

Faculté de santé publique

Pratique infirmière avancée :

« Quelles représentations pour les soignants ? »

Une étude qualitative

Mémoire réalisé par :

Soranno Sarah

Oberweis Nicolas

Promoteurs :

Nataly Fillion

Miguel Lardennois

Année académique 2019-2020

Master en Santé Publique

Pratique infirmière avancée : Quelles représentations pour les soignants ?

Une étude qualitative

Remerciements

Nous voudrions tout d'abord remercier notre promotrice Madame Filion Nataly et notre co-promoteur Monsieur Lardennois Miguel pour leur soutien, leur aide, leur disponibilité et leurs conseils. Cela nous a été d'une aide précieuse durant notre travail.

Nous tenons également à remercier nos époux Julien et Manon pour leur soutien tout au long de ce mémoire.

Enfin, nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de ce mémoire.

Le plagiat

Nous déclarons 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.

Table des matières

<i>I. Introduction</i>	1
<i>II. Partie théorique</i>	3
1. Soins Infirmiers en Belgique	3
1.1. Définition légale	3
1.2. Rôles ou fonctions	4
2. La pratique infirmière avancée	6
2.1. Contexte historique.....	6
2.2. Rôles de l'infirmier en pratique avancée.....	6
2.3. Compétences	7
2.3.1. La compétence centrale : pratique clinique directe.....	8
2.3.2. Les compétences de base.....	9
2.4. La pratique infirmière avancée dans le monde	13
2.5. Freins et leviers à l'implémentation	14
3. La situation en Belgique	16
3.1. Éléments de pratique avancée en Belgique : Titres et qualifications	17
4. Les représentations	17
4.1. Définition.....	17
4.2. Représentation en milieu professionnel.....	19
5. Conclusion partie théorique	20
<i>III. Partie pratique</i>	20
1. Matériel et Méthode	20
1.1. Type d'étude.....	20
1.2. Méthode de collecte des données utilisées	21
1.2.1. La revue de littérature.....	21
1.2.2. La recherche qualitative	21
1.3. Méthode d'analyse des données	25
1.4. Aspect éthique	25
2. Résultats	26
2.1. Description de l'échantillon	26
2.2. Présentation des résultats.....	27
2.2.1. Image par rapport à la pratique	27
2.2.2. Rôles et compétences	33
2.2.3. Avis sur la pratique	41
2.2.4. L'implémentation	42

2.2.5 Etat des lieux de leur pratique quotidienne.....	49
IV. Discussion.....	52
1. Discussion théorico-pratique	52
1.1. Image relative à la pratique avancée	53
1.2. Rôles et compétences	54
1.2.1. <i>Compétences</i>	54
1.2.2. <i>Rôles</i>	56
1.3. L’avis sur la pratique.....	57
1.4. Les freins et les leviers	58
1.4.1. <i>Les freins</i>	58
1.4.2. <i>Leviers</i>	60
1.5. Etat des lieux de la pratique quotidienne.....	61
2. Forces et limites de l’étude	62
3. Conclusion	63
V. Bibliographie	65
VI. Annexes.....	71

Liste des Abréviations

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CII : Conseil International des infirmières

EBP : Evidence-Based Practice

GHDC : Grand Hôpital De Charleroi

IFIC : Institut de Classification de Fonction

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

OCDE : Organisme de coopération et développement économique

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

QPP : Qualifications professionnelles particulières

SIDIIEF : Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone

TPP : Titres professionnels particuliers

I. Introduction

Actuellement, les soins de santé sont de plus en plus complexes. Comme nous le montre Morin et al (2015), le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et le coût des soins pèsent sur les systèmes de santé. Ceux-ci font face à des contraintes financières alors que les dépenses augmentent. Selon l'OCDE (2020), la Belgique ne fait pas exception et le coût des soins de santé par habitant ne cesse d'augmenter. De plus, les progrès rapides de la science ont amené à une nouvelle organisation des systèmes de santé et de la vision du rôle infirmier¹. Morin et al (2015) évoque donc le fait qu'il devient urgent de modifier les soins de santé afin de les rendre plus efficaces et surtout plus efficaces.

À l'image d'autres pays, la pratique infirmière avancée (IPA) pourrait être une solution à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins à moindres coûts. En effet, l'OCDE (2016) déclare que si l'infirmier en pratique avancée est correctement formé, il peut prodiguer des soins de qualité comparables à ceux d'un médecin généraliste. De plus, d'après David et al. (2015), sa présence est associée à un taux de réadmission moins élevé dans certains services de courtes durées comme les soins intensifs. En outre, Sánchez-Gómez et al. (2019) ont démontré que l'infirmier de pratique avancée pouvait améliorer la qualité de vie, l'autonomisation ainsi que la satisfaction du patient et de ses proches. Enfin, à l'heure où les durées de séjours sont réduites et que les soins sont redirigés vers l'extérieur (soins et hospitalisation à domicile...), le rôle des professionnels de santé se modifie rapidement et pose un défi majeur.

D'après le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (cité dans Kérouac et al., 2011)

« Les infirmières et infirmiers représentent, sur le plan mondial, le corps professionnel le plus nombreux dans le champ sanitaire ; un tel potentiel humain, bien formé et adéquatement mobilisé, est clairement susceptible de faire évoluer positivement les systèmes de santé. À cet égard, les infirmières et infirmiers sont sensibles aux objectifs d'efficacité et d'efficience ; ils constituent des acteurs de première ligne dans les soins à la personne, à la famille ou à la communauté, agissant au point de rencontre entre les préoccupations des personnes et du politique. Toutefois, leur rôle est influencé par la vision des décideurs et les choix gouvernementaux qui en découlent. »

¹ Nous avons choisi ce terme au genre masculin pour être en cohérence avec le texte de la ministre De Block.

Parmi les nombreuses définitions de l'IPA, nous avons retenu celle du Conseil International des Infirmières (CII) (cité dans Roulin, Borrero et Iori, 2014) :

« Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée. »

Nous proposons de compléter celle-ci par celle de Hamric et ses collaborateurs (cité dans Aguilard et al, 2017) :

« La pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers. »

Il est également reconnu que l'infirmier en pratique avancée a un domaine d'expertise en particulier.

En Belgique, l'IPA n'existe pas encore de manière formelle. En février 2019, Maggie De Block, ministre fédérale de la santé, a modifié la législation sur l'exercice de la profession infirmière et a défini la pratique avancée comme suit :

« L'infirmier de pratique avancée sera un praticien qui continuera à exercer l'art infirmier comme les autres infirmiers mais qui se verra, en plus, autorisé à avoir d'autres activités dans le cadre de soins infirmiers complexes, notamment des activités réservées jusqu'à présent aux médecins, dans le but de maintenir, améliorer et rétablir l'état de santé ».

Maggie De Block, 2019.

Cette définition est assez large mais ne précise pas les activités et conditions d'exercices de la pratique infirmière avancée. Cela signifie que la Belgique doit se préparer à l'implémentation de celle-ci. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (Chan, 2015), cette pratique se heurte à l'opinion du corps médical. Au-delà, il semble surtout que le manque de compréhension du rôle, des compétences et des missions de l'IPA soit le principal obstacle à l'implémentation

d'une telle pratique comme cité par Aguilard et al. (2017) : « Le manque de clarté du rôle de l'IPA, particulièrement dans l'équipe de soins, entre IPA/infirmiers, mais aussi IPA/médecins, correspondrait à la principale source de conflit, particulièrement s'il y a confusion des rôles et des champs d'exercice ».

Nous avons trouvé intéressant d'explorer les représentations de la pratique avancée des infirmiers ayant une expertise professionnelle ainsi que celles des médecins avec qui ils collaborent. Ceci permettrait d'identifier de potentiels obstacles et leviers à l'implémentation et pourrait fournir une aide dans le processus d'établissement de cette pratique en Belgique.

Dans un premier temps, nous aborderons les concepts liés à la pratique infirmière avancée et aux représentations. Ceci nous permettra de définir un cadre théorique sur base de la littérature scientifique. Nous pourrons par après, faire le lien avec un cadre plus pratique. Ensuite, nous décrirons la conception de l'étude et ses résultats. Enfin, nous mettrons en parallèle les résultats avec les différents concepts. Nous pourrons alors discuter de leurs implications pour la pratique en Belgique.

II. Partie théorique

La pratique infirmière avancée découle des soins infirmiers eux-mêmes. Dans ce cadre, il nous paraît opportun de faire un état des lieux de la situation des soins infirmiers en Belgique de manière à situer la pratique infirmière avancée dans le contexte Belge.

1. Soins Infirmiers en Belgique

1.1. Définition légale

En Belgique, l'article 46 de la loi relative à l'exercice des professions de santé (cfr. **Annexe I**), telle que coordonnée le 10 mai 2015 précise ce qu'est l'art infirmier et à quelles conditions il peut s'exercer. En tant qu'infirmier, il est de notre devoir d'observer et d'évaluer l'état de santé du patient afin d'identifier ses problèmes en matière de soins infirmiers tant sur le plan physique, mental et/ou social. Il y est également stipulé que le praticien de l'art infirmier doit collaborer avec le médecin afin d'avoir la meilleure prise en charge du patient ainsi que de sa famille. Il doit assurer le bien-être du bénéficiaire de soins que ce soit dans l'amélioration, le maintien ou le rétablissement de l'état de santé. Le suivi du patient et de sa famille tout au long

du processus de soin, ainsi que leur accompagnement jusqu'en fin de vie fait partie intégrante des actes infirmiers. Dans ce cadre, le praticien exécute également des prestations techniques qui sont regroupées dans une liste d'actes se trouvant dans l'Arrêté Royal du 18 juin 1990.

Celui-ci les détaille en trois catégories :

Les actes B1 : Prestations techniques que l'infirmier peut effectuer en toute autonomie.

Les actes B2 : Prestations techniques sur prescription médicale.

Les actes C : Prestations techniques pouvant être confiés par un médecin.

C'est donc grâce à cette loi que notre profession est balisée, ceci en vue d'éviter tout exercice illégal de l'art infirmier.

1.2. Rôles ou fonctions

Etant donné la variété d'activités permise par la législation, les infirmiers peuvent exercer des rôles ou fonctions bien différentes. Ces rôles sont différents de la législation mais viennent la compléter. Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a écrit un profil de fonction afin de bien décrire la profession et aider le ministre de la Santé publique dans ces projets de développement ultérieurs (tel que par exemple la pratique avancée).

“Le profil est un outil pour décrire l'exercice de l'art infirmier. Les acquis d'apprentissage spécifiques à la formation infirmière, les critères d'obtention du titre « d'infirmier responsable de soins généraux » et les conditions pour la formation continue en sont le prolongement.”

CFAI (2016)

Un des rôles principaux de l'infirmier est de prodiguer des soins de qualité. Ces soins englobent le patient mais également son entourage et son contexte de vie.

La relation patient-soigné est une relation basée sur la confiance où le patient est acteur des soins.

Toujours selon le CFAI (2016), lorsque l'infirmier soigne son patient, il joue différents rôles. Il est notamment responsable du soin et du processus de soin qu'il effectue tout en organisant et coordonnant les soins. Grâce à ses compétences en communication, il collabore avec l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec le patient. La promotion de la santé fait partie intégrante de sa fonction dont la qualité des soins est le pilier.

En outre, l'article 45 b de la loi relative à l'exercice des professions de santé stipule que tout infirmier au terme de ses études :

“est au moins en mesure d'appliquer les compétences suivantes, indépendamment du fait que la formation se soit déroulée dans une université, un établissement d'enseignement supérieur de niveau reconnu comme équivalent, une école professionnelle d'infirmiers ou dans le cadre d'un programme de formation professionnelle en soins infirmiers :

i) la compétence de diagnostiquer de façon indépendante les soins infirmiers requis, sur la base des connaissances théoriques et cliniques en usage, et de planifier, d'organiser et d'administrer les soins infirmiers aux patients, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au a) i), ii) et iii), afin d'améliorer la pratique professionnelle ;

ii) la compétence de collaborer de manière efficace avec d'autres acteurs du secteur de la santé, ce qui inclut la participation à la formation pratique du personnel de santé, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au a) iv) et v) ;

iii) la compétence de responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au a) i) et ii) ;

iv) la compétence d'engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et d'appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;

v) la compétence d'apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches ;

vi) la compétence d'assurer et d'évaluer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers ;

vii) la compétence d'assurer une communication professionnelle claire et complète et de coopérer avec les membres d'autres professions du secteur de la santé ;

viii) la compétence d'analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière”.

Ces compétences pourront ultérieurement être comparées à celle de la pratique avancée que nous décrirons plus loin et sont nécessaires pour que l'infirmier assume pleinement les rôles décrits ci-dessus.

2. La pratique infirmière avancée

Dans ce chapitre, il est question de définir ce qu'est la pratique avancée. Pour faire écho aux soins infirmiers en Belgique, nous nous intéresserons à ses rôles et compétences. Nous ferons également un état des lieux de certains pays voisins.

2.1. Contexte historique

Le concept de pratique infirmière avancée a vu le jour aux États-Unis en 1940 mais existait déjà bien avant selon Tracy et O'Grady (2019). Au début, cette pratique était liée aux différentes spécialisations infirmières, comme par exemple l'anesthésie, l'infirmière sage-femme ou encore pour des soins pédiatriques. En effet, certains livres nous racontent que cela daterait même de l'avant-guerre.

« At St. Mary's Hospital in Rochester, Minnesota, Dr. William Worrall Mayo was among the first physicians in the country to recognize and formally train nurse anesthetist and office nurse. In 1889, Mayo hired Edith Granham to be his anesthetist and office nurse. »

Tracy et O'Grady, 2019, p.3

Dans les années 60, comme nous l'explique Morin (2018), les universités américaines ont commencé à développer des formations de maîtrise en soins infirmiers. Le développement des sciences infirmières répondait à l'époque aux besoins spécifiques d'une population défavorisée, ayant des maladies demandant des soins de plus en plus complexes, avec un accès limité aux soins de santé. Ces infirmiers étaient, la plupart du temps, les seuls prestataires de soins qu'un patient pouvait rencontrer étant donné la situation géographique, le manque de ressources et de main-d'œuvre. D'après Tracy et O'Grady (2019, p22): "Providing care to people in underserved areas has, by default, been assigned to nursing throughout the 20th and early 21st centuries". Il faudra attendre les années 2000 pour que la pratique commence à se dessiner dans le paysage européen.

2.2. Rôles de l'infirmier en pratique avancée

Quand on parle de pratique avancée, il existe tellement de définitions que ce terme reste flou. Un infirmier en pratique avancée peut jouer deux rôles différents comportant des champs d'autonomie également différents. Il est important d'en faire la distinction car suivant les pays où l'infirmier prodigue ses soins, il n'aura pas la même autonomie

D'après la littérature, deux grands rôles émergent : l'infirmier clinicien et l'infirmier praticien.

Selon Morin (2018), l'infirmier clinicien de pratique avancée est détenteur d'un master. Il joue un rôle important dans l'élaboration, le suivi et l'implémentation des pratiques basées sur des données probantes (itinéraire de soins, guidelines, ...). Il assure le suivi des patients nécessitant des soins complexes et joue un rôle majeur dans l'évolution et la qualité des soins mais aussi dans la sécurité de ceux-ci. Il évolue de manière autonome et prodigue des soins auprès du patient, de son entourage ainsi que de la communauté. Il est également reconnu pour son leadership et sa fonction de conseiller auprès des équipes de soins infirmiers agissant tel un agent du changement.

L'infirmier praticien est quant à lui spécialisé dans une discipline comme par exemple en oncologie, en diabétologie etc. D'après la même auteure (2018) il a des compétences spécialisées mais peut également accomplir des tâches médicales (appprises lors d'une formation complémentaire). Dès lors, il peut poser un diagnostic, faire le suivi de maladies chroniques ainsi que de l'éducation pour la santé. Il travaille de manière autonome (en fonction d'un cadre légal) et collabore étroitement avec les médecins. Cet infirmier est lui aussi détenteur d'un master.

Le grade universitaire a son importance. Celui-ci confère à l'infirmier les outils nécessaires pour collaborer efficacement avec les équipes pluridisciplinaires.

En effet, selon Morin et al. (2015) cité dans Filion, 2018) :

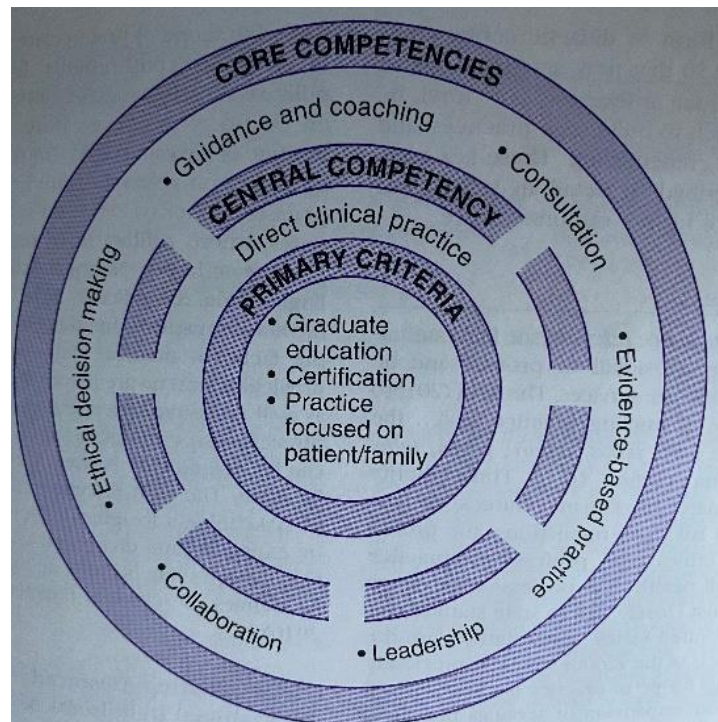
« La recherche montre en effet que les études de master permettent d'être mieux outillé pour disséminer les résultats de recherche dans la pratique, actualiser les pratiques, développer de nouvelles interventions de soins répondant aux besoins des patients et que les infirmières et infirmiers formés à ce niveau sont plus efficaces dans les activités de coordination interdisciplinaire».

2.3. Compétences

Il existe de nombreux modèles pour faire référence à cette pratique. Un d'entre eux a été créé par Hamric et al en 1996 afin de synthétiser les différents composants et critères permettant de

décrire la pratique avancée selon Tracy et O’Grady (2018). Notre choix s’est donc porté sur ce modèle car il est relativement récent et s’impose comme une référence dans de nombreux pays. De plus, d’après ce que nous pouvons lire dans Tracy et O’Grady (2018), ce modèle évolue selon les changements de pratique, la recherche et les enseignements récoltés.

Figure 1: Modèle d'Hamric et al



(Tracy et O’Grady, 2019 p,71)

Hamric et Hanson cité dans Tracy et O’Grady (2019) énoncent une série des critères de base ainsi que des compétences nécessaires au développement de la pratique avancée.

Selon Morin (2018), les critères primaires sont nécessaires pour qualifier la pratique avancée et ils ont été établis afin d’avoir une définition uniforme de la pratique dans le monde. Ils sont au nombre de trois : la formation aux études supérieures, une reconnaissance du statut ainsi qu’une pratique centrée sur la personne. Les compétences sont quant à elles au nombre de sept et dans son modèle Hamric distingue une compétence centrale et six compétences de base.

2.3.1. La compétence centrale : pratique clinique directe

Celle-ci se réfère aux soins directs prodigués au patient et à sa famille. Selon Morin (2018),

« La pratique clinique directe exige d’être en mesure d’assurer une surveillance experte des manifestations de santé et de maladie

à l'aide d'outils adaptés aux problèmes de santé physique et mentale et compatibles avec la pratique infirmière avancée. »

Morin, 2018, p38

Selon Hamric cité dans Tracy et O'Grady (2018), « les soins directs constituent la compétence centrale des infirmiers en pratique avancée. Cette compétence informe et façonne l'exécution des six autres compétences ».

2.3.2. Les compétences de base

Celles-ci sont fortement dépendantes les unes des autres. En effet, ces différentes compétences ne sont pas mutuellement exclusives, mais plutôt synergiques. Elles renforcent ainsi l'une l'autre les effets bénéfiques qui leurs sont inhérents.

➤ Consultation

Pour Hamric, « la consultation se voit comme une manière de mettre à profit d'autres spécialités telles que la psychologie, le travail social, la physiothérapie et la médecine dans le but de concevoir et enrichir une intervention infirmière complète » (cité dans Tracy et O'Grady 2018).

Selon Roy et al (2003), la consultation est une compétence qui implique un processus, une série d'étapes permettant l'amélioration d'une situation insatisfaisante ou la résolution d'un problème.

La compétence de consultation ne repose pas uniquement sur des connaissances cliniques mais fait aussi appel à la connaissance d'un processus. Celle-ci s'inscrit dans une démarche permettant l'amélioration ou la résolution d'une situation problématique sur base d'un savoir expert mettant à profit différentes spécialités. Elle a pour but d'améliorer également la qualité des soins. Pour Hamric, la consultation est une compétence à part. Mais pour Morin (2018), elle peut être regroupée avec la compétence « guidance et coaching » : « Ces compétences se manifestent par la capacité d'accompagnement dans le développement de nouveaux savoirs ou

de nouvelles compétences chez les personnes malades ou chez les soignants, ainsi que par le soutien à la prise de décisions complexes ».

➤ Guidance et coaching

Comme déjà évoqué, l’infirmier de pratique avancée œuvre pour des soins centrés sur le patient et sa famille. Ceci implique donc un partage de responsabilités et par conséquent, une prise de décision partagée. Le coaching peut se définir comme le pourvoi d’une aide favorable et non directive par une personne formée à cet effet. À ce propos, la guidance et le coaching sont des approches structurées qui peuvent être utilisées dans l’aide à la prise de décisions. (Stacey et al. 2013)

De plus, le coaching peut optimiser les résultats de santé d’une personne. L’infirmier de pratique avancée est idéalement placé pour fournir du coaching car il possède les connaissances et les compétences nécessaires pour intervenir auprès de population aux soins complexes. (Ross et al. 2018).

Morin (2018) précise que :

« La guidance et le coaching sont définis par l’expertise et la capacité d’adapter les interventions éducatives basées sur des preuves aux besoins en présences ainsi que par la capacité d’utiliser les principes d’enseignements reconnus comme probants selon la spécialité ».

Morin, 2018 p.39

➤ Evidence-based practice

Dans son rapport pour la mise en œuvre de l’evidence-based practice en Belgique, le KCE définit celle-ci comme « l’utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques récentes lors des choix concernant les soins de patients individuels ». (Driaenssens et al, 2017)

Il s’agit, dans un contexte donné, d’intégrer des données probantes à son expertise clinique en tenant compte de l’avis du patient.

Comme défini par le CFAI (2018), l’infirmier de pratique avancée doit aussi pouvoir contribuer à l’amélioration de l’art infirmier par l’extension de sa propre profession. Il s’agit ici d’implémenter des pratiques visant à améliorer la qualité des soins dans différentes structures telles que les hôpitaux ou unités de soins.

Cette affirmation est soutenue par Hamric et Hanson (2018) qui précisent que l’IPA doit pouvoir mettre en évidence des problèmes nécessitant un éclairage scientifique et de mener des recherches de terrain cité dans Tracy et O’Grady (2018)

Le point commun entre ces définitions est l’inscription d’une démarche de soins prenant appui sur des preuves scientifiques donnant lieu à des pratiques exemplaires et œuvrant ainsi à la qualité des soins du patient.

➤ Leadership

De manière générale, le leadership fait référence à la capacité d’influencer les individus dans le but d’atteindre un but commun. En ce qui concerne la discipline infirmière, il a été exposé comme un processus complexe nécessitant de procurer un soutien, une motivation, une coordination et des ressources permettant aux individus et aux équipes de réaliser des objectifs collectifs. (Davidson, Elliott, et Daly 2006)

De plus, un leadership transformationnel amène au changement et permet un dialogue menant à une vision partagée dans un environnement de type « empowerment » (Scully 2015). Le fait d’évoquer l’empowerment implique, in fine, une vision centrée sur le patient et sa famille.

Enfin, une récente étude néerlandaise conclut que le leadership en soins infirmiers contribue à l’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins. (Kraaij et al 2019)

Ces différents éléments viennent appuyer la vision de Hamric explicitée dans l’étude réalisée par le SIDIIEF : « le leadership doit être exercé pour faciliter l’innovation clinique, la formation, le coaching ou le mentorat et pour stimuler le développement des soins et de la discipline infirmière ». (Morin 2018, p40.)

➤ Collaboration

La collaboration est un ensemble d'activités et de connaissances qui nécessitent un partenariat d'autorités et de responsabilités partagées. (Morley et Cashell 2017)

Il s'agit également d'un phénomène complexe comportant de nombreuses interactions entre différents facteurs qui, à tout moment, contribuent à la performance. (Patel, Pettitt, et Wilson 2012).

En outre, la collaboration dans les soins de santé peut être vue comme un processus de résolution de problèmes, de partage de responsabilités dans la prise de décision et de la possibilité de concevoir un plan de soin tout en œuvrant à un but commun. (Saint-Pierre, Herskovic, et Sepúlveda 2018)

Une bonne collaboration inter et intradisciplinaire est un gage de bonne qualité des soins et de l'amélioration de celle-ci dans beaucoup de domaines tels que les soins du diabète, la communication centrée sur la personne, l'amélioration du comportement et du partage d'information dans les salles d'opérations ou encore l'évolution de la pratique professionnelle et la satisfaction des patients. (Reeves et al. 2013).

Grâce à cette compétence, l'infirmier de pratique avancée joue un rôle important dans le développement et le maintien d'une communication efficace au sein d'équipe multidisciplinaire. Afin de travailler en étroite collaboration, celui-ci doit jouir d'une certaine autonomie et reconnaître son champ de pratique selon Morin (2018)

Selon Van Soeren, Hurlock-Chorostecki, et Reeves (2011), sa meilleure compréhension des différentes pratiques professionnelles peut également jouer un rôle actif à des niveaux de décisions plus élevés. Cette position est appuyée par Perkin (2011).

➤ Éthique

Les différentes relations de soins peuvent être empreintes de nombreuses tensions pouvant mettre à mal les différents intervenants. Ceux-ci se retrouvent dans la définition de Paul Ricoeur : « L'éthique se veut comme la visée du bien, pour soi et pour autrui, dans des institutions justes » (Ricoeur 1990, p202).

Ceci veut dire que le professionnel recherche le meilleur pour le patient en tenant compte de ses propres valeurs. Il s'agit aussi que la structure dans laquelle il professe lui permette d'agir de la sorte.

Cette visée du bien est articulée autour de 4 piliers que sont l'autonomie, la bienveillance, la non-malfaisance et la justice. (Beauchamp, 2008)

Le principe d'autonomie renvoie aux propres choix du patient, celui de bienveillance à un bénéfice réel pour le patient, celui de non-malfaisance aux risques de préjudices par rapport aux avantages et enfin celui de justice à l'aspect légal.

Le professionnel doit idéalement tenir compte de ces principes lors des soins. (Seaman et Erlen 2013).

En effet, il arrive que ces principes se mettent en concurrence dans la pratique et soient responsable de souffrance morale pour le soignant. On peut citer à titre d'exemple le cas d'un patient qui refuse son traitement dès lors les principes d'autonomie et de bienveillance sont mis à mal.

D'après Rainer et al. (2018) :

« L'avenir de la profession dépend de la reconnaissance et des mesures prises pour résoudre les dilemmes éthiques sur le lieu de travail afin de prévenir l'épuisement professionnel. Les futurs chercheurs devraient se concentrer sur l'élaboration et la mise à l'essai de stratégies visant à aider les infirmières à identifier et à résoudre ces dilemmes en collaboration avec des organisations et d'autres disciplines de la pratique ».

(Rainer, Schneider, et Lorenz 2018)

À l'image de la démarche evidence-based, l'IPA peut mettre à profit son savoir afin de prévenir ces situations ou d'aider le personnel impliqué en l'éclairant sur certaines conduites à tenir.

2.4. La pratique infirmière avancée dans le monde

Cette pratique existe aujourd'hui, dans plus de 60 pays selon Aguilard, Colson & Inthavong (2017). Comme déjà dit dans le contexte historique, le Canada et les Etats-Unis, en sont les pays pionniers. Elle y est présente depuis les années 1960 et a donc fait ses preuves selon Maier et al (2017). En ce qui concerne la Suisse, la pratique avancée y est en place depuis un certain nombre d'années également mais beaucoup plus récente qu'au Canada. Dans le paysage européen, la France est l'un des derniers pays (en 2016) à avoir implémenté la pratique avancée.

Les rôles et les compétences des praticiens ne sont pas très différents. Ils diffèrent en fonction du pays ou du territoire comme au Canada. Selon Aguilard, Colson & Inthavong (2017) :

“L’infirmier de pratique avancée peut intervenir dans des domaines où les patients nécessitent une prise en charge complexe et de longue durée. Par exemple, l’action des IPA américaines dans le suivi de la personne âgée, suite à un arrêt cardiaque, diminue les réhospitalisations. Au Canada, les compétences des IPA s’exercent également dans le domaine de l’onco-fertilité avec le counseling et l’éducation et dans le domaine du cancer de la prostate avec les soins de soutien.”

Mais les deux principaux rôles restent l’infirmier clinicien et praticien. Ceux-ci sont régis par un cadre légal dans un grand nombre d’états. Mais certains pays, comme par exemple la Suisse ou le Royaume-Uni, ne comportent aucun cadre légal d’après Ambrosino et al. (2012).

Un point important qui se rejoint dans chaque pays, est le niveau d’étude. En effet, afin d’accéder à ce poste, un master serait requis.

Quant au lieu de prestation d’après ces auteurs, il diffère selon les pays mais il existe quand même certaines similitudes. Nous pouvons rencontrer cette pratique tant au niveau de la première ligne comme c’est le cas au Royaume-Uni, en France ou encore au Canada, mais également en milieu hospitalier.

2.5. Freins et leviers à l’implémentation

L’implémentation de cette pratique comporte quelques freins et leviers qu’il nous semble judicieux de relever. En effet, comme toute nouveauté, il existe des réticences face à certains changements.

Premièrement, les médecins voient plutôt ce nouveau rôle comme de la concurrence (Chan, 2015). Ils pensent que cette pratique infirmière affectera la qualité des soins malgré les éléments de preuves disponibles dans de nombreuses études. D'après l'article de Aguilard, Colson & Inthavong (2017) : « ceci serait lié à son manque de connaissance ou de compréhension relatives à la pratique avancée, pouvant engendrer un manque de confiance envers le professionnel qui l'exerce ».

Cette argumentation est également appuyée par Morin (2018) :

« Le manque de compréhension du rôle de l'IPA au sein d'une organisation, voir le manque de respect envers la profession infirmière et la domination de la profession médicale sur toutes les autres professions de la santé sont les freins considérés comme les plus importants » Morin (2018, p.64)

Selon l'OCDE (2016), il existerait également des obstacles au niveau des lois et des réglementations. Celles-ci seraient trop archaïques et pas assez permissives en ce qui concerne les champs de pratique. Les systèmes de financement et de remboursement ne sont pas non plus assez reconnaissants vis-à-vis de cette pratique. Quant au niveau organisationnel, le manque de changement est probablement dû à une absence de leadership. En effet, d'après Aguilard, Colson & Inthavong (2017), un manque de législation influencerait négativement la politique des institutions quant à l'implémentation de ce nouveau rôle.

Enfin, selon les mêmes auteurs un dernier frein serait le manque de reconnaissance salariale

Il existe également certains leviers à la mise en place de la pratique avancée. Pour introduire ces nouveaux rôles, des moyens financiers peuvent être utilisés mais pas que cela. En effet selon l'OCDE (2016) :

“Les leviers politiques pour promouvoir le développement des pratiques infirmières avancées incluent des révisions régulières des lois et réglementations relatives aux champs de pratique par des experts indépendants, combinées à l'harmonisation de ces champs de pratique dans les pays où ces lois et réglementations sont décentralisées. Deux éléments concernant les systèmes de financement et de remboursement sont particulièrement

importants : la reconnaissance des nouveaux rôles par les payeurs et le niveau de remboursement des services. Des éléments incitatifs (ou dissuasifs) de nature financière peuvent être employés pour « briser la glace » et favoriser l'introduction de nouveaux rôles pour les infirmiers dans le domaine des soins primaires”.

Toujours selon l'OCDE (2016), Certains facteurs organisationnels comme par exemple le soutien des gestionnaires pour l'adoption de cette nouvelle pratique serait également un élément crucial à la mise en place de cette pratique.

Ainsi, comme le précisent Aguilard, Colson & Inthavong (2017), la sensibilisation des parties prenantes par une clarté des tâches à effectuer et une bonne collaboration est un levier qui favoriserait la pratique.

Ces auteurs insistent aussi sur le fait qu'une formation universitaire correcte avec un enseignement uniforme, des support et ressources administratives avec un support des managers font également parties de ces leviers. Des mécanismes de régulation, de bonnes politiques et procédures faisant référence à un cadre légal clair et à un outil d'implémentation faciliteraient la mise en place de la pratique avancée.

3. La situation en Belgique

Un cadre législatif a été fixé le 24 mai 2019 par la ministre fédérale de la Santé, Madame De Block.

Selon nous, il permet de baliser la fonction afin d'éviter que le titre ne soit usurpé par les professionnels de la santé. En effet, cet article de loi (cfr. **Annexe II**) stipule qu'il est indispensable d'avoir préalablement le titre d'infirmier pour pouvoir être porteur de celui de pratique avancée. Il mentionne également les différences entre les actes infirmiers et ceux de la pratique avancée. L'IPA doit, en plus d'exercer l'art infirmier, pratiquer dans le cadre de soins infirmiers complexes, des actes médicaux en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de l'état de santé du patient. Ces actes sont dispensés en étroite collaboration avec le corps médical et les autres soignants. Ces prestations infirmières seront listées comme pour les actes infirmiers.

Toujours d'après cette loi, un infirmier de pratique avancée doit avoir une formation universitaire en Sciences Infirmières. L'enseignement étant communautarisé, ce master est en cours d'élaboration en Communauté Française alors qu'il existe déjà en Flandre d'après Gobert, Darras, Hubinon & Delfloor (2010)

3.1. Éléments de pratique avancée en Belgique : Titres et qualifications

En Belgique, on distingue onze titres professionnels particuliers (TPP) (cfr. **Annexe III**) accessibles par les titulaires du diplôme d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers et six qualifications professionnelles particulières (QPP) accessible par les mêmes titulaires ainsi que les infirmiers diplômés de la communauté flamande et les infirmiers titulaires du brevet en soins infirmiers (cfr. **Annexe IV**).

Enfin, il existe de nombreux domaines d'expertise (QPP) qui peuvent se combiner avec certaines spécialités (TPP). Comme par exemple, un infirmier spécialisé en pédiatrie peut également avoir une qualification en diabétologie.

4. Les représentations

Il nous paraît intéressant de définir les concepts de représentations sociales et professionnelles étant donné que notre question de recherche aborde les représentations d'un groupe de personnel soignant.

Dans ce chapitre, nous allons définir ce que veut dire une représentation sociale ainsi qu'une représentation professionnelle.

4.1. Définition

Abric (2005) définit une représentation sociale comme un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produite, elle est fortement marquée par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui la véhicule pour lequel elle constitue un élément essentiel de sa vision du monde.

Pour Roussiau et Blanc (2001), une représentation sociale peut être vue comme un filtre qui modèle la réalité en fonction de nos groupes d'appartenances. «La réalité sociale, avant tout partagée, est traversée par des logiques identitaires et normatives multiples. Y accéder, c'est comprendre un peu mieux le fonctionnement des différents groupes qui la constituent et qui sont porteurs d'enjeux variés.»

Pour Abric (2001), une représentation est une manifestation de la pensée sociale. Elle véhicule donc un certain nombre de valeurs et de croyances collectives, qui ne peuvent être remises en question car elles sont la base de notre civilisation, de notre mode de vie.

Enfin, selon Perrin (2018) :

« Les représentations sociales correspondent à notre vision du monde, autrement dit, au filtre au travers duquel nous voyons le monde. Il n'y a pas de vraies ou de fausses représentations, et celles-ci influencent notre manière d'agir et, réciproquement, nos pratiques contribuent à bousculer, à modifier nos représentations »

Nous pouvons donc dire qu'une représentation sociale est une vision commune entre une personne et ses semblables. Il s'agit d'un monde dans lequel sont partagées, au sein d'un groupe structuré, des idées au travers de la communication. La représentation est le fruit d'expérimentation et de pratique sociale, elle permet de décrire, comprendre et agir sur le l'environnement.

Des recherches d'Abric ont montré que les représentations sont un système sociocognitif qui peut être divisé en deux sous-systèmes qui sont interdépendants mais relativement autonomes. L'un appelé noyau central assure trois fonctions : une fonction génératrice, qui nous donne la signification de la représentation. Une fonction organisatrice qui nous donne l'organisation interne de la représentation. Et enfin, la troisième fonction est la stabilisation, qui nous renseigne sur la stabilité de la représentation.

Ce noyau est important car il est inchangeable. Ce qui veut dire que toute modification de cet élément entraîne une signification totalement différente de la représentation selon Abric (2001). Attaquer une représentation reviendrait donc à s'en prendre à certaines valeurs associées à l'objet concerné.

“Partager une représentation avec d’autres individus signifie donc partager avec eux les valeurs centrales associées à l’objet concerné. [...] Chercher le noyau central, c’est donc chercher la racine, le fondement social de la représentation, qui, ensuite, se modulera, se différenciera, et s’individualisera dans le système périphérique”. (Roussiau et Blanc, 2001)

Le deuxième est le système périphérique. Les éléments de ce système ont un rôle différent car ils sont sensibles au contexte immédiat, historique ou idéologique. Grâce à lui, les personnes d’un groupe s’approprient les représentations en fonction de leur vécu personnel.

Les deux systèmes sont donc complémentaires. (Roussiau et Blanc, 2001)

4.2. Représentation en milieu professionnel

À la différence des représentations sociales, les représentations professionnelles sont liées à des images spécifiques d’un environnement professionnel et font référence à des savoirs conceptuels et procéduraux directement en rapport avec la formation et l’exercice du métier.

Selon Blin (cité dans Michel-Guillou, 2010) :

« Les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l’action et la communication professionnelle et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l’exercice de l’activité professionnelle. Celles-ci correspondent aux savoirs techniques que des individus ont de leur propre métier ; il s’agit de représentations liées au travail ou à la fonction exercée. »

Pour lui, il existe 3 dimensions : fonctionnelle, identitaire et contextuelle.

La dimension fonctionnelle fait référence à la pratique professionnelle, la dimension identitaire aux membres et donc aux idéologies et aux valeurs du groupe. Enfin la dimension contextuelle fait référence au cadre de la pratique professionnelle.

Piaser (2013) évoque quant à lui une fonction de communication et stipule que chaque profession possède et mobilise un code langagier et une grammaire spécifique à celle-ci.

5. Conclusion partie théorique

Tout d’abord, nous pouvons conclure de cette partie théorique, la complexité du cadre qui entoure à la fois l’exercice de l’art infirmier ainsi que de la pratique avancée. En effet, chaque professionnel procure des soins et cela indépendamment des diplômes dont il dispose. Nous avons également pu constater que le cadre légal concernant la pratique avancée en Belgique était très large. Les domaines et les actes n’y sont pas encore précisés. L’état des lieux de cette pratique dans le monde nous a également permis de lever des opportunités et des freins à la mise en place d’une telle pratique. Ceux-ci pourraient également être présents lors de l’implémentation de l’infirmier en pratique avancée en Belgique. Enfin, nous n’avons trouvé aucune étude portant sur les représentations des soignants en Belgique concernant cette pratique.

Etant donné que le titre est prévu par la loi mais que personne ne le porte à l’heure actuelle, nous avons trouvé judicieux de sonder les professionnels de terrain œuvrant dans un domaine spécifique afin d’avoir leur vision de cette pratique infirmière.

III. Partie pratique

Dans cette partie, nous allons développer les caractéristiques liées au choix méthodologique fait pour répondre à notre question de recherche. Nous y aborderons le type d’étude, la constitution de notre échantillon et la récolte des données. Enfin, nous présenterons la méthode d’analyse et les résultats.

1. Matériel et Méthode

1.1. Type d’étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi une approche qualitative descriptive. Nous avons décidé d’explorer les représentations des soignants et cette méthode était pour nous la plus pertinente puisque : « elle vise à décrire simplement un phénomène, une situation ou un événement » (Fortin & Gagnon, 2016, p200). Pour rappel, notre question de recherche est : “*Quelles sont les représentations des infirmiers ayant une expertise professionnelle et des médecins avec qui ils collaborent en milieu hospitalier concernant la pratique infirmière avancée ?*”.

D'après Fortin & Gagnon (2016, p31) : « la recherche qualitative tend à faire ressortir la signification que le phénomène étudié revêt pour les personnes ». De plus, il est décrit par Sandelowski, (2000) que ce type de recherche est une méthode idéale si l'objectif visé est de « décrire les expériences personnelles et les réponses des personnes à un événement ou à une situation ».

Les représentations étant encore mal perçues à l'heure actuelle, cette méthode nous semblait donc la plus appropriée.

1.2. Méthode de collecte des données utilisées

1.2.1. La revue de littérature

Afin d'élaborer notre partie théorique, nous avons consulté les bases de données Pubmed, CAIRN, JBI, tripdatabase ainsi que différents livres spécialisés. Nous avons utilisé les mots clés anglais suivants : advanced practice nursing, advanced practice nurse, nurse practitioner, collaboration, intersectorial collaboration, interprofessional practice, evidence-based practice, nursing ethics, coaching, clinical leadership, management, communication, consultation, social representation.

Pour la recherche en français, les termes utilisés ont été : pratique avancée, implémentation pratique avancée, soins infirmiers ; représentations sociales et représentations professionnelles.

Les résultats de notre recherche documentaire nous ont donné des articles ou des livres en français et en anglais.

1.2.2. La recherche qualitative

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels. Le but de l'entrevue est selon Fortin & Gagnon (2016, p201) de : « recueillir de l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants, conformément à l'intention du chercheur ».

Lors de son cours, le Professeur Aujoulat (2017) nous a précisé que la recherche qualitative vise à explorer et comprendre les comportements, les expériences et les attitudes des individus. En outre, elle permet de générer de nouvelles explications et de nouvelles idées. Pour rappel,

notre objectif est d'explorer les représentations du personnel soignant sur la pratique infirmière avancée.

Pour guider l'entretien et faciliter la communication, nous avons réalisé un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes ainsi que des questions de relance si besoin. Ces questions ont été élaborées sur base de la revue de littérature. (cfr. **Annexe V et VI**)

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Ils ont ainsi permis aux participants de s'exprimer en nous laissant, si nécessaire, la possibilité de revenir aux thèmes que nous avons préalablement définis. Selon Aujoulat (2017) les entretiens permettent une récolte des données plus complète grâce aux gestes, comportements et expressions de l'interlocuteur. De plus, ils permettent de créer un climat de confiance afin que l'interlocuteur se sente à l'aise de répondre comme bon lui semble.

Par ailleurs, comme nous l'indiquent Fortin & Gagnon (2016) cette méthode de collecte des données est caractéristique d'une étude qualitative descriptive.

Nous avons également effectué un pré-test auprès d'un médecin et d'une infirmière répondant à nos critères d'inclusion afin de nous assurer que les questions étaient claires et compréhensibles. Nous avons dû adapter le questionnaire pour les médecins en changeant une question.

➤ *Présentation des investigateurs*

Nous sommes infirmiers spécialisés en pédiatrie et néonatalogie au Grand Hôpital de Charleroi. L'un de nous dispose d'une qualification professionnelle particulière. Nous avons choisi de réaliser les entretiens sur notre lieu de travail car le sujet intéresse notre direction infirmière et il était plus facile de rentrer en contact avec les collaborateurs de notre propre institution. Pour ce faire, un courriel a été envoyé le 5 février 2020 à dix-huit infirmiers avec expertise et vingt-trois médecins collaborant avec eux. Ce courriel précisait les conditions de recrutement et expliquait les objectifs de la recherche ainsi que les modalités d'entretien.

➤ *Constitution de l'échantillon*

L'approche étant qualitative descriptive, nous avons choisi de pratiquer un échantillonnage intentionnel. C'est-à-dire que nous avons sélectionné des personnes « sur la base de critères

précis, afin que les éléments soient représentatifs du phénomène » comme cité par Fortin & Gagnon (2016, p271).

Les critères retenus pour les infirmiers étaient :

- Homme / femme,
- Titulaire d'un bachelier, d'un graduat ou d'un brevet en soins infirmiers,
- Avec une qualification professionnelle particulière (QPP),
- Dont la fonction est en lien avec la QPP,
- Exerçant depuis au moins 1 an à temps plein dans cette fonction.

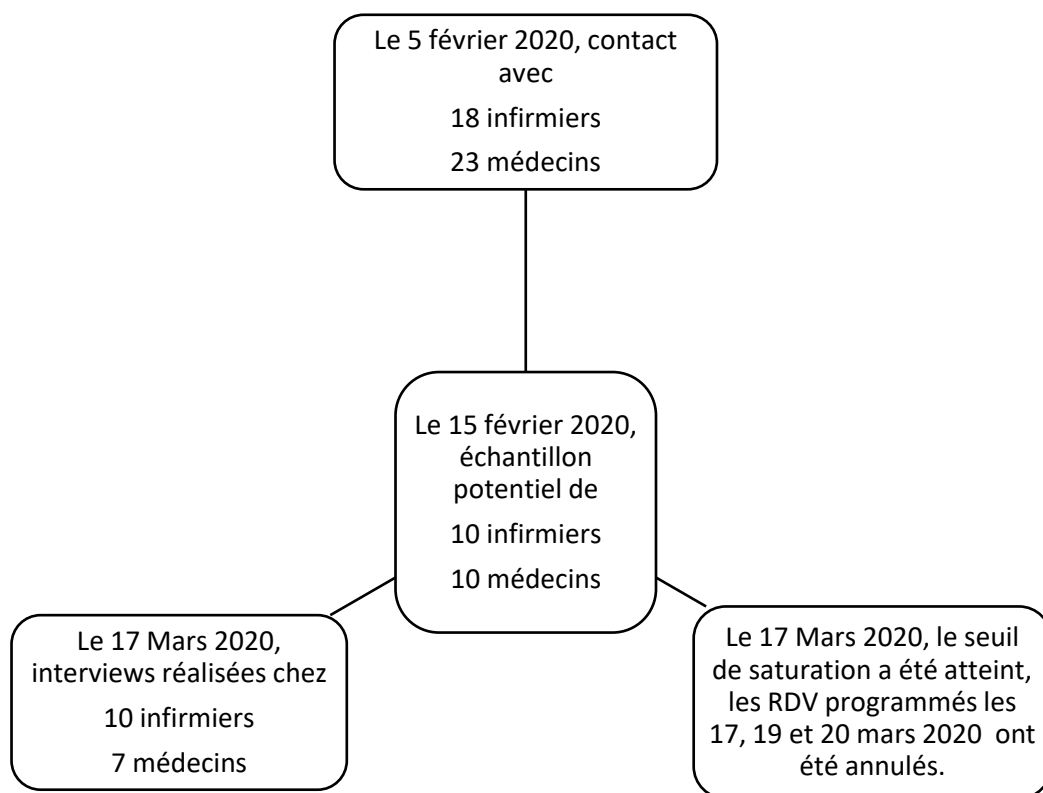
Les critères retenus pour les médecins étaient :

- Homme / femme,
- Titulaire du titre de médecin,
- Travaillant en collaboration avec au moins un infirmier tel que décrit ci-dessus,

Ce choix a été fait car l'objectif de la recherche porte sur les représentations des soignants sur une pratique de soin bien spécifique. L'échantillonnage a été réalisé comme présenté sur la figure 1. La taille de notre échantillon, quant à elle, dépendait du seuil de saturation.

Figure 2 : procédure d'échantillonnage

Figure 2 : procédure d'échantillonnage



➤ *Objets de recherche*

Il était important de définir les objets de la recherche avant de rédiger notre guide d'entretien. Ceux-ci ont été déterminés en fonction de notre question de recherche et de la revue de littérature de manière à constituer un lien entre notre recherche et notre cadre théorique. Ces objets et thèmes ont été prédéfinis de manière à effectuer le codage des entretiens.

Cinq thèmes ont été identifiés : l'image relative à la pratique, les rôles et les compétences de l'IPA, l'avis sur la pratique avancée, les barrières et opportunités à une future implémentation ainsi que l'état des lieux sur leur pratique quotidienne. (Cfr **Annexe VII**)

➤ *Procédure de recueil des données*

Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu entre le 7 février et le 17 mars 2020. Au fur et à mesure des réponses positives de la part des participants, nous avons programmé des rendez-vous. Les entretiens se sont déroulés à bureau fermé, en face à face, de manière à éviter tout dérangement. Les participants ont eux-mêmes fixé le lieu de rendez-vous. Pour chaque entretien, l'objectif, la durée et l'utilisation des données recueillies (confidentialité, retranscription des entretiens...) ont été rappelés au participant. De plus, un consentement fait en double exemplaire (cfr.

Annexe VIII) a été signé. Un texte explicatif sur la loi était prévu à la demande de l'interlocuteur. (cfr. **Annexe IX**)

Avec l'accord des participants, nous avons enregistré chaque entretien et ceux-ci ont été retranscrits de manière à faciliter l'analyse. Nous avons assuré l'anonymat de chaque participant en signalant qu'aucun nom n'apparaîtrait dans le travail. De plus, un consentement entre les parties a été signé. Dans ce dernier, une clause de confidentialité y figure. Les durées moyennes des entretiens pour les groupes « infirmiers » et « médecins » étaient respectivement de trente et vingt-cinq minutes.

Pour le groupe « infirmiers », la saturation des données est apparue après huit entretiens. En effet, comme défini par Fortin et Gagnon (2016), nous avons conclu qu'aucune nouvelle information ne servirait à la compréhension du sujet de l'étude. Cependant, nous avons décidé de réaliser les deux derniers entretiens prévus. Ceux-ci n'ont rien apporté de nouveau mais ont permis de confirmer la saturation des données. Au total, dix entretiens ont été réalisés pour le groupe « infirmiers ».

Pour le groupe « médecins », la saturation des données est apparue après six entretiens. Au total, sept entretiens ont été réalisés.

Les résultats présentés sont le reflet des représentations de chaque participant et nous assurons que ceux-ci reflètent bien leur point de vue.

1.3. Méthode d'analyse des données

Nous avons procédé à l'analyse des données à l'aide du logiciel d'analyse des données qualitatives “R Qualitative Data Analysis”(RQDA). En plus des objets de la recherche cités précédemment, une démarche inductive s'est mise en place de manière à identifier d'autres thèmes et catégories au fur et à mesure de l'analyse. Grâce à ce processus itératif, l'analyse est plus précise et plus complète. Elle se construit tout au long de la recherche.

1.4. Aspect éthique

Nous avons choisi d'interroger le personnel soignant d'une institution. Dans un premier temps, nous avons introduit une demande d'approbation de notre étude (cfr.

Annexe X) auprès de la direction des départements médicaux et infirmiers du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) en décembre 2019. Nous avons reçu leur autorisation le 15 janvier 2020 par mail. (cfr. **Annexe XI**)

Comme stipulé dans l'énoncé de politique des trois conseils (Instituts de recherche en santé du Canada, 2018), nous avons obtenu le consentement libre, éclairé et continu de chaque participant (Institut de recherche en santé du Canada, 2018). À ce titre, nous précisons que chaque participant jouissait de toutes ses facultés et n'a subi aucune forme de manipulation ; qu'aucun participant n'a demandé le retrait de ses données ; qu'aucune modification apportée à l'étude n'a eu d'incidence directe sur sa décision.

Le respect des données personnelles a été garanti.

2. Résultats

2.1. Description de l'échantillon

L'échantillon est constitué de dix-sept personnes réparties en deux groupes nommés "groupe infirmiers" et "groupe médecins". Dix infirmiers et onze médecins ont répondu. En raison des circonstances sanitaires exceptionnelles liées à la pandémie Covid-19, quatre médecins ont reporté leur entrevue. Ceci n'a pas eu d'impact étant donné la saturation atteinte après six entretiens.

Le groupe "infirmiers" est composé d'infirmiers avec une qualification professionnelle particulière. Ceux-ci occupent une fonction d'infirmier de référence dans notre institution (cfr. **Annexe XII**). Leurs rôles consistent à encadrer les patients présentant un syndrome dans la spécialisation et à soutenir les différentes unités dans la spécialisation afin de promouvoir la qualité des soins. Les disciplines représentées sont la stomathérapie et soins de plaies, les soins palliatifs, l'algologie et la diabétologie.

Caractéristiques du groupe « infirmiers » (n=10)	
Femme	9
Homme	1
Âge moyen (en année)	49 ± 12
Expérience dans l'expertise (en année)	13 ± 9

Mode du temps de travail (en heures/semaine) 38

Le groupe “médecins” est quant à lui composé de médecins spécialistes en pédiatrie, anesthésiologie- algologie, endocrinologie, chirurgie plastique et chirurgie vasculaire. Ceux-ci travaillent en étroite collaboration avec les personnes du groupe infirmier.

Caractéristiques du groupe « médecins » (n=7)	
Femme	2
Homme	5
Âge moyen (en année)	48 ± 7
Expérience dans l’expertise (en année)	18 ± 7
Mode du temps de travail (en dixième)	9

2.2. Présentation des résultats

Par respect de la vie privée, les personnes interviewées sont nommées « infirmier (1 à 10) » pour le groupe infirmiers et « médecin (1 à 7) » pour le groupe médecins

2.2.1. Image par rapport à la pratique

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats liés aux représentations générales sur l’IPA

➤ Connaissance du terme

Dans un premier temps, nous avons posé la question suivante aux participants : “Avez-vous déjà entendu parler de l’IPA ?”

Tout participant confondu (n = 17), neuf ont répondu de manière négative.

La majorité des infirmiers connaissaient le terme d’IPA. En effet, huit ont répondu par l’affirmative. En revanche, ce concept leur est dans l’ensemble peu connu comme affirmé par six d’entre eux :

- « Je vais dire que j'en ai déjà entendu parler, mais sans en connaître la signification » (infirmier 3)
- « J'en ai déjà entendu parler, mais je dois dire que je n'ai pas plus d'informations que cela » (infirmier 6)

Cependant, deux ont précisé en être informés par l'intermédiaire d'associations :

- « Je fais partie de la FNIB où on en parle tout le temps » (infirmier 1)

Le corps médical n'en avait quant à lui jamais entendu parler. Par conséquent, nous leur avons lu la définition prévue dans la loi par la ministre de la santé De block.

➤ Définition

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'idée que les infirmiers avaient de l'IPA et ce qui la distinguait de l'infirmier responsable en soins généraux et du médecin.

Les médecins ont évoqué un infirmier avec plus de compétences et de responsabilités qui aurait une place plus transversale par rapport aux soins :

- “c'est une personne qui a une compétence dans un ou plusieurs domaines qui lui permettent d'agir de manière transversale dans les domaines” (médecin 4)

Cependant, ce concept reste à clarifier :

- “c'est vague, on peut mettre ce que l'on veut dedans” (médecin 3)

La majorité des infirmiers ont plutôt évoqué un praticien qui prescrit. En effet, sept d'entre eux ont associé l'IPA à la prescription de médicaments ou de certains examens :

- « Aujourd'hui, c'est le médecin qui prescrit les pansements. Il me demande ce que je veux mettre sur sa prescription. Il faudrait que je puisse le prescrire aussi » (infirmier 1)
- « Transmettre les doses d'insulines aux étages, ou adapter le traitement » (infirmier 6)
- « Je pense particulièrement, aux infirmières accoucheuses qui peuvent prescrire et je fais le lien. Elles peuvent prescrire » ; « la prescription de certains examens, une prise de sang éventuellement, peut-être certaines radios ou des choses comme ça » (infirmier 10)

Néanmoins, les infirmiers ont distingué l'IPA de la pratique médicale. En effet, certains ont parlé de continuité d'une prescription tandis que d'autres ont précisé qu'il s'agirait surtout d'actes confiés :

- « Quand je fais des propositions thérapeutiques aux assistants, ils me demandent la dose que je mettrais. Normalement ça ne m'appartient pas mais la pratique avancée, c'est quelque chose qui pourrait intervenir tu vois » (infirmier 3)
- « C'est un peu comme par exemple, les actes qui sont délégués » (infirmier 6)
- « On emprunterait certainement, comme les actes confiés par exemple » (infirmier 7)
- « Moi j'imagine plus des renouvellements d'ordonnances ou plus des conseils au niveau médical. Par exemple, pour des douleurs neuropathiques » (infirmier 8)
- « Le changement d'insuline par exemple. Passer d'une Novorapid® à une Fiasp® sans pour autant avoir d'accord spécialement médical. En revanche, l'introduction d'un traitement insulinaire pas » (infirmier 9)

Les médecins ont ajouté que, au-delà de la prescription, l'IPA serait un complément de la pratique médicale :

- “Je pense qu'elle serait complémentaire ; si les infirmiers peuvent assumer une partie des fonctions du médecin, ce n'est pas plus mal et cela offre beaucoup plus de disponibilités” (médecin 1)
- “Je dirais que l'IPA est un support et un complément à la pratique médicale” (médecin 4)

Enfin, les infirmiers ont insisté sur le fait que chacun doit à rester sa place :

- « Je suis consciente qu'on n'est pas des médecins et donc qu'on ne gère pas les mêmes besoins. Si un patient est hypertendu, je ne vais pas me mêler de lui donner un hypotenseur » (infirmier 1)
- « Le tout c'est de pouvoir discerner sa juste place, qui n'est pas une place à mon avis confortable » ; « Élargir la liste d'actes, c'est une reconnaissance intelligente de l'infirmière qui n'est plus directement soumise aux directives médicales. Mais tout en gardant bien sa place aussi. » (infirmier 3)
- « Je pense que ça peut véritablement amener un plus, mais il ne faut pas que ce soit vu comme des petits docteurs » (infirmière 4)
- « Moi j'ai du mal à l'imaginer opérer ou prester des actes techniques purs... Ne fusse même qu'une gastroscopie, je n'imagine pas l'IPA réaliser une gastroscopie et se baser

sur cette gastroscopie pour diagnostiquer quelque chose. Ce n'est pas lui qui va pratiquer des actes médicaux enfin (rires) j'imagine mal qu'elle pratique des actes médicaux et ce genre de choses » (infirmier 9)

De manière générale, l'IPA se distinguerait par son expertise dans un domaine précis :

- « Elle donnerait un avis en fonction d'une expertise clinique sans pour autant consulter le médecin » ; « la différence qu'il y aurait entre elle et une infirmière classique, c'est son expertise » (infirmier 3)
- « Ce sont vraiment des infirmières d'expériences, mais avec cette expertise de diabète. Moi je le verrais plus comme ça » (infirmier 7)
- « Il y a le travail auprès des pairs des unités de soins avec son expertise » (infirmier 8)
- « J'imaginerais plutôt quelqu'un qui a de l'expérience dans un domaine et qui se spécialise dedans » (infirmier 9)
- “ Il faut quand même pouvoir se spécialiser dans le domaine qu'on a choisi. Ce serait la différence avec une pratique infirmière standard.” (médecin 1)
- “Ce que j'attends d'une pratique avancée, c'est une pratique infirmière plus pointue dans un domaine particulier”. (médecin 4)

L'IPA serait également capable de mener une réflexion plus approfondie autour des soins du patient. Il serait détaché des soins réalisés dans les services généraux. Six des personnes interrogées ont abordé cet aspect :

- « L'IPA représente plus que des tâches, une réflexion à 360 degrés autour du patient. L'avant, pendant et après de son devenir » ; « je pense que l'infirmière reste cantonnée dans les soins et un temps X, l'entrée et sortie du patient avec sa pathologie du moment » (infirmier 1)
- « C'est vraiment pour améliorer la qualité des soins. Que ce soit la qualité des soins prodigués mais aussi la qualité de tout ce qui tourne autour, une autre prise en charge plus complète et plus rationnelle » (infirmier 2)
- « C'est une analyse réflexive des situations cliniques » (infirmier 3)
- “Si cela se met en place, ce sera vraiment à dissocier de la pratique quotidienne des étages. ”. (médecin 6)

De fait, l'IPA aurait plus de hauteur qu'un infirmier responsable en soins généraux. Il verrait le patient de manière plus globale et serait complémentaire des corps médicaux et infirmiers, voire même de la direction :

- « On ne voit pas uniquement la plaie ou le souci. On le prend dans sa globalité. Voilà il est cachectique et dénutri, il a un souci financier, on contacte l'assistante sociale. Donc voilà vraiment c'est le patient, on voit le patient dans sa globalité et du coup on a une vision beaucoup plus large » ; « je vais dire que c'est quelqu'un qui est proche de la direction, qui est proche de la législation. C'est vraiment un trait d'union, un peu comme les cadres » (infirmier 2)
- « Un partenariat réflexif, de confiance » (infirmier 3)
- « Il y a le travail auprès du patient et le prolongement du patient dans ses milieux de vie. Le prolongement d'une décision qui serait prise pour un traitement spécifique et qui nécessiterait de trouver des collaborations extérieures » (infirmier 8)
- « Moi j'imagine vraiment ça comme une sorte de bras droit du médecin » ; « La vision n'est pas la même que le corps médical, on a une vision globale qui tient compte de la famille, de l'entourage, des aidant proches, etcetera. On n'est pas face à un ordinateur avec des imageries et des résultats de prise de sang, on les prend en compte mais on ne se base pas que sur ça. J'ai l'impression que le médecin ne s'occupe que de l'organique » (infirmier 9)

Ce point a été appuyé par les médecins :

- “La différence, c'est surtout l'habitude du travail en interdisciplinarité où chacun est à sa place dans une discussion autour du patient et l'approche psycho-sociale que l'on veut ici” ; Chaque personne est prise en charge dans sa globalité. Peut-être pas de la même manière mais de façon interconnectée” (médecin 1)
- - “Là où le médecin est souvent théoricien, rapide et survole, l'IPA sera plus pratique et disponible pour la mise en œuvre au chevet du patient et le suivi dans son quotidien” (médecin 5)

Certains infirmiers interrogés ont comparé leur pratique avec ce que pourrait être l'IPA. Ils insistent sur l'autonomie dont bénéficierait l'IPA par rapport à un infirmier responsable en soins généraux :

- « Ce que j'aimerais, au jour d'aujourd'hui, la poche que le patient choisit avec moi, il faut une prescription. C'est le médecin qui la fait alors que le médecin ne sait pas ce

qu'est la poche, il signe à blanc. Est-ce que je ne devrais pas justifier le choix du patient avec ma signature » (infirmier 1)

- « C'est clair que vu notre position, on doit prendre des responsabilités, des décisions et donc tout à l'heure j'ai fait hospitaliser un patient seule » (infirmier 2)
- « Nous dans notre métier, on adapte beaucoup les doses, les traitements seuls » (infirmier 5)

La relation avec le patient a été évoquée comme particulière pour l'IPA. En effet, la relation de soins entre le patient et l'IPA serait différente de celle établie avec le médecin ou l'infirmier responsable en soins généraux :

- « C'est aussi un lien central entre l'équipe, le patient et le médecin. Souvent, le patient ne va pas dire au personnel le fond de sa pensée » (infirmier 1)
- « Elles font aussi des anamnèses très poussées pour compléter celles du médecin. Les médecins, ils ont une certaine sorte d'informations et quand c'est l'infirmière, ils (les patients) donnent d'autres informations » (infirmier 6)
- « Parfois face au médecin les patients ne sont pas forcément à l'aise. Ils ne disent pas forcément les choses à leur façon, ils essaient parfois d'être des personnes plus sophistiquées, que nous on est un tremplin pour aller chez le médecin » (infirmier 7)
- « J'ai l'impression que le patient voit encore les différents professionnels de façon différente, donc il n'a pas le même contact avec un médecin qu'il n'a avec une infirmière, qu'il n'a avec un psy, qu'il n'a avec une diététicienne donc chacun a vraiment son domaine d'activité et je pense que ça pourrait être intéressant dans le sens où elle pourrait peut-être justement avoir encore une consultation plus élargie et peut-être que ça mettrait en confiance certains patients » (infirmier 10)

➤ Degré d'étude

La totalité des infirmiers a affirmé que la formation minimum pour pouvoir prétendre à faire de la pratique avancée serait un niveau de maîtrise :

- « Pour moi l'école des cadres ne suffit pas maintenant je n'ai pas fait de master moi mais quand je vois par exemple à mon certificat interuniversitaire en éthique, je vois quand même qu'on est amené à une réflexion plus poussée donc au moins master... au moins » (infirmier 3)
- « Universitaire, plus qu'une spécialisation ou alors au moins une spécialisation qui dure plusieurs années mais alors du coup tu en reviens à l'université quoi » (infirmier 7)

- « Un master au moins » (infirmier 10)

Ils ont justifié ce choix en faisant référence à la réflexion et la méthodologie propre à l'université :

- « Je pense à un master pour avoir toutes les clés, pour avoir ce bagage de réflexion clinique plus aboutie et pouvoir encore faire progresser plus. En tout cas une base qui permettrait d'aller plus loin dans la réflexion et pouvoir mieux mener des réflexions scientifiques » (infirmier 8)
- « Infirmière c'est quand même un bachelier professionnalisant, si en plus imaginons qu'après on veuille publier des choses, qu'on veuille se lancer dans la recherche il faudra déjà avoir une certaine méthodologie de réflexion et ce genre de chose » (infirmier 9)

En ce qui concerne les médecins, la majorité a estimé qu'une bonne formation dans un domaine spécifique associée à des formations continues était suffisante pour approfondir les notions de bases :

- « Il faut une bonne formation spécifique dans un domaine spécifique » (médecin 1)
- « Qu'elle se forme régulièrement, de manière continue » (médecin 3)
- « Je dirai qu'il faut bien connaître le domaine dans lequel ils vont exercer » (médecin 4)
- « Comme nos infirmières, une formation dans le domaine exercé » (médecin 6)
- « Je pense qu'il faudrait une spécialisation en plus du degré d'étude normal ou qu'on spécialise dans la discipline lors de la dernière année » (médecin 7)

De plus, un de ceux-ci précisent que le niveau d'étude pour la pratique n'est pas synonyme de compétence :

- « Je ne suis pas sûr que quelqu'un qui a fait un doctorat soit un meilleur praticien de l'art de la santé par rapport à quelqu'un qui n'en a pas » (médecin 5)

2.2.2. Rôles et compétences

➤ Compétences

Afin d'avoir une idée des compétences attendues de l'IPA, nous avons posé la question suivante : « Quels types de compétences pensez-vous être nécessaires à l'IPA ? », cinq compétences ont surtout été mises en avant par les personnes interrogées.

- La collaboration :

- « Je pense qu'il faut de grandes qualités de communication et de collaboration, des compétences en méthodologie de la recherche » (infirmier 4)
- « La compétence de travail en équipe pluridisciplinaire » (infirmier 7)
- « Le travail pluridisciplinaire pour moi c'est un indispensable, justement ne pas se dire qu'on a acquis certaines compétences et que l'on est omniscient dans ce domaine » (infirmier 8)
- « L'IPA va devoir s'investir probablement dans les réunions multidisciplinaires peut-être de manière plus intensive, réunion médicale, réunion probablement de direction ou autres » (infirmier 10)
- « L'infirmière doit collaborer avec le médecin. (médecin 6)
- « Je ne sais pas pourquoi, mais les relations sont plus chouettes, plus interprofessionnelles avec des infirmières plus expertes » (médecin 4)

- La communication :

- « Je pense qu'il faut de grandes qualités de communication et de collaboration, des compétences en méthodologie de la recherche » (infirmier 4)
- « J'ai l'impression qu'il y a des messages qui ne passent pas. Déjà le médecin, il n'a pas beaucoup de temps. Il rentre vite et puis il part. Dans la pratique avancée, parler aux patients et aux familles » (infirmier 5)
- « Des compétences d'écoute parce qu'il y a quand même tout le volet d'éducation thérapeutique » ; « je pense des qualités d'expression parce que si on doit aller débattre et défendre le patient ou je veux dire une amélioration de la qualité des soins, si on s'adresse à des personnes, un ministre ou que sais-je, il faut être armé en termes de manière de s'exprimer et en tout cas de pouvoir répondre à tous les types de profil » (infirmier 8)

Ces qualités relationnelles ont également été citée par certains médecins.

- « Elle voit le patient et pourrait très bien le rassurer sans pour autant que je le voie » (médecin 3)
- « Ça demande aussi d'avoir des qualités relationnelles importantes car elles doivent gagner la confiance du patient » (médecin 5)

- "Je pense qu'elles doivent faire preuve d'empathie comme tout un chacun dans le milieu médical" (médecin 6)
- L'evidence-based practice :
 - « Revoir les techniques du soin, les produits de soins, avoir des procédures de soins à la fois généralisées mais qui aient cette souplesse d'analyse d'être adaptées à une situation singulière, evidence-based » (infirmier 3)
 - « Je pense qu'il faut de grandes qualités de communication et de collaboration, des compétences en méthodologie de la recherche » (infirmier 4)
 - « Elle aura été s'inspirer de sources... EBM ou de pratique de nursing ailleurs et sur lesquelles elle se reposera » (infirmier 8)

Pour faire le lien avec cette compétence, deux personnes ont ajouté que l'IPA devrait avoir une compétence linguistique :

- « La lecture d'article bien souvent c'est en anglais donc il faut pouvoir les traduire ou les lire sans se tromper » (infirmier 2)
- « Je pense qu'il faut connaître l'anglais, je pense que c'est important » (infirmier 4)

Pour certaines personnes interrogées, le leadership était également une compétence importante :

- « Entraîner dans la qualité toujours le mieux, donc il faut que les autres suivent et pour que les autres suivent il ne faut pas dire je veux, il faut avoir une certaine posture qui fait qu'elles vont suivre et cette posture c'est le leadership. C'est amener les autres à adhérer à ce qui est envisagé » (infirmier 1)
- « Ce n'est pas quelqu'un qui doit avoir le gros cou, c'est quelqu'un qui doit pouvoir mettre à niveau, ce n'est pas venir juste en tant qu'expert » (infirmier 3)

En outre, certains infirmiers estiment que des compétences pédagogiques sont nécessaires à l'IPA dans la réalisation de ses tâches :

- « Il y a des compétences de pédagogie parce que si on est un référent pour nos collègues, il faut pouvoir transmettre ses compétences sur le plan de la formation et donc avoir un discours bien structuré, donc des qualités pédagogiques certainement » (infirmier 8)
- « La formation, le fait de former le personnel, ça devrait faire partie des compétences de l'IPA » (infirmier 9)

Cette compétence a également été évoquée par les médecins.

- “Elles doivent pouvoir former les infirmières de l'étage de pédiatrie” (médecin 1)
- “ Une capacité d'auto-management et de formation des autres, de transmission du savoir, donc l'empowerment du patient mais aussi des collègues d'équipes.” (médecin 5)
- Des connaissances pointues dans un domaine

Cette compétence a été citée chez 6 participants du corps médical.

- “il lui faut des connaissances spécifiques supplémentaires pour exercer cette fonction”. (médecin 1)
- “Il faut des connaissances développées spécifiques dans lequel il doit exercer.” (médecin 3)
- “A partir du moment où elles sont compétentes et qu'elles connaissent bien les différents médicaments, les différents types d'insulines et autres, cela se passe bien.” (médecin 6)
- Connaître ses limites

Le corps médical a abordé l'importance de reconnaître ses limites de manière à pouvoir déléguer si nécessaire.

- “ Elle doit savoir bien se connaître elle-même. Car elles doivent connaître leurs limites et savoir jusqu'où elles doivent aller, jusqu'où elles peuvent prendre des initiatives. Ça c'est important. Le gain de la confiance et se montrer sûr de soi quand on fait quelque chose c'est particulièrement important pour des infirmières qui font ce type de travail.” (médecin 5)

- “Une bonne infirmière de référence, c’est quelqu’un pour moi qui sait bien ce qu’elle fait, qui connaît ses limites et qui bouge.” (médecin 4)

En lien avec cette compétence, La notion d’autonomie a aussi été évoquée.

- “Elle doit effectivement être capable d’un minimum d’autonomie pour gérer un entretien seul, analyser le contenu de l’entretien et en faire les déductions pertinentes de ce qui est de son antre et de quand elle doit référer à un médecin. Elle doit savoir conseiller adéquatement le patient et assumer ses responsabilités. Elle doit savoir s’organiser seule et ne pas devoir dépendre du médecin ou de l’organisation de quelqu’un d’autre donc l’autonomie est importante.” (médecin 3)
- ”En tout cas d’être autonome dans son domaine de compétence.” (médecin 6)
- “Elles connaissent leurs limites. Elles savent ce qu’elles peuvent faire. Ce qu’elles peuvent prendre comme décisions d’elles-mêmes. Et si elles ont un doute, ou qu’elles ne sont pas sûres, elles viennent vers nous.” (médecin 5)

Enfin, quelques autres compétences ont été évoquées.

- La consultation :
 - Je pense qu’il faudra la consultation, parce qu’il n’y a que comme ça qu’elle pourra se rendre compte des besoins effectifs du patient » (infirmière 1)
 - “Ils ont une consultation où ils donnent des conseils thérapeutiques” (médecin 1)
- Le coaching :
 - « Elles pourraient faire du coaching aussi, elles pourraient coacher leurs patients dans la pathologie » (infirmier 5)
- L’éthique :
 - « La question de la réflexion du geste, du soin dans le sens : pourquoi ? pour qui ? est-ce nécessaire ? est-ce que je fais le soin parce qu’on m’a dit de le faire ou est-ce que derrière il y a une réflexion sur la pertinence de faire le soin en qualité » (infirmier 3)
 - « L’éthique c’est très important pour moi. On se base sur la pratique physique mais pas sur tout ce qui est humain. C’est pour ça que je suis contente qu’on veuille former à une pratique avancée » (infirmier 7)

- L'informatique :

- « Je pense qu'il faut non seulement pouvoir travailler avec différentes plateformes et donc il faut vraiment manipuler l'outil. Les trucs existants car je suppose qu'il y aura la prescription informatisée » (infirmier 4)

- Rôles

Afin de savoir ce que pourrait représenter les rôles de l'IPA, nous avons posé la question suivante : « Quels rôles attribuez-vous à l'infirmier de pratique avancée ? »

La majorité des infirmiers interrogés ont évoqué un rôle d'appui. En effet, l'IPA serait complémentaire d'une équipe de soins de 1^{ère} ligne dans la prise en charge de patient et dans un domaine particulier. L'IPA serait un infirmier ressource pour les unités de soins :

- « Un rôle de partenaire avec l'équipe de soin de 1^{ère} ligne, pour moi elle aurait un rôle de 2^{ème} ligne. Je crois qu'elle a un rôle d'expertise, de conseillère, un rôle pédagogique. Elle est partenaire du terrain et vient compléter la pensée des soignants de 1^{ère} ligne, elle vient apporter un plus » (infirmier 3)
- « Ce ne serait pas des personnes attachées à une unité. Ce seraient des électrons libres à qui on demande un avis sur un problème en particulier » (infirmier 6)
- « Avec l'expertise, l'aspect d'être un peu référente pour les pairs des unités de soins et les médecins d'autres spécialités est certainement un élément de la pratique avancée » (infirmier 8)

Certains médecins nous ont décrit un rôle de relai tant au niveau patient/médecin que des équipes infirmières avec le médecin :

- “ Je vois que les infirmières de liaison qui circulent dans les unités de soins sont pertinentes et efficaces. Cette liaison entre les spécialités et les étages apporte une plus-value aux soins. Ce sont vraiment des personnes relais”. (médecin 5)
- “Elles sont le relai entre deux consultations chez les patients difficiles à équilibrer ou n'ayant pas confiance en eux et qui ont besoin d'un suivi rapproché. Elles seront aussi le lien entre les médecins des autres services et nous.” (médecin 6)

- “ Il y a des patients qui leur téléphonent sans passer par moi et c’est vrai que c’est peut-être un contact plus privilégié avec le patient dans la prise en charge des soins.” (médecin 7)
- “Une coordinatrice en soins oncologiques, c’est l’intermédiaire entre le patient et l’oncologue. Cette infirmière sera un bon intermédiaire entre le médecin et le patient.” (médecin 7)

Cette position lui permettrait aussi d’œuvrer à la qualité des soins et de mettre adéquatement en question les pratiques :

- « Elle amènera de l’innovation, à ne pas se dire on a toujours fait ça comme ça, à se poser des questions et à se demander si, tout compte fait c’est la meilleure pratique » (infirmier1)
- « Quand on travaille en unité de soin, on est le nez dans le guidon et on n’a pas l’opportunité de se dégager de sa pratique pour prendre de la hauteur. Donc l’intérêt de la fonction est de pouvoir faire ça avec les équipes, pouvoir aller chercher la nouveauté, les recommandations de bonnes pratiques » (infirmier 4)
- « Faire évoluer les pratiques, il y a une responsabilité face à ça » (infirmier 7)
- « Avoir le regard d’une IPA pour décider d’une nouvelle approche, pour élever le débat » (infirmier 8)

De plus, certains infirmiers ont comparé le rôle de l’IPA à celui de coordinateur de soins. En effet, l’IPA prendrait en charge le patient dès son admission et assurerait son retour à domicile, voire son suivi :

- « Voir le patient en préopératoire pour lui expliquer ce qu’on va lui faire, faire le marquage de la stomie avant l’opération, le suivre pendant son hospitalisation, le revoir ensuite après son hospitalisation en consultation et revoir, évaluer l’éducation » (infirmier 1)
- « Coordonner les rendez-vous avec le patient pour dispatcher, organiser, ne pas voir uniquement la plaie ou le souci » (infirmier 2)

Les médecins ont ajouté une notion à la coordination et évoqué la globalité dans les soins. En effet, l’IPA aurait un rôle d’éducation au patient à l’hôpital et dans ses milieux de vie :

- “Les infirmières ont un rôle en matière d’éducation et de suivi y compris dans le cadre de vie. Cela inclut des visites dans les écoles, dans les clubs sportifs, dans des mouvements de jeunesse avant un camp et des choses comme celles-là.” (médecin 1)
- “Elle a un rôle plus global et voit le patient dans son entièreté” (médecin 3)
- “ Elle va avoir un rôle plus proche du patient et du suivi. Et c’est elles qui prennent tout l’aspect aussi peut-être plus psychologique et de gestion du stress en fonction de la façon dont le patient entrevoit sa maladie”. (médecin 7)

Un des infirmiers interrogés a suggéré que l’IPA pourrait jouer un rôle dans des décisions pouvant impacter la qualité des soins aux patients :

- « Je pense que c’est un expert du domaine qui pourrait très bien être interpellé par l’INAMI si on décidait d’une nouvelle approche pour défendre le point de vue du patient » (infirmier 8)

Enfin, un infirmier a fait référence à un cas vécu dans sa pratique professionnelle et qui pourrait être légalisé :

- « J’ai fait hospitaliser un patient diabétique grabataire qui souffrait d’un mal perforant plantaire traité par le médecin généraliste. Bref, il est allé en orthopédie et présentait de la température. En fait, l’orthopédiste me l’a envoyé parce que son assistant était seul et n’y connaissait rien. Du coup, il a eu tous ses examens grâce à mes conseils et l’assistant a signé mes bons » (infirmière 2)

Dans le même ordre d’idée, les médecins ont introduit un rôle de consultation durant laquelle l’IPA pourrait réaliser des tâches médicales comme ajuster un traitement et prescrire des médicaments ou des soins :

- “En plus de la nôtre, elles ont leur propre consultation durant laquelle elles revoient les résultats glycémiques des patients. Elles décident ensuite de modifier la dose d’insuline si nécessaire. Et à l’étage, en hospitalisation, c’est vrai qu’elles sont encore plus livrées à elles-mêmes quand il y a des prises en charge de patients diabétiques à faire dans des services qui sont autres que la diabétologie.” (médecin 4)
- “Je suis contente de pouvoir déléguer à quelqu’un de compétent qui va répondre avec précision au besoin du patient et assurer un suivi après-vente de ce qui est proposé sur le plan médical” (médecin 6)
- “Elle va prescrire les pansements et faire la prescription du soin infirmier” (médecin 3)

2.2.3. Avis sur la pratique

➤ Ressenti

Nous nous sommes également intéressés aux sentiments que pouvait susciter la pratique infirmière avancée chez les participants. Sans équivoque, les infirmiers ont évoqué un sentiment lié à la reconnaissance du métier. En effet, sept d'entre eux ont de nombreuses fois fait allusion à une valorisation de l'infirmier :

- « Je crois que c'est un des moyens d'élever notre profession au rang qu'il mérite » (infirmier 3)
- « Je pense que c'est quelque chose de très positif pour la valorisation du métier d'infirmière, pour le soignant » (infirmier 4)
- « C'est le moyen de reconnaître et de valoriser nos spécificités, donc moi je le vois plutôt comme quelque chose de positif pour la profession » (infirmier 8)
- « Je trouve que c'est valorisant de pouvoir viser plus d'autonomie » (infirmier 10)

Certaines ont ajouté qu'il s'agirait d'une opportunité pour l'infirmier d'être plus reconnu et de faire évoluer la profession :

- « C'est une opportunité pour l'infirmière. Et il ne faudra pas se tromper de cible parce que le but n'est pas de remplacer le docteur mais de professionnaliser notre profession d'avancer par rapport à notre métier. Et effectivement, il y a des choses qu'on pourrait peut-être gérer, mais que l'on fait déjà maintenant à la limite » (infirmier 1)
- « Ça serait une opportunité pour nous d'avoir un statut plus reconnu peut-être par rapport à ce qu'on fait déjà aujourd'hui » (infirmier 7)

D'autres ont précisé que cette valorisation serait également pour l'IPA elle-même :

- « Un sentiment de travail beaucoup plus productif, plus juste et donc une certaine fierté d'avoir cet esprit d'analyse. Une reconnaissance par rapport à toi-même mais par rapport aux autres aussi » (infirmier 3)
- « Je pense que ce genre de poste pourrait permettre de se rendre compte des capacités et de l'expérience de certaines infirmières. J'ai l'impression que ça intellectualise un petit peu plus le métier » (infirmier 9)

Cependant, un des infirmiers a exprimé une crainte quant à la pratique avancée :

- « Si c'est déléguer des actes, ça me fait un petit peu peur parce qu'on nous a toujours dit que même pour du paracétamol il fallait demander. Ça va être un passage difficile » (infirmier 6)

En ce qui concerne le corps médical, celui-ci n'a pas évoqué de sentiments négatifs à l'égard de la pratique :

- « Je n'y vois pas d'inconvénients, c'est un petit peu la même chose que pour les infirmières accoucheuses » (médecin 3)
- « Je pense que c'est un win-win pour tout le monde, je suis contente de pouvoir déléguer à quelqu'un de compétent qui va répondre avec précision au besoins du patient » (médecin 5)

Certains ont vu dans la pratique avancée une manière d'améliorer les pratiques :

- « Il est intéressant d'avoir des gens qui questionnent, veulent apprendre et aller au-delà de leurs compétences. Ça te remet en question et c'est enrichissant pour nous aussi » (médecin2)
- « Avoir des infirmiers experts dans l'un ou l'autre domaine permet en rétroaction d'améliorer notre formation à nous aussi » (médecin 5)

De la même manière que pour le groupe des infirmiers, certains ont évoqué la valorisation de l'IPA en tant que personne :

- « Devoir chacun travailler et être satisfait d'avoir un travail qui est gratifiant, ça permet que tout le monde se sente bien » (médecin 4)
- « Je pense que ce sont des métiers qui permettent de se qualifier et ceci est gratifiant pour la personne parce qu'elle a probablement une expertise gratifiante pour le personnel de santé, pour le praticien et sans doute pour le bénéficiaire aussi » (médecin 5)

Néanmoins, un des médecins a ajouté que l'IPA devrait être sous supervision médicale :

- « Cela ne me dérange pas mais si elle consulte ou prescrit, je pense qu'il faudra qu'elle soit supervisée par un médecin » (médecin 7)

2.2.4. L'implémentation

Un de nos objectifs était d'évaluer de manière générale les représentations des soignants sur les barrières et opportunités à l'implémentation de cette pratique.

➤ Barrières

En premier lieu, nous nous sommes intéressés aux freins potentiels à l'implémentation de l'IPA. Pour ce faire, nous avons posé la question suivante : “Selon vous, quelles seraient les barrières à l'implémentation d'une telle pratique ?”

Chez tous les participants, deux thèmes principaux ont émergé : le corps médical et le financement. Nous avons aussi mis en évidence d'autres barrières que nous développerons ultérieurement.

Tout d'abord, le corps médical :

- « Je pense que les normes que nous connaissons risquent d'être un frein parce qu'on est encore dans une société où la place du médecin est très importante. La vision du médecin va clairement impacter la faisabilité et la réussite de cette fonction » (infirmier 4)

Certains infirmiers ont évoqué une perte de pouvoir, d'autres de compétences :

- « Aujourd'hui je fais de la pratique avancée, mais je ne le suis pas officiellement et je n'ai aucun pouvoir de prescription. J'ai déjà un rôle d'assistant où ils me font confiance mais un jour, si c'est moi qui prescris, peut-être qu'il y en a qui vont approuver mais peut-être aussi que certains vont dire qu'on leur retire du pouvoir » (infirmier 1)
- « Un frein médical dans une toute puissance. Nous sommes un peu victimes d'un héritage de soumission de l'infirmière qui fait des soins mais n'a pas besoin de réfléchir. Il y a encore des médecins qui te le disent » (infirmier 3)
- « Moi je sens très fort une résistance des généralistes qui pensent que l'on pourrait prendre une partie de leur job » (infirmier 8)
- « J'ai du mal à imaginer qu'ils vont accueillir l'IPA à bras ouverts. Il y a encore fort cette idée de patriarcat médical qui doit surtout être tout puissant et avoir encore tout ça (joint le geste à la parole et ouvre les bras), donc déléguer certaines choses à un métier que, pour l'instant, beaucoup regardent comme quelqu'un qui change des langes, je pense que ça va être difficile » (infirmier 9)

Ce point est également ressorti chez les 7 médecins.

- “Les médecins sont assez conservateurs et les infirmiers plus progressistes en matière de choix thérapeutiques. Je pense que certains médecins ont probablement plus de mal à lâcher certaines prérogatives.” (médecin 2)

- “La mentalité de certains médecins. Les gens dans une discipline qui diront que cette infirmière ne leur sert à rien car ils connaissent et savent tout.” (médecin 7)

Outre le corps médical, les infirmiers ont également relevé des aspects liés à la résistance au changement. En effet, certains infirmiers de terrain pourraient être réfractaires à l’arrivée de l’IPA en Belgique et dans les institutions. Certains médecins ont également abordé cette question :

- « Des freins de résistance au changement car cela impliquera un changement de conception, de pensée et de pratique, donc il risque d’y avoir de la défense » (infirmier 2)
- « Je pourrais me sentir amoindrie dans les compétences que je n’ai pas encore eu l’occasion de réaliser. J’aurais un peu peur que ça ne nous permette plus d’essayer d’élever le débat nous-mêmes » (infirmier 8)
- « On retrouve des résistances au changement dans certains endroits, je pense qu’il y a des infirmières qui ne vont pas très bien le prendre non plus » (infirmier 9)
- “Le fait d’avoir des diplômes différents, ça va rendre les choses compliquées. Sur le plan relationnel, il peut y avoir des rivalités” (médecin 2)
- “ Il y aussi des jalousies entre infirmières, je le vois bien même si ça s’est un peu calmé. Quand l’infirmière de référence en soins de plaies vient et donne ses consignes, les infirmières de l’étage se demandent pour qui elle se prend. J’ai déjà entendu des réflexions du type “ce n’est pas parce qu’elle fait les soins de plaies qu’elle connaît mieux que nous” ». (médecin 7)

Pour trois infirmiers, cette résistance pourrait être induite par l’IPA elle-même :

- « Elle peut se borner à faire la super infirmière mais ne pas aller plus loin dans le rôle soutenant et visionnaire pour le patient » (infirmier 1)
- « On pourra avoir des freins vis-à-vis de l’accueil parce que quelque part, si elle vient avec ses gros sabots dire ce qu’il faut faire, je crois qu’elle risque de dévaloriser la première ligne par rapport à ce qu’elle fait déjà bien » (infirmier 3)

Pour d’autres participants, cela viendrait du bénéficiaire de soins lui-même :

- « Je pense que la vision des bénéficiaires de soins va être très importante » (infirmier 4)

- « Les patients pourraient être réticents à ce qu’une simple infirmière (fait des guillemets avec ses mains) fasse des gestes qu’ils ont l’habitude de réaliser avec un médecin » (infirmier 7)
- “Le patient est l’acteur principal dans les soins de santé et les stéréotypes existent toujours, donc il faut voir comment celui-ci va réagir, vivre les choses et comment il va être informé”. (médecin 2)
- “C’est vrai qu’au départ, pour certains patients c’est un peu déroutant de venir en consultation et d’être vu par une infirmière qui se permet de changer ce que nous avons instauré” (médecin 6)

Concernant le financement, deux catégories ont été évoquées.

- La rémunération propre de l’IPA :
 - « S’il y a une pratique avancée, j’imagine qu’il faudra reconnaître son rôle financièrement » (infirmier 1)
 - « Si on lui demande de faire plus, elle va vouloir une augmentation parce qu’elle a des responsabilités en plus » (infirmier 5)
 - « Je pense que l’aspect financier va être un frein parce qu’il faudra le salaire qui justifie toutes les années d’études » (infirmier 8)
 - « Je suppose qu’avec les études, le grade est différent, il va y avoir un barème différent. Ce sera un problème avec les finances » (infirmier 10)
 - “Implémenter l’IPA va être difficile et encore plus si aucune valorisation financière n’est prévue” (médecin 2)
 - “Si le salaire est identique, ils vont se demander pourquoi faire des choses en plus.” (médecin 6)

Néanmoins, certains infirmiers ont estimé que la rémunération pourrait aussi être un levier en rendant la profession plus attractive :

- « Si tu es payée plus, c’est une motivation » (infirmier 4)

- La provenance du budget pour l’IPA :

- « Au niveau budgétaire, ça va être quelque chose. Ce sont des métiers à créer, à qui va t'on retirer et pour donner à qui ? » (infirmier 5)
- “Le principal accueil serait l’aspect financier parce qu’il faudrait prélever cela dans d’autres cadres. S’il y avait un financement je pense que ce serait très intéressant.” (médecin 1)
- “Moi j’imagine que la direction pourrait nous dire de les payer. Parce qu’encore une fois, les assistants c’est nous qui les payons, ce n’est pas l’institution. C’est un financement autre qui n’a rien avoir avec l’hôpital. Qui va payer ces infirmières ?” (médecin 3)
- “Je pense que le frein, c’est le financement parce qu’il faut bien que cela soit financé pour les payer.” (médecin 7)

La lourdeur des études et le contenu de la formation a également semblé être défavorable à l’arrivée de l’IPA en Belgique.

- « Reprendre des études de cette ampleur pourrait en refroidir plus d’une » (infirmier 7)
- « La lourdeur des études : les études d’infirmière durent quatre ans et puis il faudra se spécialiser dans un domaine et faire un master. On en arrive à un nombre d’années d’études équivalent à celles de médecine » (infirmier 8)
- “Il faut sans doute harmoniser ces processus scolaires pour qu’ils aient des cursus identiques d’une école à l’autre ou d’un secteur d’enseignement à l’autre.” (médecin 4)
- “ Qui va former dans quelle formation et pour quelle discipline ? Il devrait y avoir un comité ou des gens qui réfléchissent à comment créer cela pour que ce ne soit pas un flop”. (médecin 7)

Un infirmier a également précisé que la pénurie d’infirmiers sur le terrain pourrait également être un frein. Pour lui, cela voudrait dire que l’effectif serait encore réduit par rapport à la situation actuelle :

- « Personnellement, j’ai du mal à imaginer que quelqu’un qui ne travaille pas encore puisse réaliser cette formation. Du coup, cela veut dire qu’il faudra leur dégager du temps et peut-être réduire leur temps de travail le temps qu’elles se forment alors qu’on est en pénurie » (infirmier 8)

Côté médical, le cadre légal a également été cité par les 7 participants :

- “Très clairement, il y a pas mal de situations où l’on sort du cadre légal en pleine connaissance de cause. Nous avons effectivement un cadre légal mais c’est souvent les infirmières qui nous le rappellent.” (médecin 2)
- “Le cadre légal va se faire mais il faut que celui-ci suive parce que c’est tellement vaste et large que je ne sais pas comment ils vont faire pour le définir. Je pense que le plus simple serait de décider en fonction de chaque activité et de voir avec les praticiens concernés” (médecin 3)
- “Je ne sais pas si on doit attendre le cadre légal ou simplement s’arranger entre professionnels. Moi je pense que le mieux c’est que la communication soit claire entre chaque partenaire. Personnellement, je n’ai pas forcément besoin d’un cadre légal.” (médecin 4)

Enfin, les médecins ont insisté sur la responsabilité de l’IPA :

- “La limite sera sans doute la notion de responsabilité. Cela me semble important parce que nous sommes dans une société qui est de plus en plus interpellante par rapport à ses droits. En terme de responsabilités professionnelles, on risque quand même d’avoir des limites.” (médecin 2)
- “La responsabilité sera aussi un frein.” (médecin 7)

➤ Opportunités

La majorité des participants interrogés a mis en avant la qualité des soins comme une opportunité à l’implémentation de la pratique avancée. Selon plusieurs participants, la réflexion de l’IPA est bénéfique aux bénéficiaires des soins de santé :

- « Une opportunité, c’est la qualité des soins au patient, c’est lui qui va bénéficier de toute la réflexion » (infirmier 1)
- « Je pense que l’élévation de la qualité des soins et de la sécurité du patient est une opportunité pour engager des personnes qui auraient une réflexion clinique plus large du métier d’infirmière » (infirmier 8)
- “Je pense que les patients ont plus facile à s’affirmer avec les infirmiers, ils auront une moins grande barrière à s’exprimer avec des infirmiers qu’avec des docteurs. Chez les docteurs, ils disent un mot et puis s’excusent. Je pense que la parole est plus libre face à l’infirmier”. (médecin 4)

- “L’amélioration de la qualité des soins : je dois avouer qu’il est plus facile de les appeler et d’avoir leurs avis pour améliorer les pratiques. Elles sont aussi plus flexibles et nous savons plus facilement faire appel à elles qu’à nos confrères spécialistes qui sont plus occupés.” (médecin 5)

Certains participants ont précisé que le corps médical pourrait être un appui en ce sens :

- « Si les médecins se rendent compte que ça va pouvoir leurs dégager du temps sans perdre en qualité des soins, ils suivront. Mais il faut qu’ils soient rassurés sur le fait que l’IPA ne risque pas de passer à côté de quelque chose parce qu’elle l’a fait et pas eux » (infirmier 9)
- “ Je pense qu’on aura besoin d’infirmiers relais compétents qui puissent continuer à répondre aux besoins des patients car on perd parfois du temps. Avec une IPA, on ferait des consultations plus courtes et plus efficaces.” (médecin 5)

De plus, certains participants ont ajouté que des soins de qualité diminueraient les risques de complications et donc du coût des soins :

- « Plus on améliore la qualité des soins, plus on améliore la santé et plus on réduit les risques de complications de maladies, de plaies. Cela réduit le nombre d’hospitalisations et par conséquent on réduit les coûts. Quelque part, c’est du win-win pour l’INAMI, pour le médecin, pour le patient » (infirmier 2)

D’autres ont ajouté que certains soins ou certaines situations pourraient être pris en charge plus rapidement. Ceci permettrait un gain de temps pour le médecin, le patient et le personnel soignant :

- Pendant une hospitalisation en chirurgie, il arrive que l’on donne un avis et que l’assistant soit en train d’opérer. Alors on transmet à l’infirmière mais elle ne posera pas l’acte si ce n’est pas prescrit et le patient restera à risque d’hypoglycémie et d’hyperglycémie. Si l’infirmière peut le faire, c’est une opportunité car cela ira beaucoup plus vite pour le patient » (infirmier 5)
- « Le délai de décision serait moins long, l’action plus rapide. C’est une plus-value pour le patient et sa prise en charge. Finalement, la qualité des soins est meilleure » (infirmier 6)
- “Donc ce serait un gain de temps pour le médecin, pour le patient. Cela évitera des complications”. (médecin 6)

Les infirmiers ont également mis en avant la nécessité d'un cadre légal entourant la pratique :

- « Pour qu'elle jouisse d'une certaine autonomie, il faudra que la loi lui donne » (infirmier 1)
- « La législation est importante pour encadrer la pratique » (infirmier 2)
- « Il faut un cadre légal pour entourer la pratique sinon on va arriver à des dérives. On pourrait même finir par dénigrer la pratique infirmière en général » ; « Ce ne sera positif que si ses rôles sont bien clarifiés » (infirmier 4)

Une possible pénurie de médecins a été soulignée par deux infirmiers :

- « Je pense que cela aura des effets bénéfiques car avec le numerus clausus on va avoir de moins en moins de médecins » (infirmier 4)
- « Si y a moins d'engagement au niveau du corps médical ou si il y a un souci d'engagement au niveau du corps médical, l'IPA pourrait alors compenser » (infirmier 10)

Du côté médical, le financement revient également mais sous un autre aspect.

- “Au sein de la pédiatrie, nous avons la chance d'avoir un financement pour la convention de diabétologie pédiatrique. C'est ce qui nous permet d'avoir des infirmiers.” (médecin 1)
- “J'ai le sentiment qu'on est plutôt dans des politiques budgétaires que des politiques de santé publique et je pense que le plus important est l'efficacité du soin pour le patient. Quelque part, les décisions qui sont prises visent toujours à faire des économies dans le budget des soins de santé. Si le but est de réduire les coûts, c'est tout bénéfice pour le patient. Je pense donc que l'aspect financier, ça va être le moteur pour les décideurs politiques.” (médecin 2)
- “S'il y a un financement, cela sera vite mis en route étant donné qu'il ne faudra rien payer et que cela soulagera le médecin. Pour l'hôpital, cela va donner une image de marque de la prise en charge. De plus, ce sera un gain de temps pour le médecin qui saura travailler plus et pourra rapporter plus d'argent à l'hôpital.” (médecin 7)

2.2.5 Etat des lieux de leur pratique quotidienne

Au terme de l'entretien, la question suivante était posée aux infirmiers : « Pensez-vous faire de la pratique avancée dans le cadre de votre fonction ? ».

Six infirmiers se sont situés dans une pratique infirmière avancée. Certains de manière catégorique :

- « Oh oui (air convaincu) » (infirmier 1)
- « Pratique avancée dans mon expertise oui, parce que justement on vient apporter une plus-value dans un domaine bien précis » (infirmier 3)
- « Oui, on modifie les traitements des patients donc oui » (infirmier 5)

D'autres de manière plus nuancée :

- « Je pense que certaines de mes missions, oui effectivement sont de la pratique avancée. Alors ça dépend de quelle pratique infirmière on parle. Suis-je une clinicienne ou une praticienne (Sourire), je suis une clinicienne je pense » (infirmier 4)
- « De façon déguisée mais je trouve. Par rapport à moi qui était infirmière, je vais dire de base aux urgences. On a quand même une spécialisation en plus. Ça m'arrive parfois avec le médecin de conseiller, de modifier la molécule de l'Oxynorm[®] à l'Oxycontin[®] ou des choses comme ça » (infirmier 6)

Deux des infirmiers ont estimé que non :

- « Pour le moment il n'y a pas encore le contenu de la formation donc non, pas en première intention en tout cas » (infirmier 7)
- « Aujourd'hui, je ne me décrirais pas comme IPA, même si j'ai des compétences qui doivent être reprises dans son profil » (infirmier 8)

Enfin, deux infirmiers n'ont pas su se positionner :

- « Je n'en sais rien » (infirmier 9)
- « Je n'en sais rien, enfin pas en diabétologie en tout cas. En ce qui concerne les autres référentes, je ne peux pas m'avancer » (infirmier 10)

Nous voulions également avoir l'avis des médecins sur leurs partenaires de travail. Nous leur avons donc posé la question suivante : « Pensez-vous que l'infirmière avec qui vous collaborez fait de la pratique avancée ? ». Un seul médecin a répondu par la négative, estimant que les actes infirmiers qui étaient attribués à ses infirmiers de référence étaient trop réducteurs pour parler de pratique avancée.

- « Si elles font de la pratique avancée, ce serait vraiment très minimaliste et je ne m'en rendrais vraiment plus compte ». (médecin 2)

Les autres ont affirmé que les infirmiers avec qui ils collaborent étaient déjà dans un rôle de pratique avancée et ont fait le lien avec la prescription :

- « Pour moi, on travaille avec des infirmières qui sont à peu de choses près des infirmières en pratique avancée. Pour donner un exemple dans la manière dont on travaille ici, ces infirmières remplissent ce type de définitions puisqu'elles ajustent des doses d'insulines » (médecin 1)
- « Il me semble que oui dans le sens où elles proposent des adaptations de doses » (médecin 3)
- « Ici en milieu hospitalier, oui. Quand je vois les infirmières de liaisons en diabétologie circuler dans les étages, elles sont pertinentes et efficaces là où avant, les docteurs avaient des schémas non structurés. Idem pour l'infirmière stomathérapeute, elle sait ce qu'elle fait, connaît ses limites et est capable de soumettre une argumentation documentée de ce qu'elle pense face au docteur » (médecin 5)
- « Je pense que oui. C'est-à-dire que je prends de son expérience des soins de plaies alors que je n'en fais pas forcément. Elle me propose des traitements » (médecin 7)

Pour terminer, les médecins ont exprimé un point de vue positif quant à l'utilité d'une IPA. En effet, à la question : “Que pensez-vous de l'utilité de l'IPA dans votre pratique quotidienne ?”, un médecin a affirmé :

- “C'est plus qu'utile, c'est extrêmement précieux. Nous on a besoin de vous”. (médecin 1)

Certains ont insisté sur la complémentarité de l'IPA par rapport au corps médical :

- “On aime travailler en communauté. Avec les gens, quelle que soit leur profession, c'est le partage ensemble. Donc ça fait partie de notre ADN tant en salle d'opération qu'ici en algologie. De la complémentarité, de la transdisciplinarité, de l'interdisciplinarité, c'est gai. On travaille ensemble.” (médecin 2)
- “Moi je suis contente d'avoir des parties du problème que je peux référer à quelqu'un qui va écouter le patient, qui va écouter ses besoins et qui va essayer d'aller plus loin dans la réponse personnalisée que ce que je ne peux faire. C'est un partenaire et une plus-value à la consultation !” (médecin 4)

D'autres ont justifié l'utilité d'une IPA par la délégation de certaines tâches médicales qui entraînerait un gain de temps pour le patient et le médecin au profit de la qualité des soins :

- “si les infirmiers peuvent assumer une partie des fonctions du médecin c'est pas plus mal. Ça offre beaucoup plus de disponibilités”. (médecin 1)
- “Très clairement, ce serait utile. Il suffit de voir les délais d'attente dans pas mal de secteurs. Cela pourrait dégager du temps au profit de la qualité des soins”. (médecin 2)
- “La seule chose qui m'arrangerait c'est qu'elle remplisse les papiers, les prescriptions. Ce serait un gain de temps pour le médecin et le patient, forcément le patient serait mieux pris en charge et cela améliorerait la qualité des soins. Elle déchargerait un petit peu l'assistant, ce qui le soulagerait”. (médecin 3)
- “En tout cas pour les soins de plaies c'est très utile. Je pense que ça pourrait soulager les médecins pour les autres disciplines mais à la limite, c'est chaque discipline qui doit dire de quoi elle a besoin. Elle va soulager le médecin et ce sera un gain de temps pour lui”. (médecin 7)

Lors de notre recherche, nous avons pu mettre en évidence certains éléments sur les représentations de la pratique avancée. Nous allons par la suite, en discuter en faisant un parallèle avec notre théorie.

IV. Discussion

1. Discussion théorico-pratique

Reprenons d'abord notre question de recherche : “ *Quelles sont les représentations des infirmiers ayant une expertise professionnelle et des médecins avec qui ils collaborent en milieu hospitalier concernant la pratique infirmière avancée ?* ”

Dans cette partie, nous allons confronter nos résultats avec la théorie abordée. Nous parlerons d'abord de l'image relative à la pratique. Nous ferons ensuite un parallèle entre la théorie des rôles et des compétences et nos résultats. Nous ferons de même par la suite concernant l'avis sur la pratique, l'implémentation et l'état des lieux de la pratique quotidienne de nos soignants interrogés. Nous terminerons ce chapitre par les forces et limites de ce travail ainsi que par une conclusion plus générale.

1.1. Image relative à la pratique avancée

Le concept d'IPA est méconnu de la plupart des participants. Cela n'a rien d'étonnant car celui-ci est relativement récent. De plus, il est resté abstrait même après lecture de la définition prévue dans la législation. Ceci suggère que le cadre prévu dans la loi reste très large et devrait être clarifié.

Nous avons mis en évidence que, pour la majorité des participants, l'IPA était associée à la notion de prescription dans un domaine précis ou sous d'autres formes telles que renouvellement d'ordonnances ou actes confiés. Comme nous le dit l'infirmier 1 : « Aujourd'hui, c'est le médecin qui prescrit les pansements. Il me demande ce que je veux mettre sur sa prescription. Il faudrait que je puisse le prescrire aussi ». Cependant, la prescription est toujours associée ou dépendante du médecin avec qui l'IPA collabore. Ces éléments sont assez proches de l'article 46/1 du cadre législatif relatif à l'exercice de l'art infirmier qui stipule que l'IPA pourra pratiquer des actes médicaux dans le cadre de soins infirmiers complexes et en étroite collaboration avec le corps médical. En revanche, les conditions et la manière de procéder ne sont pas encore précisées dans la loi. Il est donc impossible de les comparer.

Le groupe "infirmiers" a différencié l'IPA du médecin et a précisé que l'IPA ne devait pas être envisagé comme une alternative au corps médical : « Je pense que ça peut véritablement amener un plus, mais il ne faut pas que ce soit vu comme des petits docteurs » (infirmière 4). Cette donnée suggère que l'infirmier se distingue de l'art de guérir et tient à son identité professionnelle.

La notion d'expertise dans un domaine précis a aussi été évoquée par les deux groupes. Nous retrouvons également cette idée dans la définition donnée par Hamric. En effet, celle-ci précise dans Aguilar et al. (2017) que l'IPA agit auprès des populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline des soins infirmiers. Au vu du contexte belge comprenant de multiples domaines de spécialisations et qualifications, cela n'a rien d'étonnant.

Deux autres éléments qui ressortent de cette étude sont la vision globale et la réflexivité de la prise en charge des soins. Ceux-ci permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge et in fine, la qualité des soins. En effet, ceux-ci ont été évoqués tant par le groupe "infirmiers" que par le groupe "médecins". Ceci suggère que l'IPA n'est pas exclusivement cantonné à une pratique clinique directe, mais organise également un suivi dans la continuité des soins en tenant compte de son environnement. C'est-à-dire qu'il va intégrer les soins à la situation du patient

et suivre ceux-ci de près. Ici aussi est abordée la question de la complémentarité du corps médical et infirmier. Ces éléments viennent préciser la définition de l'IPA et esquissent les futures représentations liées aux rôles de celle-ci. Cela suggère également que l'IPA doit faire preuve d'une bonne compétence de collaboration avec le médecin et ses collègues de terrain.

En ce qui concerne le niveau d'études requis pour la pratique, il existe une différence significative entre les deux groupes. En effet, le groupe "infirmiers" a estimé que la base pour œuvrer en pratique avancée est un niveau de maîtrise. Ce groupe a justifié ce choix par le bagage réflexif et méthodologique propre aux universités. Comme soutenu par Roulin et al (2002), le conseil international des infirmiers recommande un niveau de maîtrise. Par ailleurs, la loi relative à l'exercice des professions de santé précise que : "ces critères prévoient au minimum un diplôme de master en sciences infirmières" (art 46/1).

Le groupe "médecins" a quant à lui affirmé qu'une bonne formation de base et la poursuite d'une formation continue dans le domaine spécifique étaient suffisantes. En effet, dans leur pratique quotidienne certains infirmiers jouissent déjà d'une certaine autonomie (adaptation des traitements) et les médecins font donc le lien avec la pratique avancée. Pourtant ces infirmiers n'ont pas un niveau de maîtrise. Ceci pourrait expliquer pourquoi les médecins ne jugent pas nécessaire d'avoir un master pour faire de la pratique avancée.

1.2. Rôles et compétences

1.2.1. Compétences

La littérature a mis en évidence un modèle composé d'une compétence centrale et six compétences de base (Hamric, 2019). Parmi celles-ci, trois se sont imposées comme une évidence dans notre étude.

Sans équivoque, les compétences de collaboration et d'utilisation de l'evidence-based practice (EBP) ont été largement évoquées. Pour les deux groupes, la compétence de collaboration est un critère important et nécessaire à la pratique avancée. Selon l'infirmier 4 : « Je pense qu'il faut de grandes qualités de communication et de collaboration, des compétences en méthodologie de la recherche ». En effet, le travail interdisciplinaire est pour les participants indispensable pour prendre en charge le patient dans sa globalité. Pour le groupe infirmiers, il est important de procurer des soins de qualité basés sur une bonne connaissance des pratiques. Comme soutenu par le CFAI (2018) et Hamric & Hanson, l'EBP est essentielle à l'amélioration des pratiques de soins et à la production de recommandations. Une compétence linguistique a

émergé en complément de l'EBP. Cet élément est nouveau mais n'a rien d'étonnant selon nous. En effet, la majorité des publications sont rédigées dans la langue anglaise et une bonne connaissance de celle-ci semble donc primordiale comme nous l'indique l'infirmier 2 : « La lecture d'articles bien souvent c'est en anglais donc il faut pouvoir les traduire ou les lire sans se tromper ».

En lien avec le modèle d'Hamric, la compétence de leadership a également été évoquée et associée à la posture soignante de l'IPA. Grâce à celle-ci, il pourra amener les équipes de soins à collaborer avec lui et améliorer la prise en charge des patients : « entraîner dans la qualité toujours le mieux, donc il faut que les autres suivent et pour que les autres suivent il ne faut pas dire je veux, il faut avoir une certaine posture qui fait qu'elles vont suivre et cette posture c'est le leadership. C'est amené les autres à adhérer à ce qui est envisagé » (infirmier 1). Cet élément est également évoqué par Davidson et al (2006).

Enfin, certains participants ont cité l'éthique du soin en référence au processus de décision éthique, le coaching en référence au suivi rapproché du patient et la consultation nécessaire à l'investigation des besoins du patient.

Outres les compétences définies par le modèle théorique, d'autres représentations ont émergé. En effet, nous constatons que les infirmiers et médecins de terrain ont une vision plus large de ces compétences. Certaines d'entre-elles font également écho aux différents rôles de l'infirmier en pratique avancée comme par exemple l'autonomie : « En tout cas d'être autonome dans son domaine de compétence. » (médecin 6)

Pour les participants, la communication est une compétence essentielle étant donné que l'IPA doit collaborer au mieux tant avec le médecin et les équipes de soins qu'avec le patient. Cela inclut une écoute active et une attitude empathique. Il peut alors proposer un discours adapté à son interlocuteur.

La compétence de pédagogie a été évoquée. Celle-ci est complémentaire de la précédente et nécessaire pour permettre à l'IPA de former ou conseiller le patient, mais aussi ses collègues du terrain. Cela sous-entend un rôle d'appui à l'IPA.

Les médecins ont jugé l'importance d'avoir des connaissances pointues dans son domaine. Cela fait référence à la maîtrise spécifique de certains actes réalisés par l'IPA. Cela sous-entend la connaissance des tenants et aboutissants du soin à réaliser ainsi que des conséquences potentiellement engendrées. Cette compétence est donc spécifique à chaque domaine

d'expertise. Cette compétence pourrait être reliée avec la compétence d'éthique comme l'explique l'infirmier 3 : « la question de la réflexion du geste, du soin dans le sens : pourquoi ? pour qui ? est-ce nécessaire ? est-ce que je fais le soin parce qu'on m'a dit de le faire ou est-ce que derrière il y a une réflexion sur la pertinence de faire le soin en qualité ».

En toute logique, la compétence est reliée avec deux autres évoquées par les médecins : connaître ses limites et son autonomie. Selon les médecins, l'IPA doit savoir si les soins à prodiguer sortent de son champ de compétence et pouvoir déléguer au médecin lorsque la situation l'impose. Pour ce faire, il doit jouir d'une autonomie lui permettant de gérer seul un entretien avec un patient ou encore d'adapter certains traitements.

Selon nous, ces nouvelles représentations ne sont pas surprenantes. En effet, dans la définition qu'ils proposent, Hamric (2013) et ses collaborateurs dans Aguilard and al. (2017) précise que la pratique avancée consiste en l'application d'un éventail élargi de compétences propres au contexte dans lequel le professionnel exerce.

1.2.2. Rôles

Notre revue de littérature a distingué deux rôles à l'IPA. L'infirmier praticien, spécialisé dans une discipline, a des compétences bien spécifiques et accomplit des tâches médicales. Celui-ci a un contact plus direct avec le patient et va, par exemple, le suivre dans le cadre d'une maladie chronique. L'infirmier clinicien prodigue également des soins au patient, mais va surtout œuvrer à l'amélioration de la qualité de ceux-ci. Selon Morin (2018), il va jouer un rôle de conseiller auprès des équipes de soins ou assurer l'élaboration, l'implémentation et le suivi de pratiques exemplaires.

Le groupe « infirmiers » a évoqué un rôle d'appui des équipes de soins dans un domaine précis. Dans ce cadre, l'IPA est un infirmier ressource tant pour les unités de soins que pour les structures de 1^{ère} ligne ; il leur est aussi complémentaire. Certains médecins ont ajouté que l'IPA est un relais entre le patient, l'équipe de soins et le médecin. Sa place transversale et son expertise lui permettent de jouer un rôle majeur dans l'évolution et le renforcement de pratiques exemplaires. Il œuvre ainsi à la qualité des soins auprès des soignants, mais peut aussi jouer un rôle de conseiller dans les décisions politiques de santé. Selon nous, ces différents rôles sont complémentaires et correspondent à la description de l'infirmier clinicien.

Le groupe « médecins » a introduit un rôle de consultation durant laquelle l'IPA réalise des tâches médicales. Il peut ainsi assurer le suivi de certaines maladies chroniques et pourrait adapter un dosage comme par exemple l'insuline dans le cas du diabète. Selon nous, ceci sous-entend une référence commune à l'infirmier praticien.

En outre, certains participants ont vu en l'IPA un rôle de coordination des soins. Il prend donc en charge le patient dès l'admission et assure son suivi au-delà de son retour à domicile. Les médecins ont aussi affirmé le rôle plus global de l'IPA. Selon eux, il verrait le patient dans son entièreté. À notre connaissance, ces rôles ne sont pas décrits dans la littérature.

La théorie définit deux rôles bien précis. Cependant, nous avons remarqué que les représentations liées aux rôles en pratique avancée étaient plus larges. En définitive, nous mettons en avant que les représentations du groupe « infirmiers » sont proches de l'infirmier clinicien alors que celles du groupe « médecins » le sont plus de l'infirmier praticien.

1.3. L'avis sur la pratique

Dans la théorie, nous avons pu constater que l'IPA, de par son expérience, son niveau de connaissance et d'études, avait une autre approche des soins. Il était source d'amélioration de la pratique et donc de la qualité des soins. Ce point a été relevé par certains médecins. Selon eux, l'IPA se poserait des questions dans sa pratique quotidienne. Il améliorerait les pratiques grâce à son expertise, son savoir et ses compétences. Nous n'avons relevé aucunes réticences du côté médical sur ce genre de pratique. Au contraire, certains médecins nous ont affirmé que toutes les parties y gagnaient, tant au niveau médical qu'au niveau infirmier. Un médecin et un infirmier nous ont émis quelques craintes quant à la délégation de certains actes médicaux : « Si c'est déléguer des actes, ça me fait un petit peu peur parce qu'on nous a toujours dit que même pour du paracétamol il fallait demander. Ça va être un passage difficile » (infirmier 6). Le médecin 7 précise : « Cela ne me dérange pas mais si elle consulte ou prescrit, je pense qu'il faudra qu'elle soit supervisée par un médecin ». Pour eux, cela resterait un acte trop important et cela devrait rester sous la surveillance médicale.

Il est difficile de raccrocher ce point à la théorie au vu du manque d'informations. Mais le ressenti du personnel de soins était une chose importante à mettre en avant pour nous, surtout vu le contexte actuel des soins de santé.

Finalement, le sentiment général des participants est vraiment une revalorisation du statut d'infirmier, une reconnaissance du métier en le rendant plus intellectuel. Selon l'infirmier 3 : « Je crois que c'est un des moyens d'élever notre profession au rang qu'il mérite ». La pratique infirmière avancée serait également un moyen de valoriser la personne avec un sentiment gratifiant pour le fait d'exercer un métier plus qualifié. Cela permettrait à l'IPA de se sentir mieux dans sa pratique quotidienne.

Au vu de la conjoncture actuelle, ces notions nous interpellent. En effet, il y a quelques mois, les infirmiers descendaient dans les rues (les mardis blouses blanches) pour revendiquer leurs droits et être entendus. La situation se répète encore à l'heure du covid-19 où les infirmiers se sentent délaissés. Nous pensons qu'il est nécessaire d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

1.4. Les freins et les leviers

1.4.1. Les freins

Chan (2015) nous a appris que le corps médical pouvait se montrer réticent à la pratique infirmière avancée et voir celle-ci comme une concurrente. Cela a également été appuyé par Morin (2018). Nous avons constaté que cet élément est bien présent dans les représentations des participants. En effet, tant les médecins que les infirmiers ont répondu que le corps médical serait une barrière à la pratique avancée.

Pour certains, les normes de notre société donnent une place très importante au médecin et mettent l'infirmière dans une position de « soumission » comme nous le dit l'infirmier 3 : « Un frein médical dans une toute puissance. Nous sommes un peu victimes d'un héritage de soumission de l'infirmière qui fait des soins mais n'a pas besoin de réfléchir. Il y a encore des médecins qui te le disent ». Selon les infirmiers, certains médecins conservateurs pourraient y voir une perte de pouvoir. De ce fait, la vision du médecin impactera la faisabilité et la réussite de cette fonction. Ce phénomène portant sur le rapport social entre le médecin et l'infirmier n'est pas décrit dans notre littérature. Cependant, il nous fait penser au modèle type du rapport de couple conjugal décrit par Knibielher (1984) cité dans Picot (2005), où l'infirmier doit s'adapter aux pratiques de travail, habitudes et disponibilités du médecin. Il pourrait donc être intéressant d'investiguer les rapports sociaux actuels entre médecins et infirmiers.

Pour la majorité des participants, la résistance au changement est également un frein non négligeable à l'implémentation de la pratique avancée en Belgique.

Outre le corps médical, les infirmiers de terrain pourraient voir une forme de rivalité avec la pratique avancée. Cette résistance au changement pourrait également être induite par l'attitude de l'IPA. Enfin, des actes habituellement réalisés par un médecin et effectués par un infirmier pourraient rebuter certains bénéficiaires de soins. A cet égard, Aguilard et al. (2017) précisent que la sensibilisation des parties prenantes facilite la mise en place de l'IPA.

Le financement a également été mis en avant par les participants. Comme pour Aguilard et al. (2017), le manque de reconnaissance salariale a été décrit comme un frein à l'implémentation de l'IPA. En effet, certains participants ont affirmé qu'il serait difficile de convaincre le personnel à reprendre des études universitaires s'il n'y avait aucune reconnaissance salariale. De plus, la rémunération justifierait les nouvelles responsabilités de l'IPA. Cependant, une augmentation salariale pourrait également être une opportunité à son implémentation. Cet argument est corroboré par l'OCDE (2016). En outre, certains participants ont abordé la manière dont l'IPA allait être financé.

Tout comme l'OCDE (2016), la totalité du groupe « médecins » a mis en avant que le cadre légal actuel était trop vague et compliquait les choses étant donné que les rôles n'étaient pas clairs. Cela rejoint Aguilard et al. (2017) qui précisent qu'un manque de législation influencerait négativement la politique des institutions. Le médecin 4 nous a également suggéré de ne pas créer ce cadre, que tout reposerait sur la communication entre l'infirmier et le médecin : « “Je ne sais pas si on doit attendre le cadre légal ou simplement s'arranger entre professionnels. Moi je pense que le mieux c'est que la communication soit claire entre chaque partenaire. Personnellement, je n'ai pas forcément besoin d'un cadre légal”. Certains médecins ont émis l'hypothèse que certains infirmiers auraient peut-être peur d'assumer toutes les responsabilités liées à cette fonction. Ceci constituerait également un frein pour eux.

À notre connaissance, un nouvel élément a émergé : La formation requise. Les deux groupes s'accordent sur le fait que cette dernière doit être plus pointue. D'une part, certains ont exprimé une inquiétude quant à la lourdeur des études. D'autre part, le contenu de la formation n'est pas précisé. Du côté francophone, il n'y a pas encore de master en sciences infirmières à l'échelle nationale. Cela pourrait freiner la mise en place de la pratique.

Enfin, un infirmier a parlé de pénurie du personnel soignant paramédical. Celui-ci a expliqué que le futur IPA devra avoir du temps pour se former. Par conséquent, il sera détaché du terrain dans un contexte où les services sont en sous-effectif par rapport à la charge de travail.

1.4.2. Leviers

Nous avons mis en évidence dans la théorie qu'une clarification du cadre légal favorisait l'implémentation de la pratique avancée. Les rôles doivent donc être décrits de manière à éviter la confusion. Ce point a été évoqué par le groupe « infirmiers ».

En effet, il leur est primordial d'avoir un cadre permettant de jouir d'une certaine autonomie. Celui-ci pourrait également réguler la profession de manière à éviter les abus. Le cadre proposé par la ministre est très large et ne sera utile que si les rôles sont bien clarifiés.

L'OCDE (2016) a montré que le financement et le système de remboursement des prestations infirmières seraient un élément favorisant l'implémentation. Nous avons pu mettre en avant cet élément. Selon un médecin, l'efficacité du soin serait une des clés à l'implémentation de la pratique. L'aspect financier est vu ici dans une logique de réduction globale des coûts de santé. L'aspect d'une éventuelle subvention a également été mis en avant. D'après le groupe "médecins", si le gouvernement octroie une subvention, il sera plus aisé d'introduire la pratique avancée en Belgique comme nous l'explique le médecin 1 : "Au sein de la pédiatrie, nous avons la chance d'avoir un financement pour la convention de diabétologie pédiatrique. C'est ce qui nous permet d'avoir des infirmiers."

Le cursus académique était également un point essentiel à la mise en place de la pratique avancée. Cependant, cet élément n'a pas été abordé par les participants en tant que levier mais plutôt en tant que frein, soulignant l'importance d'harmoniser les études.

D'autres leviers ont été mis en évidence. En effet, la qualité des soins serait un moteur décisionnel pour les différentes autorités et l'IPA apporterait une valeur ajoutée aux soins. Ceci serait bénéfique au patient. Selon les participants, le gain en qualité des soins englobe tant le soin à proprement parler que le gain de temps. Le médecin pourrait déléguer certaines tâches de manière à se concentrer sur les tâches plus urgentes. Le patient serait plus vite pris en charge et cela lui réduirait le risque de survenue de complications.

De plus, certains participants ont abordé la pénurie de médecins sur le marché de l'emploi. Selon eux, l'IPA viendrait contrer ce manque. Ceci pourrait effectivement être un facteur favorisant la mise en place de la pratique. Ceci est énoncé par Morin (2018) comme un objectif à la mise en place de cette pratique.

Enfin, aucun facteur organisationnel n'a été retenu de manière significative par les participants.

In fine, la littérature a mis en évidence des opportunités à la mise en place de la pratique avancée de par le monde mais celles-ci restent assez générales.

Les professionnels de terrain ont quant à eux énuméré des opportunités qui placent le patient au centre des préoccupations et qui sont finalement des bénéfices attendus.

1.5. Etat des lieux de la pratique quotidienne

Une de nos questions était de savoir si les infirmiers interrogés pensaient faire de la pratique avancée. Au vu de missions et compétences, six d'entre eux sont convaincus d'en faire. En effet, certains infirmiers ont justifié leur rôle d'IPA par des actes tels que le changement de traitement chez un patient ou le conseil auprès des pairs. D'autres ont évoqué la plus-value apportée par leur rôle et leurs missions au chevet du patient. Enfin, un infirmier a clairement affirmé être plus un infirmier clinicien que praticien comme nous le dit l'infirmier 4 : « Je pense que certaines de mes missions, oui effectivement sont de la pratique avancée. Alors ça dépend de quelle pratique infirmière on parle. Suis-je une clinicienne ou une praticienne (Sourire), je suis une clinicienne je pense »

En outre, deux infirmiers ont répondu par la négative. Selon l'un d'eux, l'absence de formation officielle en serait la raison. Le deuxième a reconnu avoir les compétences pour y prétendre mais tous deux ont affirmé ne pas en avoir la légitimité.

Enfin, deux infirmiers ne se sont pas positionnés.

Le ressenti des médecins était aussi une question importante pour nous. Nous avons voulu savoir s'ils considéraient leur collaborateur infirmier comme IPA. Six d'entre eux ont répondu par l'affirmative au vu des actes réalisés tels que des modifications de traitement ou même des propositions de soins sur base d'une revue de littérature. Le médecin 1 nous dit : « Pour moi, on travaille avec des infirmières qui sont à peu de choses près des infirmières en pratique avancée. Pour donner un exemple dans la manière dont on travaille ici, ces infirmières remplissent ce type de définitions puisqu'elles ajustent des doses d'insulines ». Cependant, un médecin a infirmé cette proposition. Selon lui, les actes exécutés par son infirmier de référence sont assez minimalistes et donc ne répondent en rien à la pratique avancée.

Les médecins ont exprimé un point de vue positif sur la pratique infirmière avancée. Elle leur serait très utile au quotidien et l'ont justifié par la complémentarité et la richesse que pouvait

leur apporter ce type d'infirmier. Travailler en équipe, s'écouter les uns les autres, ont été les points les plus évoqués.

D'autres nous ont également parlé de l'importance de leur déléguer certaines tâches médicales. Cette délégation permettrait finalement un gain de temps pour le médecin ainsi qu'une meilleure qualité des soins. "Très clairement, ce serait utile. Il suffit de voir les délais d'attente dans pas mal de secteurs. Cela pourrait dégager du temps au profit de la qualité des soins". (médecin 2)

Tout ceci est très intéressant. En effet, nous avons vu dans la littérature que l'opinion médicale était un frein important dans l'implémentation. Or notre recherche tend à montrer le contraire dans notre institution de soins. Selon nous, un autre point important est que la majorité des infirmiers pensent faire de la pratique avancée depuis des années alors que cela est relativement récent dans le contexte belge. En raison de leurs spécificités et de leurs différents domaines de pratique, ces personnes porteuses de TPP et QPP sont à notre sens des embryons de pratique avancée. Nous entendons par embryons le fait qu'une ou plusieurs compétences théoriques liées à la pratique avancée peuvent être en partie présentes, sans pour autant être reconnues. Ce qui nous ramène également aux définitions de la représentation sociale ou professionnelle vues dans notre revue de littérature. En effet, ce groupe de personnes est véhiculé par certaines croyances et valeurs comme expliqué par Abric (2001).

2. Forces et limites de l'étude

Notre étude prend place au sein du GHDC. Les infirmiers avec une QPP et exerçant dans ce contexte ont une fonction « d'infirmier de référence dans un service » en adéquation avec le principe de classification de fonction du système IFIC. Par conséquent, les résultats de cette étude ne sont pas transposables à toutes les institutions. Il en va de même pour les médecins. Nos données ne sont pas généralisables au vu de la méthode de recherche effectuée.

Nous avons échantillonné parmi le personnel de l'hôpital dans lequel nous exerçons. Il est possible que les participants aient été influencés dans leur réponse par le fait que nous travaillons pour le même employeur.

Une autre limite de ce mémoire est le travail en collaboration. Nous sommes deux étudiants, avec deux visions différentes des soins et donc deux interprétations différentes. Mais cela peut constituer, d'un autre côté, une force dans la richesse des résultats.

L'échantillonnage restreint est aussi une limite. En effet, au départ nous devions interviewer vingt et une personnes. Dix infirmiers et onze médecins avaient répondu à notre requête. Mais en raison de la pandémie à Coronavirus et l'impossibilité de poursuivre les entretiens, nous avons vu notre échantillon diminuer. In fine, cela n'a pas eu d'impact car la saturation avait déjà été atteinte.

Enfin, le sujet de recherche est vaste et peu documenté, ce qui constitue une limite. En effet, nous n'avons pas réussi à trouver d'étude sur les représentations de la pratique avancée.

3. Conclusion

Pour conclure ce travail, l'étude menée a permis de nous faire une première idée de ce que pourraient être les représentations des soignants sur la pratique avancée. Nous pouvons définir que l'infirmier de pratique avancée représente une personne experte dans son domaine. Il met à jour ses connaissances afin de proposer au patient et aux équipes avec qui il collabore, des soins de qualité éclairés par des données probantes. Cette personne travaillera en complémentarité du médecin et sera un appui tant pour lui que pour le patient.

L'étude nous a aussi fait comprendre que le cadre légal actuel était beaucoup trop large, ce qui ne permet pas au corps médical de se faire une vraie opinion sur la pratique. D'après nos résultats, leurs représentations se rapprochent plus de la littérature internationale, ce qui ne colle pas à notre réalité belge.

Nous sommes tous des soignants, l'un dans l'Art de soigner, l'autre dans l'Art de guérir. Une profession ne va pas sans l'autre. Nous travaillons ensemble au quotidien pour offrir au patient tout ce dont il a besoin pour une meilleure santé. Nous sommes confrontés aux mêmes problèmes, nous avons les mêmes valeurs, les mêmes idées mais au final nous ne nous connaissons pas vraiment. Nous suggérons donc plus de clarté dans la définition de la pratique avancée, plus de visibilité et de transmission d'informations. Les différentes associations ou organismes tant au niveau infirmier qu'au niveau médical pourraient être un bon moyen de disséminer les messages relatifs à la pratique infirmière avancée en Belgique.

Par exemple, en faisant des exposés sur la pratique avancée lors de congrès de médecine générale. Les associations infirmières pourraient également promouvoir cette pratique en faisant des conférences directement adressées au personnel hospitalier. De plus, les écoles d'infirmières et les facultés de médecine pourraient collaborer à la clarification des rôles en pratique avancée en intégrant cette nouvelle fonction dans leurs enseignements.

Il serait aussi intéressant de réaliser une étude beaucoup plus large en incluant le personnel de première ligne que sont les médecins généralistes et les infirmières du domicile. Il serait également bon d'inclure les infirmières ayant un titre professionnel afin de voir si certaines tendances sont bien représentatives pour l'ensemble de la population des soignants et avoir une vision plus générale. De plus, la question des représentations sur les rapports sociaux entre le médecin et l'infirmier pourrait être investiguée.

V. Bibliographie

- Abric, J.-C. (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 59-80). ERES; Cairn.info.
- Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. (p 82 -105). Psychologie et société,4.
- Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : Une revue de littérature. *Santé Publique*, 29(2), 241-254. Cairn.info.
- Ambrosino, F., Cavaye, M., & Demarthe, P. (2012). *L'infirmière de pratique avancée expliquée aux infirmières*. EHESP.
- Arrêté royal portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier], (1990).
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi
- Article 46 de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, (2005).
[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)#LNK0004](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+(%27%27))#LNK0004)
- Aujoulat, I. (2017). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique—WFSP 2106 : Cours magistral du 09/02/2017. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert*.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Belles Lettres.
- CFAI. (2016). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable en soins généraux*.

Article 46 de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, (2005).

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)#LNK0004](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+(%27%27))#LNK0004)

Chan, M. (2015.). *OMS | Allocution prononcée par le Directeur général de l'OMS lors d'une conférence internationale d'infirmières*. Consulté 20 mai 2020, à l'adresse

<https://www.who.int/dg/speeches/2015/international-conference-nurses/fr/>

David, D., Britting, L., & Dalton, J. (2015). Cardiac acute care nurse practitioner and 30-day readmission. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 248-255.

Davidson, P. M., Elliott, D., & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice : Implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3),

Driaenssens J, Eyssen M, Mertens R, Benahmed N, Paulus D, Ameye F, Bossens M, Cauwenberg C, Cools A, Doms K, Everaert E, Gheysen M, Haelterman M, Laloup M, Malonne H, Meeus P, Penninckx W, Roisin T, Walraevens M. Vers un plan intégré d'evidence—Based practice en Belgique – Première partie : Plan de gouvernance – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 291Bs. D/2017/10.273/55.

Filion, N. (2018). *Evidence-based Practice—Wfsp2231 : Utilisation de l'EBN en pratique avancée : Principes généraux. Cours magistral du 26/10/18. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert*.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*.

- Gobert, M., Darras, É., Hubinon, M., & Delfloor, T. (2010). Belgique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 100(1), 8.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils, éthique de la recherche avec des êtres humains*.
http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/irsc-cihr/RR4-2-2019-fra.pdf
- Kérouac, S., Salette, H., & Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : Une réponse aux défis des systèmes de santé adopté par le conseil d'administration du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone le 26 mai 2011 : mémoire*. SIDIIEF.
- Kraaij, J., Oostveen, C., Vermeulen, H., Heinen, M., Huis, A., Adriaansen, M., & Peters, J. (2019). Nurse practitioners' perceptions of their ability to enact leadership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 447-458.
- Maier, C. B., Aiken, L. H., & Reinhard, B. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation* (OECD Health Working Papers N° 98; OECD Health Working Papers, Vol. 98).
- Michel-Guillou, E. (2010). Agriculteur, un métier en mutation : Analyse psychosociale d'une représentation professionnelle. *Bulletin de psychologie*, Numéro 505(1), 15-27.
 Cairn.info.
- Morin, Diane, Zumstein-Shaha, M., Januel, J.-M., Laubscher, A., Levi, H., Ninane, F., Roulin, M.-J., & Ramelet, A. (2015). Enjeux de santé et pratiques de soins complexes—Le point sur la pratique infirmière avancée. *Krankenpflege. Soins infirmiers*, 5, 72-77.
- Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée : Vers un consensus au sein de la francophonie* (SIDIIEF).

- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207-216.
- OECD. (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*. OECD.
- OECD Statistics. (2020). <https://stats.oecd.org/>
- Patel, H., Pettitt, M., & Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working : A framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43(1), 1-26.
- Perkin, K. (2011). Nurse practitioners and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 243-244.
- Perrin, C. (2018). Perrin, C. (2018). WFSP2241—Comportements et compétences pour la santé : Le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains. Cours magistral du 07/12/18. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- Piaser, A. (2013). Représentations professionnelles. In A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 273). De Boeck Supérieur.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers. *Revue française des affaires sociales*, 1, 83-100.
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3446-3461.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.

- Ross, A., Brooks, A. T., Yang, L., Touchton-Leonard, K., Raju, S., & Bevans, M. (2018). Results of a national survey of certified nurse coaches with implications for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(5), 251-261.
- Roulin, M.-J., Borrero, P., & Iori, E. (2014). La pratique infirmière avancée : De quoi parle-t-on? *Krankenpflege. Soins infirmiers*, 107, 68-71.
- Roussiau, N., & Blanc, A. le. (2001). Représentations sociales du travail et formations scolaires ou professionnelles des lycéens. Approche comparative. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 30/1.
- Roy, O., Champagne, J., & Michaud, C. (2003). La compétence de consultation. *INFIRMIÈRE DU QUÉBEC*, 6.
- Saint-Pierre, C., Herskovic, V., & Sepúlveda, M. (2018). Multidisciplinary collaboration in primary care : A systematic review. *Family Practice*, 35(2), 132-141.
- Sánchez-Gómez, M., Ramos-Santana, S., Gómez-Salgado, J., Sánchez-Nicolás, F., Moreno-Garriga, C., & Duarte-Clíments, G. (2019). Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 680.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Arrêté royal portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier], (1990). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi
- Scully, N. J. (2015). Leadership in nursing : The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*, 22(4), 439-444.
- Seaman, J. B., & Erlen, J. A. (2013). "Everyday Ethics" in the Care of Hospitalized Older

Adults: *Orthopaedic Nursing*, 32(5), 286-289.

Stacey, D., Kryworuchko, J., Belkora, J., Davison, B. J., Durand, M.-A., Eden, K. B.,

Hoffman, A. S., Koerner, M., Légaré, F., Loiselle, M.-C., & Street, R. L. (2013).

Coaching and guidance with patient decision aids : A review of theoretical and empirical evidence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(S2), S11.

Tracy, M. F. (2019). *Advanced practice nursing : An integrative approach*. Elsevier Saunders.

Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing - E-Book : An Integrative Approach*. Elsevier Health Sciences.

Van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., & Reeves, S. (2011). The role of nurse practitioners in hospital settings : Implications for interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 245-251.

VI. Annexes

Annexe I : Cadre de loi Belgique

AR 2016-06-27/18, art. 5, 005; En vigueur : 18-07-2016):

Art. 46.§ 1er. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

- 1° a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
 - b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
 - c) collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
 - d) informer et conseiller le patient et sa famille ;
 - e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
 - f) assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;
 - [¹ g) engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;
 - h) analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.]
- 2° les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire.

Annexe II : Cadre de loi PA Belgique

Art. 46/1. [¹ § 1er Nul ne peut porter le titre d'infirmier de pratique avancée s'il n'est porteur d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière tel que visé à l'article 45 et s'il ne répond pas aux dispositions du présent article.

Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral de l'art infirmier, les critères pour obtenir le titre d'infirmier de pratique avancée. Ces critères prévoient au minimum un diplôme de master en sciences infirmières.

§ 2. En plus de l'exercice de l'art infirmier tel que visé dans l'article 46, l'infirmier de pratique avancée pratique, dans le cadre des soins infirmiers complexes, des actes médicaux en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé du patient.

Les soins visés dans le premier alinéa sont pratiqués par rapport à un groupe cible de patients bien défini et sont posés en étroite coordination avec le médecin et les éventuels autres professionnels de soins de santé.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les activités que l'infirmier de pratique avancée peut pratiquer. Il peut également, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, fixer les conditions dans lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut accomplir ces activités.

§ 3. Les prestations infirmières de pratique avancée, telles que visées dans le paragraphe 2, sont consignées dans un dossier infirmier.

Annexe III : Liste des Titres Professionnels Particuliers

1. Infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie
2. Infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie
3. Infirmier spécialisé en santé communautaire
4. Infirmier spécialisé en gériatrie
5. Infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence
6. Infirmier spécialisé en oncologie
7. Infirmier spécialisé en imagerie médicale
8. Infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies
9. Infirmier spécialisé en soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation
10. Infirmier spécialisé comme perfusionniste
11. Infirmier spécialisé en anesthésie

Annexe IV : Qualifications Professionnelles Particulières

1. Infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie
2. Infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie
3. Infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies
4. Infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs
5. Infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie
6. Infirmière ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur

Annexe V : Guide d'entretien Infirmier

Bonjour,

Au nom de ... et moi-même, je vous remercie d'ores-et-déjà de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer de votre temps.

Pour résumer, l'entretien de ce jour prend place dans le cadre d'un mémoire réalisé à l'UCL et visant l'obtention d'un master en santé publique. Celui-ci ne devrait pas excéder une durée d'une heure.

Ce travail vise à explorer les représentations sur la pratique infirmière avancée. Plus spécifiquement, nous avons choisi de nous intéresser aux représentations professionnelles en milieu hospitalier chez les infirmières ayant une expertise professionnelle particulière et des médecins avec qui elles collaborent.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée intégralement. Cet enregistrement sera retranscrit mais n'apparaîtra pas dans le mémoire. Cela est nécessaire afin d'avoir une analyse la plus rigoureuse possible des données.

Je tiens à vous préciser que cet entretien ainsi que les données relatives à votre identité sont strictement confidentiels.

Avant de commencer à proprement dit, je vous propose quelques questions d'ordre général.

Généralités

Genre : *Masculin - Féminin*

Âge entre [25- 34] [35-44] [45- 54] [55-65]

Niveau de formation :

Fonctions à l'hôpital : *-infirmière*

Discipline : *diabétologie – stomathérapeute – soins de plaie – algologie – Autres :*

Années d'expérience pour l'expertise :

Temps de travail actuel : *½ temps - ¾ temps - 4/5 temps - plein temps*

Thème 1 : définition

- Pouvez-vous me décrire votre fonction actuelle au sein du GHDC ?

Avez-vous déjà entendu parler du terme "infirmier de pratique avancé ?

Selon vous, que représente « la pratique infirmière avancée » ?

Relance :

a) Quelle distinction faites-vous par rapport à la pratique infirmière classique ?

b) Quelle distinction faites-vous par rapport à la pratique médicale ?

c) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

- Selon vous, de quel degré d'études l'IPA devrait-elle disposer ?

Relance :

a) Pouvez-vous justifier votre proposition ?

b) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

- Quels sentiments éprouvez-vous face à une telle pratique ?

Relance :

a) Vous dites que...

Thème 2 : rôles et compétences

- Quels rôles attribuez-vous à l'infirmière de pratique avancée ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

- Quels types de compétences pensez-vous être nécessaires à l'infirmière de pratique avancée ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pourquoi pensez-vous à ce type de compétences ?

d) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

- Pensez-vous faire de la pratique avancée ?

Relance :

a) Pourquoi dites-vous cela ? pouvez-vous illustrer à l'aide d'un ou plusieurs exemples ?

Thème 3 : avis sur la pratique (raison d'une telle pratique en Belgique)

- Que pensez-vous quant à l'utilité d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

- a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*
- b) *Vous dites que...*
- c) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

- Que pensez-vous de l'utilité de l'IPA dans votre pratique quotidienne ?

Relance :

- a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*
- b) *Vous dites que...*
- c) *Pourquoi pensez-vous à ce type de compétences ?*
- d) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

Thème 4 : Freins et leviers

- Selon vous, quelles seraient les barrières à l'implémentation d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

- a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*
- b) *Vous dites que...*
- c) *qu'en est-il pour l'hôpital ?*
- d) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

- Selon vous, quels seraient les Opportunités à l'implémentation d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

- a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*
- b) *Vous dites que...*
- c) *qu'en est-il pour l'hôpital ?*
- d) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

Annexe VI : Guide d'entretien médecins

Bonjour,

Au nom de ... et moi-même, je vous remercie d'ores-et-déjà de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer de votre temps.

Pour résumer, l'entretien de ce jour prend place dans le cadre d'un mémoire réalisé à l'UCL et visant l'obtention d'un master en santé publique. Celui-ci ne devrait pas excéder une durée d'une heure.

Ce travail vise à explorer les représentations sur la pratique infirmière avancée.

Plus spécifiquement, nous avons choisi de nous intéresser aux représentations professionnelles en milieu hospitalier chez les infirmières ayant une expertise professionnelle particulière et des médecins avec qui elles collaborent.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée intégralement. Cet enregistrement sera retranscrit mais n'apparaîtra pas dans le mémoire. Cela est nécessaire afin d'avoir une analyse la plus rigoureuse possible des données.

Je tiens à vous préciser que cet entretien ainsi que les données relatives à votre identité sont strictement confidentiels.

Avant de commencer à proprement dit, je vous propose quelques questions d'ordre général.

Généralités

Genre : *Masculin - Féminin*

Âge entre [25- 34] [35-44] [45- 54] [55-65]

Niveau de formation :

Fonctions à l'hôpital : *Médecin*

Discipline :

Années d'expérience pour l'expertise :

Temps de travail actuel :

Thème 1 : définition

- Pouvez-vous me décrire votre fonction actuelle au sein du GHDC ?

Avez-vous déjà entendu parler du terme "infirmier de pratique avancée" ?

Selon vous, que représente la « pratique infirmière avancée » ?

Relance :

a) Quelle distinction faites-vous par rapport à la pratique infirmière classique ?

b) Quelle distinction faites-vous par rapport à la pratique médicale ?

c) Que voulez-vous dire par ..., pouvez-vous préciser...

- Selon vous, de quel degré d'études l'IPA devrait-elle disposer ?

Relance :

a) Pouvez-vous justifier votre proposition ?

b) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

- Quels sentiments éprouvez-vous face à une telle pratique en tant que médecin ?

Relance :

a) Vous dites que...

Thème 2 : rôles et compétences

- Quels rôles attribuez-vous à l'infirmière de pratique avancée ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

- Quels types de compétences pensez-vous être nécessaires à l'infirmière de pratique avancée ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pourquoi pensez-vous à ce type de compétences ?

d) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

- Pensez-vous que l'infirmière avec qui vous collaborez fait de la pratique avancée ?

Relance :

a) Pourquoi dites-vous cela ? pouvez-vous illustrer à l'aide d'un ou plusieurs exemples ?

Thème 3 : avis sur la pratique (raison d'une telle pratique en Belgique)

- Que pensez-vous quant à l'utilité d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

- Que pensez-vous de l'utilité de l'IPA dans votre pratique quotidienne ?

Relance :

a) Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...

b) Vous dites que...

c) Pourquoi pensez-vous à ce type de compétences ?

d) Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?

Thème 4 : Freins et leviers

- Selon vous, quelles seraient les barrières à l'implémentation d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*

b) *Vous dites que...*

c) *qu'en est-il pour l'hôpital ?*

d) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

- Selon vous, quels seraient les Opportunités à l'implémentation d'une telle pratique en Belgique ?

Relance :

a) *Que voulez-vous dire par..., pouvez-vous préciser...*

b) *Vous dites que...*

c) *qu'en est-il pour l'hôpital ?*

d) *Pouvez-vous illustrer à l'aide d'un exemple ?*

Annexe VII : Tableau des concepts

Thèmes non définis ayant émergé après les entretiens

Rubriques	Catégories	Thèmes
Images de la pratique	Connaissance du terme	Oui
		non
	Degré d'étude	Master Formation spécifique Formations continues Master
	Définition de la pratique	Concept flou Transversalité Economies Plus de compétences Globalité de la prise en charge Actes médicaux Complément de la pratique Réflexion plus approfondie
Rôles et les compétences	Compétences	Coaching Collaboration Communication Consultation EBP Éthique Informatique Leadership Linguistique Management d'équipe Pédagogiques Connaissances pointues

		Se connaître Autonomie
	Rôles	Coordination des soins Défense patient (INAMI, SPF,...) Amélioration des pratiques Rôle d'appui Rôle de 1 ^{ère} ligne Education patient et personnel Suivi Globalité des soins Pratique directe Consultation
Avis sur la pratique	Ressenti	Reconnaissance Peur Positif Amélioration des pratiques
Freins et les leviers	Barrières	Législation Corps médical Financement Résistance au changement La formation Responsabilités Pénurie infirmière
	Opportunités	Législation Financement Pénurie de médecin Qualité des soins Efficacités des soins
	Pratique avancée	Oui

Etat des lieux de leur pratique quotidienne		Non
	Utilité	Complémentarité Délégation des tâches Qualité des soins Gain de temps

Annexe VIII : Consentement éclairé



Université Catholique de Louvain

Faculté de Santé Publique

Quelles sont, actuellement, les représentations des infirmiers ayant une expertise professionnelle et des médecins avec qui ils collaborent en milieu hospitalier concernant la pratique infirmière avancée ?

Promoteurs : Mme Nataly Filion et Mr. Miguel Lardennois

Travail réalisé par :

Soranno Sarah

Oberweis Nicolas

Année académique 2019-2020

Consentement éclairé

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, et ce que l'on attend de moi.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'investigateur ni la qualité de mes soins.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées lors d'un entretien d'une durée de +/- 1h et que l'investigateur se porte garant de la confidentialité de ces données.

Nom, prénom, date et signature du participant :

→

Je soussigné, Oberweis Nicolas – Soranno Sarah, investigateur, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur :

→

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, vous pouvez contacter l'investigateur Mr. Oberweis Nicolas au numéro de téléphone suivant 071/104579 ou 4579 en interne.

Fait en double exemplaire, à

Annexe IX: Mot Explicatif

"En février 2019 la Ministre De Block a fait une modification dans la législation sur l'exercice de la profession infirmière et prévu de manière assez large ceci :

L'infirmier de pratique avancée sera un praticien qui continuera à exercer l'art infirmier comme les autres infirmiers mais qui se verra, en plus, autorisé à avoir d'autres activités dans le cadre de soins infirmiers complexes, notamment des activités réservées jusqu'à présent aux médecins, dans le but maintenir, améliorer et rétablir l'état de santé. Le texte est rédigé de manière large pour permettre au Ministre de la Santé suivant de préciser ces activités et les conditions d'exercice éventuelles de celles-ci.

Cette description est donc purement théorique à ce jour, même si on peut avoir déjà en tête des situations réelles et quotidiennes où des infirmiers font ce qui est décrit dans cette nouvelle disposition.

Voulez-vous que je vous relise **le passage principal** avant de vous interroger sur votre compréhension de ce concept ?".

Annexe X : Demande d’approbation de notre étude au GHDC



Université Catholique de Louvain

Faculté de Santé Publique

Projet mémoire

Promoteurs : Mme Nataly Filion et Mr. Miguel Lardennois

Travail réalisé par :

Soranno Sarah

Oberweis Nicolas

Année académique 2019-2020

Problématique

Les soins de santé d’aujourd’hui sont de plus en plus complexes et demandent des compétences de plus en plus pointues. Le vieillissement de la population, l’augmentation des maladies chroniques, le coût des soins et la pénurie de médecins, entre autres, sont des facteurs qui pèsent sur le système de santé. L’infirmière en pratique avancée (IPA) est donc une solution visant à produire des soins de qualités et accessibles à tous.

Il existe énormément de définitions pour qualifier cette nouvelle dimension des soins infirmiers. Afin d’avoir une définition générale et la plus globale possible, nous avons choisi celle du Conseil International des Infirmiers (as cited in Roulin M-J, Borrero P et Iori E, 2002) : « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l’infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée ».

Cette pratique a déjà fait ses preuves dans beaucoup de pays comme par exemple, au Canada ainsi qu’aux Etats-Unis. Celle-ci est centrée sur la personne malade, sa famille et ses proches. Elle est basée sur des preuves scientifiques et un savoir approfondi par des études universitaires. Selon Morin (2015) « La recherche montre en effet que les études de master permettent d’être mieux outillé pour disséminer les résultats de recherche dans la pratique, actualiser les pratiques, développer de nouvelles interventions de soins répondant aux besoins des patients et que les infirmières et infirmiers formés à ce niveau sont plus efficaces dans les activités de coordination interdisciplinaire. »

Les compétences de le l'IPA selon le modèle d'Hamric (2013) sont :

- Une pratique clinique d'experte
- Guidance et coaching
- Consultation
- EBP
- Leadership
- Collaboration
- Processus de décision éthique

Cette pratique n'est actuellement pas reconnue en Belgique. Le 26/02/2018, le projet de loi de la Ministre de la Santé Maggie Deblock concernant la pratique avancée a été approuvé par le Commission Santé de la Chambre. « [...] l'infirmier de pratique avancée se verra confier un large éventail de tâches scientifiques et cliniques. Outre l'administration des soins infirmiers, un infirmier de pratique avancée pourra exercer certaines activités médicales en étroite collaboration avec le médecin. »

Le cadre légal n'étant pas encore établi, la vision de cette pratique reste floue d'après Morin(2015) : « Le terme de pratique avancée est une expression qui est actuellement un peu galvaudée. On l'utilise pour désigner toutes les initiatives d'amélioration ou d'innovation en soins avec ou sans démarche scientifique ou évidence basée sur des preuves. »

C'est pourquoi, Il serait enrichissant de réellement savoir ce que pensent nos infirmier(ères) de terrain sur l'IPA.

En effet, là où beaucoup de soignants relatent exercer en pratique avancée, nous pensons plutôt qu'il s'agit d'embryons liés à l'IPA.

De plus, dans le contexte actuel de crise et de grève des blouses blanches, avoir leur avis sur l'émergence d'une telle pratique en Belgique, serait très intéressant.

Question de recherche

Question de recherche : *Quelles sont, actuellement, les représentations des infirmiers ayant une expertise professionnelle et des médecins avec qui ils collaborent en milieu hospitalier concernant la pratique infirmière avancée ?*

Objectifs de l'étude

Objectif général

Explorer la vision des infirmier(ère)s concernant la pratique avancée

Confronter la littérature et les représentations des praticiens concernant la pratique avancée

Objectifs spécifiques

Identifier les freins à la pratique avancée en milieu hospitalier

Identifier les leviers à la pratique avancée en milieu hospitalier

Méthode

Cadre de l'étude

Nous souhaitons explorer les représentations au sein d'une institution comptant parmi son personnel des infirmiers et infirmières de référence pour certaines disciplines étant donné que leur profil de fonction se prête en partie à l'IPA. De plus, elles travaillent en étroite collaboration avec différents intervenants médicaux et paramédicaux.

Type d'étude

Nous sommes désireux de mener une étude qualitative. L'approche qui nous semble la plus adéquate est de type phénoménologique descriptive car : « elle vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en font ou en ont fait l'expérience ». (Fortin et Gagnon, 2016)

Population de l'étude

Nous souhaitons interroger des infirmiers et infirmières de référence pour une discipline (diabétologie, algologie, stomathérapie, soins de plaie,...) ainsi que les médecins avec qui ils/elles travaillent.

Technique de collecte des données

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés afin que les participants puissent exprimer librement leur vécu personnel tout en nous laissant, au besoin, la possibilité de recentrer la discussion sur le sujet principal de l'étude. Pour effectuer ces différents entretiens, nous réaliserons un guide d'entretien comprenant des questions principalement ouvertes qui nous permettront d'obtenir des réponses descriptives.

Considérations éthiques et administratives

- Accord de la direction du Grand Hôpital de Charleroi
- Accord oral et écrit des interviewers concernant l'enregistrement et le traitement des données
- Accord mise à disposition de l'étude
- Respect des données

Annexe XI : Accord GHDC

De : WATTELET Pascale

Envoyé : mercredi 15 janvier 2020 07:56

À : OBERWEIS Nicolas

Objet : RE: Demande d'autorisation pour un mémoire

Par la présente, le Département Infirmier et des soins du Grand Hôpital de Charleroi, autorise Mme Soranno Sarah et Mr Oberweis Nicolas ,dans le cadre du travail de recherches réalisé au terme du Master universitaire en santé publique, a organiser des rencontres avec le public cible afin de collecter des données utiles.

Pascale Wattelet

ICAN

Département Infirmier et des Soins

Tél: 071 10 74 53 / GSM : 0476 68 97 20.
pascale.wattelet@ghdc.be

GRAND HÔPITAL de CHARLEROI SAINT-JOSEPH | NOTRE DAME | SAINTE-THERESE | REINE FABIOLA | IMTR | CPJ C-A. FRERE www.ghdc.be

Annexe XII : Infirmier de référence selon la classification IF-IC

Infirmier référence discipline

(H/F)

Code
6161

16

Objectif général: Encadrer les patients/résidents présentant un syndrome dans la spécialisation et soutenir les différentes unités dans la spécialisation afin de promouvoir la qualité des soins.

Activités	Tâches
- Encadrer les collaborateurs des diverses unités	• Organise, en collaboration avec l'infirmier en chef, des activités de formations internes concernant la spécialisation (ex. stomatologie et diabète) pour les collaborateurs des unités afin d'améliorer la qualité des soins dans cette spécialisation; • Donne des présentations et des explications aux collaborateurs des diverses unités concernant la spécialisation; • Soutient les unités en cas de problèmes complexes rencontrés dans la spécialisation; • Procure une assistance méthodologique aux unités lors de l'exécution de nouveaux traitements et de l'utilisation de nouveau matériel concernant la spécialisation;
- Optimiser les soins dans la spécialisation	• Participe à des études cliniques et se tient au courant des nouvelles tendances et des nouveaux traitements dans la spécialisation; • Formule des propositions à la hiérarchie concernant l'optimisation des soins; • Participe à des réunions (multi)disciplinaires (ex. avec diverses unités, des paramédicaux et des médecins) pour l'amélioration des soins et pour le développement de directives concernant des thèmes spécifiques (ex. soins des plaies) dans la spécialisation; • Elabore, en concertation avec la hiérarchie, des protocoles et des procédures concernant les soins dans la spécialisation; • Se concerte avec des fournisseurs au sujet de nouveau matériel dans la spécialisation et les introduit dans l'institution;
- Encadrer, informer et éduquer les patients/résidents présentant un syndrome spécifique	• Informe et instruit les patients/résidents et leurs proches concernant le syndrome spécifique; • Leur donne, éventuellement après concertation avec le médecin, des explications sur les traitements possibles; • Les encadre dans l'approche quotidienne de leur maladie pour améliorer leur autonomie; • Ecoute leurs difficultés et les convainc de l'importance des soins; • Se charge de l'administration liée à ses propres patients/résidents;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Infirmier référence discipline

(H/F)

Code
6161

16

Objectif général: Encadrer les patients/résidents présentant un syndrome dans la spécialisation et soutenir les différentes unités dans la spécialisation afin de promouvoir la qualité des soins.

Activités	Tâches
- Encadrer les collaborateurs des diverses unités	• Organise, en collaboration avec l'infirmier en chef, des activités de formations internes concernant la spécialisation (ex. stomatologie et diabète) pour les collaborateurs des unités afin d'améliorer la qualité des soins dans cette spécialisation; • Donne des présentations et des explications aux collaborateurs des diverses unités concernant la spécialisation; • Soutient les unités en cas de problèmes complexes rencontrés dans la spécialisation; • Procure une assistance méthodologique aux unités lors de l'exécution de nouveaux traitements et de l'utilisation de nouveau matériel concernant la spécialisation;
- Optimiser les soins dans la spécialisation	• Participe à des études cliniques et se tient au courant des nouvelles tendances et des nouveaux traitements dans la spécialisation; • Formule des propositions à la hiérarchie concernant l'optimisation des soins; • Participe à des réunions (multi)disciplinaires (ex. avec diverses unités, des paramédicaux et des médecins) pour l'amélioration des soins et pour le développement de directives concernant des thèmes spécifiques (ex. soins des plaies) dans la spécialisation; • Elabore, en concertation avec la hiérarchie, des protocoles et des procédures concernant les soins dans la spécialisation; • Se concerte avec des fournisseurs au sujet de nouveau matériel dans la spécialisation et les introduit dans l'institution;
- Encadrer, informer et éduquer les patients/résidents présentant un syndrome spécifique	• Informe et instruit les patients/résidents et leurs proches concernant le syndrome spécifique; • Leur donne, éventuellement après concertation avec le médecin, des explications sur les traitements possibles; • Les encadre dans l'approche quotidienne de leur maladie pour améliorer leur autonomie; • Ecoute leurs difficultés et les convainc de l'importance des soins; • Se charge de l'administration liée à ses propres patients/résidents;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

