve dans la position de planificateur et d'organisateur d'une action en PPS, il se doit d'être en capacité de mener un projet, d'adopter une méthodologie rigoureuse afin de produire des données valides, d'assurer la coordination d'équipe et la bonne gestion des ressources…

Globalement, le « personnel infirmier est essentiel pour tenir la promesse de ne "laisser personne de côté" et pour atteindre les objectifs de développement durable au niveau mondial », rapporte l'OMS (2020), car aucun « programme d'action sanitaire mondial ne peut être mené à bien sans des efforts concertés et soutenus pour tirer le meilleur parti du personnel infirmier et de leur contribution aux équipes médicales interprofessionnelles ». (*Ibidem*)

Mais si l'apport au niveau global, mondial, des infirmiers à la PPS n'est plus à démontrer, il parait opportun de se renseigner particulièrement sur les acteurs principaux de ce mémoire, les infirmiers de la première ligne de soins, en faisant l'inventaire de leurs activités en PPS.

2.4.2. La pratique de la PPS par les infirmiers de la première ligne de soins

On l'a constaté auparavant, la PPS est une pratique de soins qu'il ne faut pas négliger dans le métier d'infirmier.
Il est question, dans cette partie, de se renseigner sur ces activités qui forment la pratique de la PPS par les infirmiers de la première ligne de soin.

Tout d'abord, la liste des actes techniques légiférés (MB, 2022) nous permet d'identifier certaines prestations comme étant des activités de la PPS. Auparavant dans ce travail, nous avons mentionné les actes autonomes des infirmiers qui œuvraient à la pratique de la PPS.

Ceux-ci s'ajoutent à la liste des prestations techniques en collaboration (avec une prescription médicale ou confiées aux infirmiers) que peuvent réaliser les infirmiers de la première ligne de soin :

- Tous les actes qui nécessitent une surveillance (de la personne, du matériel médical) dans un sens de Prévention

- Tous les actes d'administration d'un traitement (exemple : médicament) dans un sens de Prévention
- « Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses » (*Ibidem*)
- « Préparation et administration de vaccins (AR du 22/02/2016, art. 1 – MB du 30/03/2016, p. 21598) » (*Ibid.*)

La contribution des infirmières au Canada à la première ligne de soins (2015) nous donne aussi une bonne image de leurs activités :

Image : « Exemples de la contribution de l'infirmière en soins de première ligne » (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2015 illustré dans Larouche, 2015)

Cette image nous permet d'identifier :

- des actes de prévention, par la vaccination ou par la « promotion de saines habitudes » (Larouche, 2015) qui empêcheront une aggravation de la maladie.
- des actes de promotion de la santé dans la prise en charge « des patients atteints de maladies chroniques (…) » (*Ibidem*).

Le terme « enseignement aux patients et à leur famille » (*Ibid.*) laissent entendre un renforcement de la littératie en santé par l'information.

Par ailleurs, les « personnes atteintes de maladies chroniques (MC) sont les principales utilisatrices des soins de santé de première ligne. » (Poitras et al., 2016)
Dès lors, la prise en charge de celles-ci par les infirmiers de première ligne nous donne de précieuses informations des activités infirmières.
La revue de littérature de Poitras et al. en 2016 nous dresse une liste des activités de PPS.
Il est fait mention de l'« activité en lien avec l'éducation à la santé […], [du] soutien à l'autogestion […] ainsi que [du] dépistage et [de] l'immunisation » (*Ibid*.)
Plus précisément, « l'éducation à la santé porte principalement sur la condition de santé chronique de la personne […] et les conseils liés à l'adoption de saines habitudes de vie […] » (*Ibid.)* tandis que les « activités de soutien à l'autogestion se concentrent sur l'accompagnement de la personne à reconnaître les signes et symptômes de sa condition […] et l'acceptation de sa condition […]. Finalement, la prévention et l'immunisation regroupent les activités en lien avec la vaccination (…), la prévention des événements cardiaques […] ainsi que le dépistage de l'anxiété […]. » (*Ibid*.)

Des éléments supplémentaires nous sont fournis dans l' « Ordonnance relative à la politique de première ligne de soins » établie par la Commission Communautaire Commune (-COCOM-) en 2015.
On y apprend que la première ligne de soins a, entre autres, pour mission spécifique « d'accompagner, orienter, soigner et suivre les personnes à travers l'ensemble du système de soins » (COCOM, 2015).
Il s'agirait donc d'entrer en contact avec les personnes en besoin de santé (facilité par une accessibilité propre à la première ligne de soins), mais également d'aiguiller la personne vers d'autres structures, d'autres professionnels de la santé et/ou le système entier de la santé (de manière horizontale et verticale).

Les infirmiers de la première ligne sont bien représentés par les infirmiers à domicile.
Généralement, ils exercent « leurs tâches de soins d'extrême proximité » et « jouent un rôle majeur dans la politique de maintien à domicile des personnes âgées et de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. » (Pommier & Deschamps, 2004)
De plus, « en contrepartie d'un engagement à assurer chaque semaine un suivi personnalisé et une coordination de soins avec le médecin, une liaison avec l'entourage des patients, et la tenue d'une fiche hebdomadaire de surveillance, l'infirmière reçoit une rémunération forfaitaire ». (*Ibidem*)

On peut donc logiquement déduire que les actes précités des infirmiers s'occupant de personnes atteintes de maladies chroniques sont également des actes réalisés par les infirmiers à domicile de la première ligne de soins. En outre, ce passage nous informe du rôle de liaison verticale (entre les professionnels issus de la même structure de soin ; les médecins en l'occurrence) et la tenue d'un dossier médical.
Cette dernière information est confirmée par l'ordonnance légiférant la première ligne de soins (COCOM, 2015) dans les missions générales : « contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité des soins. » (*Ibidem*)

L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (- OIIQ -) nous permet aussi un résumé de la pratique infirmière en Promotion de la santé sous un angle de santé publique : « La promotion de la santé comprend bien sûr l'éducation à la santé, la nutrition, l'hygiène, les soins maternels et infantiles, l'immunisation, la prévention et la lutte contre les maladies endémiques.» (OIIQ, 2016)

Enfin, les infirmiers de la première ligne de soins peuvent aussi assumer le rôle de coordinateur de la PPS avec le titre d'infirmier spécialisé en santé communautaire.
« Ces interventions peuvent être de différentes natures : éducatives (informations sur les maladies sexuellement transmissibles, l'hygiène, l'équilibre alimentaire, etc.), préventives (dépistage de problèmes d'ouïe ou de maladies contagieuses, vaccination contre la grippe, bien-être au travail, etc.), curatives (traitement prescrit par un médecin) ou de réadaptation de personnes handicapées ou toxicomanes (…) » (SIEP, 2109)
Son action est dite communautaire, en complément des infirmiers qui soignent individuellement, dans une approche de groupe. (*Ibidem*)
Ce rôle en santé communautaire est complété par les tâches suivantes : « L'infirmier réalise également des entretiens individuels pour accompagner le patient au niveau psychosocial ou administratif. […] On compte aussi la réalisation d'études visant à évaluer l'impact des politiques en matière de santé, l'utilisation des infrastructures mises à la disposition d'une population ciblée, les besoins en matière de soins de santé, […] l'animation de groupes, [les] consultations individuelles. » (*Ibid*)

En résumé, nous pouvons retenir de la pratique de la PPS par les infirmiers de la première ligne de soins ces éléments suivants :

a) Certains groupes cibles de la population en particulier bénéficient de la PPS. Parmi ces groupes, on trouve les personnes âgées, les enfants, les personnes dépendantes, les personnes atteintes de maladies chroniques et les communautés dans le sens d'actions communautaires.

b) Certaines pathologies sont la cible des actions en PPS. Celles-ci sont : les maladies chroniques, les troubles de la nutrition, les assuétudes, les troubles mentaux, les maladies transmissibles, les troubles du développement de l'enfant.

c) Les activités de Prévention et en Promotion de la santé sont :

- des dépistages (exemples : prise de sang, ou dans le développement de l'enfant, de la santé mentale) ;
- des vaccinations ;
- l'administration de traitements curatifs ou prophylactiques ;
- l'amélioration de la littératie en santé par l'information aux personnes et leur entourage (exemples : sur les soins, la maladie, l'épisode de santé...) ;
- La surveillance de l'état de santé (somatique et mental) ou de l'environnement (y compris des appareils médicaux) ;
- l'observation de tous les déterminants de la santé qui touchent la personne ;
- l'éducation thérapeutique (exemple : pour la prise en charge des maladies chroniques),
- le maintien à domicile des personnes dépendantes ;
- L'orientation des personnes dans la première ligne de soins et la coordination à travers le système de santé ;
- La collecte, l'inscription et la tenue d'un dossier comprenant les données de santé des personnes ;
- La coordination ou l'animation de projets en santé communautaire, en promotion de la santé individuels ou collectifs et en actions de prévention individuelles ou collectives.

Bien que non exhaustive, cette liste nous donne un aperçu plus clair des activités en PPS que les infirmiers de la première ligne de soin pourraient effectuer.

Par ailleurs, la prestation des actes techniques, la compréhension des concepts holistiques de la Santé et de la PPS, ou même l'observation avec un tropisme de soignant ne sont pas des connaissances généralisées dans la population.

Il s'agit d'un métier, d'une expérience et de connaissance qui s'acquièrent au fil des années et des formations. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est intéressant de se pencher particulièrement sur la formation des infirmiers en FW-B.
Ainsi, la suite de ce travail portera sur les filières d'enseignement des soins infirmiers, notamment les diplômes de bachelier et de brevet.

2.5.L'enseignement des soins infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles

2.5.1. Le bachelier et le brevet

La formation des infirmiers en Belgique francophone est légiférée par plusieurs documents juridiques. L'enseignement est une compétence communautaire (Service Public Fédéral Belge, 2022), le paragraphe suivant se concentre sur la formation en Fédération Wallonie-Bruxelles.
Il existe deux diplômes qui permettent l'exercice de la profession infirmière : le bachelier d'infirmier responsable de soins généraux et le brevet d'infirmier hospitalier.
Ces deux diplômes peuvent être obtenus à la suite d'une formation en plein exercice (« études à temps plein) ou en promotion sociale (« études tout en continuant à travailler ou à mener d'autres activités en parallèle »). (Febi, 2017)

Il y a plusieurs différences entre les deux diplômes (FeBi, 2021) :

- <u>L'accès à ces études</u>.

La formation de bachelier requiert l'obtention du CESS (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur) ou d'un diplôme équivalent.
En revanche, le brevet est accessible (en plus des détenteurs du CESS) aux personnes ayant « terminé avec fruit une 6ème année de l'enseignement secondaire professionnel, soit ayant réussi l'épreuve d'admission aux études d'infirmier·ère hospitalier·ère organisée par le jury paramédical de la Fédération Wallonie-Bruxelles (jury paramédical A2).
Il est possible de se préparer à ce jury grâce à une année préparatoire. » (SIEP, s.d.)
Toute équivalence de diplôme est également acceptée.

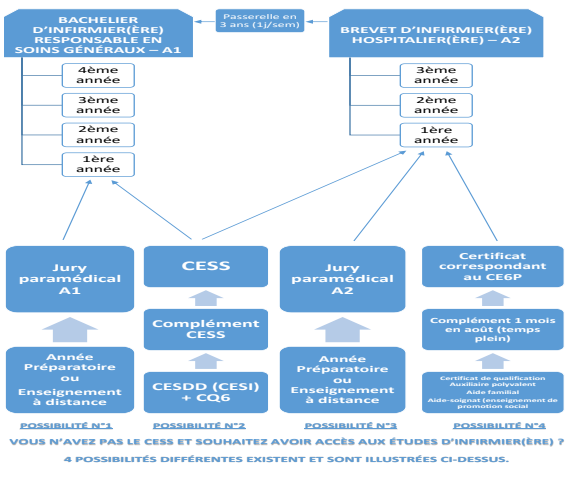


Image: " Comment avoir accès aux études d'infirmier ·ère sans le CESS ? ». (SIEP, s.d.)

- La proportion entre théorie et pratique.

« Le programme du brevet est moins théorique que celui du baccalauréat ; il fait donc plus de place à l'enseignement pratique et les stages peuvent débuter dès la première année. » (FeBi, 2021)

- Le temps de formation.

Le brevet est dispensé en « 3 ans et demi dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire (4ème degré) ou 5 ans dans l'enseignement en promotion sociale. » (SIEP, s.d.)
Le bachelier se donne « en 4 ans dans l'enseignement supérieur de type court et en 5 ans dans l'enseignement supérieur de promotion sociale. » (*Ibidem)*

- Un niveau différent de formation.

Le brevet est une formation de niveau secondaire tandis que le bachelier est une formation de niveau supérieur (*Ibid.)*

- D'autres différences.

Selon le diplôme, on accède à une échelle barémique différente (voir niveau de formation ci-dessus), mais il y a également un accès plus limité aux spécialisations pour les titulaires d'un brevet.

En revanche, il existe des similitudes notables. Les formations donnent accès à la même pratique de la profession (cfr. liste actes infirmiers) , au même rôle et, dans notre cas, un accès au même lieu de prestation (les centres de santé de première ligne).
Voyons particulièrement pour chaque diplôme comment la formation se conçoit dans la loi au regard de l'acquisition de connaissances en PPS.

2.5.2. *Le brevet d'infirmier hospitalier*

Le Brevet d'infirmier hospitalier se déroule donc en 3 ans et demi (en plein exercice) et propose une alternance de cours théoriques et de stages pratiques. Cette alternance est déclinée comme suit (extrait du MB, 2017) :

	1e année	2e année	3e année	Total
Sciences infirmières	504 périodes (420 Heures)	408 périodes (340 heures)	360 périodes (300 heures)	1272 p 1060 h
Sciences fondamentales	192 périodes (160 heures)	216 périodes (180 heures)	144 périodes (120 heures)	552 p 460 h
Sciences sociales	48 périodes (40 heures)	72 périodes (60 heures)	48 périodes (40 heures)	168 p 140 h
Au choix de l'établissement	120 périodes (100 heures)	96 périodes (80 heures)	96 périodes (80 heures)	312 p 260 h
Méthodologie, travaux personnels basés sur la recherche et sur la réflexivité	48 périodes (40 heures)	48 périodes (40 heures)	48 périodes (40 heures)	144 p 120 h
TOTAL	912 périodes (760 heures)	840 périodes (700 heures)	696 périodes (580 heures)	2448 p 2040 h

Image : extrait du « Décret relatif au brevet d'infirmier hospitalier dans l'enseignement secondaire de promotion sociale du quatrième degré » (Moniteur Belge, 2017)

Notons, sans recherches approfondies, que dans les 5 catégories qui sont enseignées (« Sciences infirmières », « Sciences fondamentales », « Sciences sociales », « Au choix de l'établissement » et « Méthodologie, travaux personnels basés sur la recherche et la réflexivité »), aucune ne rend compte, dans leur titre, d'un intérêt pour la PPS. Mais ces catégories n'excluent pas l'enseignement de la PPS pour autant.

2.5.3. *Le bachelier d'infirmier responsable de soins généraux*

Le Bachelier d'infirmier responsable de soins généraux est dispensé en 4 ans (en plein exercice) et assure cette même alternance. « La formation d'infirmier comprend au minimum 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique, la durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers et la durée de l'enseignement clinique au moins la moitié de la durée minimale de la formation. » (MB, 2015)

Il est intéressant de remarquer que le décret régulant les conditions d'obtention des diplômes de bachelier infirmier responsable de soins généraux fixe des objectifs de formation parmi lesquels « l'enseignement clinique » (MB , 2008) est décrit comme : « le volet de la formation par lequel l'étudiant(e) apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer l'ensemble des soins infirmiers requis à partir des connaissances, des aptitudes et des compétences acquises.

L'étudiant(e) apprend non seulement à travailler en équipe, mais encore à diriger une équipe et à organiser l'ensemble des soins infirmiers, y compris l'éducation de la santé pour des individus et des petits groupes au sein des institutions de santé ou dans la collectivité. » (MB, 2008)

Il est surtout intéressant de noter que plusieurs concepts de la Prévention et de la Promotion de la santé sont inscrits légalement.

Par ailleurs, il existe un référentiel des compétences attendues (Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers -CRESI-) à l'obtention du diplôme en bachelier d'infirmier responsable de soins généraux (Haute École Namuroise Catholique - HENAM- , 2006-2008). Ce référentiel est largement repris dans les écoles qui dispensent le bachelier d'infirmier responsable de soins généraux (Haute École Louvain en Hainaut, 2017-2018 ; Haute École Namur-Liège-Luxembourg, 2012-2013) et approuvé par le CTAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2015).
Ce référentiel défend leur conception de base du soin, ainsi que les définitions de plusieurs concepts utiles à l'intégration de celui-ci. Ce référentiel soutient six compétences, dont chacune est dépendante de plusieurs capacités. Chacune des capacités est décortiquée en plusieurs phrases qui expliquent la capacité.
Il est intéressant de se pencher sur ce référentiel au regard de la PPS.

Le référentiel base le soin sur des concepts (HENAM, 2006-2008) qui sont à mettre à profit pour une bonne pratique de la PPS :

- Le concept holistique de la santé
- L'autonomie de la personne
- La favorisation d'un partenariat avec le patient
- La collaboration interdisciplinaire

De plus, les soins « concernent les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation, de la prévention de la maladie, les soins curatifs, palliatifs et de réadaptation. » (*Ibidem*)

Les différentes compétences attendues peuvent apporter des connaissances à la pratique de la PPS dans différentes mesures :

1) De manière très globale.

Les compétences 1, 2 et 3 (respectivement « S'engager dans un développement professionnel », « Utiliser une démarche scientifique » et « Assurer une communication professionnelle » Ibid.) peuvent contribuer à la connaissance de la pratique en PPS mais assez indirectement.

2) De façon plus directe mais assez peu approfondie.

La compétence 6 (« Manager » *Ibid.*) peut être utile en cas de gestion de projet en santé promotrice ou préventive sans pour autant être directement liée à la spécificité de la méthode en Promotion de la santé.

3) La compétence 5 est un paradoxe.

La première capacité (« 5.1 Appliquer des mesures préventives », *Ibid*.) affirme, dans le titre, l'obtention d'une capacité en Prévention et/ou Promotion de la santé : « Participer aux programmes de promotion et prévention » (*Ibid*.).
Alors que la deuxième capacité de cette compétence (« Réaliser des soins autonomes, prescrits et/ou confiés », *Ibid*.) semble mettre l'accent sur l'acte de soin sans pour autant préciser s'il s'agit d'un acte de PPS.

4) Enfin, la plus pertinente dans l'élaboration d'une connaissance de la pratique de la PPS est la compétence 4 (« Concevoir un projet de santé », *Ibid*.) .

Deux capacités ont un lien indirect avec la connaissance de la PPS (« Prendre en compte le système de santé » et « Recueillir les données » *Ibid*.), tandis que deux autres capacités apportent directement à la connaissance de PPS (« Établir un diagnostic (infirmier, communautaire) » et « Développer des stratégies en promotion de la santé », *Ibid*.).
Enfin, la continuité et l'enchainement de toutes les capacités de la compétence 4 ressemblent à beaucoup à la méthode en PPS.

Les éléments récoltées dans ce chapitre visent à établir un premier pont entre les formations en soins infirmiers et les connaissances en PPS. Néanmoins, il est impossible de comprendre en quoi la formation en soins infirmiers contribue à l'apprentissage des connaissances en PPS en quelques lignes. C'est pourquoi, le projet REFORM P^2 a contribué à m'aider car il tend à ce même objectif d'« Analyse de l'enseignement de la Promotion/prévention Santé dans une sélection de filières de formation initiale des acteurs de la première ligne » (Fiorente, Pétré, 2022).

Ainsi, les informations recensées dans le chapitre « L'enseignement des sciences infirmières en Fédération Wallonie-Bruxelles » vont être considérablement enrichies grâce à ma collaboration dans le projet REFORM P^2.

2.6.Problématique et question de recherche

2.6.1. Problématique

On a pu parvenir à certains constats au fil des précédents chapitres.

L'organisation de l'enseignement de la sciences infirmière et des soins infirmiers en FW-B laisse la place à une pédagogie axée exclusivement sur la PPS. C'est d'ailleurs un objectif d'enseignement traduit par une compétence attendue à l'obtention du diplôme (de bachelier). Cette constatation est plus discrète lorsqu'on parle du diplôme de brevet d'infirmier hospitalier.

Les infirmiers, quelle que soit la définition que l'on utilise pour les identifier, apportent les soins infirmiers en incluant la PPS.
La PPS fait partie intégrante de leur discernement, et la connaissance de la PPS est aussi une condition importante des soins infirmiers.

Plus particulièrement, les infirmiers de première ligne sont aux avant-postes des soins prodigués aux personnes, et, légitimement, en vue de leurs connaissances partagées en PPS, ils sont bien placés pour la pratiquer.

Néanmoins, ces constats théoriques soulèvent plusieurs interrogations :

- L'enseignement de la PPS, prévu par les programmes, tient-il ses promesses en termes d'acquisition de connaissances en PPS ?
- Dans le cas inverse, comment la pratique de la PPS se traduit-elle chez les infirmiers de terrains dans la première ligne de soins en FW-B ?
- Mais aussi, comment les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B ont-ils appris à pratiquer la PPS ?

Je vais tenter d'évoquer cette attention à la réalité du terrain (d'apprentissage et de pratique) afin de répondre à la question de recherche.

Sans compter que l'OMS identifie certaines fonctions essentielles de la santé publique. Ces fonctions sont une base du système de santé et permettent d'identifier, d'œuvrer, d'améliorer pour une santé publique efficace et pertinente. (Comité régional du Pacifique occidental, 053, 2002).

Parmi ces fonctions, deux retiennent notre attention :

- « Surveillance épidémiologique/prévention et lutte contre les maladies »
- « Promotion de la santé, participation et droit de regard des citoyens ». (*Ibidem)*

Le renforcement de l'apprentissage, de l'acquisition et des pratiques en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins concorde avec une santé publique solide.
En d'autre termes, par effet domino, un bon apprentissage et une bonne acquisition des connaissances prédispose à une juste pratique de la PPS qui conduit à une amélioration de la santé individuelle et publique.

C'est pourquoi, légitimement, la question de recherche suivante prend de l'importance au niveau macro, en matière de santé de la population et, au niveau micro, en ce qui concerne la santé de chaque individu soigné par un infirmier.

2.6.2. Question de recherche

Ce travail est donc articulé de manière à répondre à cette question de recherche :

« Comment sont développées et mobilisées
les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé
par les infirmiers de la première ligne de soins
en Fédération Wallonie-Bruxelles ? »

3. Méthodologie

Le travail associe deux éléments distincts.
Le premier est l'étude de l'apprentissage des connaissances en PPS dans l'enseignement du métier d'infirmier en FW-B.
Le deuxième corps de cette partie, nous éclaire sur la mobilisation des connaissances par la pratique de la PPS des infirmiers de première ligne et leurs sources d'acquisition des connaissance en PPS.

C'est ainsi que la méthodologie suit un design séquentiel avec deux volets contributifs qui sont intitulés comme suit :

a) L'apprentissage des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmiers en FW-B
b) La pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B

Tandis que le premier volet suit un collecte des données quantitative, le second suit une voie qualitative pour donner lieu une méthode de recherche mixte qui permettra une discussion des résultats enrichissante.

3.1. L'apprentissage des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmiers en FW-B

Cette partie du travail a été réalisée dans la cadre du projet collaboratif REFORM P^2.

Les écrits du sous-chapitre 3.1. ont été directement reproduits et inspirés du livrable :
« Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS aux futur.es professionnel.les de la 1ère ligne de soins en FWB » (Fiorente, Pétré, 2023).

Ce dernier document est le résultat du projet REFORM P^2 co-construit avec l'équipe de chercheurs et de collaborateurs et par mes soins.
Il s'est inscrit dans la démarche du projet REFORM P^2 et a fait partie de l'étude 3. (*Ibidem*)
L'objectif de cette étude a été d' « Analyser l'enseignement de la PPS dans certaines filières de professions de la 1ère ligne de soins en FWB » (*Ibid.*)
Dans le cadre de mon travail, seuls les infirmiers ont fait l'objet d'analyses et de ces écrits.

Cette étude 3 visait à répondre à la question de recherche suivante : « Comment la prévention et la promotion de la santé sont-elles enseignées dans les filières de professions de la 1ère ligne de soins ? ». (*Ibid*.)

Encore une fois, dans le cadre de ce mémoire, les résultats présentés ultérieurement ont trait à cette sous-question de recherche spécifique :
« Comment la prévention et la promotion de la santé sont-elles enseignées dans les filières soins infirmiers en FW-B ? »

3.1.1. Protocole de recherche

« L'étude se décline en une étape d'analyse documentaire sur base des engagements pédagogiques des structures de formation, tels qu'ils sont affichés sur les sites web des filières de formation retenues (…), complétée par une analyse qualitative avec des parties prenantes de certains cas qui seront sélectionnés au sein de filières étudiées (cette étape fera l'objet d'un prochain rapport). » (Fiorente, Pétré, 2023)

Cette recherche documentaire a eu lieu du mois d'octobre 2022 au mois de janvier 2023 et s'est conclue par la rédaction du livrable précédemment cité (Fiorente, Pétré, 2023).
Cette recherche a fait l'objet de nombreuses réunions en présence des chercheurs (Mme Fiorente et Pr Pétré), ainsi que des collaborateurs dont je faisais partie.

3.1.1.1. L'échantillon

Dans un premier temps, il a fallu établir les frontières de la recherche.
Les établissements qui enseignent les soins infirmiers sont nombreux et disparates en FW-B, mais grâce « aux informations disponibles sur le guide social (…), sur le site du réseau SYNHERA (…), les sites des institutions de formation et des connaissances des partenaires menant le travail » (*Ibidem*), une liste finale a été dressée.

Cette liste est proposée en annexe de ce travail (cfr. Annexe n°1 : Liste des structures d'enseignement de soins infirmiers en FW-B prises en considération dans le projet collaboratif REFORM P^2).

Ont été retenues dans cette étape préalable, toutes les structures qui enseignent les soins infirmiers, indépendamment du diplôme obtenu à la fin (bachelier ou brevet) et du type d'enseignement (plein exercice et promotion sociale).

À noter que, à la différence du travail de REFORM P^2, ce mémoire n'a pas inclus le master en sciences infirmières dans la recherche et ne sera pas présenté dans les résultats.
Ce choix individuel me permet de mieux comprendre l'acquisition de connaissances en PPS dans les filières d'enseignements initiaux de soins infirmiers et part des postulats que, d'une part, une majorité des infirmiers en activité n'ont pas obtenu un diplôme de master et que, d'autre part, le diplôme de master permet d'obtenir des connaissances supplémentaires en PPS.

3.1.1.2. La recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée comme suit :

« Les programmes de chaque institution (…) ont été analysés de la manière suivante : une recherche par mots-clés a été opérée, afin d'identifier les titres de cours recouvrant une thématique de PPS. » (*Ibid*.)

« Les mots-clés utilisés sont :

- « promotion* (de la santé) »,
- «éducation* (à/pour la santé; thérapeutique du patient)»,
- «prévention» et
- «santé communautaire». » (*Ibid*.)

« Pour les termes marqués d'un astérisque (*), seul le premier mot était introduit pour la recherche documentaire.
Nous avons étendu la recherche également au terme de « prophylaxie » couramment utilisé dans les filières infirmières.
Notre choix de limiter cette première phase de recherche à ces mots-clés nous permet de réaliser l'inventaire de cours explicitement dédiés à la PPS.
Ce repérage a été effectué sur base des titres de cours, tels qu'annoncés sur les sites web des programmes inclus pour l'analyse. » (*Ibid*.)

3.1.1.3. Le classement des données

L'intention de cette recherche a été de classer les informations par un « (…) encodage systématique sur Excel » (*Ibid.*) en comprenant ces éléments: « (…) titre du cours, nom de la structure d'enseignement, type d'enseignement (universitaire, haute école, promotion sociale), niveau d'étude (baccalauréat, master), type d'enseignement (Unité d'enseignement, cours, cours d'une unité d'enseignement), cours obligatoire ou facultatif, nombre de crédits et d'heures, pré- et co-requis. » (*Ibid.*)

3.1.1.4. L'analyse des données

Ce classement, c'est-à-dire l'écriture des résultats quantitatifs, a été obtenu en documentant les éléments suivants :

« - Nombre total de cours repérés par institution

- Pourcentage de programmes dispensant des cours de PPS dans chacune des filières

- Moyenne et médiane, par institution, des cours proposant un enseignement en PPS.

- Liste des mots-clés apparaissant dans les intitulés des cours

- Année d'enseignement des cours concernés

- Caractère obligatoire ou optionnel du cours

- Nombre de crédits et nombre d'heures des cours concernés.

- Prérequis et co-requis des cours concernés ».

(Fiorente, Pétré, 2023)

3.1.1.5. La continuité de l'étude 3 du projet REFORM P^2

Il convient de préciser que, bien que ma contribution ait été stoppée par les échéances propres à l'élaboration de ce mémoire, la recherche collaborative a continué son travail en profondeur. Une autre sélection de cours pouvant contribuer à l'acquisition de connaissances en PPS a été ajoutée à celle décrite ci-dessus. Par la même méthode de recherche documentaire, les cours qui n'ont pas été sélectionnés lors de cette recherche par mots-clés, ont été examinés. Les cours qui, selon les acquis d'apprentissage et le contenu pouvaient contribuer à un apprentissage de connaissance en PPS ont été rajoutés à l'encodage systématique.

De plus, les contenus retenus depuis les cours sélectionnés ont fait l'objet d'une étude plus particulière afin de dégager un progressivité de l'apprentissage en PPS.
Enfin, une rencontre avec certains enseignants a été programmée afin d'atteindre pleinement les objectifs fixés par le projet REFORM P^2.

Néanmoins, mes efforts ont été consacrés à la construction et la mise en place de la méthodologie visant à comprendre la pratique des connaissances en PPS par les infirmiers de la premières lignes de soins en FW-B, dont il est question ci-dessous.

3.2. La pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B

Par la suite, ce travail s'est axé sur le travail des infirmiers. En effet, après le travail de collaboration $REFORM^2$, il a été question du point de vue des infirmiers de première lignes.

Cette approche qualitative répondrait au besoin de savoir comment, par leur activités professionnelles en tant qu'infirmiers de la première ligne de soins en FW-B, ces professionnels mobiliseraient leurs connaissances en PPS. La rencontre avec ces personnes a également porté sur la façon dont ils ont acquis ces connaissances et sur leur aspiration quant à un meilleur apprentissage de la PPS dans la formation en soins infirmiers.

Ainsi, dans cette partie du travail, et afin de répondre à la question de recherche initiale, *« Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et Promotion à la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ? »,* j'ai essayé de répondre à ces trois sous-questions de recherche :

1) Comment est pratiquée la PPS par ces infirmiers de la première ligne de soins en FW-B ?
2) Comment sont formés en PPS les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B ?
3) Quel est le besoin perçu en termes de formation en PPS dans l'enseignement des soins infirmiers en FW-B ?

3.2.1. *Protocole de recherche*

Pour ce faire, un rencontre était prévue avec des praticiens des soins infirmiers afin de les interviewer. La technique de collecte des données dans cette partie du travail a donc été l'entretien individuel des infirmiers de première ligne en FW-B.

Ces entretiens ont été semi-directifs et réalisés avec un guide d'entretien préalablement construit aux rencontres. Le guide d'entretien complet est en annexe de ce travail (cfr. Annexe n°2 : Guide d'entretien).

Il n'y a pas eu de demande soumise au Comité d'éthique car, selon le Vade-mecum du mémoire (2022), son autorisation n'était pas requise lors de l'interrogations des professionnels de santé dans le cadre d'un mémoire.

3.2.1.1. L'échantillon

L'échantillon idéal comprendrait le plus de répondants répartis dans toute les provinces de la FW-B de manière uniforme et une diversité maximale de types de structures de la première ligne de soins en FW-B.
Néanmoins, dans une logique de respect du calendrier du mémoire, l'échantillon a été arrêté à un total de 10 répondants.

Les critères d'inclusion de l'échantillon ont été :

- Travailler dans une structure de la première ligne de soins en FW-B en tant qu'infirmier depuis au moins une année.

Afin de corroborer avec la partie du travail réalisée en collaboration avec REFORM[2], il a été demandé aux répondants d'être des infirmiers de la première ligne de soins en FW-B.
Ceux-ci devaient avoir travaillé dans la structure depuis au moins une année afin de connaître et pouvoir expliquer leur rôle en PPS dans leur fonction.

- Avoir obtenu un diplôme permettant l'exercice de leur fonction depuis moins de cinq ans.

Ce critère a voulu répondre à une demande d'actualisation des données afin d'étayer les informations recueillies lors de la première partie de ce travail.

Le critère d'exclusion de l'échantillon est celui-ci :

- Les soins infirmiers réalisés dans une structure de services d'urgence de la première ligne de soins telle que les unités hospitaliers d'urgence (somatique et mentale), les Service d'Incendie et d'Aide Médicale Urgente (SIAMU) ou de Paramédical Intervention Team (PIT).

Par définition, ces soins répondent à une demande d'intervention (para)médicale avec un degré d'urgence. Dès lors, le parti pris dans ce travail est que la place de la PPS n'est pas suffisante pour être inclue et intégrée sans sous-évaluer les résultats.

En cours de recherche, suite à un manque de répondants pour atteindre l'échantillon, le critère d'inclusion « Avoir obtenu un diplôme permettant l'exercice de leur fonction depuis moins de cinq ans. » a été abandonné.
Les résultats permettront de chiffrer le nombre de participants compris avec et sans ce critère d'inclusion.

3.2.1.2. Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage mise en place a voulu répondre aux paramètres suivants :

- La sélection des participants

L'attention a été portée dans ce travail à une bonne répartition de l'échantillon dans la FW-B. Afin de s'assurer de ceci, le lieu de travail des participants a été un critère d'inclusion et de sélection.
Les participants ont été sélectionnés au gré des réponses mais la demande de participation a tenté de couvrir l'entièreté de la communauté FW-B (voir la section ci-dessous : L'accès au participants).
Au vu des résultat de l'inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS aux futur.es professionnel de la première ligne de soins en FW-B (2023), dans la filière infirmier, il ressort plusieurs bassins de formation. Celles-ci correspondent aux différentes provinces qui composent la Belgique francophone : la partie francophone de Bruxelles-Capitale, la province du Brabant Wallon, du Hainaut, de Namur, de Liège et du Luxembourg.

D'un autre côté, afin d'explorer encore plus la diversité sur le sujet, un deuxième élément de sélection des participants a été les types de structures de soins de première ligne dans lesquelles ils travaillent.
L'idée était de sélectionner des personnes adhérentes à des types de structures de soins de première ligne variés. Ce souhait a bien entendu été soumis au taux d'acceptation des participants.

Les différents secteurs d'activités de la première ligne de soins dans lesquels les infirmiers prestent et qui ont été sélectionnés sont :

- des centres multidisciplinaires comprenant des soins infirmiers,
- des associations sans but lucratif à valeur sociale et comprenant des soins infirmiers,
- des centres de santé mentale ambulatoires ou non,
- des structures subventionnées par l'État remplissant un rôle défini par la loi,
- des infirmiers indépendants au domicile des personnes.

- L'accès aux participants

En ayant en tête les deux éléments (dispersion en FW-B et diversité de type de structure), les modalités de contact de futurs participants ont été multiples.
Cette volonté de solliciter un grand nombre d'organismes, d'établissements et de professionnels avait un double objectif. D'une part, cela a rassuré ma crainte que mes futurs répondants n'aient pas de temps à me consacrer, étant donné que ce sont des professionnels submergés par la travail qui ne connaissent pas de temps mort. D'autre part, une large dissémination de mon message aurait pu permettre de répondre à ma volonté de dispersion et de diversité.

L'invitation à participer à mon entretien a suivi le déroulement suivant.
D'abord, un e-mail (cfr. Annexe n°3 : Lettre aux fédérations) a été envoyé à plusieurs structures qui fédèrent ou rassemblent les infirmiers dans l'espoir que ce message soit transmis via le réseau de communication qui leur est propre :

- L'AVIQ, la COCOF et la COCOM,
- « La première ligne wallonne a.s.b.l. »,
- Les membres du consortium infirmier « Inficonsor a.s.b.l. » : Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier (ACN), Association des Infirmières Indépendantes du Grand Courcelles (AIIGC), Association des Infirmiers Indépendants Du Grand Châtelet, Association des Praticiens Indépendants à Domicile de l'Art Infirmier (APIDAI), Coordination des Infirmières à Domicile (CID), Commission régionale d'éthique pluraliste carolorégienne (CREPIC), Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD), Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD), Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique (FIIB), Fédération des Maisons Médicales (FMM), Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB), Les Tabliers Blancs, Union des Infirmières Indépendantes du grand Arrondissement de Dinant (UIIAD),
- Association des centres de coordination des soins et de service à domicile,

- Le service de coordination et d'appui à la première ligne de soins « Brusano »,
- L'Union générale des infirmiers de Belgique,
- L'Office National de l'Enfance (ONE),
- Le Planning familial,
- Infirmier De Rue (IDR),
- Fedasil,
- Les centres Psycho-Médicaux-Sociaux (PMS),
- Les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Ensuite, les établissements et les écoles qui enseignent le métier d'infirmier listés lors de la recherche collaborative REFORM^2 ont été contactés par e-mail (cfr. Annexe n°4 : Lettre aux écoles) afin de tirer profit de leurs contacts d'anciens étudiants (alumni). Ceci a été mené en collaboration et avec l'accord des chercheurs du projet REFORM P^2.

En parallèle, j'ai entrepris une recherche de contact via internet. Celle-ci a ciblé des structures qui emploient des infirmiers de première ligne dans le désir d'obtenir les contacts des infirmiers. Ces derniers ont été approchés par e-mail (cfr. Annexe n°5 : Lettre aux infirmiers) et/ou par téléphone afin de les inviter à répondre à mes questions et de planifier l'entretien.

En plus, étant moi-même infirmier de formation, employé dans cette fonction et travaillant dans une structure de la première ligne de soins, j'ai compté sur le bouche-à-oreille de mon réseau professionnel et personnel afin de trouver des infirmiers répondants.

Quelles que soient les modalités de contacts, et en cas de réponse positive à ma demande, un échantillonnage boule de neige a été envisagé pour obtenir plus de répondants.

Les e-mails (cfr Annexes n°3, 4 et 5) qui ont été envoyés aux participants au préalable de l'entretien contenaient les éléments suivants :

- Ma présentation personnelle et des personnes qui m'accompagnent dans ce travail (UCLouvain, promotrice, promoteur)
- La présentation du travail de Reform P^2, de mon travail et le but poursuivi par cet entretien,
- Les modalités et la durée estimée de l'entretien,
- Les modalités de rencontre et de contact.

3.2.1.3. Les entretiens

La modalité de rencontre privilégiée a été l'entretien en vis-à-vis.
De mon point de vue, elle renforce la communication par la libre expression et l'idée de connaitre la personne qui interviewe/ est interviewée.
Par ailleurs, étant donné la volonté de répartition dans la FW-B, les conditions d'interview ont été adaptées au distanciel. Ce choix a été émis selon les désirs des participants.

La durée des entretiens a été estimée à 30 minutes par répondant. Ce temps envisagé aurait eu le mérite de pousser les participants à répondre à ma demande d'entretien. Cette durée permet également une retranscription aisée et une analyse aboutie dans le cadre d'un mémoire tout en correspondant au guide d'entretien préétabli.

Préalablement à l'entretien, le consentement éclairé a été demandé au participant.
Celui-ci a pris l'allure d'un questionnaire réalisé sur Google Form (Microsoft 365 ®). Un exemple de ce questionnaire est joint en annexe de ce travail (cfr. Annexe n°6 : Formulaire de consentement).
Les questions suivantes, avec une obligation de réponse, ont été posées :
1) Quel(s) est (sont) votre (vos) Nom(s), Prénom(s) ?
2) Avez-vous reçu, lu et compris toutes les informations concernant :
- le **mémoire** de Gabriel Dernier
- la **recherche REFORM P2** dans lequel le mémoire s'inscrit
- l'**entretien individuel** prévu avec Gabriel Dernier
3) Consentez-vous aux phrases suivantes :
"Je comprends que ma participation est volontaire."
"J'ai le droit de mettre fin à ma participation à tout moment, sans devoir me justifier."
4) Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré ?
5) Consentez-vous aux phrases suivantes :
"Je suis d'accord de participer à l'entretien."
"Je suis d'accord à ce que mes réponses soient utilisées, de manière anonyme, dans le cadre du mémoire de Gabriel Dernier."

Ces questions, avec l'accord des chercheurs du projet REFORM P^2 , ont été largement inspirées, voir textuellement recopiées, à partir du formulaire de consentement construit par les chercheurs du projet REFORM P^2, non publié et disponible en ligne sur un canal privé de l'application Teams dont l'accès m'a été autorisé par ces mêmes chercheurs.

Toutes les réponses exigeaient une seule réponse avec comme choix « oui » ou « non », à l'exception de la question 1) qui attendait une réponse libre.

En cas de réponse négative à l'une de ces questions (à l'exception de la première), un moment a été pris au préalable de l'entretien et de l'enregistrement pour éclaircir certains points et la question a été posée à nouveau au début de l'entretien.

Au préalable de l'enregistrement, dans le cas échéant, et du début de l'entretien à proprement parler, un brève présentation personnelle, professionnelle, académique, de REFORM P^2 et de ce mémoire a été encore présentée aux répondants.
Les informations sous forme de mots-clés sont mis en annexe de ce travail (cfr. Annexe n°7 : Introduction avec informations données aux répondants)

De plus, un accord oral a été une nouvelle fois requis concernant l'enregistrement audio de l'entretien juste avant le début de l'enregistrement.
En cas de refus à cette question (ou auparavant dans le formulaire de consentement éclairé), il a été procédé à une prise de note.

Les informations collectées et retranscrites ont été anonymisées afin qu'aucun élément ne puisse permettre d'identifier les structures ou les personnes qui y travaillent. Cette garantie a été expliquée au préalable de l'entretien.

Le guide d'entretien est donc le document clé qui a encadré les entretiens.

3.2.1.4. Le guide d'entretien

Ce document en annexe de ce travail a été conçu en collaboration avec ma promotrice.

Il comprend trois parties (Thunus, 2021) dont :

- L'introduction

Celle-ci m'a permis de m'introduire ainsi que de présenter mon travail et la conjecture dans laquelle l'entretien s'inscrit. Il est aussi question du projet REFORM P^2.
L'introduction a balisé la cadre de cette entretien et les objectifs liés à celui-ci.

Le document en annexe, (cfr. Annexe n°7 : Introduction avec informations données aux répondants), reprend ces informations en grande partie.
De plus, cette introduction a été aussi l'opportunité de définir les méthodes d'enregistrement et d'anonymisation.

- Le contenu

Ce contenu a inclus les questions ouvertes à poser et les relances éventuelles.
Les questions posées ont toutes suivi la logique du guide d'entretien qui consistait à répondre aux sous-questions de recherche. Les thèmes de question et de relance se sont centrés sur les trois thématiques suivantes : pratique de la PPS, acquisition des connaissances en PPS et besoin perçu en terme de formation en PPS dans l'enseignement des soins infirmier.
Par ailleurs, loin d'être rigide, le guide d'entretien a eu la volonté de laisser libre cours à une conversation qui se voulait des plus naturelles possibles. Dès lors, une première question, qui permet au répondant de davantage se présenter, m'a permis d'enchainer sur les thèmes de cette recherche en posant les questions qui se trouvent dans le guide d'entretien.

- La conclusion

Elle a été l'occasion de laisser parler librement le répondant afin de lui permettre d'ajouter des informations pertinentes qui ne sont pas reprises dans les questions du guide d'entretien.
La conclusion a aussi été un excellent prétexte pour remercier les répondants pour le temps consacré et l'aide apportée à la rédaction de mon mémoire.

3.2.1.5. La collecte des données

Les données sous leur forme originale (audio ou prise de note) ont été retranscrites à l'aide de deux outils. Le système de retranscription de Word (Microsoft 365 ®) et le site internet oTranscribe (https://otranscribe.com/) qui a permis de faciliter la transcription du matériel audio issu des interviews.
Les prises de note seront retranscrites par le biais de Word (Microsoft 365 ®).

3.2.1.6. La technique d'analyse

L'analyse des entretiens a été élaborée à partir de l'analyse thématique (Aujoulat, 2021).

L'analyse a eu une visée descriptive dans ce travail en vue de repérer les éléments qui permettront de répondre aux sous-questions de recherche.

Le choix des unités d'analyse ont donc été prédéfinis par mes sous-questions de recherche dans le but d'y répondre.

Les unités d'analyses, descriptives, ont trait aux aspects suivants :

1) Les type de pratique en PPS des infirmiers dans leur fonction.

Cette analyse sera orientée dans le but de faire émerger une typologie des pratiques dont une ébauche a été élaborée dans la partie « 2.4.2. La pratique de la PPS par les infirmiers de la première ligne de soins ».

2) L'apprentissage des connaissances en PPS dans les études en soins infirmiers

En lien avec les pratiques ci-dessus, nous nous sommes intéressés à l'apprentissage des connaissance en PPS. L'objectif a été de comprendre les sources d'apprentissage de ces connaissances.

3) Le besoin ressenti en termes de formation en PPS dans les études en soins infirmiers

Il a été demandé aux infirmiers de commenter leur formation en soins infirmiers au regard des connaissances en PPS apprises en formation initiale et qui ont contribué à leur pratique actuelle de la PPS.

Ces unités d'analyse n'ont pas été exclusives. En effet, il a été permis d'additionner une méthode inductive qui aurait pu permettre de laisser émerger de nouveaux thèmes (à l'intérieur ou pas d'une unité d'analyse) ou de fusionner, subdiviser, regrouper et, enfin, de hiérarchiser des unités d'analyse au besoin.

4. Résultats

En faisant écho à la séquence méthodologique en deux parties, les résultats sont construits dans cette continuité.
Il y a donc bien deux parties de résultat : les résultats issus de la recherche documentaire des cours qui permette l'acquisition de connaissance en PPS dans l'enseignement des soins infirmiers en FW-B et les résultats issus des entretiens menées avec les infirmiers de la première ligne de soins rencontrés.

4.1. Résultats de l'acquisition des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmiers en FW-B

Les résultats de cette partie de mémoire ont été inspirés, reproduites, ou textuellement recopiés depuis l'« Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS aux futur.es professionnel.les de la 1ère ligne de soins en FWB (Livrable 5) - État des lieux au 09 février 2023 » (Fiorente, Pétré, 2023), en accord avec ces chercheurs et grâce à ma collaboration dans le projet REFORM P^2.

Les structures qui enseignent les soins infirmiers en FW-B ont été classées selon le diplôme délivré à la fin du cursus (bachelier et brevet) et le type d'enseignement (plein exercice et promotion sociale).

Dans le projet REFORM P^2, le master en Sciences infirmières a été pris en compte mais ne le sera pas dans le cadre de ce mémoire.

Les structures ont pu, grâce à la recherche documentaire, donné des renseignements sur les cours actuels (année scolaire 2022-2023).

Les résultats quantitatifs sont présentés sous formes de tableau (voir ci-après) avec les commentaires suivants :

1. Nombre de structure : Il s'agit du nombre de structures de ce type d'enseignement qui préparent au métier d'infirmer en FW-B.

2. Nombre de cours repérés dans l'enseignement : Il s'agit du nombre total de cours repérés dans ce type d'enseignement (toutes structures confondues).

3. Médiane du nombre de cours par institution (moyenne par institution) : Il s'agit de la médiane et de la moyenne, par institution, des cours repérés.

4. Mots-clefs le plus repérés (nombre d'occurrences correspondant) : Cette section illustre les mots-clés qui ont été le plus détectés. Seuls les trois premiers mots-clés sont illustrés, et ils sont classés par ordre croissant selon le nombre d'occurrence par mot-clé. Le nombre d'occurrence correspondant au nombre exact de fois où ce mot-clé a été détecté dans ce type d'enseignement.

5. Années dont les cours repérés sont le plus dispensés (nombre de cours correspondant) : Cette section distingue les années du cursus de cet enseignement dans lesquelles ont été dispensé les cours détectés par cette recherche documentaire et la quantité de cours détectée par année. Seules les trois premières années ont été illustrées, et elles sont ordonnées par ordre croissant selon la quantité de cours dispensés par année. Le nombre de cours correspondant est la quantité de cours détectés par année.

6. Médiane du nombre de crédits par cours (moyenne par cours) : Il s'agit de la médiane et de la moyenne, par cours, des crédits alloués par l'enseignement.

7. Moyenne du nombre d'heures par cours (maximum – minimum d'heure) : Il s'agit de la moyenne, par cours, du nombre d'heure. Le maximum et le minimum d'heures pour un cours repéré sont aussi illustrés dans cette recherche documentaire.

De plus, pour chaque catégories de résultats, le nombre de l'échantillon est indiqué par « n= ».

La figure qui suit cette page est la synthèse des résultats quantitatifs sous forme de tableau de l'inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS pour la filière infirmier :

Type d'enseignement ↓ / Résultats →	1.Nombre de structures	2.Nombre de cours repérés dans l'enseignement 3.Médiane du nombre de cours par institution (moyenne par institution)	4.Mots-clefs le plus repérés (nombre d'occurrences correspondant)	5.Années dont les cours repérés sont le plus dispensées (nombre de cours correspondant)	6.Médiane du nombre de crédit par cours (Moyenne par cours)	7.Moyenne du nombre d'heure par cours (Maximum – minimum d'heure)
Bachelier en Pleine exercice	11	59 (n = 11 institutions) 5 (5,26) (n = 11 institutions)	Éducation (31) Promotion (12) Prophylaxie (12) (n = 67 occurrences)	1ère (23) 2ème (18) 3ème (16) (n = 59 cours)	2 (2,37) (n = 40 cours)	23,33 (2-135) (n = 52 cours)
Bachelier en Promotion sociale	4	16 (n = 4 institutions) 4 (4) (n = 4 institutions)	Éducation (8) Promotion (4) Prophylaxie (4) (n = 16 occurrences)	4ère (12) 1ème (4) (n = 59 cours)	4 (4) (n = 8 cours)	34 (12-34) (n = 16 cours)
Brevet en Pleine exercice	12	37 (n = 12 institutions) 3 (3,08) (n = 12 institutions)	Éducation (22) Promotion (15) Prophylaxie (15) (n = 52 occurrences)	2ère (17) 3ème (17) 2ème (14) (n = 37 cours)	Non applicable	Informations non disponibles
Brevet en Promotion sociale	1	Informations non disponibles	Informations non disponibles	Informations non disponibles	Non applicable	Informations non disponibles

Tableau : l'inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS pour la filière infirmière

Les commentaires suivants sont ajoutées à ce tableau :

- Toutes les structures de l'enseignement du Bachelier ainsi que celles de l'enseignement du Brevet en plein exercice qui ont été étudiées dispensent au moins un cour de PPS.

- Tous les cours retrouvés dans cette recherche sont obligatoires contrairement aux cours optionnels existants dans certains cursus.

- Les liens existants entre cours (pré- /co- requis) n'ont pas été illustrés dans le tableau. Dans les deux types d'enseignement concernés (Bachelier), seul l'enseignement du Bachelier en plein exercice est impliqué avec deux cours qui ont un prérequis et six cours qui ont un corequis.

- Les échantillons de chaque catégories de résultats ont été illustrés afin de rendre compte du manque d'informations récoltées pour certaines catégories.

- Le système de crédits alloués par cours n'est applicable que pour les hautes écoles et universités en Belgique. Dès lors, l'enseignement secondaire dans lequel est dispensé l'enseignement du Brevet n'a pas d'application de crédit par cours.

- La recherche documentaire se basant sur les informations issues des sites internet des structures, certains résultats n'ont pas pu être observés par manques de données.

Enfin, il est pertinent de partager certains commentaires issus de l' « Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS aux futur.es professionnel.les de la 1ère ligne de soins en FWB (Livrable 5) - État des lieux au 09 février 2023 » (Fiorente, Pétré, 2023) co-construit par les chercheurs et collaborateurs de ce livrable :

- « Les résultats indiquent une utilisation plus fréquente des mots-clés « éducation (à/pour la santé ; thérapeutique)» et « prévention ». Seuls les filières des infirmiers et des assistants sociaux contiennent les mots-clés « promotion de la santé » et « santé communautaire » dans les titres de certains cours. Globalement, les cours identifiés renvoient

à une vision théorique de la PPS orientée sur la maladie et sur les facteurs individuels. Ce constat se confirme lorsque l'on regarde les objectifs et contenus des cours identifiés. Ceux-ci mettent l'accent sur les aspects théoriques des concepts relevés, sur les déterminants individuels de la santé et notamment de changement de comportements et sur le renforcement des capacités de communication avec le patient. » (*Ibidem*)

- « Les méthodes d'enseignement et d'évaluation renseignées semblent peu connectées à des situations d'apprentissages rencontrant les critères d'apprentissage à haut impact (situation engageante pour l'étudiant, étudiant mis en position d'acteur, authenticité des situations), même si certaines méthodes semblent plus alignées avec ces critères (étude de cas, apprentissage par projet, ...). La description relativement courte de ces aspects d'enseignement et d'évaluation dans les engagements pédagogiques ne nous permet cependant pas de tirer des conclusions définitives. » (*Ibid.*)

4.2. Résultat de la pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B

En préambule de la présentation des résultats issus de la méthodologie de la pratique et l'acquisition des connaissances en PPS par les infirmiers de la première ligne de soins en FW-B et donc du contenu des interviews, les modalités de contact, les caractéristiques de l'échantillon final, les critères d'inclusion retenus et les modalités d'entretien sont commentés ci-après.

4.2.1. Les interviews

- Les modalités de contact des participants

Les premiers e-mails en vue de rechercher des participants ont été envoyés à partir du 18/04/2023, à destination des structures qui fédèrent ou rassemblent les infirmiers.
Précisons qu'à ce stade, le critère d'inclusion « Avoir obtenu un diplôme permettant l'exercice de leur fonction depuis moins de cinq ans. » était maintenu.
Le tableau récapitulatif des données quantitatives de cette recherche de répondant est en annexe de ce travail sous le nom de « Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°1 » (cfr. Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant).

Par après, les écoles enseignant les soins infirmiers ont été ciblées afin qu'elles puissent relayer mon message à leurs anciens étudiants. Cette recherche de répondants à commencer le 30/05/23. À ce stade, le critère d'inclusion nommé ci-dessus était encore en vigueur.
Le tableau récapitulatif des données quantitatives de cette recherche de répondant est en annexe de ce travail sous le nom de « Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°2 » (cfr. Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant).

Par le suite, de nombreux autres e-mails ont ciblé des structures différentes et qui n'avait pas été ciblées auparavant, ainsi que, suite à des recherches personnelles sur internet, certains infirmiers indépendants ayant un profil correspondant à tous les critères d'inclusion initiaux. Cette recherche a commencé le 12/05.
Le tableau récapitulatif des données quantitatives de cette recherche de répondant est en annexe de ce travail sous le nom de « Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°3 » (cfr. Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant).

À ce moment, j'ai pris la décision, avec l'avis de ma promotrice, d'abandonner le critère d'inclusion rédhibitoire à ma recherche de participants : « Avoir obtenu un diplôme permettant l'exercice de leur fonction depuis moins de cinq ans ».
En effet, suite à plusieurs refus pour ce critère d'inclusion et une longue réflexion qui a été partagée à mes (co-) promoteur.trices, la décision est apparue évidente.
Trouver des infirmiers ayant obtenu le diplôme depuis moins de 5 ans, avec au moins une année d'ancienneté, qui peuvent et veulent participer et que je puisse atteindre par ma recherche aurait nécessité plus de temps.

C'est alors qu'une recherche plus précise, démarrée le 05/06 grâce à l'aide de mon réseau personnel et par effet boule de neige, a permis d'atteindre les dernier participants.
Le tableau récapitulatif des données quantitatives de cette recherche de répondant est en annexe de ce travail sous le nom de « Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°4 » (cfr. Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant).

- Échantillon final

L'échantillon final comprend dix participants qui répondent aux caractéristiques suivants :

<table>
<tr><td>Structure de 1ère ligne de la ou des fonctions actuelles</td><td colspan="2">- 4 infirmiers travaillent en Maison Médicale.
- 4 infirmiers travaillent comme indépendant à domicile.
- 2 infirmiers travaillent comme infirmiers PSE.</td></tr>
<tr><td>Localisation de la structure</td><td colspan="2">- 9 personnes travaillent à Bruxelles.
- une personne travaille à Liège.</td></tr>
<tr><td>Ancienneté dans la structure (en année)</td><td>Moyenne = 8,34
Médiane = 3
Minimum / Maximum = 0,25 / 42</td><td>Ancienneté par ordre croissant :
0,25 ; 0,67 ; 1 ; 1 ; 3 ; 3,50 ; 7 ; 10 ; 15 ; 42</td></tr>
<tr><td>Expérience(s) supplémentaire(s) dans la 1ère ligne</td><td colspan="2">- 7 infirmiers ont au moins une expérience supplémentaire dans la 1ère ligne de soins en plus de la fonction actuelle.
- 1 infirmier a beaucoup d'expérience supplémentaire dans la 1ère ligne de soins en plus de la fonction actuelle.
- 2 infirmiers ont eu une expérience dans la 1ère ligne de soins en plus de la fonction actuelle en dehors de l'Europe.</td></tr>
<tr><td>Fonction(s) au sein de la structure</td><td colspan="2">- Tous les participants sont infirmiers.
- 3 participants cumulent la fonction d'infirmier avec celle de Coordinatrice en santé communautaire.</td></tr>
<tr><td>Année du diplôme (le Bachelier)</td><td>Moyenne = environs 2008
Médiane = 2016
Minimum / Maximum = 1980 / 2021</td><td>Années par ordre croissant :
1980, 1994, 1996, 2004, 2016, 2016, 2016, 2020, 2020, 2021</td></tr>
<tr><td>Type d'enseignement</td><td colspan="2">- 8 infirmiers ont obtenu le Bachelier en plein exercice.
- 2 infirmiers ont obtenu le diplôme d'Infirmière Graduée Sociale.
- 2 infirmiers ont obtenu le Bachelier suite à une équivalence d'un diplôme d'infirmier obtenu à l'étranger en suivant des cours du Bachelier en Belgique.
- 1 personne a entrepris le Bachelier en promotion sociale mais ne l'a pas complété.</td></tr>
</table>

Lieu d'enseignement	- 6 infirmiers ont obtenu le diplôme à Bruxelles. - 1 infirmier a obtenu le diplôme dans le Hainaut. - 1 infirmier a obtenu le diplôme à Liège. - 2 infirmiers ont au préalable obtenu un diplôme d'infirmier en dehors de l'Europe.
Formation(s) pertinente(s) après le diplôme	- 9 infirmiers ont identifiés au moins une formation en post-bachelier comme contributive à l'acquisition de connaissance en PPS.
	Formations identifiées : - formations données par la Fédération des Maisons Médicales, - formation donnée par Pissenlit asbl, - titre professionnel en santé communautaire ou en soins intensifs et d'urgence, - master en santé publique, - formation en ophtalmologie, en gynécologie, en diabétologie et en soins palliatifs - formation donnée par la Croix-Rouge en anesthésiologie, - qualification professionnelle en santé mentale et psychiatrie. - formations en tabacologie et assuétude dispensée par le FARES. - formation en soins de plaies donnée par un hôpital bruxellois.

Tableau : Caractéristiques des participants aux interviews

Les commentaires suivants sont ajoutés à la figure précédente :

- Les infirmiers qui ont une ancienneté inférieure à un an dans leur fonction actuelle ont été sélectionnés car ils bénéficient d'une ancienneté suffisante (au moins un an) dans une autre structure de la 1ère ligne de soins, ceci afin de répondre au critère d'inclusion correspondant.

- Le diplôme d'Infirmière Graduée a précédé le Bachelier et Brevet en plein exercice actuel, avec ses subtilités propres (notamment avec la distinction entre le diplôme d'Infirmière Graduée hospitalière, psychiatrique, pédiatrique et sociale ; Lothaire, 2013) et a été visé par l'Arrêté Royal du 7 juillet 1970 de la loi relative à la structure générale de l'enseignement supérieur du 12 septembre 1970 (MB, 1970).

- Les modalités d'entretien

Neuf infirmiers ont répondu, au préalable de l'entretien, à un formulaire Google Form (Microsoft 365 ®) qui a fait office de Formulaire de consentement. Un infirmier s'est vu proposé et a répondu au Formulaire de consentement sous forme d'un document Word (Microsoft 365 ®), à cause d'un souci informatique.
Deux infirmiers ont répondu par la négative à une question différente chacun.
Le premier infirmier a répondu par « non » à la question « Avez-vous reçu, lu et compris toutes les informations concernant (…) » car l'infirmier n'avait pas lu les documents. Cet infirmier a reçu les informations par voie orale juste avant l'enregistrement de l'entretien et a répondu positivement à cette question lors de l'enregistrement.
Le second infirmier a répondu par la négative à la question : « Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré ? ». Après exposition de ma démarche et de la destination des données, cet infirmier a accepté d'être enregistré.
Les entretiens ont commencé fin avril et ont fini début juillet, tous en 2023.
Six infirmiers ont participé à une interview via la plateforme Teams.
Quatre infirmiers ont participé à l'interview par téléphone.
Le temps moyen des interviews est 31 minutes 14 secondes ; la médiane est de 27 minutes et 10 seconde et la somme totale est de 5 heures 12 minutes et 19 secondes.

4.2.2. Le contenu des interviews

Les trois paragraphes qui sont présentés par la suite concernent le contenu des interviews, les résultats des entretiens avec les dix infirmiers.
Le contenu informatif a été analysé par une analyse thématique. Trois thèmes ont été dégagés auparavant afin de répondre au trois sous-questions de recherche, il s'agit de : la pratique de la PPS, l'acquisition de la PPS et le besoin perçu en terme de formation en PPS.
La rédaction des résultats qui suivent a été facilitée par un travail de classement, de regroupement voir juste de visualisation des informations pertinentes sur un tableau Excel (Microsoft 365 ®). Ce dernier a constitué une aide au travail utile à la pratique de l'analyse thématique.

4.2.2.1.La pratique de la Prévention et de la Promotion de la santé

Un tout premier élément consiste à situer la pratique de la PPS dans le cadre du métier d'infirmier.
D'abord, il faut noter que trois participants cumulent une fonction identifiée de pratique de la PPS (coordinateur en santé communautaire) avec leur métier d'infirmier. Il s'agit de deux rôles justifiés par deux contrats différents dans la structure.
La juxtaposition des deux rôle est vécue difficilement pour un de ces infirmiers lorsque c'est le « rush continu » (cfr. entretien n°1, ligne 24). Mais cet infirmier nous explique délaisser la pratique de la PPS dans sa fonction d'infirmier mais « rattrape » ce manque dans son rôle de coordinateur en santé communautaire.
De plus, un autre infirmier cumulant les deux fonctions nous indique avoir la possibilité, laissée par la structure, de payer un infirmier à domicile pour assurer les soins qu'il ne peut pas faire (cfr. entretien n°4, ligne 1246). Il nous indique être le seul infirmier de la structure.

L'activité générale de la PPS s'exprime dans des moments différents.
Le rôle de coordinateur en santé communautaire est clairement identifié comme un contexte où ces trois infirmiers pratiquent la PPS.
Mais, en plus, ces trois derniers rejoints par quatre autres infirmiers identifient la pratique de la PPS dans la pratique des soins infirmiers.
Pour les infirmiers travaillant dans une structure, le moment de faire de la PPS est le moment de soin des patients : une prise de sang, un vaccin (qui est un acte de prévention), un soin de plaies (cfr. entretiens n°2, 3, 4, 8 ; lignes 285, 573, 999, 2587). Ces moments de pratique de la PPS surviennent au cours de consultations (cfr. n°1, 4 ; 37, 1149) et dans des dispensaires (cfr. n°2 ; 285).

Deux infirmiers à domicile profitent des soins d'hygiènes prestés chez la personne afin de pratiquer la PPS (cfr. n°6, 9 ; 2098 , 3118). Un infirmier nous indique avoir plus de temps que nécessaire afin de prodiguer le soins (une prise de sang) pour se permettre de faire de la PPS, notamment (cfr. n°4, 1149).

Nous allons maintenant nous pencher sur le cœur du sujet, à savoir la typologie des pratiques en PPS.
Comme cela a déjà été mentionné, il y a des actes curatifs inclus dans la pratique des soins infirmiers qui sont des actes de PPS. Il y a l'administration de vaccin et la prise de sang (à titre d'exemple : n°2, 3, 4, 5, 8 ; 285, 573, 999, 1694, 2626).

Un domaine identifié par les infirmiers est celui de l'information et de la communication. Presque tous les infirmiers interviewés (8 infirmiers) ont qualifié le fait de donner des conseils ou donner des informations comme une pratique de la PPS. Les termes utilisés sont :

- « donner des tips » (cfr. n°1 ; 39)
- « information, informer » (cfr. n°2, 3, 6, 9 ; 296, 694, 2184, 3050, 3058)
- « conseil » (cfr. n°5, 7 ; 1690, 2340)
- « expliquer » (cfr. n°9 ; 3063)

Parmi ces derniers, trois infirmiers ont une méthode singulière de donner des informations : ils utilisent des outils.

Un infirmier donne de l'information par campagne d'affichage et a créé une page Facebook pour communiquer (cfr. n°3 ; 672, 694). Il cite les termes de « prévention » et de « littératie en santé » pour les évoquer. Cet infirmier nous dit aussi construire un outil de communication culturel pour empêcher que les patients ne soient pas « compris dans leur culture » (cfr. n°3 ; 661).Un infirmier mobilise des personnes ressources extérieures à sa pratique afin de distribuer des outils pour exemplifier les informations (cfr. n°8 ; 2635). Le dernier infirmier utilise internet afin de se renseigner et mieux informer ses patients (cfr. n°5, 1756).

Enfin un autre infirmier explique communiquer pour combler des « ignorances » ou pour « casser des mythes » (cfr. n°6 ; 2123, 2184).

Les informations données aux patients ont trait à plusieurs sujets. Celui de l'alimentation est assez récurrent (cfr. n°1, 4, 7, 8, 9 ; 44, 1003, 2340, 2633, 3063). Pour plusieurs infirmiers ayant cité ce thème d'information, il s'agit d'expliquer les bonnes pratiques. De plus, une grande partie de ces infirmiers lient le thème de l'alimentation à celui du diabète.

L'information donnée sur le diabète est aussi importante. (n°1, 7, 4 ; 44, 1003, 2340).

Les médicaments, leur prise et leurs effets (secondaires) est aussi une information conséquente (cfr. n°5, 6, 10 ; 2124, 1756, 3442).

Les assuétudes (« cigarette ») sont aussi mentionnées comme source d'information par un seul infirmier.

Un élément supplémentaire nous est donné par un infirmier. Il s'agit d'évaluer ses propres connaissances afin de donner la juste information. Selon lui, il est nécessaire de procéder à cette évaluation et de reconnaitre lorsque l'on ne sait pas afin de se renseigner pour communiquer de façon pertinente par la suite (cfr. n° 2 ; 324).

Pour un autre infirmier, le moment propice pour communiquer des informations est l'échange avec le patient car il faut « aller plus loin » que ce que la patient dit et « rebondir » sur ce qu'il dit (cfr. n°2 ; 297).

Ainsi, en plus de donner des informations, pour bien mener la PPS, les infirmières doivent recevoir de l'information. La collecte d'informations, en vue de la pratique de la PPS est donc aussi importante. Beaucoup d'infirmiers se renseignent sur le patient en lui posant des questions, en observant ou en réagissant sur les dire de cette personne (cfr. n°2, 4, 5, 6, 9 ; 290, 297, 1149, 1648, 2148, 3083).
Deux infirmiers caractérisent cette prise d'information de façon singulière.
Pour le premier, il nous parle de faire une « anamnèse » lors des « inscriptions administratives » dans le cadre de sa structure, ceci dans un objectif de prévention. (cfr. n°3 ; 589). Le second nous explique « évaluer l'état de santé » avant de prendre en charge le patient (cfr. n°9 ; 3007).
De plus, un infirmier nous explique avoir mis en place un système de boites à chaussures pour communiquer efficacement avec toutes les parties prenantes autour du patient en place afin de mettre en œuvre la PPS (cfr. n°6 ; 2142).
Enfin, pour clôturer ce chapitre sur l'information et la communication, il convient de savoir que ces infirmiers nous expliquent qu'ils sont une ressource pour discuter (cfr. n°4 ; 925), qu'il faut « avoir une attitude d'écoute qui les libèrent, qui leur permet d'exprimer leur crainte. Et de là pouvoir mettre des choses en place pour prévenir certains problèmes. » (cfr. n°5 ; 1913) et qu'il faut évaluer si information a été bien comprise (cfr.n°5 ; 2261).

Un deuxième aspect largement commenté (par huit infirmiers) est <u>la collaboration</u> comme pratique ou la collaboration de la pratique de la PPS.
La pratique de la PPS est donc aussi un rôle qui s'opère à plusieurs dont voici les différentes déclinaisons.
Les infirmiers collaborent à une bonne pratique de la PPS avec de nombreux prestataires. Ces derniers peuvent faire parfois partie intégrante de la structure dans laquelle les infirmiers prestent ou peuvent avoir une relation directe avec la fonction d'infirmière dans la 1ère ligne (cfr. n° 1, 3, 4, 9 ; 45, 80, 612, 922, 926, 933, 947, 1098, 1126, 3017, 3034).
En plus de cela, les infirmiers peuvent collaborer avec d'autres structures et d'autres soignants qui ne font pas partie de leur structure de 1ère ligne ou avec qui ils n'ont pas de relation directe quotidienne (cfr. n°1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 ; 82, 292, 644, 659, 665, 960, 1324, 1619, 1626, 1651, 1657, 1658, 1800, 1807, 2086, 2635, 2679, 3022, 3058).
Au sujet de ces derniers, la notion de travailler en « réseau » a été mentionnée (cfr. n°1, 3, 4, ; 56, 659, 652, 960).

Les partenaires visés par cette collaboration en général sont :

Des soignants	Des structures	D'autres partenaires
- « Des diététiciens » (cfr. n°1 ; 45) - « Des podologues » (cfr. n°2 ; 292) - « Des assistants sociaux » (cfr. n°4 ; 922) - « Des psychologues » (cfr. n°4 ; 922, 1098, 1126) - « Des pédopsychiatres » (cfr. n°4 ; 933) - « Des kinésithérapeutes » (cfr. n°4, 9 ; 947, 1343, 3017, 3058) - « Des médecins » (cfr. n°4, 5, 6, 9 ; 1290, 1626, 2086, 3017, 3022, 3034) - « Des aides-familiales » (cfr. n°5 ; 1609, 1651) - « Des aides-ménagères » (cfr. n°9 ; 3017, 3058) - « Des pharmaciens » (cfr. n°9 ; 3058)	- « La COCOF » (cfr. n°3 ; 612) - « Sacopar » (cfr. n°3 ; 644) - « La Fédération des Maisons Médicales » (cfr. n°3 ; 665) - « Médecins du Monde » (cfr. n°3 ; 665) - « Des maisons médicales » (cfr. n°4 ; 960) - « Le Service d'Aide à la Jeunesse/ Service de Protection à la Jeunesse » (cfr. n°4 ; 1324) - « Des services d'aide et de soins à domicile » (cfr. n°5 ; 1619, 1651) - « Des organismes assureurs » (cfr. n°8 ; 2635) - « Des centres Psycho-Médico-Sociale » (cfr. n°8 ; 2679)	- « Des prestataires sociaux du quartier » (cfr. n°3 ; 659) - « Des professeurs » (cfr. n°4 ; 926) - « Des accueillants de maison médicale » (cfr. n°4 ; 1343) - « La famille du patient » (cfr. n°6, 9 ; 2116, 3017, 3126, 3140, 3058) - « Le patient » (cfr. n°6 ; 2085, 2148) - « Des politiciens dirigeants » (cfr. n°3 ; 650)

Tableau : Partenaires avec qui collaborent les infirmiers pour la pratique de la PPS

La nature de cette collaboration est multiple.

La première est de renvoyer vers des spécialités différentes des soins infirmiers. Cette acte de redirection est en lui-même une pratique de PPS. Qui plus est, les spécialités en question peuvent aussi pratiquer de la PPS et donc il s'agit pour les infirmiers de renvoyer vers des spécialités qui pratiqueront également de la PPS (cfr. n°1, 2, 4 ; 45, 80, 292, 1126).

Un infirmier nous explique qu'il exécute ce transfert car il estime que dans certains domaines, il existe des personnes plus expérimentées. (cfr. n°1 ; 80).

Dans le même objectif qu'auparavant, les infirmiers renvoient les patients vers des activités de PPS, organisées par leurs soins et/ou en collaboration, par des prestataires en lien direct avec les infirmiers ou par des prestataires ou structures externes à l'infirmier (cfr. n°1, 3, 4, 10 ; 56, 63, 665, 947, 955, 3317).
Les activités sont les suivantes : « stretching », « un cours pour le dos », « des groupes de marches », « les activités qu'on propose en interne de santé communautaire », « un projet qui s'appelle To Line One », « activité cuisine » (n°1, 3, 4 ; 63, 665, 700, 995).
La collaboration avec des structures externes n'est, par contre, explicitement pas encore organisée par un infirmer (n°1 ; 83).
Rediriger les patients vers des structures d'aides sociales est aussi une pratique de PPS dans une optique de santé globale. (cfr. n°4, 5, 9 ; 1290, 1324, 1619, 1651, 3017, 3058).
Deux infirmiers nous expliquent collaborer en vue de discuter de la situation d'un patient pour mieux pratiquer la PPS (cfr. n°4, 9 ; 926, 1126, 3039).
Un infirmier explique que la collaboration provient d'un financement d'une structure pour la mise en œuvre de sa propre pratique de la PPS (cfr. n°3 ; 612).
Un infirmier collabore en vue de recevoir du matériel qui sert d'outil à la pratique de la PPS (cfr. n°8 ; 2635).
Enfin, un infirmier collabore avec une structure afin de mener à bien les dépistages (cfr. n°8 ; 2679).

Il y a trois pratiques singulières de la PPS qui ont été clairement mises en évidence par les infirmiers interviewés.

La première est la pratique de <u>la santé communautaire</u>.
Comme précédemment dit, pour certains infirmiers, il s'agit d'un rôle de coordination de la santé communautaire qui est clairement identifié par un contrat de travail comme tel. (n°1, 2, 4 ; 24, 195, 945). Ce sont deux infirmiers qui nous relatent les éléments suivants.
Pour rappel, un premier nous explique que son rôle de coordinateur est subsidié par la COCOF et qu'il partage ce poste avec un de ses collègues (cfr. n°3 ; 612).
Il nous explique également qu'en ce moment son travail dans la santé communautaire est de réfléchir pour définir cette science dans la structure : « qu'est-ce qu'on veut que ce soit la santé communautaire » (cfr. n°3 ; 615). Ce travail est réalisé à travers des discussions, des lectures.
En parallèle, il nous explique mener des activités.
Il nous dit aussi faire partie d'un groupe de diagnostic communautaire, sur base d'un diagnostic réalisé il y a deux ans dans la commune dans laquelle il travaille (cfr. n°3 ; 636).

Enfin il nous explique qu'il y a un travail d'action réalisé avec des habitants de cette commune sur des besoins identifiés par le diagnostic précédent. (cfr. n°3 ; 638).
Par ailleurs, un des objectifs communautaires consiste à « créer un répertoire qui regrouperait tous les prestataires sociaux santé du quartier, avec les langues qu'ils parlent et les services qu'ils proposent » (cfr. n°3 ; 659).
De plus, la santé communautaire se réalise en collaboration avec Sacopar (cfr. n°3 ; 644).
Le second nous informe que son rôle en santé communautaire consiste en une collaboration avec les kinésithérapeutes de sa structure afin de mettre en place des activités de promotion (cfr. n°4 ; 945).
Néanmoins, il précise que les activités ne sont pas idéales et sont fluctuantes par manque de personnel et car les personnes en charge auparavant n'avaient pas de formation en santé communautaire (cfr. n°4 ; 950).
À ce dernier sujet, cet infirmier compare les activités (« activité cuisine », activité marche ») précédemment faites et les qualifie de « au bon vouloir du patient » (cfr. n°4 ; 955).
Il conclut exprimant le souhait de « mettre en place d'activités qui tournent vraiment autour de la santé » (cfr. n°4 ; 956) et décrit la tâche comme énorme notamment par manque de personnel investi.
Par ailleurs, un travail de réseaux est en train de se mettre en place entre les structures de santé. (cfr. n°4 ; 962).

Un seconde pratique singulière est le plaidoyer politique qu'un infirmier nous partage.
Ce dernier explique d'abord que son attirance pour la structure a été en premier par l'engagement politique qui y règne (cfr. n°3 ; 539). Son envie de concrétiser cet engagement en pratique l'a poussé à s'engager dans la structure.
C'est par le biais d'un sous-groupe au sein de son action communautaire qu'il œuvre car un des objectifs est le plaidoyer. Il exemplifie par le plaidoyer politique en contactant des élus locaux (cfr. n°3 ; 539).
Ce plaidoyer politique est appuyé par Sacopar qui fait « du plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques » (cfr. n°3 ; 647) en faisant signer une charte au pouvoir local.
De plus, son engagement politique se concrétise par la participation de sa structure à des manifestations et des cartes blanches. (cfr. n°3 ; 655).

La dernière pratique singulière mise en évidence par un infirmier est la promotion de la santé à l'école.

La pratique de la PPS dans ce domaine est définie par les activités suivantes : « créer des dossiers, distribuer les questionnaires, voir en gros l'état de santé général des enfants, voir s'ils ont été vaccinés, voir s'ils ont une pathologie particulière, est-ce qu'il y a quelque chose à faire » (cfr. n°8 ; 2612).

L'acte de vacciner est aussi identifié comme pratique inhérente à ce domaine. (cfr. n°8 ; 2626). Le dépistage des maladies (auditives, visuelles ou perturbant un ratio poids/taille idéal), de l'apprentissage et de la maltraitance est un pendant aussi important. (cfr. n°8 ; 2616, 2670). Pour ce dernier point, la collaboration est effective avec d'autres instances (SOS Maltraitance, SAJ, IPPJ) (cfr. n°8 ; 2679)

De plus, sa fonction d'infirmier lui octroie un rôle qu'il qualifie de relais entre l'école et les parents des enfants. Ce rôle est accentué dans le cadre de dépistages et pour le suivi des mesures consécutives au dépistage (cfr. n°8 ; 2664 ; 2675).

Ce rôle de relais est assuré en collaboration avec les centres PMS scolaires et les médecins internes à sa structure (cfr. n°8 ; 2675).

Enfin, cet infirmier effectue de multiples activités.

Il identifie des activités de prévention qui ont trait à la « prévention dentaire, prévention hygiène, prévention de l'alimentation » (cfr. n°8 ; 2633).

Un projet spécifique dans une école est aussi mis en place sur le thème l'alimentation saine et concerne toutes les classes et toutes les professions au sein de l'établissement (cfr. n°8 ; 2642).

Enfin, la présentation de l'EVRAS (l'Éducation à la Vie Relationnelle Affective et Sexuelle) fait également partie de ses prérogatives.

Ce travail est aussi le fruit d'une collaboration. En plus des acteurs cités au-dessus dans son rôle de relais, l'infirmier cherche du matériel pour illustrer ces actions de préventions auprès d'un organisme assureur (cfr. n°8 ; 2635). Ce matériel sert aussi pour la pédagogie des instituteurs, des partenaires de ces projets, bien que l'infirmier reste à disposition des instituteurs pour d'éventuelles questions (cfr. n°8 ; 2638).

Suite à ces pratiques singulières, il apparaît que des activités de PPS sont réalisées dans un cadre spécifique , à savoir celui des maladies chroniques.

Le diabète en particulier est régulièrement cité (cfr. n°1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ; 44, 963, 1009, 1706, 1714, 2059, 2071, 2098, 2340, 2614, 3022, 3063).

Plusieurs actions sont possibles sur cette maladie chronique.

Les actions les plus évoquées se rapportent à la transmission d'informations et de conseils concernant le diabète (cfr. n°1, 5, 6, 7, 9 ; 44, 1706, 1714, 2071, 2340, 3085, 3063). Ces informations et conseils concernent surtout l'apport d'une bonne alimentation en prévention primaire et tertiaire. Il est aussi question du traitement (particulièrement l'insuline).
Un infirmier fait mention de l'organisation d'une journée de sensibilisation et de dépistage du diabète s'inscrivant dans un projet de santé communautaire (cfr. n°4 ; 963, 1009).
Deux infirmiers évoquent le dépistage de cette maladie (n°8, 9 ; 2614, 3136) et le rôle de l'infirmier dans le dépistage, qui consiste aussi à assurer les suivis des protocoles inhérents à un dépistage.
De même, un infirmier parle du dépistage des complications de cette maladie lors des soins d'hygiène (cfr. n°6 ; 2098).
Le terme « suivi diabétique » est utilisé par deux infirmiers (cfr. n°6, 7 ; 2059, 2340).
Enfin, il est fait mention de la collaboration avec les médecins (cfr. n°6, 9 ; 2071, 3022, 3136).
Dans une moindre mesure, un infirmier mentionne l'hypertension artérielle et explique donner des explications concernant l'alimentation en lien avec cette maladie (cfr. n°9 ; 3063), prodiguer un dépistage (cfr. n°9 ; 3042) et œuvrer à la bonne gestion des médicaments (cfr. n°9 ; 3087).

Il apparaît que le dépistage est une manière de pratiquer la PPS.
Ce terme est revenu à plusieurs reprises (cfr. n° 1, 4, 8 ; 94, 924, 2616, 2664, 2679) et concerne plusieurs types de dépistage.
Comme nous l'avons dit ci-dessus, il y a d'abord le dépistage des maladies chroniques et de leurs complication. Ensuite, les infirmiers évoquent le dépistage des maladies et troubles du développement, de la maltraitance ou de l'apprentissage des enfants dans le cadre de la PSE.
Un infirmier cite également le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation dans sa pratique de la PPS (cfr. n°5 ; 1650).
Enfin, un infirmier parle du dépistage psychologique (n°4 ; 924).

Dans une optique de prise en charge de la santé globale du patient, plusieurs infirmiers prêtent attention à l'environnement.
Un des infirmiers mentionne l'environnement physique du patient qui, par souci de prévention, doit être adapté (cfr. n°5, 7 ; 1646, 2236).
Un autre infirmier explique faire partie d'un groupe de travail qui prend en considération le logement des patients et le risque d'insalubrité et de sans-abrisme (cfr n°4 ; 969).

Les actions de PPS locales et nationales prennent également en compte l'environnement de soins (cfr. n° 3 ; 652, 699).
Un infirmier indique que la prise en charge globale d'un patient et la rencontre de ce dernier à domicile lui permet de comprendre le parcours de vie de la personne et de s'adapter à son environnement (cfr. n° 5, 6, 10 ; 1571, 1608, 1613, 2059, 3403).

En lien avec la prévention et le dépistage particulièrement, la notion de « suivi » a été identifiée comme pratique de la PPS.
Les infirmiers font le suivi de la prise du traitement, notamment en utilisant certains outils comme le pilulier (n°4, 5, 6, 9 ; 1290, 1648, 2142, 2146, 2151, 3083).
Comme déjà mentionné, le diabète fait également l'objet d'un suivi.
Enfin, est de nouveau évoqué le suivi protocolaire d'un dépistage chez les enfants, ainsi que le suivi médical des enfants au fil de leur scolarité au moyen de visites médicales.

Deux infirmiers nous parlent d'une pratique de PPS axée sur le changements de comportement qui est l'entretien motivationnel (cfr. n°2, 4 ; 314, 1007).

Certains infirmiers adoptent une attitude particulière e matière de pratique de la PPS.
Pour prodiguer la PPS, il faut, pour un infirmier, obtenir la confiance de son patient (cfr. n°5, 10 ; 1668, 3435).
Pour un autre infirmier, faire de la prévention est une dynamique à avoir « parce que la prévention, ça doit bouger, il faut avoir des projets, il faut pouvoir évaluer aussi ces projets, faire une remise en question, se poser la question aussi du besoin parce que il faut pas faire de la prévention pour faire de la prévention. » (cfr. n°8 ; 2793).
Le respect de la personne soignée est un élément central pour ces infirmiers (cfr. n°10, 5 ; 1658, 3435, 3042).
Il faut également être attentifs au lien de subordination qui pourrait exister entre le soignant et le patient, et tenir compte des compétence et de l'expertise de son patient (cfr. n°10 ; 3423, 3444, 3446).
La mise en jeu des valeurs est aussi démontrée dans la pratique de la PPS et/ou le choix de pratiquer dans une structure pour laquelle la PPS importe (cfr. n°3, 4 ; 632, 1145).

Des considérations plus généralistes ont été aussi partagées sur la pratique de la PPS.
La place qu'occupe la PPS dans l'institution est déterminante pour la pratique de la PPS selon un infirmier, qui nous donne comme exemple l'accès à la population (cfr. n°4 ; 1031).

La place de l'infirmer, mais aussi celle des soignants de la première ligne de soins est mise en évidence comme ressource pour pratiquer la PPS (cfr. n°4, 5 ; 1126, 1664).
Un infirmier confie que sa pratique de la PPS ne nécessite pas de plan et qu'il la pratique au quotidien sans y avoir réfléchi (cfr. n°7 ; 2334, 2339).
La prévention est considérée par un infirmier comme complémentaire à l'aspect curatif des soins car il empêche certaines conséquences. (cfr. n°7 ; 2428).

Enfin, il y a tout de même certains obstacles à la pratique de la PPS.
Le manque de temps (cfr. n°1 ; 37), le manque d'outils tel que des affiches ou un réseau (cfr. n°1, 3 ; 56, 675), ainsi que le manque de personnel ou de personnes formées, qui a déjà été décrit auparavant, ont tous été mis en avant.
Les infirmiers considèrent que c'est un défi de réussir à impliquer les patients dans une démarche communautaire (cfr.. n°4 ; 1016).
Un infirmer met en évidence le manque de financement du versant préventif des soins en le comparant avec le versant curatif (cfr. n°8 ; 2796).
Un autre infirmier remarque que la pratique de la PPS ne peut pas se faire à domicile comme dans la formation scolaire à cause de l'accès à ses patients (fréquence des passage), de l'isolement de ceux-ci, d'un manque de matériel médical et des barrières linguistiques (cfr. n°9 ; 3117, 3124, 3156 3163, 3172).
Certains infirmiers expliquent que la condition sociale de certaines personnes qui se trouvent sans permis de séjour peut être un frein à la prise en charge globale de ce public vulnérable. (cfr. n°10 ; 3401, 3461).

4.2.2.2.L'acquisition des connaissances en PPS

Les infirmiers ont été amenés à donner leur ressenti sur leur formation en PPS lors du bachelier en soins infirmiers. Globalement, ils font part d'une déception en matière d'apprentissage. Les griefs sont multiples :
- L'enseignement porte sur des notions trop générales (cfr. n°1, 2, 4 ; 103, 439, 1422).
- Il s'agit d'une base qui ne serait pas suffisante (cfr. n°1, 5, 6, 7 ; 122, 1733, 2239, 2354).
- En général, l'enseignement apporte peu de connaissances en PPS (n°1, 2 ; 222, 439).
- Aucun enseignement n'a porté sur les autres prestataires en lien avec la pratique de la PPS et le système de santé (cfr. n°2, 3 ; 407, 513).
- Les connaissances enseignées n'apportent rien sur le terrain où se pratique la PPS, elles sont trop théoriques et ne permettent pas d'agir (cfr. n°2, 3, 5, 7, 9 ; 439, 513, 1723, 2357, 3151).
- Le seul cours lié à la PPS était un cours d'éducation à la santé (cfr. n°4 ; 1422).

- L'enseignement manquait de connaissances physiologiques pour œuvrer à la prévention (cfr. n°7 ; 2389).
- Le cours de gestion de projet avait trait à la gestion hospitalière (cfr. n°4 ; 1542).
- Aucun stage en lien avec la PPS n'a été proposé durant l'enseignement (cfr. n°5 ; 1573).

Par ailleurs, deux infirmiers se disent satisfaits de l'apport en connaissance en PPS lors du bachelier, ayant acquis des bases solides (cfr. n°3 ; 502), des connaissances en prévention ainsi que sur son utilité (cfr. n°9 ; 3115), avec des enseignants stimulants (cfr. n°3 ; 711).

D'après les infirmiers, les cours et activités qui ont contribué à l'apprentissage de connaissances en PPS sont les suivants :
Les cours d' « éducation à la santé » (cfr. n°2, 3, 10 ; 223, 714, 736, 775, 3495), « santé communautaire » (cfr. n°1 ; 106), « soins de santé primaire » (n°2, 3 ; 220, 714), « pharmacologie » (cfr. n°5, 1767), « prévention et prophylaxie » (cfr. n°5 ; 1775), « santé environnementale » (cfr. n°2 ; 223) et « promotion de la santé » (cfr. 10 ; 3495).
Certains de ces cours sont décrits comme minimes au regard de l'ensemble de la formation (cfr. n°1; 106), ne sont pas évalués (cfr. n°1 ; 106), sont centrés sur des concepts médicaux ou curatifs (cfr. n°2 ; 212, 223, 239), sont théoriques (cfr. n°2 ; 220), ne sont pas assez poussés (cfr. n°5 ; 1767) et n'ont laissé que des souvenirs approximatifs aujourd'hui (cfr. n°5, 7 ; 1775, 2393).

Les infirmiers indiquent qu'ils ont apprécié trois cours en particulier.
Le cours d'« éducation à la santé » a permis à deux infirmiers de mettre en pratique la théorie avec la création d'une brochure ou d'un outil (cfr. n°2, 3 ; 223, 736). Le cours de « santé environnementale » a permis également cet ancrage dans la pratique (cfr. n°2 ; 223).
Le cours de « soins de santé primaire » a été formateur pour un infirmer et l'a aidé pour son poste actuel (cfr. n°3 736).

Les connaissances qui sont issues du bachelier en soins infirmiers sont caractérisées comme suit par les infirmiers.
La structure actuelle dans laquelle l'infirmier œuvre à la PPS n'a pas fait l'objet de cours dans son bachelier. Un autre infirmier explique qu'il a découvert cette fonction par le biais d'un collègue (cfr. n°2, 7 ; 530, 2317).
Un infirmier expérimenté explique que ce n'est pas grâce à ses études qu'il a acquis des automatismes à cet égard, et il ne perçoit pas d'évolution positive en la matière lorsqu'il accueille des étudiants en stage (cfr. n°5 ; 1734, 1864). Le manque de connaissances à la fin de son bachelier l'a laissé démuni quant à la pratique de la PPS (cfr. n°7 ; 2372, 2389).

Un petite information supplémentaire est donné par un infirmier sur le diplôme d'Infirmière Graduée Sociale. Il estime que sa formation a été bénéfique pour la pratique de la PPS avec la capacité de « concurrencer une assistante sociale » grâce à un meilleur ancrage dans le domaine social. Cette spécialité consistait en une formation de deux ans, au lieu d'un an pour la formation en santé communautaire, ce qu'il considère comme plus poussée comme formation (cfr. n°8 ; 2539, 2548, 2760, 2813).

La majorité des infirmiers ont suivi au moins une formation supplémentaire qui a contribué à l'acquisition de connaissance en PPS.
Seul un infirmer n'a pas fait de formation en plus de son bachelier (cfr. n°1 ; 17).
Certaines formations ont, par leur intitulé, un lien direct avec l'apprentissage de la PPS telle que la formation donnée par Pissenlits asbl, le titre professionnel en santé communautaire, le master en santé public ou les formations en tabacologie et assuétude dispensées par le FARES.
Les autres formations portent plutôt sur une pratique curative, bien qu'elles aient été identifiées par les infirmiers comme ayant contribué à l'acquisition de connaissance en PPS : titre professionnel en soins intensifs et d'urgence, formation en ophtalmologie, en gynécologie, en diabétologie, en soins palliatif, en anesthésiologie dispensée par la Croix-Rouge et les qualification professionnelles en santé mentale et psychiatrie.
Parmi les raisons qui les ont motivé à poursuivre des formations, ces infirmiers mentionnent, d'une part, un rejet du milieu hospitalier (cfr. n°2, 4, 5 ; 203, 204, 1116, 1595, 1599), notamment vis-à-vis de l'organisation et la hiérarchisation hospitalière, et du peu de place que leur travail fait aux aspects psychosociaux.
D'autre part, ils déplorent le manque de connaissances acquises au cours de leur bachelier, et font part de leur sentiment de devoir continuer à apprendre, ainsi que l'absence de capacité à pratiquer la PPS (cfr. n°2, 3, 4 ; 305, 487, 1429).
Un tropisme prononcé pour ces matières ont dicté le choix de poursuivre l'apprentissage en PPS via ces formations (cfr. n°3, 2, 10 ; 204, 490, 523, 3325, 3367).
En lien avec cette dernière, les infirmiers font part d'une envie de prendre le temps avec les personnes, d'expliquer les concepts en santé, de s'adapter à son public (cfr. n°2, 8 ; 204, 2479) et du choix d'un travail de fin d'étude qui portait sur un thème de la PPS (cfr. n°3, 8 ; 490, 2762).
Un infirmer explique avoir décidé à suivre une formation supplémentaire, car son parcours de vie l'a poussé à développer un intérêt pour le milieu social, extrahospitalier (cfr. n°10 ; 3363).

Un autre infirmer nous explique que ce sont les connaissances en bachelier qui l'ont poussé à faire des formations complémentaires, car il pouvait faire plus « en tant qu'agent de santé au niveau social » (cfr. n°10 ; 3368).

Les infirmiers font également part de leur ressenti quant à ces formations et leur apport dans l'apprentissage de connaissances en PPS.
Les connaissances qui ont été apportées dans ces formations sont :
- les bases de la santé communautaire (cfr. n°1 ; 114),
- la prise en charge de la santé dans sa globalité (cfr. n°4 ; 1080),
- les thématiques de la PPS (cfr. n°4 ; 1372),
- une connaissance et la création de son réseau (cfr. n°4 ; 1382),
- la prévention de la douleur (cfr. n° 5 ; 1381),
- des connaissances théoriques qui renforcent la prévention, telles que la physiologie et l'anatomie du corp humain (cfr. n°7 ; 2372, 2376),
- des rencontres avec des professionnels qui œuvrent à la PPS (cfr. n°10 ; 3519).

Un des infirmiers qualifie ces formations de plus « terre à terre », de plus en phase avec ce qui se passe sur le terrain et avec la manière dont il faut fonctionner dans cet élément, notamment grâce à l'enseignement de cas pratiques (cfr. n°2 ; 374).

Les sources d'acquisition des connaissances en PPS, autres que celle cités précédemment, sont les suivantes :

1) Acquisition de connaissances par les expériences professionnelles actuelles ou anciennes et personnelles
   (cfr. n°1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 ; 123, 165, 795, 1400, 1402, 1723, 1747, 2209, 2219, 2348, 2366, 3219, 3318, 3484).

L'acquisition de connaissances est fortement liée à l'expérience selon eux, de même que certains infirmiers déclarent encore apprendre chaque jour.

2) Acquisition au contact d'autres personnes
   (cfr n°1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 ; 129, 797, 804, 1402, 1780, 2229, 2276, 2783, 2832, 3229, 3399, 3519).

Ces personnes sont des collègues infirmiers, des contacts multidisciplinaires, des rencontres professionnelles notamment par le réseau ou des relations privées.

3) Une personnalité qui est propice à l'acquisition
(cfr. n°3, 4, 6, 8, 9, 10 ; 796, 1061, 2276, 2219, 2780, 3227, 3232, 3493)

En plus d'un l'intérêt pour le domaine de la PPS, comme décrit précédemment, certains infirmiers ont un goût pour la lecture, écoutent et vont à la rencontre des autres et à la recherche d'informations ; ils sont curieux ou veulent se développer continuellement.

Pour conclure ce chapitre, un infirmier nous confie ne pas être, à ce jour, satisfait de ses connaissances en PPS (cfr. n°1 ; 47, 79, 87), tandis qu'un autre estime que ses connaissances sont pas suffisantes (cfr. n°9 ; 3251).

4.2.2.3. Le besoin perçu en termes de formation en PPS dans l'enseignement des soins infirmiers.

La plupart des professionnels interviewés ont exprimé le sentiment de ne pas se sentir à la hauteur une fois leur diplôme en poche, pour réaliser des actions de prévention et/ou de promotion de la santé.
Malgré tout, un infirmier concède qu'il est compliqué d'aborder toutes les thématiques et les facettes du domaine préventif et promotionnel de la santé (cfr. n°1 ; 144).

<u>Les différents besoins identifiés</u> sont :

1) Un besoin de connaissances

L'absence de cours abordant les notions de promotion et prévention de la santé a suscité, chez un infirmier, un besoin d'apprendre davantage (cfr. n°1, 4 ; 142, 1429).
Ce besoin résulte également d'une méconnaissance des instances politiques compétentes dans le domaine de la santé, ainsi que du système politique belge, ce qui, d'après un des infirmiers, empêcher d'agir et de changer les choses (cfr. n°3 ; 513, 834). « […] Si on a envie de changer, de faire changer les choses, faut savoir comment on les décide et qui les décide […] » (cfr. n°3 ; 513).
Les infirmiers font également état de connaissances peu poussées en termes de physiologie ou de pharmacologie, ce qui engendre un sentiment d'être limité dans la pratique de la prévention de la santé d'un infirmier.
Il estime également que la santé communautaire doit être mieux intégrée dans l'enseignement (cfr. n°3 ; 831).
Enfin, un des infirmiers nous dit n'avoir eu qu'un cours, en 3ème année, portant sur le domaine extrahospitalier avec les soins à domicile (cfr. n°10 ; 3509).

2) Un besoin de pratique

Ce besoin recouvre en réalité deux besoins : le besoin d'apprendre la pratique de la PPS et le besoin d'apprendre en pratiquant.

Un infirmier exprime le besoin de pouvoir communiquer en PPS (cfr. n°1, 6 ; 143, 2256).

Il est nécessaire, selon un autre, d'avoir la capacité de créer des activités en lien avec la PPS (cfr. n°1, 3 ; 153, 828).

Ils aspirent à un enseignement qui porte sur la réalité du terrain plutôt que basé sur la théorie (cfr. n°2, 3, 8 ; 245, 442, 780, 2878).

Ils pointent le besoin de rencontrer des prestataires de 1ère ligne pour mieux appréhender le travail ainsi que la nécessité d'observer la réalité pratique pendant la formation (cfr. n°2 ; 257, 351, 419).

Un dernier infirmier souligne l'importance d'enseigner la pratique en plus de la théorie (cfr. n°8 ; 2901).

Un manque de temps pour la pratique de la PPS est aussi mis sur le tapis lors des stages dans les structures hospitalières (cfr. n°10 ; 3509).

3) Un besoin de réforme de la formation

Selon les infirmiers rencontrés, il existe une vision de la santé plutôt médicalisée et hospitalo-centrée, qui peut refléter un manque de sensibilité et de connaissances à l'égard « de ce qui est social » (cfr. n°2, 10 ; 212, 3504).

L'apprentissage orienterait uniquement à des formations sur l'urgence clinique ou se concentrerait sur l'éducation du patient, le domaine extra- hospitalier demeurant plus méconnu (cfr. n°4 ; 1422).

De plus, le cours de prévention de la santé, pour une des personnes interviewées, était en 1ère année de BAC. La planification étant bien précoce par rapport à la sensibilité, à la maturité et aux connaissances des étudiants, les connaissances demeuraient plus théoriques et inutiles pour une mise en pratique par la suite (cfr.n°8 ; 2849).

Un infirmier met l'accent sur une différence dans le suivi des étudiants pendant les stages entre deux villes : elle a plus appris lors d'un stage dans un institution où il y avait moins d'étudiants et elle était mieux suivie par le personnel de terrain (cfr. n°2 ; 395).

Les stages pendant la formation en SI sont orientés vers le domaine hospitalier, ce qui ne permet pas d'apprendre à communiquer avec le patient pour faire de la prévention, selon un infirmier. Il envisage les stages comme une porte d'entrée pour « ce champ immense qui est la santé et surtout les soins infirmiers » (cfr. n°10 ; 3509).

En termes d'améliorations à envisager pour combler leurs besoins, les infirmiers ont suggéré plusieurs pistes :

- Aider les jeunes à se projeter dans la PPS via des balises, des outils, des cas pratiques, ou des partages d'expériences ;
- Étaler et diversifier les stages ;
- Passer moins de temps sur l'aspect théorique de la PPS et privilégier la pratique via des observations de journées types au sein d'une association de 1ère ligne ;
- Une réduction des périodes de stage (normalement de 3 semaines) afin de pouvoir connaître plus de réalités différentes ;
- Faire des écoles des pionnières de la PPS, cela permettrait aux écoles d'atteindre et de sensibiliser d'autres professionnels de soins (kinésithérapeutes, assistants-sociaux, etc.) ;
- Apprendre l'importance, aux étudiants en formation, de l'information et de l'évaluation de la situation.

Pour conclure, certains professionnels s'expriment sur l'importance de la PPS à différents niveaux : en termes d'économie concernant les coûts des soins, en termes d'une réduction des problèmes et stress pour les patients. Étant donné son importance, d'après un infirmier interviewé, ce domaine mériterait un financement plus important et des réformes plus représentatives des réalités de terrain (cfr. n°9 ; 3279).

5. Discussion

La discussion de ce travail permettra de répondre à la question initiale de recherche : « Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ? ».

Les prochains paragraphes porteront sur les deux aspects de cette question, à savoir le développement des connaissances en PPS acquises à partir de différentes sources et la mobilisation de celles-ci dans la pratique des infirmiers de la PPS.

5.1. Le développement et la mobilisation des connaissances en PPS

Le développement des connaissances en PPS des infirmiers de la première ligne de soins est favorisé par plusieurs sources d'acquisition.

L'acquisition de ces connaissances débute pendant l'enseignement des soins infirmiers.

Il est indubitable que la formation de bachelier accorde une place dans son cursus à la PPS, pourtant elle demeure insuffisante.

Les programmes d'enseignement proposent une quantité limitée de cours centrés sur l'apprentissage des connaissances en PPS. Il est probable que des cours supplémentaires et qui ne contiennent par le terme « PPS » dans leur intitulé permettent le développement de ces connaissances, mais cela reste limité pour un métier où, par définition, on pratique la PPS (Service Public Fédéral Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et développement, 2016 ; Lardennois, 2006).

Les infirmiers interviewés voient l'enseignement de ces cours comme une succession de connaissances théoriques qui restent une bonne base, mais qui ne permettent pas de développer totalement des connaissances pratiques en PPS.

Les acteurs de première ligne témoignent d'un décalage entre la pratique de la PPS et la théorie enseignée : peu de stages, peu de connaissances ou de contact avec le contexte de la première ligne de soins et une méconnaissance du système de santé.

La qualité des informations transmises est également discutable.

En plus de la conceptualisation trop globale des informations et du manque de liant avec la pratique, le cours le plus enseigné et le plus enclin à communiquer des connaissances en PPS reste le cours d'éducation à la santé. En outre, au regard de ces connaissances, la pratique de la PPS ne se peut se pratiquer que « par modification des comportement, changement de comportements et [par] renforcement des capacités de communication avec le patient » (Fiorente, Pétré, 2023).

La pédagogie du cursus laisse planer le doute sur la réelle volonté de mettre sur le même plan les aspects curatifs et préventifs de la santé et sur sa résolution à mettre sur un pied d'égalité l'hôpital et le reste des infrastructures du système de santé.
Par ailleurs, les structures d'enseignement, même si elles doivent respecter les lois et le référentiel (MB, 2015, 2018 ; HENAM, 2006-2008), ont des libertés en termes d'agencement des cours et de programmes, ce qui entraîne un manque d'uniformité en matière d'enseignement de ce type de connaissances.

En effet, l'uniformité réside dans un autre aspect du métier d'infirmier que celui de la pratique de la PPS. Il s'agit pour les enseignants de transmettre, dans un laps de temps défini, l'étendue de la science infirmière. « Les cours de soins infirmiers portent sur les domaines suivants : chirurgie, médecine, mère-enfant, santé mentale et psychiatrie, soins intensifs et soins d'urgence, soins de santé primaire, soins à domicile, gériatrie et oncologie. » (Filion, 2014).
Il parait dès lors impossible de donner autant de poids à chacun de ces domaines.
D'autant plus que l'enseignement des soins infirmiers comporte une dimension pratique, avec l'obtention des capacités à prodiguer les actes techniques soumis par la loi (MB, 2022).
Le volume d'heures consacré à la pratique (par des stages) atteste probablement d'une volonté de former les futurs infirmiers à prodiguer les meilleurs soins en toute sécurité pour le patient et le soignant.

Ainsi, le système de santé en entier peut constituer un frein à l'enseignement de la PPS.
Actuellement, les infirmiers travaillent en plus grand nombre dans des établissements de santé où l'aspect curatif est majoritaire. Les hôpitaux et maisons de repos sont les secteurs d'activité principaux avec 77 % d'infirmiers actifs en 2018 (INAMI-RIZIV et al. , 2022).
Il est évident que ces structures considère la PPS comme importante, mais on constate pourtant qu'en leur sein, on manque de temps pour la mettre en place. Alors que la charge du travail devient de plus en plus lourde (OCDE, 2022) et que le milieu connaît une pénurie de prestataires de soins (Bourquin, 2023), le temps alloué aux soins ne peut que porter sur l'aspect curatif. Le constat est regrettablement le même en ce qui concerne la première ligne et c'est ainsi que l'axe 5 (« 5. Réorientation des services de santé » OMS, 1986) de la charte d'Ottawa prend tout son sens.

De plus, au niveau du système de financement de la santé, on constate que les soins hospitaliers représentent 36 % des dépenses totales en santé au détriment des autres secteurs, dont la prévention qui ne représente que 2 % des dépenses totales (OCDE, 2022).

Ce qui laisse de surcroît entendre que c'est le secteur hospitalier qui est le mieux valorisé, du moins financièrement.
Ces deux éléments permettent de s'interroger sur la manière de considérer l'enseignement des soins infirmiers, qui ne serait qu'une réponse aux enjeux du système de santé et qui viserait en priorité à former les futurs infirmiers à travailler dans les secteurs où ils seront le plus enclins à être engagés et où on aurait le plus besoin d'eux.

Dès lors, l'enseignement en PPS lors du bachelier n'est considéré que comme une mise en bouche. Ce diplôme-ci n'a peut-être d'intérêt que de démontrer les différents domaines théoriques afin d'orienter le choix de spécialité des infirmiers. D'ailleurs, cette intention est clairement identifiée sur les sites internet des hautes écoles comme un objectif d'enseignement (Haute école Léonard de Vinci, s.d. ; Haute école de la province de Namur, 2022 ; Province de Liège, s.d.).
Cette fonction d'orientation est honorable au vu de toutes les spécialités existantes dans les soins infirmiers (à titre d'exemples : gériatrie, soins d'urgence et soins intensifs, psychiatrie…), mais cela n'explique pas que l'on fasse l'impasse sur la PPS étant donné sa dimension transversale (elle peut en effet être réalisée dans tous les spécialités). Ainsi, selon les résultats de ce travail, l'apport en connaissances de la PPS reste insuffisant.
De plus, des parallèles existent entre l'apprentissage de la PPS et celui des soins infirmiers. On enseigne le diagnostic infirmier mais presque pas l'action en PPS. Par ailleurs, leur méthodologie présente des similitudes : collecte de données, analyse, élaboration d'un plan, mise en œuvre d'actions et analyse des résultats (Médecin du monde illustré par Ferron, 2021 ; infirmier pro, s.d.). Ce ciment est à la base de l'action en soin, mais ceux-là même qui la réalise s'interrogent encore lorsqu'il faut l'appliquer en PPS, alors qu'ils le font sans y penser dans les soins infirmiers.

Ainsi, la principale source d'acquisition des connaissances demeure la motivation des étudiants. Le choix de porter son attention et d'acquérir plus de connaissances en PPS prend son origine dans la convergence de valeurs, de vécu, de l'envie d'apprendre ou tout simplement d'expectatives en termes de lieu de travail. Le choix de continuer à se former et de se spécialiser dans la pratique de la PPS est donc déterminant. Cette position personnelle est d'ailleurs en cohérence avec la pratique de la PPS. Les acteurs en PPS sont « imprégnés de représentations et de valeurs qui guident explicitement ou implicitement les pratiques (…) » (Delescluse et al. , 2021) et ils font preuve d'une volonté d'« agir en accord avec des convictions, des valeurs, une certaine vision du monde et de la société » (*Ibidem*).
Le choix de se former en PPS repose peut-être tout simplement sur l'éthique.

C’est ainsi que les professionnels diplômés s’orientent vers des études et des formations complémentaires à leur bachelier. Celles-ci, souvent suivies en parallèle de leur emploi, sont données par l’employeur ou par les mêmes hautes écoles qui dispensent le bachelier.
La plus significative reste la formation en santé communautaire. Contrairement à la formation initiale en soins infirmiers, cet enseignement est bénéfique car, d’après les personnes interviewées, il parvient à solidariser cette connaissance théorique à un ancrage de la pratique de la PPS.

L’acquisition de compétences ne se limite pas uniquement à l’obtention d’un diplôme et/ou au suivi d’une formation. Le caractère interdisciplinaire du métier d’infirmier et d’acteur en PPS permet le partage et la diffusion de connaissances. Que ce soit par mimétisme ou au grès des situations vécues, l’acquisition continue au cœur de l’action. Il n’en demeure pas moins qu’on pourrait questionner la validité des informations d’un mimétisme irraisonné et dénué de théories solides.

Il découle de ce développement singulier à chacun une mobilisation des connaissances en PPS qui maintient une conformité.

Il s’agit d’une pratique de la PPS dont le bénéficiaire est unique. L’action est répétée à plusieurs moments (généralement selon la fréquence des soins) mais est rarement collective. Cela témoigne d’un bon enracinement de la PPS dans la pratique des soins infirmiers et d’un enseignement axé sur le changement de comportement individuel avec une minimisation de la dimension collective de la PPS.
De plus, les soins infirmiers représentent un moment privilégié pour réaliser de la PPS. Lors de ceux-ci, l’infirmier a accès à une kyrielle d’informations qui lui permettent de mettre en œuvre sa pratique.

Les limites de cette pratique « en vis-à-vis » viennent questionner la relation de soin entre le soignant et son patient où peut se développer une potentielle et nuisible relation de subordination. Il convient d’établir une juste distance thérapeutique qui implique d’éviter un paternalisme en éducation à la santé (vers une éducation des patients) et de faire preuve d’éthique. En outre, « (la) démarche basée sur la prescription et le conseil doit céder la place à un travail d’accompagnement, à une démarche éducative, partenariale entre le patient et les soignants » (Fournier, 2002). Cette considération, loin d’être un jugement des résultats de ce travail, doit être considérée comme un point d’attention à cette pratique largement répandue.

Bien que le travail avec la collectivité soit possible, il est souvent conditionné par l'environnement de travail.
On note la synergie produite par les structures multidisciplinaires, qui peut être facilitée par un infirmier coordinateur de PPS. L'accès aux ressources est d'ailleurs fortement corrélé à une pratique de la PPS envers la communauté. Et les ressources sont souvent héritées de la structure dans laquelle on travaille ou des personnes de son réseau.
Mais plus encore, l'inscription de la pratique de la PPS dans les objectifs de la structure permet justement une meilleure application.
Nous pouvons nommer le PSE dont la désignation parle d'elle-même. Il y a aussi les maisons médicales affiliés à la Fédération des maisons médicales qui a inscrit la PPS comme objectif dans une charte (Fédération des maison médicales, 2013).
À l'inverse, la pratique de la PPS dans une démarche collective est plus difficilement réalisable pour les infirmiers travaillant à domicile.

Un second élément qui vient influencer la pratique de la PPS est la collaboration.
Les infirmiers de première ligne ne peuvent tenir seuls le rôle d'acteur de la santé globale des individus. Dès lors, la collaboration, inter- et intra-sectorielle est nécessaire pour le respect de toutes les dimensions de la personne. Chacun a un sujet commun - la santé globale -, une méthode commune, - la PPS -, mais une sphère d'influence propre.
L'application des cinq axes de la charte d'Ottawa est un combat mené par les infirmiers dont les collègues se trouvent disséminés au sein du système de santé et de la société en général.
Le domaine de la santé est concerné par la pratique de la PPS mais c'est uniquement en atteignant l'ensemble de la société que l'on prodiguera une PPS optimale.

La collaboration du patient dans l'identification des besoins, mais aussi dans le processus de mise en œuvre de la PPS et de contrôle des actions est logiquement un aspect à renforcer.
Cette autonomie du bénéficiaire, qui rassemble les sciences infirmières et celles de la PPS, doit être davantage affirmée dans la formation en vue d'être mieux intégrée dans la pratique.
Cette notion de collaboration, au vu de son importance, pourrait être inclue dans la formation et renforcée dans la pratique et dans les efforts déployés pour valoriser la PPS.

5.2.Les limites

Concernant les limites de ce travail, on peut d'abord aborder son volet méthodologique.
La première limite concerne le nombre insuffisant d'entretiens menés : avec un tel nombre, il est impossible de parvenir à des conclusions générales.

Par ailleurs, il faut remarquer que l'échantillon manque d'hétérogénéité, étant donné que les dix personnes interviewées ont obtenu le même diplôme, ont presque toutes étudié dans la même ville et travaillent dans les mêmes type de structure.
De plus, au sujet de l'homogénéité de l'échantillon, il faut tenir compte d'un possible biais de volontariat. Pour y pallier, les infirmiers sélectionnés lors de l'abandon du critère d'inclusion ont été ciblés pour diminuer l'homogénéité.

De même, les résultats issus de la collaboration avec le projet REFORM P^2 ne sont pas tout a fait satisfaisants. En effet, les résultats de l'« analyse documentaire sur base des engagements pédagogiques des structures de formation, tels qu'ils sont affichés sur les sites web des filières de formation retenues (…) » (Fiorente, Pétré, 2023) doivent encore être travaillés. Dans un premier temps, un échantillonnage réduit des établissements d'enseignement des filières a été réalisé afin d'agrandir la recherche documentaire à tous les cours de la formation initiale (et pas uniquement ceux qui ont été sélectionnés par mot-clé) dans le but de se renseigner si d'autre cours peuvent apporter à l'apprentissage de la PPS.
Par ailleurs, toutes les informations collectées sont soumises à l'expertise des enseignants qui dispensent la formation initiale en PPS dans ces établissements d'enseignement. Des entretiens de ces formateurs, ou porteurs d'unités d'enseignement, sont entrepris à cet effet.
Ce travail de REFORM P^2 considère donc une extension, un affinage et un accroissement des données. Ces données seraient plus complètes et représentatives de l'acquisition des connaissances en PPS dans les filières d'enseignement des soins infirmier en FW-B.
À cet effet, il serait plus pertinent d'utiliser ces données complètes afin de les corroborer avec les informations reçues par les participants aux entretiens.

L'abandon du critère d'inclusion d'obtention du diplôme a permis l'ouverture à un plus large nombre de personnes éligibles pour les interviews. Néanmoins, il implique une perte de cohésion avec des connaissances plus anciennes de l'enseignement de la PPS (ex : infirmière sociale).

Il convient notamment d'évoquer certaines limites personnelles.
L'organisation des entretiens avec des personnes et leur analyse ultérieure était une grande nouveauté, ce qui explique un manque d'expertise dans leur réalisation.
Enfin, je suis un infirmier travaillant en maison médicale et il convient de prendre en considération qu'un biais de confirmation puisse exister.
La neutralité de ma position et de ma pensée quant aux infirmiers et à la première ligne a peut-être été mise en défaut inconsciemment.

5.3.Les perspectives

Une perspective intéressante serait de mener à bien cette recherche dans un cadre permettant davantage de rigueur scientifique. Les méthodes de collecte de données pourrait inclure une phase d'observation des conditions de pratique réelle de ces infirmiers. L'échantillonnage des deux recherches pourrait être plus large, mieux construit et mieux répondre aux critères d'inclusion initiaux. Les entretiens et l'analyse mériteraient une touche d'expertise dans la matière afin de récolter plus d'informations de meilleure qualité.

Certains sujets ont été effleuré mais pourraient être étudiés plus en profondeur.
Dans ce travail, l'unique critère d'exclusion concerne les infirmiers de la première ligne de soins qui répondent à une demande de soins urgents. Ainsi, ce travail part du principe que les services hospitaliers d'urgence, les SIAMU et le PIT coordonnent une réponse rapide de soins à des demandes urgentes et, à cet effet, ne peuvent pas laisser de place à une pratique de la PPS. Les infirmiers de ces services pratiquent donc très peu la PPS.
Mais cette affirmation est-elle entièrement vraie ?
Notons que selon les observations de Pardo (2009), « nombre de sujets qui viennent dans ce service ne sont présents que pour de simples consultations ». Ce constat s'impose avec l'article de Hugli, Tagliabue, Cavassini & Darling (2016) qui mentionne que « (…) la majorité des patients qui y consultent le font pour des pathologies subaiguës ou chroniques. » (Diserens, Egli, Fustinoni, 2015 cités par Hugli, Tagliabue, Cavassini & Darling, 2016)
La raison d'une visite aux urgences ne serait donc pas toujours liée à des « atteintes à la santé qui menacent la survie ou l'intégrité corporelle, ou le besoin de soins urgents » (Tagliabue, Cavassini & Darling, 2016), mais serait aussi l'occasion d'une simple rencontre entre une personne en situation de santé et un soignant accessible à tous ? Cette rencontre ne laisserait pas une possibilité d'action en termes de PPS ?

Il serait intéressant d'étudier cette perspective pour comprendre quelle est la place de la PPS dans ces services, voire s'il est légitime que les structures de la première ligne de soins assurent la PPS (Servat, Lang & Hannon, 2011).
On pourrait d'autant extrapoler ce questionnement à l'entièreté de l'hôpital et son fonctionnement afin de comprendre quelle est la place de la PPS dans un pilier de notre système de santé.

La relation entre la pratique de la PPS et les infirmiers peut faire l'objet de plusieurs facteurs confondants. Parmi ceux-ci, on a observé le rôle de la structure et la place de la PPS.
En général, comment l'ancrage de la PPS dans l'institution influence-t-elle la pratique de celle-ci ?
Un autre élément pourrait nourrir une réflexion intéressante, à savoir le constat que le métier d'infirmier implique de plus en plus une pratique indépendante et une réflexion autonome. Mais ces deux acquis ne sont pas dévolus dans toutes les structures. Un questionnement permettrait-il d'établir une relation entre l'autonomie dans son métier d'infirmier et la pratique de la PPS ?

6. Conclusion

En conclusion, le développement et la mobilisation des connaissances en PPS, d'après les infirmiers interrogés, serait un fait personnel.
En effet, on constate que chaque personne pratique une facette de la PPS, que chacun a sa vision de la PPS, que chacun a des sources d'acquisition différentes et que les structures qui emploient les infirmiers permettent un pratique différente.
Le besoin principal en PPS, que ce soit pour le développement et la mobilisation des connaissances en PPS, est l'uniformité.
Comme pour l'apprentissage des soins infirmiers, un référentiel commun et complet de la PPS doit être enseigné.
Un support logistique et humain à la pratique doit être universalisé dans les milieux de soins et d'aide rassemblant les outils et partenaires nécessaires à la bonne pratique.
Enfin, la pratique de la PPS doit être assurée à l'aide d'une communication fluide, un élément central de la coopération de toutes les parties prenantes de ces projets.
Une PPS ainsi mieux acquise et mieux intégrée ne peut que permettre un renforcement de la santé publique

7. Bibliographie

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, France.

Association des centres de coordination des soins et de service à domicile (2019). Retrouvé sur le site : http://www.federation-accoord.be/

Aromatario, O. (2004). Infirmière de santé publique : une approche différente de l'homme et de sa santé. *Santé Publique*, 16, 353-356. https://doi.org/10.3917/spub.042.0353

Aujoulat, I. (2020). *Promotion de la santé I.* WFSP2109. Place de la promotion de la santé (PS) dans la santé publique, historique, objets, valeurs de la PS. Syllabus. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, Diffusion Universitaire CIACO

Aujoulat, I. (2021). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. WFSP2106. Syllabus, Université catholique de Louvain, Diffusion Universitaire CIACO

Aujoulat, I., & Sandrin, B. (2019). Et si on pensait l'éducation thérapeutique dans une logique de promotion de la santé… ? *Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique - Journal Santé Éducation*, pp50-56.

AVIQ. (2017). *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie Horizon 2030*. https://www.aviq.be/sites/default/files/2021-10/Plan%20Horizon%2030%20partie%201-FICH.pdf

Be.Hive (2020). *Un livre blanc de la première ligne francophone*. Bruxelles, février.

BMJ Journals (2023). *Evidence Based Nursing*. Retrouvé sur le site : https://ebn.bmj.com/

Bourquin, S. (2023). *Des mesures stratégiques contre la pénurie infirmière : l'exemple de la Belgique*. INFOS ET ACTUALITES. 3 mars. Retrouvé sur le site : https://www.infirmiers.com/profession-ide/international/des-mesures-strategiques-contre-la-penurie-infirmiere-lexemple-de-la-belgique

Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, William. (2017). *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2e Edition). Presse de l'EHESP.

BRUSANO (2023). Retrouvé sur le site : https://www.brusano.brussels/

Calbéra, J.-B. (2003). *La profession infirmière : L'historique et le mythe*. VST - Vie sociale et traitements, 79(3), 55. https://doi.org/10.3917/vst.079.0055

Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). *Prévention et promotion de la santé : De quoi parle-t-on ?* Actualité et dossier en santé publique, juin 2018 (103), pp 9-11.

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). *Le Modèle humaniste des soins infirmiers* -UdeM : Perspective novatrice et pragmatique: Recherche en soins infirmiers, N° 125(2), 20-31. https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020

Cartron, E., Lecordier, D., Eyland, I., Mottaz, A.-M., & Jovic, L. (2020). Les sciences infirmières : Savoir, enseignement et soin: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 140*(1), 77-96. https://doi.org/10.3917/rsi.140.0077

Charlin, B. , Bordage, G. & Van der Vleuten C. (2003). *L'évaluation du raisonnement clinique*. Pédagogie Médicale. Février ; 4 : 42-52.

Colin, C., & Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : Une contribution essentielle et… méconnue: *Santé Publique*, *Vol. 16*(2), 263-272. https://doi.org/10.3917/spub.042.0263

Colin, C., Gendron, S., Gérauld-Pointel, G., & Deschamps, J.-P. (2004). Infirmières et santé publique… …infirmières de santé publique. *Santé Publique*, *16*(2), 181. https://doi.org/10.3917/spub.042.0181

Comité régional du Pacifique occidental, 053. (2002). *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé*. Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. https://apps.who.int/iris/handle/10665/248760

Commission Communautaire Commune (2019). *Ordonnance relative à la politique de première ligne de soins*, p 38448. https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/ordonnance/2019/04/04/2019011779/justel#LNK0002

Commission Communautaire Commune (s.d.). Retrouvé sur le site : https://www.ccc-ggc.brussels/fr

Commission Communautaire française (2020). Retrouvé sur le site : https://ccf.brussels/

Commission communautaire française. (2022). *Plan bruxellois de promotion de la santé 2023*. Éditeur reponsable : Bernadette Lambrechts, Administratrice générale du Service Public Francophone Bruxellois. https://ccf.brussels/download/plan-promotion-sante-2023/?wpdmdl=24189&refresh=643baf7cd26d81681633148

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (2015). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux*. Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 1 er avril. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19103245_fr.pdf

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2016). *Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux* (Avis CFAI/2016/1VIS-01; p. 14). Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaine alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016.01._avis_cfai_sur_profil_apres_demande_ministre_signe.pdf

Consortium infirmier Inficonsor asbl (s.d.). Retrouvé sur le site : http://inficonsor.be/

Côté, S. & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 13-21. https://doi.org/10.3917/rsi.111.0013

Da Silva Bastos Cerullo, j., De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz, D. (2010). *Clinical reasoning and critical thinking*. Revista Latino-Americana De Enfermagem [serial online]. January ; 18(1) : 124-129.

Dallaire, C. (2013). *2.5. Entre sens politique des infirmières et réceptivité de la société, quelles voies sont à envisager ?* . Dans : Véronique Chagnon éd., Prendre soin: Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives (pp. 121-131). Paris: Hermann. https://doi.org/10.3917/herm.chagn.2013.01.0121

Dallaire, C., & Jovic, L. (2021). Distinguer savoir et connaissances: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 144*(1), 7-9. https://doi.org/10.3917/rsi.144.0007

Debout, C. (2008). *Sciences des soins infirmiers : Réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline.* Recherche en soins infirmiers, *N° 93*(2), 72. https://doi.org/10.3917/rsi.093.0072

Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier infirmier responsable de soins généraux, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur, (2008). *Moniteur Belge, 10 septembre*.

Décret relatif au quatrième degré de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire, section soins infirmiers, (2017). *Moniteur Belge, 23 juin.*

Delescluse T., Ferron C., Lambert H., Doumont D., Aujoulat I. Agir en promotion de la santé dans une perspective éthique, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 6 p.

Dumont, J. & Stitou, M. (2019). Chapitre 8. Les spécificités infirmières. Dans : Jacques Dumont éd., *Entretien motivationnel en soins infirmiers: En 48 notions* (pp. 75-85). Paris: Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.dumon.2019.01.0075

DUNE asbl (s.d.). Retrouvé sur le site : https://dune-asbl.be/

Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing* (3e éd.). F A Davis Co.

Febi (2017). *Brevet.* Retrouvé sur le site : https://www.devenirinfirmier.be/se-former/brevet

FeBi (2021). *Se former | Devenir infirmier·ère*. Retrouvé à l'adresse : https://www.devenirinfirmier.be/se-former

Fédération des maisons médicales. (2011). *Les métiers de demain de la première ligne de soins*. Étude réalisée par la Fédération des maisons médicales en 2011 à la demande du Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement Federale Overheidsdienst –Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Fédération des maison médicales, (2013). *Mouvement des maisons médicales : la charte des Maison médicales*. Date de création : 2006, édition 2013. Retrouvé sur le site :

https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2022/08/charte_des_maisons_medicales.pdf

Ferron, C. La promotion de la santé, in : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

Filion, N. (2014). Belgique. *Recherche en soins infirmiers*, 119, 41-43. https://doi.org/10.3917/rsi.119.0041

Fiorente M., Malengreaux S., avec la collaboration de Aujoulat I., Fonteyne G. & Pétré B. (2022) REFORM P² - Rapport Intermédiaire. Woluwé-St-Lambert. Non publié. 21 décembre

Fiorente M., Pétré B (2022). REFORM P² - Protocole de recherche détaillé – cercle de formation initiale. Woluwé-St-Lambert. Non publié.

Fiorente M., Pétré B., avec la collaboration de Aujoulat I., Dernier G., Dumont D., Fonteyne G., Malengreaux S. & Tumukunde B. (2023) REFORM P² - Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PPS aux futur.es professionnel.les de la 1ère ligne de soins en FWB ». Février 2023. Woluwé- St-Lambert. Non publié.

Fondation Roi Baudouin. (2021). *Appel à candidatures pour un projet de recherche 2021 Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?*. https://www.kbs-frb.be/fr/fonds-van-mulders-moonens-mieux-ancrer-la-prevention-et-la-promotion-de-la-sante-dans-la-formation

Fondation Roi Baudouin. (s.d.). *Une fondation d'utilité publique indépendante et pluraliste*. Nous connaître. https://kbs-frb.be/fr/nous-connaitre

Fournier, C. (2002). L'éducation du patient. *Laennec*, 50, 15-24. https://doi.org/10.3917/lae.021.0015

Girard, F., & Cara, C. (s.d.). Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. *Faculté des sciences infirmières*. https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Depliant-Modele_humaniste.pdf

Guilbert, J.-J. (2001). L'ensorcelante ambiguïté de« savoir, savoir-être et savoir-faire ». *Pédagogie Médicale*, *2*(1), 23-25. https://doi.org/10.1051/pmed:2001009

Hardy, A.-F., Eneau, J., & Nagels, M. (2014). Développement professionnel infirmier en promotion de la santé: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 118*(3), 75-84. https://doi.org/10.3917/rsi.118.0075

Haute Autorité de la Santé. (s.d.). *Présentation générale—Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

Haute école de la province de Namur, (2022). *Bachelier Infirmier responsable de soins généraux*. Les perspectives de formations continue. Retrouvé sur le site : https://hepn.be/nos-cursus/departement-sciences-sante-publique-motricite/bachelier-infirmier-responsable-soins-generaux

Haute école Léonard de Vinci, (s, d.). *Infirmier responsable de soins généraux*. 6. Et après ? . Retrouvé sur le site : https://www.vinci.be/fr/formations/infirmier-responsable-de-soins-generaux

Haute École Louvain en Hainaut (2017-2018). *Profil d'enseignement Bachelier Infirmier Responsable de soins généraux.* Bloc 1 et Bloc 2 Année académique 2017 - 2018. Catégorie Paramédicale Département Gilly - Département Jolimont - Département Tournai/Mouscron. https://www.helha.be/ects/PA/I5/PAI5PED.pdf

Haute École Namur-Liège-Luxembourg (2012-2013). *Référentiel de compétences.* Bachelière et bachelier en soins infirmiers. Catégorie paramédicale Sainte-Elisabeth. Année académique 2012-2013. https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/149083/1/RCi-BSI.pdf

Haute École Namuroise Catholique (2006). *Projet CRESI.be, Référentiel européen de compétences en soins infirmiers* (B/06/B/F/PP-144.008). https://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/6_CRESI_Belgique.pdf

Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers*. Elsevier Masson.

Hugli, O., Tagliabue, L., Cavassini, M., Darling, K. (2016). Médecine d'urgence et prévention : une antinomie ? Réflexion à partir du dépistage VIH, *Rev Med Suisse*, 2, no. 526, 1331–1335.

Infirmier de Rue (2023). Retrouvé sur le site : https://www.infirmiersderue.be/fr

Infirmier pro, (s.d.). *Le Diagnostic Infirmier*. Le Diagnostic Infirmier, types, étapes, exemples. Retrouvé sur le site : https://infirmierpro.com/le-diagnostic-infirmier/

Institut national d'assurance maladie invalidité-Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Sciensano, Service Public Fédéral Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et développement (2022). *Les infirmiers*. SECTEUR D'ACTIVITÉ DES INFIRMIERS ACTIFS DANS LES SOINS DE SANTÉ EN 2018. [Diagramme circulaire]. 7 octobre. Retrouvé sur le site : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers#:~:text=Parmi%20ces%20professionnels%20en%20droit,et%2015%20%25%20sont%20d%C3%A9j%C3%A0%20retrait%C3%A9s.

Jeanguiot, N. (2009). De la recherche... aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 98, 85-97. https://doi.org/10.3917/rsi.098.0085

La première ligne de soins wallonne (s.d.). Retrouvé sur le site : https://www.pplw.be/

Lallement, M. (2016). Max Weber (1864-1920): Une méthode compréhensive. Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences Humaines* (pp. 39-43). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. https://doi.org/10.3917/sh.journ.2016.01.0039

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.

Larouche, C. (2015). Le rôle des infirmières en première ligne Comment partager efficacement les responsabilités ? – II. *Le Médecin du Québec*, *50*(5), 75-78. Vol 50.

Larousse (s. d.). *Sciences nom féminin pluriel*. Retrouvé sur le site : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sciences/71467

Laurent, R.-M. (2013). Les combats des infirmiers en regard de leur histoire. *Santé conjuguée*, *64*, 5.

Lechien & Gadisseux (2023). *Soins infirmiers : "On nous demande de faire fonctionner le système de santé avec des emplâtres et des rustines"*. Article récupéré sur le site de la Radio Télévision Belge Francophone. https://www.rtbf.be/article/soins-infirmiers-on-nous-demande-de-faire-fonctionner-le-systeme-de-sante-avec-des-emplatres-et-des-rustines-11145168

Lessard, J. (s. d.). Promotion de la santé : À nous de jouer. *Santé Publique*, *13*(2), 32.

Loïc Martin. (2019). *Le raisonnement clinique infirmier*. Elsevier Masson.

Longtin, M., Richard, L., & Bisaillon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 87*(4), 4-15. https://doi.org/10.3917/rsi.087.0004

Lothaire, T. (2013). *Un siècle d'histoire, un siècle de soins infirmiers 1914-2014.* « Évolution de l'enseignement infirmier ». Congrès annuel de la FNIB. CHU André Vésale, Auditoire De Cooman, Charleroi. le 24 octobre. [Powerpoint]. Retrouvé sur le site :

https://fnib.be/wp-content/uploads/congres2013-Evolution-enseignement-infirmiers-Thierry-Lothaire.pdf

Médecins du Monde, (2017). *Planification de projets de santé*. Promotion de la santé et action humanitaire. MdM. 194p.

Messmer-Al Abed, N. (2011). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 106*(3), 120-129. https://doi.org/10.3917/rsi.106.0120

Microsoft (2023). Découvrez ce qu'il se passe dans Microsoft 365. Retrouvé sur le site : https://www.microsoft.com/fr-be/microsoft-365

Miguel Lardennois. (2006). Une infirmière en première ligne… pour quoi faire ? *Santé conjuguée*, *37*.

Missi, P. M., Dallaire, C., & Giguère, J.-F. (2018). Science et science infirmière : Quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ?. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 134*(3), 6-15. https://doi.org/10.3917/rsi.134.0006

Moniteur Belge (1970). *Loi relative à la structure générale de l'enseignement supérieur*. 12 septembre.

Moniteur Belge (2002). *Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.* 7 octobre.

Moniteur Belge (2002). *Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé*. 10 mai.

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2022). *Belgique. Profils de santé par pays 2021.* Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/17c34ec7-fr.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2014) *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2013-2014.* Le Québec et ses régions. Montréal: l'Ordre; 2014. Image

Office de la Naissance et de l'Enfance (s.d.). Retrouvé sur le site : https://www.one.be/public/

Organisation Mondiale de la Santé (2023). *Déclaration d'Alma-Ata*. Europe. Retrouvé sur le site : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf

Organisation mondiale de la santé (2021). *Soins de santé primaires*. 1 avril, retrouvé sur le site de l'OMS : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=Les%20soins%20de%20sant%C3%A9%20primaires%20garantissent%20que%20les%20personnes%20re%C3%A7oivent,possible%20de%20leur%20environnement%20quotidien

Organisme Mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331674/9789240003354-fre.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé* (Glossaire WHO/HPR/HEP/98.1; p. 36). World Organization of Health. Retrouvé sur le site : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=4E04576AD48A0592AC01C6A19F7EAC6B?sequence=1

Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 5p. Retrouvé sur le site : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231

Pardo, É. (2009). La clinique du sujet au sein des services d'urgence générale. *Recherches en psychanalyse*, 7, 120-130. https://doi.org/10.3917/rep.007.0120

Pascal, A., & Frécon-Valentin, E. (2022). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats—Classifications infirmières et plans de soins*. Elsevier Masson.

Poitras, M.-È., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A., & Gallagher, F. (2016). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : Une revue systématique de la littérature: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 126*(3), 24-37. https://doi.org/10.3917/rsi.126.0024

Pommier, J., & Deschamps, J.-P. (2004). Les infirmières et la santé publique : Évolution des missions et des formations: *Santé Publique*, *Vol. 16*(2), 197-206. https://doi.org/10.3917/spub.042.0197

Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021

Province de Liège, (s.d.). *Bachelier - Infirmier responsable de soins généraux: la formation*. Haute école de la province de Liège. Retrouvé sur le site : https://www.provincedeliege.be/fr/art406

Psiuk, T. (2010). Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. La revue de référence infirmière. SOINS. Février 2010 ; 12 : 1-20.

Roberton, G. (2006). Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 87*(4), 25-56. https://doi.org/10.3917/rsi.087.0025

RESO (s.d.). REFORM P^2. *Recherche sur l'Enseignement et la FORMation en Promotion de la santé et Prévention (REFORM P^2)*. Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·les. Retrouvé sur le site de l'Université Catholique de Louvain à l'adresse : https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante.html

Saint-Pierre, L., Richard, L. (2006). *Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes*. Dans O'Neill, M. et autres (dir.), Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques, Les Presses de l'Université Laval.

Servat, M., Lang, T. & Hannon, V. (2011). La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un chu ?. Dans : Bernard Cherubini éd., *Agir pour la promotion de la santé: Une politique ouverte à l'innovation ?* (pp. 171-182). Toulouse: Érès. https://doi.org/10.3917/eres.cheru.2011.01.0171

Service d'Information sur les Études & les Professions (s.d.). *Comment avoir accès aux études d'infirmier ·ère sans le CESS ?* [Image] https://blog.siep.be/2016/11/devenir-infirmierere-quelle-formation-choisir/

Service d'Information sur les Études et les Professions (2019*). Infirmier·ère spécialisé·e en santé communautaire.* Sous-fiche de Infirmier·ère en soins généraux. Retrouvé sur le site : https://metiers.siep.be/metier/infirmier-infirmiere-sante-communautaire/

Service d'Information sur les Etudes & les Professions. (s. d.). *Devenir infirmier : Quelle formation choisir ? - Le blog du SIEP*. Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse https://blog.siep.be/2016/11/devenir-infirmierere-quelle-formation-choisir/

Service Public Fédéral Belge (2022). *Les compétences des communautés.* Retrouvé sur https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes/competences

Thunus, S. (2022). *Introduction aux théories des organisations*. WESP1007. Récupéré sur le site de l'Université Catholique de Louvain.: https://moodle.uclouvain.be/

Trompette, J. (2017). *Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : Exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain* [Thèse, Université de Lorraine]. https://theses.hal.science/tel-01835058/document

Union générale des infirmiers de Belgique (2020). Retrouvé sur le site : https://auvb-ugib-akvb.be/fr/home-2/

Vade-mecum. Conseils et exigences académiques pour la réalisation d'un mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique. (2022) UCLouvain- Faculté de Santé Publique. Cours d'accompagnement du mémoire WFSP2298. Récupéré sur le site de l'Université Catholique de Louvain à l'adresse https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1778

Virginia Henderson. (1994). *La nature des Soins Infirmiers*. Interéd.

Wallonie familles santé handicap, AVIQ (s.d.). Retrouvé sur le site : https://www.aviq.be/fr

World Organization of Health. (s. d.). *Constitution*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse : https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

Wuillaume, Katlyne ; Hennebert, Alyssa. *Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?.* Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Aujoulat, Isabelle ; Malengreaux, Ségolène. http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:36466

8. Annexes

8.1. Annexen°1 : Liste des structures d'enseignement de soins infirmiers en FW-B prises en considération dans le projet collaboratif REFORM P²

➢ Bachelier en pleine exercice

- Haute Ecole Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine
- Haute Ecole Léonard de Vinci - Campus Louvain-la-Neuve + campus Woluwé
- Haute Ecole Francisco Ferrer - Eveline Anspach - Campus Brugmann
- Haute Ecole Galilée – ISSIG
- Haute Ecole Concordet, Province de Namur ; Campus : Charleroi, Mons et Tournai
- Haute Ecole de la Province de Liège André Vésale : Campus Huy, Liège, Verviers
- Haute Ecole Libre de Mosane
- Haute Ecole Robert Schuman – Campus de Libramont
- Haute Ecole de la Province de Namur (HEPN)
- Haute Ecole de Namur Liège Luxembourg

➢ Bachelier en promotion sociale

- Institut provincial supérieur Henri la Fontaine Mons-Borinage
- Institut provincial Lise Thiry – Charleroi
- Institut provincial d'enseignement de promotion sociale - IPEPS Liège

➢ Brevet en pleine exercice

- Institut Dominique Pire - Implantation « Val Duchesse » et « De Lenglentier »
- Institut Reine Fabiola – Campus Erasme
- École Ave Maria - Site de Saint-Servais et site de Mons
- Institut d'enseignement secondaire paramédical provincial - Nursing de Mons
- IESPP - Institut provincial paramédical Tournai
- Institut d'Enseignement Supérieur Catholique (IESCA) - Campus St Philippe , St Thérèse et Ste Waudru
- Institut des techniques hospitalières (I.T.E.H.O)- Jeanne d'Arc - site de Mouscron et de Tournai
- Institut Provincial d'Enseignement Secondaire Paramédical - LA SAMARITAINE
- Institut Provincial de Nursing du Centre - La Louvière
- Institut Technique Paramédical – Vésalius
- Institut Provincial d'Enseignement Secondaire Paramédical de Huy, Liège et Verviers.
- S2J Institut Saint Joseph – Sainte Julienne
- Institut technique de la Communauté française Centre Ardenne
- ECNAS Sainte-Elisabeth – Namur
- École Provinciale de Soins Infirmiers (EPSI) - Namur

➢ Brevet en promotion sociale

- Écoles Soralia Liège Verviers Waremme

8.2.Annexe n°2 : Guide d'entretien

➢ Légende

o = informations données au répondant.
• = question posée au répondant.
- = relance possible.
⇒ = reformulation possible d'une question.
=> = reformulation possible d'une relance.

➢ Introduction

o Présentation personnel, académique, professionnel de soi-même.
o Brève présentation de Reform2 + présentation du mémoire.
o Présentation des objectifs de l'entretien :
1) La pratique de la PPS dans la fonction
2) L'apprentissage de la PPS
3) Besoin perçu en terme de formation en PPS
o Durée estimé : environs 30 min.
o Garantie de l'anonymat.

• Êtes-vous toujours d'accord que j'enregistre l'entretien ?

➢ Contenu

1. Général

• Quel âge avez-vous ?

• Où avez-vous fait vos études de soins infirmiers ?
- Depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme ?

• Quel est votre métier actuel ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

• Pouvez-vous me parler de votre institution / travail indépendant ?
- Dans quelle région travaillez-vous ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous là ?

• Pouvez-vous me décrire votre rôle dans cette institution ?
- Pouvez-vous me donner des exemples de tâches que vous effectuez ?

2. Pratique de la PPS

• Comment pratiquez-vous la PPS dans votre métier d'infirmier ?
⇒ Quels sont les tâches de votre métier qui sont du ressort de la PPS ?

- Qu'en est-il de la P ?
- Qu'en est-il de la PS ?

- Comment votre institution met en avant la PPS ?
=> Existe-t-il un pôle identifié par votre institution comme PPS ?

3. Formation en PPS

- Comment avez-vous appris ce que vous effectuez en PPS ?

⇒ D'où savez-vous les connaissances et la pratique en PPS ?

- Avez-vous appris ces connaissances en travaillant ou dans votre formation en SI ?

- Quel est la part de votre formation dans l'apprentissage de ces connaissances ?
- Quel est la part de votre parcours professionnel dans l'apprentissage de ces connaissances ?
- Avez-vous eu des formations, dans votre métier, en lien avec la PPS ?

4. Besoin perçu en terme de formation en PPS

- Qu'auriez-vous voulu savoir pour faire de la PPS après vôtre diplôme ?

- A quelle point vous sentiez préparé.e à faire de la PPS après l'obtention de vôtre diplôme ?

- Que saviez-vous de la PPS après votre diplôme ?

- Quelle vous manquait-il pour faire de la PPS après votre diplôme ?

5. Conclusion

- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

- Remerciement pour temps consacré et de la disponibilité.
- Explication de la suite : retranscription, autres entretiens, analyse, rédaction des résultats.
- Expliquer que je reste à disposition pour toutes informations complémentaires et donner les modalités de contact.
- Remercier à nouveau.

8.3.Annexe n°3 : Lettre aux fédérations

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je m'appelle **Gabriel Dernier**, je suis infirmier dans une maison médicale bruxelloise et étudiant en master en Santé Publique à L'Université Catholique de Louvain à Bruxelles.

J'effectue un mémoire qui porte le titre suivant :
« **Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ?** ».

Ce travail est supervisé par mes promotrices.teurs **Pr Aujoulat** (Université Catholique de Louvain /IRSS-RESO) et **Pr Pétré** (Département des Sc. De la Santé publique, ULiège).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je contribue à la recherche **REFORM P²**, financée par le Fonds Van Mulders-Moonens (Fondation Roi Baudouin), qui porte sur *l'enseignement et la formation en promotion de la santé et prévention auprès des professionnel.les de la 1ère ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles.*
Vous trouverez une description plus détaillée du projet en cliquant sur ce lien :
https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante.html

Dans le cadre de ce travail de recherche, je vise à mieux **comprendre l'apprentissage et la mise en pratique des connaissances infirmières en promotion de la santé et en prévention**.

Dans cet objectif, je souhaite mener des **entretiens** et je suis à la recherche **d'infirmier.ère,** répondant aux critères suivants :

- Être infirmier.ère exerçant en Fédération Wallonie-Bruxelles
- Travailler dans la 1ère ligne de soins depuis au moins 1 an,
- Avoir obtenu son diplôme depuis moins de 5 ans.

Les **modalités pratiques de l'entretien** sont les suivantes :

- Entretien individuel
- Environ 30 minutes / entretien
- En vidéoconférence ou en présentiel (avec déplacement de ma part)
- Dans le courant des mois avril-mai
- Une confidentialité des échanges garantie

Pourriez-vous, en tant que fédérateur de prestataires de l'art infirmier, relayer cette invitation à participer à un entretien de recherche ?

En vous remerciant en avance de l'attention que vous voudriez bien porter à ma demande, je vous prie d'accepter mes salutations distinguées.

Cordialement,

8.4.Annexe n°4 : Lettre aux écoles

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je m'appelle **Gabriel Dernier**, je suis infirmier dans une maison médicale bruxelloise et étudiant en master en Santé Publique à L'Université Catholique de Louvain à Bruxelles.

J'effectue un mémoire qui porte le titre suivant :
« **Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ?** ».

Ce travail est supervisé par mes promotrices.teurs **Pr Aujoulat** (Université Catholique de Louvain /IRSS-RESO) et **Pr Pétré** (Département des Sc. De la Santé publique, ULiège).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je contribue à la recherche **REFORM P²**, financée par le Fonds Van Mulders-Moonens (Fondation Roi Baudouin), qui porte sur *l'enseignement et la formation en promotion de la santé et prévention auprès des professionnel.les de la 1ère ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles.*
Vous trouverez une description plus détaillée du projet en cliquant sur ce lien :
https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante.html

Dans le cadre de ce travail de recherche, je vise à mieux **comprendre l'apprentissage et la mise en pratique des connaissances infirmières en promotion de la santé et en prévention**.

Dans cet objectif, je souhaite mener des **entretiens** et je suis à la recherche **d'infirmier.ère,** répondant aux critères suivants :

- Être infirmier.ère exerçant en Fédération Wallonie-Bruxelles
- Travailler dans la 1ère ligne de soins depuis au moins 1 an,
- Avoir obtenu son diplôme depuis moins de 5 ans.

Les **modalités pratiques de l'entretien** sont les suivantes :

- Entretien individuel
- Environ 30 minutes / entretien
- En vidéoconférence ou en présentiel (avec déplacement de ma part)
- Dans le courant des mois avril-mai
- Une confidentialité des échanges garantie

Je souhaiterais, en vous contactant, m'appuyer sur **votre réseau des Alumnis** afin de diffuser mon message.
Pourriez-vous, en tant que formateur de prestataires de l'art infirmier, relayer cette invitation à participer à un entretien de recherche ?

En vous remerciant par avance de l'attention que vous voudriez bien porter à ma demande, je vous prie d'accepter mes salutations distinguées.

Cordialement,

8.5.Annexe n°5 : Lettre aux infirmiers

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je m'appelle **Gabriel Dernier**, je suis infirmier dans une maison médicale bruxelloise et étudiant en master en Santé Publique à L'Université Catholique de Louvain à Bruxelles.

J'effectue un mémoire qui porte le titre suivant :
« **Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ?** ».

Ce travail est supervisé par mes promotrices.teurs **Pr Aujoulat** (Université Catholique de Louvain /IRSS-RESO) et **Pr Pétré** (Département des Sc. De la Santé publique, ULiège).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je contribue à la recherche **REFORM P²**, financée par le Fonds Van Mulders-Moonens (Fondation Roi Baudouin), qui porte sur *l'enseignement et la formation en promotion de la santé et prévention auprès des professionnel.les de la 1ère ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles.*
Vous trouverez une description plus détaillée du projet en cliquant sur ce lien :
https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante.html

Dans le cadre de ce travail de recherche, je vise à mieux **comprendre l'apprentissage et la mise en pratique des connaissances infirmières en promotion de la santé et en prévention**.

Dans cet objectif, je souhaite mener des **entretiens** et je suis à la recherche **d'infirmier.ère,** répondant aux critères suivants :

- Être infirmier.ère exerçant en Fédération Wallonie-Bruxelles
- Travailler dans la 1ère ligne de soins depuis au moins 1 an,
- Avoir obtenu son diplôme depuis moins de 5 ans.

Les **modalités pratiques de l'entretien** sont les suivantes :

- Entretien individuel
- Environ 30 minutes / entretien
- En vidéoconférence ou en présentiel (avec déplacement de ma part)
- Dans le courant des mois avril-mai
- Une confidentialité des échanges garantie

Si vous souhaitez participer à l'entretien, pourriez-vous me communiquer vos disponibilités (jour et créneau horaire) ?

En vous remerciant par avance de l'attention que vous voudriez bien porter à ma demande, je vous prie d'accepter mes salutations distinguées.

Cordialement,

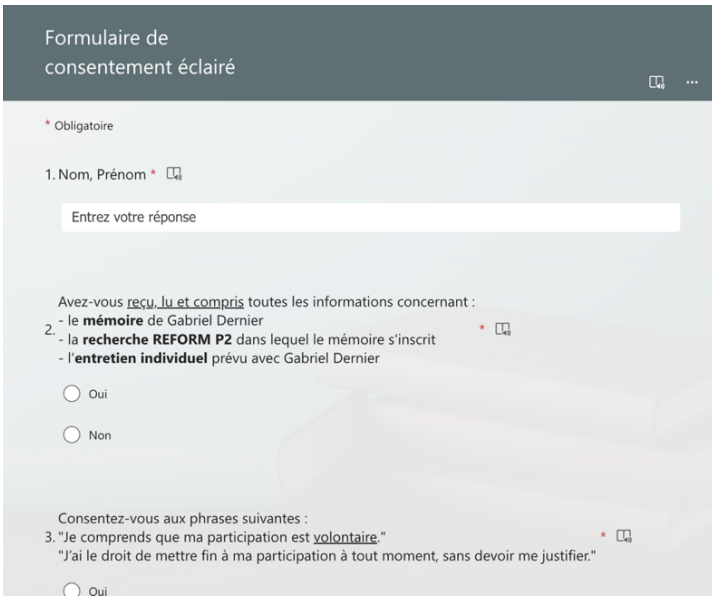
8.6.Annexe n°6 : Formulaire de consentement

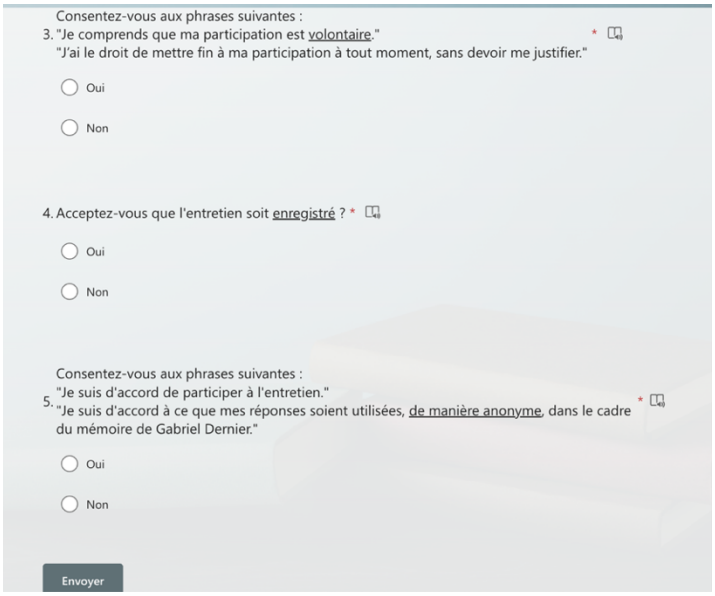
- Raccourci url :

https://forms.office.com/e/raFK0dg78z

- Raccourci QR code :

- Captures d'écran issues du Google Form (Microsoft 365 ®) :





8.7. Annexe n°7 : Introduction avec informations données aux répondants

- Présentation personnelle, académique et professionnelle

- Je suis Gabriel, infirmier à la Maison Médicale XXX, j'ai une 30aine années.
  J'ai fait d'autres études auparavant mon diplôme d'infirmier (Sciences sociales et communication sociale).

- J'ai fait mes études à la HELB à Bxls > 1 an en intérim > 4 ans à hôpital XXX en chirurgie polyvalente > Infirmier à la MM XXX depuis 1 an et demi

- J'ai entamé le master en santé publique à l'UCLouvain il y a 2 ans (bientôt 3) et il ne me reste que le mémoire cette année.

- Présentation de REFORM P^2

- J'ai collaboré dans un premier temps dans une recherche collaborative nommée REFORM P^2.
- Cette recherche a été commandée et qui est financée par la FRB[1].

- Collaborative : ULB, ULg, HELB, UClouvain, Haute École Léonard de Vinci, HENaLux

- Objectif final : « Co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnels de la première ligne de soins. »[2]

- Plusieurs étapes de projet et plusieurs cercles de responsabilité.

- Ce que j'ai fait : cercle formation initial > « cadastre » de l'enseignement en FW-B en soins infis qui a trait à la PPS

- Ce qu'ils vont faire : suite avec entretien, analyse

- Présentation du mémoire

- Titre : « Comment sont développées et mobilisées les connaissances en Prévention et en Promotion de la santé par les infirmiers de la première ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles ? »

- Objectifs spécifiques aux entretiens : comprendre l'apprentissage et la mise en pratique des connaissances infirmières en promotion et prévention de la santé

8.8.Annexe n°8 : Tableaux récapitulatifs des données quantitatif de la recherche de répondant

Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°1 :

Date d'envoi (en 2023)	Destination	Nombre d'envois	Modalité de contact	Nombre de réponses	Participants issus de cette recherche
18/04	L'AVIQ, la COCOF, la COCOM, « La première ligne wallonne a.s.b.l. », les membres du consortium infirmier «Inficonsor a.s.b.l. », l'Association des centres de coordination des soins et de service à domicile, le service de coordination et d'appui à la première ligne de soins « Brusano », L'Union générale des infirmiers de Belgique, Centre d'aides et de Soins à Domicile, Aide & Soins à Domicile.	19	e-mail	9	4

Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°2 :

Date d'envoi (en 2023)	Destination	Nombre d'envois	Modalité de contact	Nombre de réponses	Participants issus de cette recherche
30/04	Voir Annexe : Liste des structures d'enseignement de soins infirmiers en FW-B prises en considération dans le projet collaboratif REFORM P^2 sauf les écoles ci-dessous	19	e-mail	2	0
	Institut d'enseignement secondaire paramédical provincial ; Institut provincial supérieur Henri la Fontaine Mons-Borinage ; Institut provincial Lise Thiry – Charleroi ; IESPP- Institut provincial paramédical Tournai ; Institut Provincial d'Enseignement Secondaire Paramédical - La Samaritaine ; Institut Technique Paramédical – Vésalius ; Institut technique de la Communauté française Centre Ardenne	7	Formulaire de contact via le site web de la structure	0	

Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°3

Date d'envoi (en 2023)	Destination	Nombre d'envois	Modalité de contact	Nombre de réponses	Participants issus de cette recherche
12/05 13/05 16/05	Fédasil, Infirmier de Rue, Planning Familiale, Centre Psycho-Médico-Sociale	39	e-mail	9	0
19/05 20/05	Infirmiers indépendants œuvrant à domicile	14		0	

Figure : Récapitulatif des données quantitatif de la recherche de répondant n°4 :

Date d'envoi (en 2023)	Destination	Modalité de contact	Participants issus de cette recherche
12/06	Infirmier indépendant	Message + e-mail	6
16/06	Deux Infirmiers indépendants	Message + e-mail	
17/06	Infirmier en PSE	e-mail	
27/06	Infirmier indépendant	Effet boule de neige + Message + e-mail	
05/07	Infirmier en PSE	Effet boule de neige + Message + e-mail	

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**