

Faculté de santé publique

Les représentations d'infirmiers de soins intensifs vis-à-vis de la Pratique Infirmière Avancée

Une étude qualitative menée au Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (Tournai, Belgique)

Une étude réalisée par
Frédérique Pollart

Promoteurs
Nataly Fillion
Barbara Schmit

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Les représentations d'infirmiers de soins intensifs vis-à-vis de la Pratique

Infirmière Avancée

**Une étude qualitative menée au Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (Tournai,
Belgique)**

“Dans les sociétés contemporaines axées sur le savoir, plus grande sera la proportion de leur population détentrice d’une formation supérieure et engagée en recherche, plus avancé sera leur développement économique et social”(D. Morin & Eicher, 2012)

REMERCIEMENTS

Je tiens à témoigner ma reconnaissance et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidée lors de la réalisation de ce mémoire :

Ma promotrice, Madame Nataly Fillion, et ma co-promotrice, Mme Barbara Schmit, pour leurs conseils éclairés, leur disponibilité et leur soutien tout au long de ce travail ;

La Direction du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, pour m'avoir permis de réaliser cette étude au sein de son établissement ;

Mes collègues des Soins intensifs, pour s'être portés volontaires pour cette étude ;

Et bien sûr mon conjoint Pierrick, et mes enfants Elsa et Gaspard, qui ont été mes plus précieux soutiens.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

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

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Partie théorique	3
1.	La pratique infirmière à l'USI en Belgique	3
1.1.	La pratique infirmière en Belgique.....	3
1.1.1.	Définition.....	3
1.1.2.	Les formations et spécialisations	4
1.1.3.	Les compétences infirmières.....	4
1.1.4.	Liste d'actes.....	5
1.1.5.	Les rôles infirmiers généraux	5
1.2.	La pratique infirmière en unité de soins intensifs.....	7
1.2.1.	Histoire des soins intensifs	7
1.2.2.	Qu'est-ce qu'un service de soins intensifs ?.....	8
1.2.3.	Les critères d'agrément.....	9
1.2.4.	La spécialisation en Soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU)	9
1.2.5.	Les rôles infirmiers à l'USI.....	10
2.	La Pratique Infirmière Avancée	13
2.1.	Contexte d'émergence	13
2.2.	Définition et rôles de l'infirmier de pratique avancée	14
2.3.	Les fonctions de l'infirmier en pratique avancée	21
2.4.	Les infirmiers SISU de Belgique sont-ils des IPA ?.....	22
2.5.	Deux modèles de pratique infirmière avancée aux soins intensifs	24
2.6.	Les plus-values de la pratique avancée aux soins intensifs.....	26
2.7.	L'implantation de la fonction d'IPA.....	27
2.8.	La PIA dans le contexte belge : quelles perspectives ?.....	29
3.	Les représentations.....	30
4.	Conclusion de la partie théorique :.....	31
III.	Partie pratique :	32
1.	Matériel et méthode.....	32
1.1.	Type d'étude	32
1.2.	Méthode de collecte des données	32
1.2.1.	Revue de littérature.....	32
1.2.2.	Recherche qualitative.....	33
2.	Résultats	37
2.1.	Définition de la PIA aux soins intensifs	38
2.1.1.	L'étendue des connaissances préalables sur la pratique infirmière avancée	38
2.1.2.	Représentation de la fonction de l'IPA en soins intensifs	40
2.1.3.	Les rôles et compétences de l'IPA aux soins intensifs :	47

2.1.4.	<i>L'avis concernant la PIA à l'USI</i>	55
2.2.	Les freins et leviers perçus pour l'implémentation de la fonction d'IPA	57
2.2.1.	<i>Attractivité de la fonction</i>	57
2.2.2.	<i>Formation en PIA</i>	58
2.2.3.	<i>Définition de la fonction</i>	60
2.2.4.	<i>Les freins liés au corps médical :</i>	63
2.2.5.	<i>Les freins et leviers liés aux infirmiers</i>	64
2.2.6.	<i>Les freins liés à la hiérarchie infirmière :</i>	67
2.2.7.	<i>Aspects financiers</i>	67
2.2.8.	<i>L'Accréditation Canada :</i>	68
2.2.9.	<i>Crise sanitaire du Covid-19</i>	70
2.2.10.	<i>L'avis général sur l'implantation :</i>	70
3.	Discussion.....	72
3.1.	Discussion théorico-pratique.....	73
3.1.1.	<i>La connaissance de la PIA</i>	73
3.1.2.	<i>La distinction entre PIA et pratique infirmière à l'USI</i>	73
3.1.3.	<i>La place de l'IPA dans l'institution</i>	74
3.1.4.	<i>La fonction de l'IPA en soins intensifs</i>	74
3.1.5.	<i>Les rôles et compétences</i>	75
3.1.6.	<i>L'implantation de la PIA</i>	77
3.2.	Les limites de l'étude :	78
IV.	Conclusion	80
V.	Bibliographie :	82
VI.	Annexes	88

Liste des abréviations

APN : advanced practice nursing

ACNP : acute care nurse practitioner

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CII : Conseil International des Infirmières

CHWapi : Centre Hospitalier de Wallonie picarde

Covid : Coronavirus disease

CVVH : Continuous Veino-Veinous Hemofiltration

EBP : Evidence Based Practice

ECMO : oxygénation par membrane extracorporelle

IABP : intra-aortical balloon pump (contrepulsion intra-aortique)

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

ICU : Infirmier Chef d'Unité

IRSG : Infirmier Responsable de Soins Généraux

KCE : Centre fédéral d'expertise

NP : Nurse Practitioner

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

P4P : Pay for Performance

PIA : Pratique Infirmière Avancée

QPP : Qualification professionnelle Particulière

SIAMU : Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

SISU : Soins Intensifs et Soins d'Urgences

TPP : Titre Professionnel Particulier

USI : Unité de Soins Intensifs

Table des figures

Figure 1 Compétences de l'IPA (Hamric et al., 2019)	16
Figure 2 Modèle de développement des compétences de leadership infirmier pour la PIA (Mathieu et al., 2016).....	20
Figure 3 Pratique avancée : ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas (Debout, 2016, p. 8).....	23
Figure 4 Modèle de fonction pour les soins infirmiers du futur (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2017)	24
Figure 5 Le modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)	288

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée et de l'infirmière praticienne (Conseil International des Infirmières, 2020, p. 26).....	22
Tableau 2 Mots clés utilisés pour la revue de littérature.....	33
Tableau 3 Critères de l'échantillon.....	37
Tableau 4 Critères fédéraux relatifs à la formation TPP SISU (Herpinck et al., 2016, p. 643)	888

I. Introduction

Face aux nouveaux et nombreux défis imposés aux systèmes de santé (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, de la complexité des soins, exigence d'efficacité, désertification médicale dans certaines spécialités...) de nombreux pays ont vu émerger depuis le début du XX^{ème} siècle une nouvelle discipline soignante pouvant répondre à ces différents besoins : la Pratique Infirmière Avancée (PIA).

Le Conseil International des Infirmières (CII) définit en 2020 l'infirmière de pratique avancée (IPA) comme une « infirmière généraliste ou spécialisée qui a acquis, à travers des études supérieures plus poussées (master au minimum), les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer » (Conseil International des Infirmières, 2020, p. 9)

Cette discipline a pour missions principales l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'équité d'accès aux soins grâce à une pratique centrée sur le patient, ses proches et sa communauté, et basée sur les preuves scientifiques. La pratique infirmière avancée se veut également une réponse à la pénurie de personnel soignant grâce à une plus grande attractivité de la profession infirmière.

La Belgique n'échappe pas à cette réalité, et dans le rapport du Centre fédéral d'expertise (KCE) publié en 2019 sur les performances du système de santé belge, les experts « allument certains signaux d'alerte sur son accessibilité, sa qualité, son efficacité, sa soutenabilité et son équité » (Devos, 2019).

Le programme « Pay for Performance » (P4P) initié en 2018 contraint également les hôpitaux belges à de meilleurs résultats notamment en termes de processus de soins, de taux de mortalité et de satisfaction des patients (Hilde, 2020).

C'est dans ce contexte que la Ministre Fédérale de la Santé de l'époque, Maggie De Block a ouvert la voie à la pratique infirmière avancée le 26 février 2019 en modifiant la loi relative à l'exercice des professions de santé et en y ajoutant le paragraphe suivant :

« 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 » (*Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé*, 2015).

Dans un communiqué, la Ministre justifie ce choix :

« Les infirmiers de pratique avancée ont un pied dans la pratique et l'autre dans la science. Ce faisant, ils sont les mieux placés pour mettre en œuvre les avancées scientifiques dans la pratique clinique afin que les patients puissent toujours bénéficier des soins de la meilleure qualité possible. À partir de ce cadre légal, nous souhaitons poursuivre le développement de cette fonction » (*Infirmier de pratique avancée*, 2019).

Ce cadre légal étant désormais établi de manière assez large, la Belgique doit maintenant se préparer à l'implémentation de cette fonction. Il reste encore en effet à délimiter de manière plus précise les conditions d'exercice de ces IPA et leur champ d'action dans les diverses spécialités dans lesquelles elles seront amenées à exercer. Une étude de Schober en 2015 met en garde les pays qui souhaitent développer la PIA en mettant en lumière les différentes difficultés auxquelles des systèmes de santé ont été soumis lors de l'implantation de cette nouvelle fonction :

« le manque d'un plan coordonné pour inclure les IPA dans un système de santé ; le manque de clarté du rôle ; et l'absence d'un plan efficace pour la promotion du développement de carrière [...] la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée s'accompagne d'un mélange d'enthousiasme pour cette fonction, d'incertitude et de confusion dans les tentatives visant à définir la position que cette nouvelle infirmière a dans les professions de santé. »

(Schober, 2015, p. 76)

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a proposé en 2018 un profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2018) détaillant de manière générale quels seront les rôles de ces IPA au sein du système de soins belge. Ce profil de fonction devra encore être développé pour définir plus précisément les activités dont ces professionnels seront responsables, et cela pour chaque contexte dans lequel elles seront amenées à exercer.

En tant qu'infirmière porteuse du Titre Professionnel Particulier en Soins Intensifs et Soins d'Urgences (TPP SISU) exerçant dans une Unité de Soins Intensifs (USI) de Wallonie-picarde, il m'a paru opportun de tenter de définir comment les infirmiers exerçant à l'USI se représentent actuellement la fonction d'IPA. Par cette démarche, je souhaite fournir des informations aux professionnels impliqués dans l'implantation de cette fonction, qui leur

permettront d'adapter leur stratégie en tenant compte des éventuelles attentes ou craintes exprimées par les professionnels de terrain, et donc faciliter l'intégration des IPA.

Dans un premier temps, je vais détailler le contexte belge de la pratique infirmière en USI, puis définir plus précisément le concept de PIA. Dans un second temps, j'irai à la rencontre d'infirmiers exerçant au sein des USI du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde de Tournai (CHWapi), ce qui sera un moyen de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les représentations des infirmiers des Soins intensifs du CHWapi vis-à-vis de la PIA aux Soins intensifs ? ». Les résultats issus de ces entretiens seront détaillés, puis discutés, ce qui me permettra de proposer une conclusion à cette question de recherche.

II. Partie théorique

1. La pratique infirmière à l'USI en Belgique

1.1. La pratique infirmière en Belgique

1.1.1. Définition

Le CFAI propose en 2015 la définition suivante de l'art infirmier :

« L'art infirmier se définit par l'ensemble des soins infirmiers (physiques et psychosociaux) réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres, aux individus de tous âges, familles, groupes ou communautés, à toutes les personnes malades ou en bonne santé, et dans tous les lieux de pratique professionnelle.

L'art infirmier consiste à protéger, promouvoir et optimiser la santé et les capacités intrinsèques du patient/client, prévenir les maladies et les blessures et apaiser les souffrances.

L'art infirmier se caractérise par le développement d'une relation de confiance avec le patient/client, centrée sur son expérience, la défense et la promotion de son autonomie, la stimulation d'un environnement sain, la réalisation des soins, la recherche et la participation au développement de la profession et de la politique de santé.

L'art infirmier se fonde sur un jugement professionnel dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. »

(Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2015)

1.1.2. Les formations et spécialisations

Les études pour devenir infirmier en Belgique sont organisées en deux parcours distincts : l'un est dispensé dans les Hautes Écoles (enseignement supérieur non universitaire) et donne accès au titre d'Infirmier Responsable de Soins Généraux (IRSG) au bout de quatre années d'études, et l'autre est organisé dans l'enseignement professionnel et aboutit au diplôme d'Infirmier Hospitalier après trois ans et demi d'études. Ces deux diplômes répondent aux exigences de la directive européenne 2013/55/UE (*Directive 2013/55/UE*, 2013) et permettent l'exercice de l'art infirmier au sein de l'Union Européenne.

Cependant, seuls les IRSG sont autorisés à accéder à toutes les formations permettant d'obtenir des Titres et Qualifications Professionnels Particuliers (TPP et QPP), ainsi qu'aux études universitaires supérieures de niveau Master. Le TPP en Soins Intensifs et Soins d'Urgences n'est donc accessible qu'aux IRSG. (Conseil National de l'Art Infirmier, 2005)

1.1.3. Les compétences infirmières

Le chapitre 4 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (*Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé*, 2015) est consacré à l'art infirmier.

Y sont décrites les conditions d'accès à la profession mais également les compétences que doivent posséder un infirmier responsable de soins généraux à l'issue de sa formation. Sur base de connaissances portant tant sur les domaines de la physiologie, la psychologie, la sociologie et l'éthique, et grâce à l'acquisition d'aptitudes cliniques et de collaboration avec d'autres professionnels de santé, l'infirmier possède les huit compétences suivantes (*Directive 2013/55/UE*, 2013) :

- Diagnostiquer les soins infirmiers requis, planifier, organiser et administrer les soins infirmiers aux patients
- Collaborer de manière efficace avec d'autres acteurs du secteur de la santé,
- Responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge
- 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
- Apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches

- Assurer et évaluer, de façon indépendante, la qualité des soins
- Assurer une communication professionnelle claire et complète et coopérer avec les membres d'autres professions du secteur de la santé
- Analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier.

1.1.4. Liste d'actes

La liste des actes pouvant être exécutés par les infirmiers est définie par l'Arrêté Royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (*Arrêté Royal 18 juin 1990*, 1990).

Ces différents actes sont regroupés selon trois catégories, à savoir les actes ne requérant pas de prescription médicale (actes B1), les actes requérant une prescription médicale (actes B2) et les actes confiés par un médecin (actes C).

1.1.5. Les rôles infirmiers généraux

Des soins de santé primaire à l'hôpital, de la néonatalogie à la gériatrie, en promotion à la santé ou en recherche appliquée, les infirmiers exercent dans de nombreux domaines et secteurs de la santé, rendant leur fonction très riche et variée. La pratique de ces professionnels ne se limite pas à une liste d'actes, ils exercent en effet certains rôles de manière universelle au sein de chaque spécialité. Le CFAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2015) en a dénombré sept que nous allons maintenant développer.

Tout d'abord, l'infirmier est **responsable d'un processus de soins**, c'est-à-dire qu'il crée et s'investit dans une relation de soin unique centrée sur son patient et pose des diagnostics infirmiers en fonction de son observation et sa communication avec celui-ci. Ses actions (diagnostic, pose d'objectif, planification, exécution des soins, évaluation critique) sont guidées par un raisonnement clinique et éthique, dans un cadre qualitatif justifié (selon l'Evidence-Based Practice), avec comme objectif central le respect de la qualité de vie et de la dignité du patient.

L'infirmier possède également un rôle de **communicateur**. L'empathie et l'écoute sont des qualités essentielles pour une relation soignant-soigné de qualité, afin que ce dernier se sente respecté, concerné et en sécurité. L'infirmier communique également avec les autres professionnels de santé qui gravitent autour du patient afin d'assurer la qualité et la continuité des soins. A cet effet, il transmet les informations nécessaires par oral et par écrit, de manière analogique ou numérique, avec des personnes, des familles, ou des groupes, et ce dans le cadre légal et éthique de la confidentialité, du secret professionnel et du respect de la vie privée. Il consigne les informations dans le dossier patient.

L'infirmier, exerçant au sein d'équipes multidisciplinaires, possède donc aussi un rôle de **collaborateur**. Le travail en équipe est en effet primordial pour le partage d'informations, de connaissances et de savoirs et contribue à la qualité et la continuité des soins. Le patient est également un collaborateur central dans la relation de soins, pour une prise en charge individualisée et ayant pour objectif, lorsque c'est possible, son autonomisation.

L'infirmier a aussi pour rôle d'être **acteur d'un développement professionnel**. Celui-ci fonde sa pratique sur la littérature scientifique, les directives et les recommandations evidence-based, et la partage avec ses collègues. Il participe au développement, à l'application et à l'évaluation de procédures et de méthodes validées dans le cadre de la pratique infirmière. En tant que responsable de sa formation, il s'auto-évalue, analyse sa pratique et se fixe des objectifs régulièrement. Il s'engage pour la promotion et le développement de la profession, et promeut les initiatives relatives à la sécurité et au bien-être au travail en développant une « culture de soins pour les prestataires de soins ».

L'infirmier se place également en tant que **promoteur de la santé**, tant en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, où la promotion et le maintien de la santé du patient joue une place centrale. Il prend en considération l'environnement, les relations sociales, la culture et le mode de vie des personnes, et vise l'amélioration de l'autogestion de leur santé par la mise à disposition des connaissances et outils nécessaires.

L'infirmier possède un rôle d'**organisateur et de coordinateur des soins**, c'est-à-dire qu'il est responsable des activités de soins au patient 24h/24 et 7j/7, en veillant à ce que ce dernier participe aux soins et utilise ses propres ressources. Il coordonne, délègue et supervise les

activités et utilise toutes les ressources à sa disposition (matériel, connaissances, collaboration multidisciplinaire) en tenant compte de son environnement de travail.

Enfin, l'infirmier est un **promoteur de la qualité**. Il utilise en effet les directives et normes les plus récentes, connaît et participe aux études scientifiques dans son domaine, et de ce fait contribue personnellement à la qualité de la prestation de soins. Il est également impliqué dans la formation clinique des étudiants en soins infirmiers et d'autres professions de soins sous sa responsabilité.

1.2. La pratique infirmière en unité de soins intensifs

1.2.1. Histoire des soins intensifs

Florence Nightingale, infirmière britannique considérée comme la pionnière des soins infirmiers modernes, avait la première eut l'idée de réserver les lits les plus près du poste infirmier aux malades les plus instables, posant ainsi les premières bases de la surveillance continue. (docThom, s. d.). Le premier service de surveillance intensive fut créé à Boston, en 1926, par le neurochirurgien Walter Dandy et était réservé aux patients en période post-opératoire. Mais le véritable essor des unités de soins intensifs eut lieu dans les années 1950 suite à une vaste épidémie de poliomyélite conduisant au besoin de ventilation artificielle de ces malades. C'est au Danemark que les tout premiers ventilateurs à pression positive ont vu le jour, qui étaient alors encore activés manuellement par les assistants en médecine, puis ce fut la naissance en 1952 du premier ventilateur automatisé : le fameux "Engström", du nom de son inventeur.

En Belgique, le Pr Mahieu équipe en 1966 une unité de 4 lits dans la chambre 501 de l'Hôpital St Pierre de Leuven avec un monitoring pour deux lits et un respirateur Engström. Avec l'évolution de la chirurgie et les interventions devenant de plus en plus lourdes (début des transplantations, de la chirurgie cardiaque...), les besoins en soins intensifs s'accroissent et des unités voient le jour au cours des années 1970. La technique ainsi que le matériel évoluent rapidement, pour parvenir aujourd'hui à un niveau de sophistication très élevé.

1.2.2. Qu'est-ce qu'un service de soins intensifs ?

Le Professeur Jean-Louis Vincent (intensiviste à l'hôpital universitaire Érasme et professeur de soins intensifs à l'Université Libre de Bruxelles) propose dans son manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence la définition suivante :

« La discipline des soins intensifs a pour mission de prendre en charge les patients en état critique, c'est-à-dire qui présentent une défaillance d'une ou plusieurs de leurs fonctions vitales, ou qui sont à haut risque de la développer. Les unités de soins intensifs (USI) ou de réanimation disposent de moyens techniques sophistiqués, pris en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée. »

(Vincent, 2013, p. 1)

D'après Vincent (2013), les patients y sont donc admis lorsque leur état nécessite une surveillance continue et rapprochée. La plupart des admissions ont lieu dans un contexte urgent, dans le cadre par exemple d'une défaillance organique ou d'un traumatisme pouvant menacer le pronostic vital (polytraumatisé, détresse respiratoire, insuffisance cardiaque ou rénale, intoxication, sepsis...). D'autres patients sont admis de manière programmée, le plus souvent après une chirurgie lourde (cardiaque, neurochirurgicale, viscérale...) ou lorsque le patient présente certaines comorbidités pouvant engendrer des complications post-opératoires. (Vincent, 2013, p. 1)

Ces patients ne seront admis que s'ils possèdent une chance raisonnable de recouvrer une vie satisfaisante. Il est en effet inopportun d'admettre des patients trop âgés, en fin de vie, en stade terminal de leur pathologie, qui n'ont pas ou plus de vie relationnelle (en état végétatif permanent) ou dont la qualité de vie est devenue insuffisante. La seule exception à cette règle consiste en l'admission de patients potentiellement donneurs d'organes, et dont la survie pourra donc bénéficier à d'autres malades. (Vincent, 2013, p. 5)

Le traitement et la surveillance des patients aux soins intensifs nécessite du matériel très sophistiqué : ventilateurs (de ventilation invasive ou non-invasive), oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO), hémofiltration (CVVH), épuration extra-corporelle hépatique, monitorings (cardio-vasculaire, respiratoire, neurologique, de curarisation...), défibrillateurs, ballon de contrepulsion intra-aortique (IABP), appareils d'imagerie médicale (échographie, amplificateur de brillance...), matériel de laboratoire d'urgence (analyseurs de gaz du sang, de coagulation sanguine, de glycémie...), etc. (Vincent, 2013, p. 2)

Le personnel exerçant dans ces unités est donc nécessairement composé d'une équipe multidisciplinaire hautement spécialisée, et formée à l'utilisation de ces différents appareillages. Nous y retrouvons des médecins spécialistes, des infirmiers porteurs ou non du TPP SISU, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététiciens... (Vincent, 2013, p. 2)

1.2.3. Les critères d'agrément

Ces critères sont décrits dans l'Arrêté Royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée (*Arrêté Royal 27 avril 1998*, 1998). Un service de soins intensifs doit donc répondre à certaines normes architecturales, d'équipement, et fonctionnelles, mais aussi à des normes strictes en matière de personnel.

Tout d'abord, le staff médical doit au minimum être composé d'un médecin spécialiste porteur d'un TPP en soins d'urgences (ou en formation en vue de l'obtenir). Le nombre de médecin doit être adapté en fonction de l'intensité de l'activité, et la permanence médicale doit être assurée 24h/24. Des médecins spécialistes dans toutes les disciplines doivent être joignables et doivent pouvoir se rendre sur place dans les plus brefs délais.

La composition de l'équipe infirmière est également réglementée. L'infirmier en chef doit être un infirmier "gradué" (c'est-à-dire IRSG) et être détenteur du TPP SISU. Le service doit disposer de sa propre équipe d'infirmiers qui y assurent une permanence 24h/24 avec un minimum de deux infirmiers pour six patients dont l'un au moins est porteur du TPP SISU.

1.2.4. La spécialisation en Soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU)

Comme nous l'avons vu plus tôt, en plus de la formation d'IRSG, l'infirmier exerçant aux soins intensifs est, pour au moins la moitié des membres de l'équipe, porteur du TPP SISU. Ce titre s'obtient après une formation d'une année dans l'enseignement supérieur de type court non universitaire, et dont l'obtention est régie par l'Arrêté ministériel du 19 avril 2007 (*Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence*, 2007). D'après Herpelinck,, cette formation est composée d'un volet théorique et d'un volet pratique, et a pour finalité de "développer l'expertise des bacheliers en soins infirmiers au profit de patients et de leur famille en situation aiguë et/ou critique" (Herpelinck et al., 2016). Le détail de cette formation est présenté en annexe 1.

1.2.5. Les rôles infirmiers à l'USI

Comme le disaient Trémouroux et Mahieux :

« L'évolution des soins intensifs a entraîné un remaniement du concept du travail infirmier. Beaucoup plus proches de la pathologie et des décisions thérapeutiques prises par le médecin, les infirmier(ère)s qui se destinent à prester aux soins intensifs ont vu leur formation spécialement s'orienter dans ce sens et sont devenu(e)s des auxiliaires médicaux très précieux dans l'application des traitements, la surveillance des malades, l'utilisation du monitoring et des appareils de ventilation et la participation aux travaux de recherche dans les unités. Les infirmier(ère)s des soins intensifs ont trouvé leur place au niveau des sociétés de soins intensifs et, lors des congrès ; elles ont leurs propres réunions et leurs propres ateliers. En Belgique, la « SIZ-Nursing » réunit les infirmier(ère)s de soins intensifs. »

(Trémouroux & Mahieu, 2001, p. 12)

Herpelinck et al. (2016) ajoutent que “les compétences visées par la SIAMU sont similaires aux compétences du bachelier infirmier responsable de soins généraux. Selon nous, l'expertise de ces spécialistes est en effet liée au contexte de travail et/ou aux situations rencontrées et non à l'essence même du métier.”

Ce contexte est spécifique par sa grande complexité d'une part, et par une plus grande autonomie de ses praticiens d'autre part.

✓ Complexité

Afin de développer cette notion, nous avons choisi de nous appuyer sur le Référentiel de Compétences intégré pour le Bachelier en Soins Infirmiers spécialisé en SIAMU, rédigé en concertation avec les huit Hautes Ecoles organisant la spécialisation en Fédération Wallonie Bruxelles (Dury et al., 2010). Bien que ce référentiel ne soit plus utilisé aujourd'hui dans l'enseignement, il détaille de manière assez exhaustive ce contexte spécifique des soins intensifs et met en avant la complexité du rôle infirmier SISU au sein de dix familles de situation :

- *Situation clinique du patient :*

Les patients sont souvent instables, en état de décompensation, et présentant une multitude de complications potentielles ou réelles.

- *Caractéristiques physiques du patient :*

A l'USI, on rencontre des patients de toutes les catégories d'âge et pouvant présenter une large variété d'antécédents. Il appartient donc aux soignant de pouvoir s'adapter à tous les profils.

- *Le traitement*

Les traitements administrés aux soins intensifs présentent souvent une grande complexité. En effet, les patients y reçoivent généralement une grande quantité de médicaments, nécessitant une surveillance accrue et continue quant à leur efficacité ou leurs effets secondaires potentiels (effets hémodynamiques immédiats des amines, risque élevé d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires...). De plus, ces traitements sont susceptibles d'être modifiés à chaque instant, en fonction de l'évolution parfois très rapide des patients.

- *Le nombre de patients*

Le ratio minimal infirmier/patient aux soins intensifs est toujours fixé actuellement à 1/3 en Belgique. En 2019, pourtant, une vaste étude belge (Bruyneel et al., 2019) a démontré que ce ratio était devenu obsolète et concluait qu'un ratio de 1/1.5 serait plus adapté aux conditions d'exercice actuelles.

- *Le flux de patients*

Les entrées de patients se faisant le plus souvent de manière non programmée, il est fréquent de devoir admettre plusieurs patients dans un laps de temps très court, ce qui nécessite une grande réactivité et capacité d'adaptation de la part des équipes.

- *Le lieu de travail*

Les infirmiers d'USI sont régulièrement amenés à intervenir dans une unité différente de la leur, notamment l'équipe chargée de la réanimation des patients en arrêt cardiaque dans les services d'étage. Ils effectuent également certains transferts de patients en intramuros et doivent à cet effet maîtriser tout un arsenal de matériel de transport et s'adapter à des conditions de surveillance beaucoup moins optimales.

- *Les intervenants*

Une grande diversité de professionnels intervient dans les USI. Le référentiel en cite 21 parmi lesquels le personnel médical et paramédical, mais aussi le personnel technique, biomédical,

d'imagerie médicale, l'assistance sociale, les représentants du culte, etc. Dans le contexte particulier de l'USI, ces intervenants doivent être disponibles à tout moment.

- *Les imprévus / les contraintes temporelles et organisationnelles*

L'organisation du service est très souvent perturbée par la réalisation non programmée d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, d'interventions, d'actes techniques comme la pose ou le remplacement d'appareillages.

- *Les appareillages*

L'USI est un service de très haute technicité. Pour y exercer, les infirmiers doivent maîtriser l'utilisation et la surveillance d'une multitude d'appareillages, des plus classiques aux plus sophistiqués, tels que les divers monitorings, la ventilation artificielle, les différentes techniques de dialyse, l'oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO), etc.

- *La relation avec le patient et l'entourage*

Enfin, les conditions extrêmes dans lesquelles se trouvent les patients (coma artificiel, pathologie critique, fin de vie...) nécessitent un accompagnement considérable de celui-ci et de ses proches. Une grande partie du temps est consacrée à informer ces derniers de son état de santé et de son évolution, mais également à la co-construction d'un projet thérapeutique en accord avec les volontés du patient, en collaboration avec le médecin du service et le psychologue (le cas échéant).

✓ **Autonomie**

Ce contexte des soins intensifs rencontre un besoin d'autonomie accru pour ces professionnels qui sont voués à mener des prises en charges rapides et complexes sur des patients critiques. C'est ainsi qu'une annexe à la liste des prestations techniques de soins et d'actes pouvant être confiés par un médecin a été créée spécialement pour les porteurs du TPP SISU (*Arrêté Royal 18 juin 1990*, 1990), leur donnant la possibilité d'accomplir certains actes de manière autonomes (actes B1) : il s'agit de la réanimation cardio-pulmonaire avec moyens techniques invasifs (intubation endotrachéale), l'interprétation de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique, les manipulations d'appareils de surveillance des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique, et enfin l'accueil, l'évaluation, le triage et l'orientation des patients. Les infirmiers SISU ont également

l'autorisation de placer un cathéter par voie intra-osseuse (acte confié par un médecin). Cette autonomie supplémentaire se traduit donc par l'autorisation de pratiquer des actes techniques, mais également par l'exercice d'un raisonnement clinique qui posera les bases de la prise en charge médico-infirmière. L'infirmier se place donc comme un collaborateur précieux du médecin.

Comme nous venons de le voir, les infirmiers exerçant à l'USI sont des professionnels possédant une autonomie accrue et évoluant dans un contexte de haute complexité.

Je vais à présent définir la Pratique Infirmière Avancée (PIA), ses rôles et compétences, ainsi que la façon dont les IPA ont pu s'intégrer dans le système de soins et plus précisément aux soins intensifs.

2. La Pratique Infirmière Avancée

2.1. Contexte d'émergence

Le concept d'infirmière en pratique avancée est né au début du XXème siècle aux États-Unis. Tracy et O'Grady (2019) (Hamric, 2014) reportent même dans leur ouvrage un poste d'*anesthetist nurse* porté par Edith Granham en 1889 au St. Mary's Hospital de Rochester, Minnesota, où pratiquait le Dr William Worrall Mayo. Il fut le premier médecin à reconnaître et former ces infirmières anesthésistes, qui avaient pour rôle d'administrer les sédations durant les interventions chirurgicales lorsqu'il n'était pas possible d'avoir une assistance médicale suffisante, situations qui étaient fréquentes car les opérations se pratiquaient souvent dans des habitations privées et les infirmières étaient les seules personnes présentes formées à l'anesthésie.

«The nurse must also have at hand a hypodermic syringe (sterilized and in good order), whiskey or brandy, tincture of digitalis, a solution of strychnine, morphine, atropine, and aqua ammonia, as any of them may be called for. » (Hamric et al., 2019, p. 3)

Malgré de grands conflits avec le corps médical, qui accusait ces infirmières d'exercice illégal de la médecine, cette fonction a perduré et s'est développée tout au long du XXème siècle et notamment durant les 2 guerres mondiales et la guerre du Vietnam, périodes durant lesquelles les infirmières anesthésistes ont joué un rôle prépondérant et développé leur expertise :

« Gloor and her colleagues demonstrated expertise in coaching the critically injured men. [...]

The nurse anesthetist suddenly became a part of a new concept in the treatment of the severely wounded. The Dust-Off helicopter brings medical aid to severely wounded casualties who formerly would have died before or perhaps during evacuation... Very often it is a nurse anesthetist who first is available to intubate a casualty, and by so doing may avoid the need for tracheostomy. »

(Hamric et al., 2019, p. 5)

Les filières de formation pour ces infirmières sont néanmoins longtemps restées peu développées et c'est seulement à partir des années 1990 que de nombreux programmes voient le jour aux États-Unis, en parallèle avec l'injonction d'obtenir un diplôme de niveau Master comme condition d'accès à la profession.

La pratique infirmière avancée n'est toutefois pas l'apanage de l'anesthésie, et des infirmières spécialisées ont émergé dans d'autres domaines comme la psychiatrie ou l'obstétrique : les *nurse midwives* ont par exemple vu le jour dans un contexte de mortalité materno-infantile très élevé, liée à une grande iniquité d'accès à des soins obstétricaux de qualité en particulier pour les femmes noires durant la ségrégation (Smith, 1994, p. 29-49)

Comme une réponse aux besoins de santé de plus en plus complexes des populations défavorisées souffrant d'un manque d'accès aux soins, les rôles d'infirmière en pratique avancée se sont déployés depuis dans de nombreux pays et ce jusqu'en Europe à partir du début des années 2000.

2.2. Définition et rôles de l'infirmier de pratique avancée

Il n'est pas aisé d'apporter une définition unique de la pratique infirmière avancée tant les appellations et définitions diffèrent en fonction des pays où elle est pratiquée, ce qui génère parfois de l'ambiguïté quant à leur champ d'action et même un chevauchement des rôles avec d'autres professionnels de santé.

D'après Morin, « ce terme devrait pourtant être utilisé de manière plus restrictive comme une expression décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études universitaires de master, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence et d'un leadership clinique confirmés au service des besoins

de santé des personnes, des familles, des groupes, et des communautés ». (Diane Morin et al., 2015)

Le CFAI propose en 2018 la définition suivante de l’infirmier de pratique avancée :

« La fonction d’infirmier de pratique avancée est une fonction d’expertise en art infirmier qui répond aux conditions du concept APN (Advanced Practice Nursing englobant les rôles de *clinical nurse specialist*, de *nurse practitioner*, de *nurse midwife* et de *nurse anesthetist*) – Hamric (2014).

L’infirmier de pratique avancée contribue de manière significative à l’amélioration et à la professionnalisation de l’art infirmier et ce, au moyen de la spécialisation et de l’extension/expansion de sa propre profession. L’expansion des soins fait référence à l’utilisation de nouvelles connaissances et compétences qui vont au-delà de l’art infirmier « classique ». A cet égard, il s’agit de réaliser des tâches médicales peu complexes et/ou des tâches médicales spécialisées bien définies, de réaliser des tâches infirmières hautement spécialisées et complexes et d’avoir des compétences supplémentaires en matière de coordination des soins, d’éducation des patients/clients, d’autogestion, de responsabilisation et de soins psychosociaux.

L’infirmier de pratique avancée contribue à l’actualisation continue, à la modernisation et à l’étayage sur des données probantes de l’art infirmier, afin de promouvoir la qualité des soins aux patients/clients et à leur entourage et de rendre visibles les effets de ces optimisations. Le contexte dans lequel l’infirmier de pratique avancée travaille peut-être différent, dépendant du contexte de travail où les situations de soins peuvent être complexes. [...] Dans tous les secteurs des soins de santé et du bien-être on doit s’attendre à un accroissement de la complexité. »

(Conseil Fédéral de l’Art Infirmier, 2018, p. 4)

Dès lors, nous retenons que le terme « pratique infirmière avancée » prend donc tout d’abord un ancrage dans la « pratique », avec l’exercice clinique comme élément fondamental, puis qu’il s’agit avant tout d’un rôle « infirmier » et qu’il n’est donc pas question ici d’un rôle de substitution au corps médical, et enfin cette pratique est « avancée » car le champ de leurs compétences est élargi et doit permettre de contribuer au soutien et au développement de la profession infirmière. Hamric propose quant à elle un modèle qui définit les différentes compétences d’un infirmier de pratique avancée.

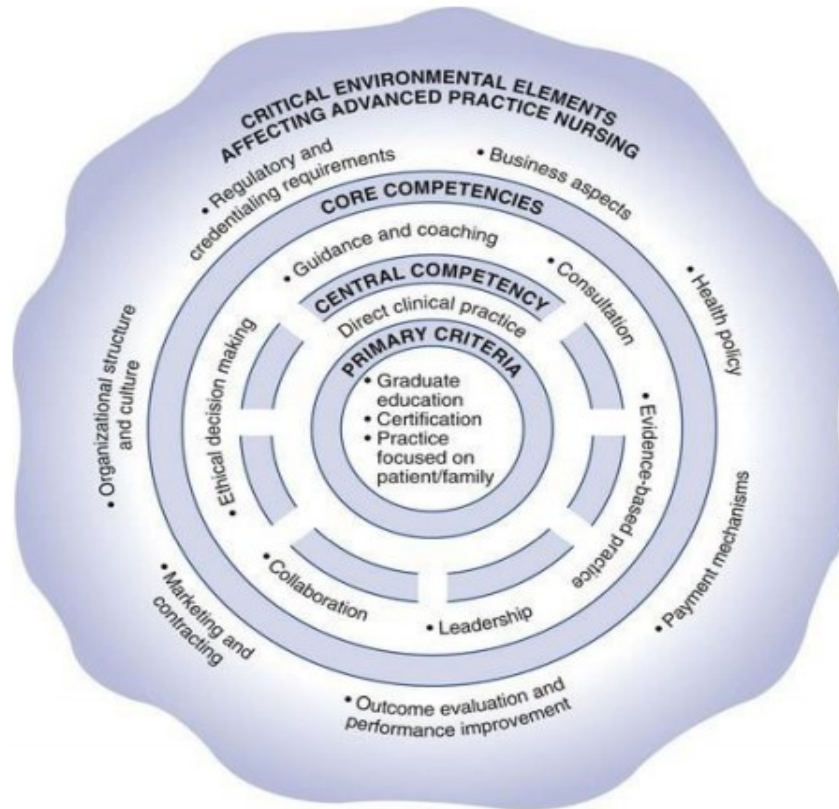


Figure 1 Compétences de l'IPA (Hamric et al., 2019)

Selon elle, il est tout d'abord nécessaire que les IPA remplissent trois conditions fondamentales : avoir acquis des connaissances et habiletés cliniques au moyen d'une formation de niveau universitaire supérieur, être certifié dans sa spécialité, et déployer une pratique centrée sur le patient et ses proches.

Hamric définit ensuite sept compétences essentielles et interdépendantes de l'infirmière de pratique avancée :

- ***Pratique clinique d'experte directe auprès de la clientèle :***

Il s'agit de la compétence centrale des IPA. Morin et Al. (2015) estiment que l'IPA se doit de :

« • Démontrer une excellente maîtrise dans tous les aspects des soins cliniques de même qu'une connaissance approfondie des guides de pratiques et des standards de soins dans la spécialité ;

• Initier et coordonner des interventions cliniques pour améliorer la protection, la promotion de leur santé de même que la prévention de la maladie ;

- Impliquer les patients, les familles et les communautés dans l'organisation et la participation aux soins ; »

- ***Pratique clinique basée sur les meilleures pratiques :***

La pratique clinique de l'IPA est alimentée par les données probantes de la littérature scientifique : l'Evidence Based Practice (EBP) est une composante essentielle de son travail.

L'EBP est définie par Newhouse et al. (2007) comme « une méthode de résolution de problème pour le processus décisionnel en soins de santé qui intègre les meilleures preuves scientifiques disponibles avec les meilleures preuves résultant de l'expérience (patient et praticien). La pratique factuelle tient compte des influences internes et des influences externes de la pratique et incite à la réflexion critique dans l'application judicieuse des preuves aux soins du patient, de la population ou du système. » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, s. d.)

La démarche EBP comporte trois étapes successives (décrites dans le plan belge EBP) : génération et distillation de connaissances, puis leur diffusion et dissémination, et enfin leur adoption, implémentation et institutionnalisation (Adriaenssens, Jef et al., 2017, p. 8)

Au travers de cette définition, il apparaît donc que l'EBP constitue une aide à la prise de décision clinique pour l'IPA, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des soins, et qui s'appuie sur quatre éléments essentiels : les données probantes issues de la recherche, les préférences du patient, les ressources disponibles, et enfin sa propre expertise clinique.

L'EBP permet également le transfert des savoirs et le développement d'une culture scientifique, qui fait fréquemment défaut dans les milieux de soins (Ambrosino & Inf, 2018).

En effet, bien que la formation infirmière comprenne une initiation à la recherche et à la lecture d'articles scientifiques, ces apprentissages sont peu employés au sein de leur pratique professionnelle. Une étude évoque plusieurs raisons à cela, comme le manque de formation des infirmières, les limites organisationnelles (manque de temps, de personnel) ou certaines caractéristiques personnelles (préférence pour l'expérience, influence des leaders...)(Mahmoud & Abdelrasol, 2019). L'IPA, quant à lui, dispose des ressources nécessaires pour se consacrer à la lecture des revues de littérature scientifique et se place donc comme un lien entre les professionnels et les données probantes.

- **Consultation :**

Roy et al. (2003) définissent la consultation de la manière suivante :

« 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. [...]

Dans la pratique infirmière avancée, la consultation poursuit plusieurs objectifs primordiaux : l'adaptation des personnes à de nouvelles situations ou la résolution de problèmes difficiles, l'échange d'avis et de renseignements sur divers aspects des soins, l'amélioration de leur qualité, l'accroissement des connaissances et des habiletés cliniques des infirmières, la facilitation des changements et la collaboration intra et interdisciplinaire. »

(Roy et al., 2003, p. 40)

Les auteurs ont retenu sept étapes clés composant le processus de consultation : l'entrée, le contrat, l'orientation de l'intervention, la détermination du problème, la planification des actions, la réalisation des interventions, et enfin l'évaluation, la conclusion et le désengagement. A l'issue de ces étapes, l'évaluation peut permettre, dans une perspective dynamique et en perpétuel mouvement, d'initier un nouveau processus de consultation.

L'infirmier de pratique avancée utilise donc à ces effets ses qualités d'expert clinique et de coaching, et ceci à plusieurs niveaux : le patient, l'infirmier (ou autre professionnel de la santé), une unité ou un programme, et enfin une organisation.

- **Guidance et coaching :**

Il s'agit ici également d'une compétence essentielle et que l'IPA utilisera au travers de toutes ses missions. Elle consiste en un accompagnement pédagogique personnalisé, dont le but est de développer des potentiels et des savoir-faire.

Cette compétence s'oriente vers deux cibles différentes : les patients et les professionnels de santé.

Chez les premiers, l'objectif est de majorer leur implication dans les décisions qui les concernent et dans l'autogestion de leurs maladies chroniques, de prévenir les complications, et donc d'améliorer leur qualité de vie.

Quant aux professionnels de santé, l'expertise de l'IPA contribue à l'amélioration de la qualité de leurs soins, mais aussi à une plus grande reconnaissance de la profession infirmière.

Cette compétence demande de nombreuses qualités : l'IPA devra posséder une solide expérience et expertise clinique, une connaissance approfondie des sciences infirmières, de bonnes capacités d'adaptations et de communication, être habile dans la gestion des relations interpersonnelles, être empathique et posséder un esprit critique. (Edda-Messi, 2017)

- **Leadership :**

D'après Mathieu et Al., il n'existe encore aucune définition du leadership infirmier ayant fait l'objet d'un consensus international (Mathieu et al., 2016).

Dans leur article, ils retiennent la définition suivante du leadership : « le leadership est un processus par lequel un individu influence un groupe d'individus pour réaliser un but commun » (Northouse, 2016, p. 6).

Hamric et Al. (2013), estiment également que 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 ».

En effet, toujours d'après Mathieu et Al., certains auteurs ont prouvé que la présence d'un leadership infirmier fort et soutenu par les directions de soins est corrélée à de nombreux effets positifs.

Tout d'abord, le leadership infirmier est associé à de meilleurs résultats pour les patients comme la réduction des chutes, de la prévalence d'escarres, des erreurs de médicaments, des infections nosocomiales, et l'augmentation de la satisfaction des patients.

Ensuite, il améliore les systèmes de santé grâce à une plus grande satisfaction au travail pour les infirmières, l'adoption de pratiques soignantes basées sur des preuves, et l'introduction plus rapide d'innovations cliniques et administratives.

Enfin, le leadership infirmier contribue au développement de la profession infirmière en accroissant leur performance dans les soins et l'implication de celles-ci dans les défis organisationnels des systèmes de soins.

L'exercice du leadership infirmier serait d'après ces auteurs conditionné à la détention des six compétences reprises dans le schéma ci-dessous, né de l'adaptation du modèle de Sherman et Al. (Sherman et al., 2007, p. 85-94)



Figure 2 Modèle de développement des compétences de leadership infirmier pour la PIA (Mathieu et al., 2016)

- ***Collaboration :***

La compétence de collaboration est inhérente aux soins infirmiers généraux. Cependant, là où un infirmier exercera le plus souvent cette compétence au sein de l'unité de soins dans laquelle il pratique, l'IPA possède quant à lui un rôle plus élargi.

Ambrosino et al (2018) affirment que « L'IPA exerce auprès du patient, mais aussi en transversalité ou en soutien auprès des équipes. Dans ce cadre, elle collabore avec le patient et ses proches, avec le médecin et avec tous les professionnels acteurs du parcours de soin. Elle adapte son discours et ses propositions thérapeutiques aux besoins et aux capacités du patient, à son contexte de vie et à son projet personnel. Elle sait orienter en cas de besoins vers les professionnels compétents. Par ailleurs, elle assure la traçabilité de ses interventions en rédigeant des transmissions claires et argumentées. »

Comme le souligne également Robidoux (Robidoux, 2007) cité dans Mathieu et al (2016) : « les modèles de collaboration issus des théories organisationnelles considèrent que les innovations performantes qui ont des impacts sur la qualité des soins ont toutes comme préalables des conditions propices à un travail collaboratif. » (Mathieu et al., 2016)

- ***Processus de décision éthique :***

L'éthique est définie par Paul Ricœur comme « la visée de la vie bonne, pour soi et pour autrui, dans des institutions justes » (Ricœur, 1990, p. 202)

Morin affirme que « les infirmières de pratique avancée doivent être capables d’agir de manière éthique. Elles doivent être sensibles aux dimensions éthiques, connaître la littérature en lien avec les problèmes éthiques dans leur spécialité, être capables d’anticiper des conflits éthiques et de participer aux décisions éthiques ou à des plaidoyers en faveur de l’éthique. » (D. Morin & Eicher, 2012)

Les IPA ont en effet les connaissances nécessaires dans les domaines de l’éthique et de la législation médicale pour conseiller et orienter au mieux les patients, leurs proches, ainsi que les professionnels de santé dans des situations complexes comme la fin de vie ou le refus de soins.

2.3. Les fonctions de l’infirmier en pratique avancée

Il existe deux grandes fonctions distinctes dans le domaine de la pratique infirmière avancée : l’infirmier praticien et l’infirmier clinicien spécialisé. Ces deux types de professionnels ne possèdent pas les mêmes rôles ni les mêmes responsabilités (Conseil International des Infirmières, 2020).

L’infirmier praticien est un expert clinique qui dispense, dans un domaine spécialisé, des soins infirmiers complexes et des tâches qui relèvent de la pratique médicale comme la réalisation d’actes techniques, le dépistage, la prescription de certains médicaments ou d’examens radiologiques ainsi que leur interprétation. Ces infirmiers exercent souvent dans le secteur de la première ligne de soins pour le suivi et le traitement de certains malades chroniques (diabétiques, insuffisants cardiaques).

L’infirmier clinicien spécialisé, quant à lui, exerce généralement à l’hôpital. Il oriente ses activités d’une part envers des patients requérant un niveau de soins complexe (soins directs), et d’autre part envers les équipes soignantes (soins indirects). Il participe en effet à l’amélioration de la qualité des soins grâce au recours à des données scientifiques probantes, à l’implémentation et au développement d’innovations et de pratiques exemplaires, mais aussi en formant, guidant et coachant les professionnels de santé.

Le tableau suivant propose une distinction des deux fonctions :

Tableau 1 : Caractéristiques de l’infirmière clinicienne spécialisée et de l’infirmière praticienne (Conseil International des Infirmières, 2020, p. 26)

INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE	INFIRMIÈRE PRATICIENNE
Domaine de pratique défini dans une spécialité identifiée	Domaine de pratique complet, propre aux IP, les activités comprenant l'établissement d'ordonnance, la gestion du diagnostic et du traitement
Dispense des soins directs et indirects, généralement à des patients dont le diagnostic est établi	Prodigue habituellement des soins cliniques directs aux patients dont l'affection n'a pas encore été diagnostiquée, outre qu'elle dispense des soins continus aux patients dont le diagnostic a déjà été établi
Travaille dans un champ de pratique spécialisé	Travaille de façon générique dans différents contextes et champs de pratique
Travaille auprès de populations définies de patients (p. ex., oncologie, gestion de la douleur, cardiologie)	Travaille auprès de plusieurs populations différentes de patients
Travaille de façon autonome et collabore avec une équipe, en faisant appel à une approche systémique, avec le personnel infirmier et d'autres prestataires et organisations de soins de santé	Travaille de façon autonome et en collaboration avec d'autres professionnels de santé
Partage fréquemment la responsabilité clinique avec d'autres professionnels de santé	Assume l'entière responsabilité clinique et la gestion de sa population de patients
Conseille les infirmières et d'autres professionnels de santé dans la gestion de problèmes complexes de soins des patients	Procède à des évaluations et des examens de santé avancés et complets pour établir des diagnostics différentiels
Dispense des soins cliniques liés à un diagnostic différencié	Initie et évalue un plan de gestion du traitement d'après des évaluations et des examens de santé avancés, fondés sur la réalisation de diagnostics différentiels
Influe sur la pratique clinique et infirmière spécialisée à travers le leadership, la formation et la recherche	S'investit dans les domaines du leadership, de la formation et des recherches cliniques
Dispense des soins reposant sur des données probantes et aide les infirmières et d'autres professionnels de santé à faire de même	Dispense des soins fondés sur des éléments de preuve
Évalue les résultats chez les patients afin d'identifier et d'influencer les améliorations cliniques du système	Est souvent autorisée à orienter et à faire admettre des patients
Peut, ou non, disposer d'un certain niveau d'autorisation d'établir des ordonnances dans une spécialité	Est habituellement autorisée à établir des ordonnances

2.4. Les infirmiers SISU de Belgique sont-ils des IPA ?

La modification apportée à la loi sur l'exercice des professions de santé autorise désormais à porter le titre d'IPA en Belgique, or aucun IPA n'y exerce encore actuellement. En effet, les filières de formation de Master en Pratique Avancée n'existent pas encore en Communauté Française (contrairement à la Flandre), et donc d'après le cadre conceptuel d'Hamric aucune infirmière ne peut encore prétendre à ce titre.

En 2010, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) considérait pourtant que, en Belgique, les infirmiers SISU pouvaient déjà être apparentés à des IPA, étant donné que ces derniers ont déjà la capacité de réaliser certains actes médicaux sans

prescription médicale, comme nous l'avons vu précédemment (triage des patients, intubation endotrachéale...)(*Nurses in Advanced Roles*, 2010).

Herpelinck et al. estiment également que les infirmiers SISU remplissent toutes les conditions du modèle de Hamric, à l'exception du niveau de formation universitaire (Herpelinck et al., 2016). Ces mêmes auteurs espèrent d'ailleurs que l'augmentation récente du nombre d'années d'études à 4 ans pour devenir IRSG, complétée d'une année de spécialisation SIAMU, pourrait bientôt évoluer en Master en sciences infirmières à finalité soins critiques, afin de répondre à ce critère.

Ces affirmations semblent cependant faire preuve d'une méconnaissance du rôle de l'IPA, qui, au regard des différentes compétences développées dans le chapitre précédent, possède un rôle beaucoup plus élargi et différent de celui d'un infirmier SISU, et ne se limite pas à l'autorisation de réaliser certains actes médicaux supplémentaires. La figure ci-dessous illustre d'ailleurs ce propos :

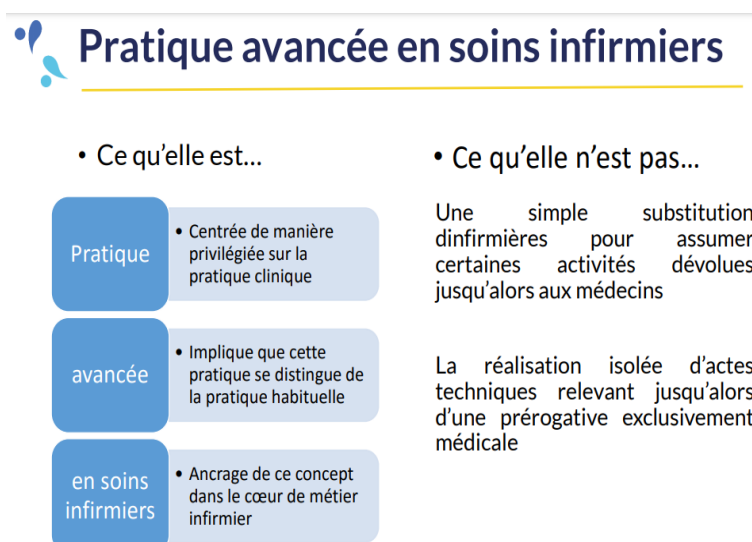


Figure 3 Pratique avancée : ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas (Debout, 2016, p. 8)

Il est important de distinguer l'infirmier spécialisé de l'infirmier de Pratique Avancée. Selon le CFAI, et comme nous pouvons le voir dans la figure suivante, ces deux fonctions ne se situent pas au même niveau :

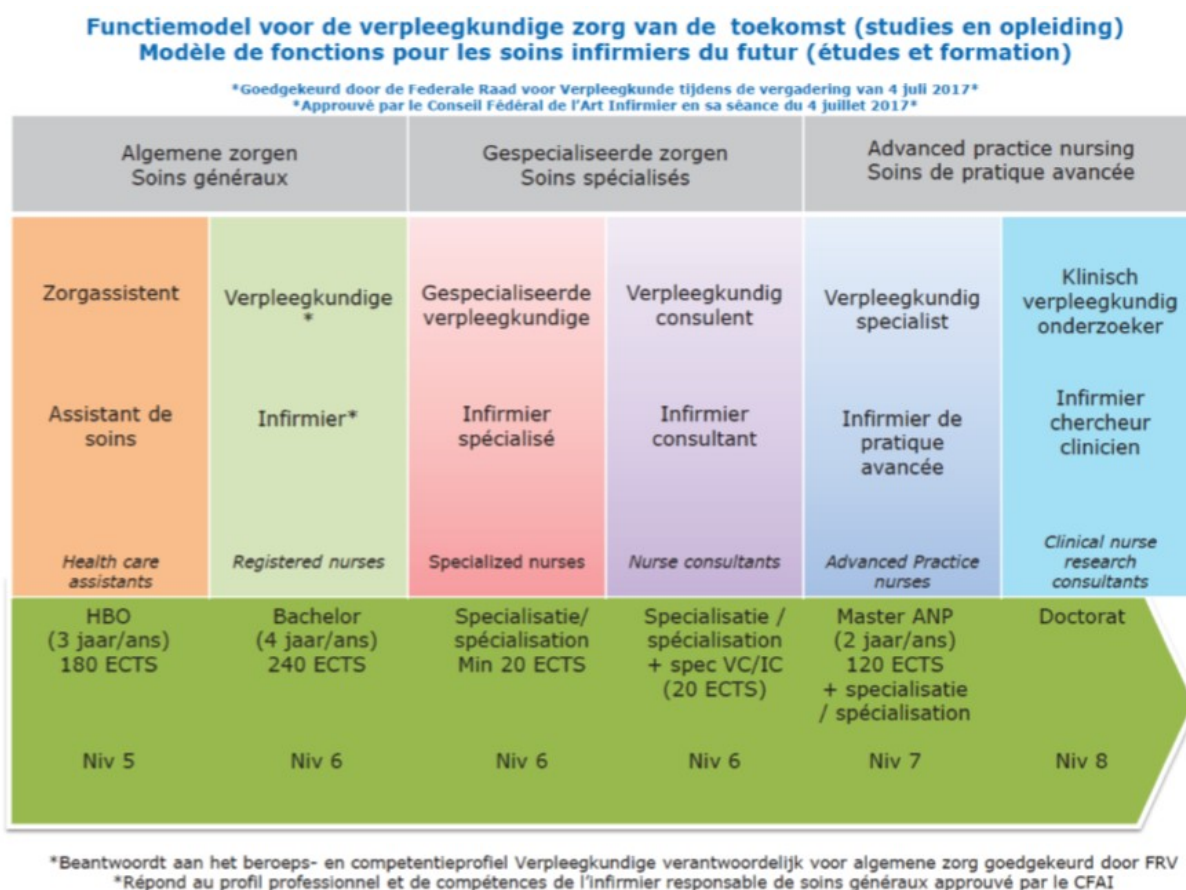


Figure 4 Modèle de fonction pour les soins infirmiers du futur (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2017)

Nous allons maintenant explorer les différentes fonctions que des IPA exercent dans des services de soins intensifs, en prenant un modèle américain et un modèle suisse.

2.5. Deux modèles de pratique infirmière avancée aux soins intensifs

Bien que la pratique avancée fût d'abord développée pour améliorer l'équité d'accès aux soins dans le secteur primaire, cette pratique s'est développée dans les années 1990 aux États-Unis jusqu'à intégrer les unités de soins critiques, avec la création de la fonction d'*Acute Care Nurse Practitioner* (ACNP). En fonction du pays où cette fonction est exercée, les rôles endossés par ces professionnels sont très différents. Afin d'illustrer ce propos, nous allons comparer le rôle d'ACNP aux États-Unis et en Suisse.

Hoffman et al. décrivent la fonction d'ACNP telle qu'elle est pratiquée aux États-Unis de la façon suivante :

« ACNPs are prepared to diagnose and treat medical conditions involving acutely/critically ill patients. Experienced ACNP scan obtain the admission history ; perform the physical assessment ; review medical records, laboratory results and radiographic data ; develop a differential diagnosis and plan of care ; order pharmacologic and non pharmacologic interventions ; present patients on rounds ; and complete necessary documentation. Important additional contributions include coordinating care delivery, educating patients/families, assisting patients/families to transition from critical illness to recovery or, if not possible, facilitate discussions related to end-of-life decision-making. ACNP scan manage a wide range of problems encountered in critical care, including airway and ventilator management, fluid resuscitation, institution and titration of vasopressors, inotropic agents, and antiarrhythmic therapies ; manage delirium, pain and sedation ; institute continuous renal replacement therapies ; and provide nutritional support. Other roles may involve initiation and antimicrobial therapies and management of common problems due to cardiovascular, pulmonary, neurologic, renal or hepatic dysfunction.

Specialty procedures performed by ACNPs include, among others, endotracheal intubation; insertion of arterial, central venous, and pulmonary artery catheters; and placement and removal of chest tubes. ACNPs may also perform lumbar puncture, bone marrow biopsy, paracentesis, joint aspiration, cardioversion, defibrillation, suturing, and wound care. »

(Hoffman & Guttendorf, 2017, p. 1340)

La description faite par les Hôpitaux universitaires de Genève en ce qui concerne les activités menées par les IPA en contexte de soins intensifs est la suivante :

« Activités de consultation auprès du patient

- ✓ Évaluation de besoins spécifiques des patients et de leurs familles lors de leur séjour aux soins intensifs, et suivi quotidien.
- ✓ Coordination des prises en charge pluridisciplinaires : participation à l'analyse des situations, planification des interventions de soins, promotion de la continuité des soins.
- ✓ Dispensation ponctuelle de soins techniques requérant des connaissances spécifiques.

Activités d'enseignement et de formation destinées aux patients et aux équipes

- ✓ Intervention comme référent auprès des soignants lors de situations complexes : évaluation, soutien, suivi
- ✓ Contribution à la formation continue des équipes infirmières des Soins Intensifs, de la Salle de Soins Post-Interventionnels, des Soins Intermédiaires sur les sites de Cluse-Roseaie et des Trois-Chêne.
- ✓ Soutien lors de l'introduction de nouveaux dispositifs médicaux ou équipements.
- ✓ Participation à la formation des étudiants de différentes filières de la santé (ASSC, infirmiers, médecin, formations spécialisées).
- ✓ Appui méthodologique et comme formation lors du déploiement de l'évaluation clinique

Activités de recherche et de promotion de la qualité des soins

- ✓ Rédaction et mise en place de procédures de soins, en favorisant la transversalité
- ✓ Coordination et participation aux différents groupes de travail (dicastères) aux Soins Intensifs
- ✓ Participation à l'élaboration de projets de service : évolution des pratiques, nouveau matériel...
- ✓ Participation à divers groupes institutionnels : GEXPROS, Référentiel pour les soins intermédiaires...
- ✓ Coordination du groupe institutionnel accès vasculaire »

(Soins respiratoires - Direction des soins à Genève aux HUG, s. d.)

A la lecture de ces deux descriptions, nous nous apercevons que la conception de la pratique infirmière avancée varie très fortement selon le contexte dans lequel elle est exercée. En effet, aux États-Unis, l'ACNP est clairement un infirmier Praticien, car l'accent est fortement porté sur la pratique clinique directe et notamment par les aspects de diagnostic, traitement et techniques invasives habituellement réservées au corps médical. A contrario, l'IPA exerçant dans les USI de Suisse endosse plutôt un rôle de Clinicien spécialisé, avec une pratique résolument tournée vers des activités de consultation, de coaching et de recherche.

Il sera donc intéressant, lors de la partie pratique de ce mémoire, de déterminer quel type de profil correspondrait le plus aux représentations des infirmiers de mon échantillon.

2.6. Les plus-values de la pratique avancée aux soins intensifs

La littérature scientifique regorge d'études démontrant les effets positifs de l'exercice des IPA dans les systèmes de soins de santé, y compris dans le contexte des soins critiques.

✓ Plus-values générales des IPA :

Morin dénombre de nombreuses plus-values pour les patients et pour les systèmes de santé. Seule l'efficacité de cette fonction reste à évaluer :

« En général, les évaluations disponibles montrent que la pratique infirmière avancée peut améliorer l'accès aux prestations et réduire le temps d'attente pour les patients. Les preuves actuelles montrent que lorsqu'elles sont intégrées dans les équipes médicales, les IPS certifiées fournissent pour différentes prestations (par exemple : suivi des patients en condition chronique, premières consultations de patients atteints de maladies mineures), la même qualité de soins que celle mesurée dans les équipes offrant des soins médicaux usuels. La

plupart des études, portant sur les prestations offertes par des IPS ou par des ICLS au sein d'équipes multidisciplinaires, ont démontré que cette pratique procure un niveau de satisfaction élevé chez les patients mais aussi chez les professionnels. Une des pistes de recherche à privilégier reste celle reliée à l'efficience, car tout en étant associée à des durées de séjour réduites, et à des taux de réhospitalisations moindres, les coûts globaux d'introduire ces professionnelles au sein des équipes restent encore trop peu documenté.

(D. Morin & Eicher, 2012)

✓ Plus-values des IPA en soins critiques :

Landsperger et al. démontrent dans leur étude de cohorte prospective qu'il n'existe pas de différence de mortalité à 90 jours entre deux groupes de patients, l'un pris en charge par des ACNP et l'autre par une équipe classique (Landsperger et al., 2016).

Morita et al. affirment que la présence d'IPA est associée à une réduction de la mortalité à 30 jours des malades requérant une ventilation artificielle dans les contextes de soins intensifs au Japon (Morita et al., 2017).

Fong Yeong Woo et Al. concluent dans leur revue systématique de littérature que l'utilisation d'ACNPs améliore les résultats des soins aux patients en diminuant les durées de séjour, le temps d'attente avant une consultation ou un traitement, la mortalité, qu'elle améliore la satisfaction des patients et permet de réduire certains coûts (Woo et al., 2017).

Sirleaf et al (2014) cité dans Hoffman et al (2017) affirme également qu'il n'existe pas de différence de complication après une intervention invasive pratiquée par un ACNP ou un médecin (Hoffman & Guttendorf, 2017).

2.7. L'implantation de la fonction d'IPA

Il existe plusieurs freins et leviers liés à l'implantation de la fonction d'IPA dans les systèmes de santé, qui sont décrits dans la littérature internationale. De nombreux pays possèdent déjà en effet cette expérience et en ont retiré plusieurs constats dont il sera judicieux de tenir compte en Belgique afin de préparer au mieux ce processus.

Lecocq et al. soutiennent l'idée qu'il n'est pas pertinent d'importer un modèle de pratique avancée déjà existant dans un autre pays, car il est important de tenir compte des spécificités

du contexte dans lequel celui-ci sera implanté (formation, système de soins de santé, législation en vigueur, etc.)(Lecocq et al., 2015). Ces auteurs préconisent une approche en trois étapes : tout d'abord, une phase d'éveil doit être initiée par l'adoption d'un modèle conceptuel d'IPA, puis dans un deuxième temps il convient d'établir un cadastre des pratiques infirmières existantes, et enfin il est nécessaire d'adopter une stratégie d'implantation méthodique. Ils proposent à cette fin l'utilisation du modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development) (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

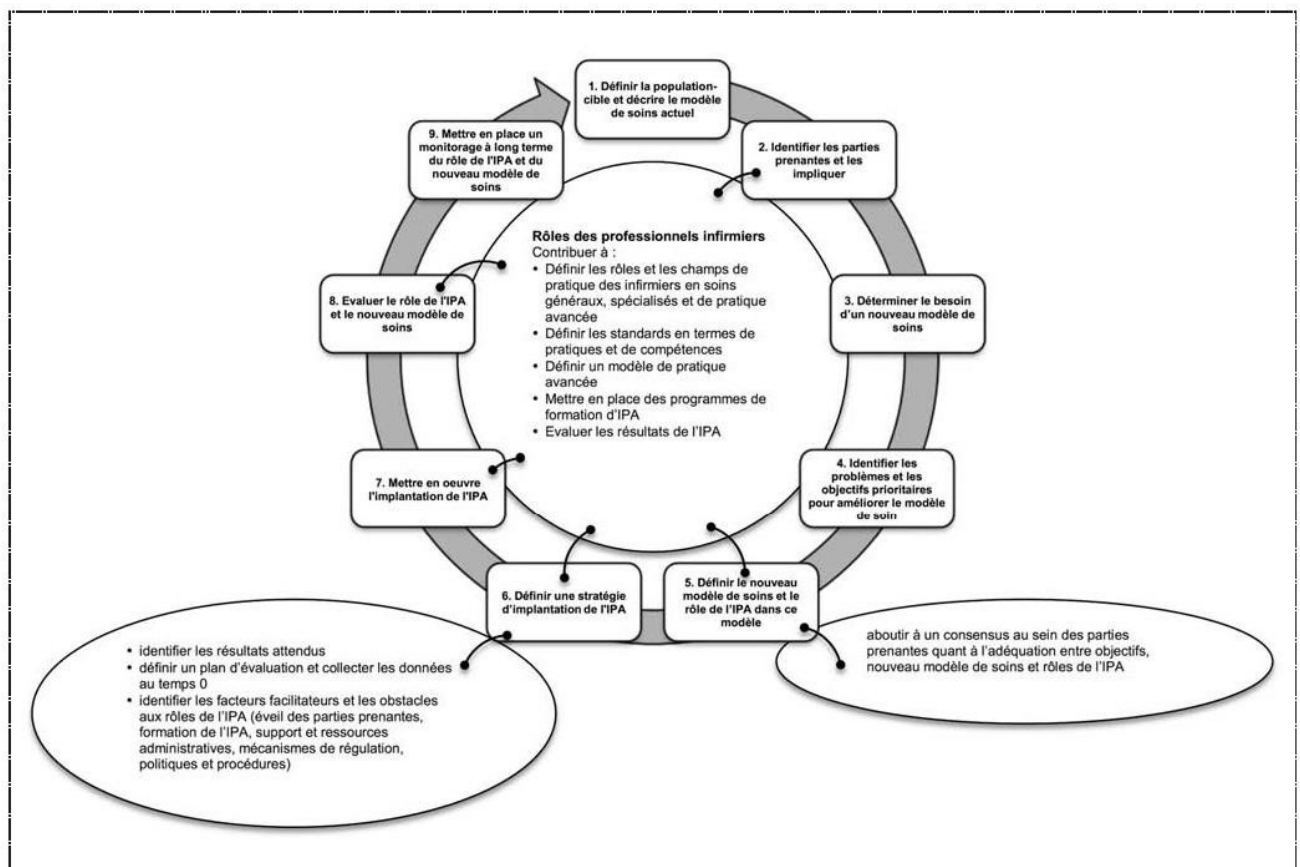


Figure 5 Le modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Schober (2015) met également en garde les pays souhaitant entrer dans cette démarche en énonçant certaines contraintes rencontrées lors de l'implantation menée à Singapour (Schober, 2015). Il relève que l'absence d'un plan coordonné de mise en oeuvre de ce projet peut amener de nombreuses difficultés, comme l'incompréhension du rôle d'IPA par les autres professionnels, la résistance des médecins vis-à-vis de cette fonction, et peut mener à l'isolement des IPA et leur mauvaise voire non-utilisation par les structures de soins :

« le manque de clarté des missions et activités dévolues aux IPA, les ambiguïtés parfois observables dans leur profil de fonction ainsi que le chevauchement de leur domaine de compétences avec celui d'autres professionnels de la santé. [...]

une absence de planification lors de l'introduction de la fonction a souvent pour conséquence un flou dans la définition de la fonction. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser les parties prenantes concernées par l'introduction d'infirmières de pratique avancée afin que les questions essentielles suscitées par un tel projet puissent être examinées très en amont. »

(Schober, 2015, p. 73 -74)

Cet article souligne l'importance de quatre éléments essentiels :

- établir un cadre législatif explicite permettant de cerner clairement le domaine de compétences de l'IPA,
- élaborer des stratégies destinées à sensibiliser aux caractéristiques de la fonction d'IPA,
- différencier clairement le champ d'intervention des IPA de ceux des autres professionnels de la santé,
- disposer de cadres dotés d'un solide leadership afin de faciliter la mise en œuvre du projet

2.8. La PIA dans le contexte belge : quelles perspectives ?

Il n'existe pas actuellement d'IPA exerçant en Belgique de manière officielle. Cependant, la Ministre belge fédérale de la Santé a ouvert la voie à cette pratique le 26 février 2019 en modifiant la loi relative à l'exercice des professions de santé et en y ajoutant le paragraphe suivant :

“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”(Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, 2015).

Cette modification de la loi est une réponse aux nombreux défis imposés au système de santé belge : augmentation des maladies chroniques, exigence d'efficience, changement de paradigme dans la relation au patient avec le développement du concept de patient partenaire impulsé par les organismes d'Accréditation, etc.

Il n'existe pas encore en Communauté française, à l'heure où ce Mémoire est rédigé, de filière de formation ayant pour finalité l'obtention d'un Master en Sciences infirmières qui permettrait

l'autorisation d'exercer en tant qu'IPA, mais, selon les associations professionnelles, un tel enseignement commencerait à être dispensé pour l'année académique 2021-2022, les premiers IPA pourraient donc commencer à exercer à l'horizon 2023. Cependant, le cadre légal, encore trop large à l'heure actuel, devra encore être précisé.

Comme nous l'avons vu tout au long de cette partie, afin de faciliter l'intégration des IPA et d'optimiser leur utilisation dans chaque contexte, il est indispensable, entre autres, que les professionnels de terrain comprennent clairement le rôle des infirmiers de pratique avancée.

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux non exhaustif des représentations qu'ont actuellement les professionnels de terrain vis-à-vis de la pratique avancée, alors que la fonction n'est pas encore officiellement exercée en Belgique. Nous allons donc dans le chapitre suivant définir plus précisément le concept de représentation.

3. Les représentations

Le psychologue Jean-Claude Abric définit la représentation sociale comme « un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes, elle constitue un système sociocognitif particulier composé de deux sous-systèmes en interaction : un système central (ou noyau central) et un système périphérique » (Abric, 2001, p. 82)

Le noyau central est, d'après lui, responsable de 3 fonctions essentielles :

- « – la signification de la représentation (fonction génératrice);
- son organisation interne (fonction organisatrice);
- sa stabilité (fonction stabilisatrice). » (Abric, 2001, p. 82)

Il est composé d'éléments normatifs, en interaction avec le système de valeurs, l'idéologie de la personne, mais aussi d'éléments fonctionnels qui, eux, sont les guides des conduites sociales.

Le noyau central est donc responsable des jugements de valeurs ainsi que des pratiques opératoires relatives à l'objet de la représentation. Abric ajoute que « Deux représentations sociales seront considérées comme identiques si elles sont organisées autour d'un même noyau central, même si leur contenu est extrêmement différent ».(Abric, 2001, p. 82)

Ce dernier est donc stable et ne varie pas en fonction du contexte. Par ailleurs, toute remise en question de celui-ci impliquerait un changement radical de la représentation. Cependant, certains éléments peuvent être plus ou moins activés.

Les différents facteurs d'activation sont la **finalité de la situation** (finalité opératoire ou sociale), la **distance envers l'objet** (niveau de pratique, connaissance plus ou moins grande, implication du groupe par rapport à l'objet de représentation, réversibilité perçue de la situation) et le **contexte d'énonciation** de la représentation (Abric, 2001, p. 89-94).

Quant au système périphérique, il s'agit d'une partie plus flexible et plus accessible de la représentation. Contrairement au noyau central, celui-ci est influencé par les éléments du contexte, il s'adapte et évolue afin de protéger les informations du noyau central.

Étant donnée l'absence de pratique officielle d'IPA en Belgique à l'heure actuelle, nous pouvons imaginer que la représentation qu'en auront les infirmiers sera floue car la distance envers l'objet de représentation est actuellement trop grande, et que la qualité des entretiens sera par conséquent amoindrie. Abric écrit que « L'absence de pratique, la distance à l'objet favorisait donc l'activation d'une représentation fortement évaluative, privilégiant des jugements et des prises de positions : une représentation plus « idéologique » que descriptive » (Abric, 2001, p. 89). Or il serait dommage d'écarter des éléments de représentation descriptifs qui pourraient enrichir le contenu des entretiens.

Les infirmiers interrogés disposeront donc d'une description sommaire de la PIA comprenant une définition de la fonction selon le cadre conceptuel d'Hamric, et qui servira de base à notre conversation, ce qui devrait les aider à construire le noyau central de leur représentation

4. Conclusion de la partie théorique :

Comme nous l'avons vu tout au long de cette partie théorique, la PIA pourrait être une des réponses à apporter aux nouveaux enjeux de santé publique, mais l'implantation de cette fonction devra suivre une méthodologie solide et adaptée au contexte belge. Il sera indispensable, entre autres exigences, que toutes les parties prenantes comprennent clairement le rôle des Infirmiers de Pratique Avancée. L'objectif de ce mémoire est d'essayer de comprendre quelles sont les représentations actuelles des infirmiers vis-à-vis de la PIA, et plus précisément en service de Soins intensifs. Je souhaite par cette démarche attirer l'attention des professionnels qui seront impliqués dans l'implantation de la pratique avancée en Belgique afin

de leur fournir des données qui permettront d'adapter leur stratégie au plus près des réalités du contexte belge.

III. Partie pratique :

Dans cette partie, je vais tout d'abord détailler la façon dont cette étude a été menée en justifiant mes choix méthodologiques, puis je présenterai et discuterai les résultats obtenus.

1. Matériel et méthode

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude qualitative descriptive** dont l'objectif est de répondre à la question suivante :

« Quelles sont les représentations des infirmiers des soins intensifs du CHWapi vis-à-vis de la fonction d'Infirmier de Pratique Avancée en Soins intensifs ? ».

Pour répondre au mieux à cette question, l'approche qualitative était la plus adaptée car elle permet « d'appréhender les problématiques liées aux (soins de) santé d'une manière particulière, en se penchant par exemple plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants. Elles constituent souvent l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives. »(Kohn & Christiaens, 2014)

1.2. Méthode de collecte des données

1.2.1. Revue de littérature

Pour initier la conception de la partie théorique, j'ai effectué des recherches sur les plateformes PubMed et Google Scholar, en associant les mots-clés suivants (les mots-clés surlignés sont des termes Mesh) soit en forme structurée, soit en forme libre :

Tableau 2 Mots-clés utilisés dans le cadre de la revue de littérature

Mots clé français	Pratique infirmière avancée	Infirmier SISU	Collaboration	Infirmier clinicien spécialisé	Compétences
	Implantation	Ethique	Soins intensifs		
Mots clé anglais	Advanced practice nursing	Intensive care unit	Nurse practitioners	nurse clinician	Efficiency
	Implementation	Collaboration	Advanced nurse practice	Acute care nurse practitioner	Critical care unit

J'ai aussi pu découvrir d'autres articles et textes de loi grâce aux bibliographies des articles ainsi obtenus.

Les cours de Master en Santé publique, et principalement le cours WFSP2231 sur l'Evidence Based Practice (Van Durme et al., 2018), ont été une solide base d'inspiration.

Ma Promotrice et ma Co-promotrice m'ont également fait parvenir les textes de référence les plus récents concernant la Pratique Infirmière Avancée et la fonction d'infirmier de Soins intensifs.

1.2.2. Recherche qualitative

✓ Objets de recherche :

Afin de répondre à la question de recherche, cinq thèmes à explorer ont été identifiés grâce à la revue de littérature : l'étendue des connaissances préalables sur la pratique avancée, la définition du statut de l'IPA, les rôles et compétences de l'IPA en soins intensifs, les freins et leviers pressentis pour l'implantation de la fonction, l'avis général sur la pratique avancée aux soins intensifs. Les entretiens ont donc été articulés autour de ces différentes catégories afin d'obtenir une représentation de la PIA en soins intensifs la plus complète possible.

✓ **Méthode de collecte des données**

J'ai choisi de réaliser des **entretiens individuels** avec des infirmiers exerçant en unité de soins intensifs. Ce mémoire étant rédigé durant la pandémie de Covid-19, et le personnel soignant étant fortement sollicité et peu disponible, cette méthode de collecte des données a parue être la plus simple à mettre en œuvre car elle permet une grande flexibilité concernant la prise de rendez-vous pour la réalisation des entretiens, en comparaison à un focus group par exemple, qui aurait certes pu apporter une grande richesse de données mais pour lequel il est nécessaire de déterminer une date unique qui convienne à tous. Le fait de réunir plusieurs personnes était aussi contre-indiqué pour le respect des normes sanitaires en vigueur actuellement.

✓ **Présentation de l'investigatrice**

Je suis une citoyenne française, possédant le diplôme belge d'Infirmière Responsable en Soins Généraux ainsi que le TPP SISU, et exerçant au sein du service des Soins intensifs du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde de Tournai (CHWapi) depuis 2008, soit 12 années d'expérience.

✓ **Présentation du service des Soins intensifs du CHWapi**

Le Chwapi est un hôpital non universitaire de Wallonie, issu de la fusion de plusieurs hôpitaux de Tournai. Le futur bâtiment unique devant rassembler tous ces hôpitaux étant encore en cours de construction, le Chwapi est toujours actuellement réparti sur plusieurs sites. Le service des soins intensifs comporte trois unités réparties sur deux sites différents, pour un total de 36 lits. Il s'agit d'un service polyvalent comportant des techniques de pointe (ECMO par exemple).

✓ **Echantillonnage**

J'ai souhaité interroger des membres du personnel du service des soins intensifs du CHWapi, pour une raison majeure de facilité d'accès : en effet, la crise Covid restreint très fortement la libre circulation au travers de la frontière franco-belge et il était plus aisé de me rendre directement sur mon lieu de travail. Il s'agit donc d'un échantillon de convenance. J'aurais éventuellement pu également procéder à des entretiens par visioconférence, ce qui aurait permis de sélectionner d'autres lieux potentiels pour cette recherche, mais cette option a été exclue car cela aurait pu constituer une limite importante au déroulement et à l'analyse des entretiens, l'aspect non-verbal étant moins observable en distanciel.

Les **critères d'inclusion** étaient les suivants :

- ➔ Infirmier(e) exerçant actuellement en unité de soins intensifs, homme ou femme, de toute catégorie d'âge, porteur ou non du TPP SISU, ayant n'importe quel temps de travail.

Je n'ai pas souhaité imposer une expérience minimale en soins intensifs, car il était intéressant de découvrir également les représentations de nouveaux engagés en période d'intégration. Le temps de travail n'était pas non plus un facteur d'exclusion car j'ai pensé qu'un infirmier à mi-temps pouvait, au même titre qu'un temps plein, posséder un avis sur la PIA. Il n'existait donc pas de facteur d'exclusion, mais souhaitant obtenir la plus grande diversité de représentations, j'ai décidé de sélectionner des infirmiers de chaque classe d'âge, à parité de genre, et pour au moins la moitié d'entre eux possédant le TPP SISU.

J'ai donc tout d'abord contacté par mail 31 infirmiers exerçant au sein des 3 unités de soins intensifs du CHWapi, et ai rapidement obtenu une liste de 12 volontaires souhaitant participer à l'étude. Parmi ces 12 répondants potentiels, j'ai sélectionné 6 personnes en prenant soin d'obtenir l'échantillon le plus varié possible, tenant compte des critères exposés précédemment. Je n'ai pas souhaité constituer un échantillon plus grand car il fallait tenir compte également du temps et des moyens limités dont je disposais pour finaliser cette étude.

✓ **Considérations éthiques**

La direction de Nursing du CHWapi m'a autorisée en date du 11 février 2021 à interviewer les membres du personnel des Soins intensifs, et à réaliser les entretiens dans des locaux de l'institution, en dehors du temps de travail des répondants.

Chaque répondant a signé en double exemplaire le formulaire d'information et de consentement éclairé présenté en annexe 4. Tous étaient d'accord pour que les entretiens soient enregistrés, et j'ai garanti que l'anonymat de chacun d'entre eux serait respecté. Aucun participant n'a demandé à se retirer de l'étude.

✓ **Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont eu lieu entre le 4 et le 25 mars 2021, pour la majorité d'entre eux sur le lieu de travail des répondants, dans une pièce fermée et inoccupée située à proximité du service des Soins intensifs. Personne ne pouvait entendre notre conversation, et nous n'avons jamais été

interrompus. Les entretiens se déroulaient soit avant, soit après le poste de travail du répondant, toujours à une date choisie par ses soins. Nous étions disposés face à face, de part et d'autre d'un bureau. Un seul entretien (l'entretien 1) a été réalisé au domicile du répondant, dans une ambiance calme et propice à la conversation. Nous n'avons pas été dérangés non plus lors de cette entrevue.

Les entretiens étaient **semi-dirigés**, et ont été réalisés à l'aide d'un guide (annexe 2) composé majoritairement de questions ouvertes et couvrant l'ensemble des thèmes à aborder. Un pré-test de ce guide a été réalisé avec une infirmière de Soins intensifs, à la suite duquel une question a été ajoutée.

J'ai tout d'abord demandé aux répondants ce qu'ils connaissaient de la PIA, puis je leur ai lu la synthèse présentée en annexe 3 comprenant une brève définition basée sur le cadre conceptuel de Hamric, ainsi que deux modèles de PIA en soins intensifs. La lecture finie, je leur ai laissé le document à disposition et ai parcouru les autres catégories de mon guide d'entretien. Le but de cette démarche était de réduire leur distance vis-à-vis de l'objet de la représentation, comme annoncé en partie théorique, afin que leur représentation comporte des éléments normatifs mais aussi descriptifs et pragmatiques.

Au fur et à mesure du déroulement des entretiens, le guide a encore été enrichi et adapté pour ne laisser la place qu'aux idées directrices (thèmes à aborder) et abandonner un style trop littéraire. J'ai également souhaité interroger le répondant 2 une seconde fois car, ayant déjà commencé l'analyse des trois premiers entretiens, il m'a semblé pertinent de le questionner avec d'autres angles d'approche, comme la façon dont il perçoit la journée-type d'un IPA en Soins intensifs, question qui a été une source intéressante d'informations avec le répondant 3.

✓ **Méthode d'analyse des données**

Il s'agit d'une analyse thématique descriptive. Aucun logiciel n'a été employé. Chaque interview a été retranscrite grâce aux enregistrements. Après plusieurs lectures, certains thèmes ont émergé et j'ai pu commencer à répartir les différents verbatim dans des catégories préétablies ou au sein de nouvelles catégories non anticipées.

Je vais maintenant présenter l'échantillon que j'ai constitué et les différents résultats obtenus grâce aux entretiens réalisés. Les résultats ont été classés et regroupés selon les différentes thématiques qui ont structuré mon guide d'entretien.

2. Résultats

✓ Caractéristiques de l'échantillon :

L'échantillon possède les caractéristiques suivantes :

- n = 6
- Âge : entre 22 et 51 ans (moyenne : 37 ans)
- Proportion homme/femme : 50/50
- Proportion de porteur du TPP SISU : 67%
- Expérience à l'USI : entre 6 mois et 28 ans (moyenne : 12ans)
- La durée moyenne des entretiens était de 43 minutes (allant de 28 minutes pour le plus court, à 68 minutes pour le plus long)

Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques détaillées de l'échantillon :

Tableau 3 Critères de l'échantillon

Répondant Critère	1	2	3	4	5	6
Âge	51 ans	47 ans	34 ans	22 ans	42 ans	28 ans
Genre	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme
Diplômes	Infirmière Graduée + TPP SISU	Infirmier Gradué + TPP SISU	Infirmière Bachelière en soins infirmiers	Infirmière Bachelière en soins infirmiers	Infirmier Gradué + TPP SISU	Infirmier Bachelier en soins infirmiers + TPP SISU
Expérience à l'USI	28 ans	10 ans	12 ans	6 mois	18 ans	4 ans
Temps de travail	Mi-temps	4/5 ^{ème} temps	4/5 ^{ème} temps	Temps plein	4/5 ^{ème} temps	Temps plein

Les diplômes mentionnés par les répondants ne possèdent pas les mêmes dénominations (Infirmier Gradué ou Bachelier en Soins infirmiers) car les formations ont évolué avec le temps

et le titre obtenu a été modifié. Il s'agit néanmoins d'un niveau de formation équivalent donnant accès à l'exercice de la profession infirmière en USI.

Je vais à présent exposer les éléments de réponses apportés par cet échantillon à la question de recherche qui est, pour rappel :

« Quelles sont les représentations des infirmiers des soins intensifs du CHWapi vis-à-vis de la fonction d'Infirmier de Pratique Avancée en Soins intensifs ? ».

Afin de garantir l'anonymat des personnes interrogées, celles-ci seront citées comme « répondant » et numérotées de 1 à 6 par ordre chronologique d'interview. Les éléments en italique correspondent aux extraits d'entretien, les éléments de texte en gras représentent les questions que j'ai posées.

2.1. Définition de la PIA aux soins intensifs

Cette première partie a pour but de retranscrire les éléments de définition de la PIA au sein des services d'USI apportés par les répondants. Je vais tout d'abord établir quel est le niveau de connaissance des infirmiers interrogés sur la PIA, puis décrire leurs représentations du statut d'un IPA en soins intensifs, et développer les différentes compétences que ceux-ci ont imaginées pour un IPA d'USI. Enfin, je rapporterai le ressenti général des répondants vis-à-vis de la PIA à l'USI ainsi que les similitudes éventuellement perçues avec la pratique infirmière à l'USI.

2.1.1. L'étendue des connaissances préalables sur la pratique infirmière avancée

A chaque début d'entretien, avant la lecture de la synthèse, j'ai voulu savoir quel était le niveau de connaissance des répondants par rapport à la PIA. J'ai pu constater que **cette notion est très floue au sein de mon échantillon**. En effet, sur les six répondants, un n'en avait jamais entendu parler avant que je le contacte :

« En Belgique je t'avoue que j'en n'avais jamais entendu parler. [...] Je suis la première personne qui t'en a parlé ? Oui, oui. » (Répondant 3)

Quatre en avaient une **connaissance assez vague** :

« j'en ai vaguement entendu parler à droite et à gauche » (Répondant 2)

Deux des répondants avaient quelques connaissances via une personne qui suit actuellement un cursus de Master en Santé Publique

« C'est un collègue qui a sa femme qui est comme toi, qui fait le master, et lui m'en a parlé un ou deux mois avant toi. [...] c'est lui qui m'en a parlé pour la première fois »
(Répondant 2)

La plus jeune se souvenait en avoir brièvement entendu parler pendant ses études d'infirmière :

« Pendant mes études j'en ai vaguement entendu parler » (Répondant 4)

Et un seul possédait des connaissances plus avancées car il est personnellement intéressé par une reconversion professionnelle en IPA :

« j'avais cherché déjà depuis pas mal de temps ce qu'il y avait comme débouchés après la SIAMU, je m'étais un petit peu renseigné » (Répondant 6)

Parmi les répondants, leur **définition de la fonction est très variable**.

Tous perçoivent l'IPA comme **une infirmière ayant également des compétences généralement réservées aux médecins** :

« c'est un statut à mi-chemin entre l'infirmière et le médecin, elle a acquis des compétences, c'est un peu une infirmière spécialisée qui a le droit de faire des actes confiés » (Répondant 3)

Quatre répondants évoquent aussi le fait que l'IPA vient en **appui à l'équipe infirmière** :

« quelqu'un qui est, qui devient une espèce de super référent en matière de soins infirmiers, qui soit pratique, théorique » (Répondant 2)

Seul le répondant 6 possédait une vision plus approfondie et connaissait les termes d'Infirmier Praticien et Clinicien :

« deux types d'Infirmiers en Pratique Avancée, les Praticiens et les Cliniciens. A savoir qu'il y en a qui sont plus spécialisés dans les actes techniques et les autres dans, j'ai l'impression que c'est de la continuité de soins et de l'aide au diagnostic » (Répondant 6)

La majorité des répondants savait que le titre d'IPA s'obtiendra à la suite d'un **cursus universitaire** :

« n'importe quel master » (Répondant 1)

Le répondant 3 évoque le fait de devoir justifier de plusieurs années de pratique professionnelle avant de pouvoir intégrer le Master :

« C'est une formation en deux ans. Qui correspond je pense à un master. Et je pense qu'il faut un minimum de 3 ou 5 ans de pratique d'infirmière, tu ne peux pas faire ça tout de suite en sortant de l'école » (Répondant 3)

Le répondant 4 pense que le diplôme d'IPA en Soins intensifs sera une évolution de la spécialisation SIAMU, il tient cette information d'un professeur de son école d'Infirmier :

« quand je me suis renseignée sur la SIAMU, ils m'avaient parlé aussi qu'ils proposeraient des nouveaux actes pour les infirmiers. Comme la pose d'artère, de voie centrale, des choses comme ça. Qu'ils rajouteraient ça dans la SIAMU. » (Répondant 4)

Suite à cette première question, j'ai lu à chaque participant une synthèse théorique (Annexe 3) de ce qu'est la Pratique Infirmière Avancée en général, ainsi que deux types de profil d'IPA en Soins intensifs : un modèle d'Infirmier Praticien spécialisé (IPS) et un modèle d'Infirmier Clinicien spécialisé (ICS), que j'ai respectivement nommés le modèle Américain et le modèle Suisse, pour une facilité de compréhension. Cette démarche avait pour but de pouvoir interroger des répondants possédant un niveau suffisant de connaissances, car comme nous venons de le vérifier, les infirmiers sont assez peu informés sur cette pratique.

Je vais maintenant présenter la façon dont les infirmiers perçoivent la fonction d'IPA de soins intensifs.

2.1.2. Représentation de la fonction de l'IPA en soins intensifs

- Type de fonction :

✓ **Représentation du modèle d'IPS :**

La lecture du profil d'IPS en soins intensifs (modèle « Américain ») a suscité de nombreuses réactions. Les répondants estiment à l'unanimité que **le rôle de l'IPS est identique au rôle du réanimateur**.

« Ça me fait vraiment penser, enfin, c'est le rôle d'un réanimateur, quoi ! Ça me fait vraiment penser à tous les rôles que le réanimateur a ici chez nous. » (Répondant 3)

Le champ lexical employé pour qualifier ce profil est en majorité **péjoratif** :

« pour moi la version américaine ça va être des médecins frustrés » (Répondant 1)

« C'est le petit docteur là en fait ! En résumé » (Répondant 2)

« Ça fait un peu le « feu bleu » de la réa quoi. » (Répondant 5)

La majorité des répondants trouve qu'une pratique d'IPS serait **dangereuse** :

« Ils font quand même pose de Swan, ponction lombaire, des choses qui sont quand même très techniques ! Mal fait ça pourrait engendrer des complications pour le patient » (Répondant 6)

Trois répondants pensent que le **niveau de formation sera insuffisant** pour pratiquer de manière sécurisée :

« je trouve que c'est trop de responsabilités pour une infirmière de pratique avancée, je trouve ça limite dangereux, parce que c'est que deux ans de formation en plus, que le réanimateur il a beaucoup de... C'est un autre niveau ! » (Répondant 3)

« En deux ans je suis pas sûr que tu vas savoir prescrire tchic ou tchac, je trouve que... l'antibiothérapie aussi ! Pff je trouve ça un peu dangereux ! » (Répondant 5)

Certains répondants pensent que l'IPS ne fera pas évoluer la pratique infirmière, voire qu'elle la **dévalorise** :

« J'imagine justement le médecin confier des tâches justement moins gratifiantes, en tout cas moins gratifiantes pour lui, et je ne sais pas quel bénéfice peut en retirer l'infirmière » (Répondant 2)

« des « feux bleus » qui s'en foutent et qui disent « Moi je veux mettre des voies centrales » et que ça dérange pas de gagner le même salaire. Mais c'est encore dénigrer notre profession je trouve, celui qui va faire ça c'est dénigrer notre profession. » (Répondant 5)

Deux répondants estiment qu'au sein de leur service il n'y a **pas besoin** de pallier le manque de médecin :

« si je parle juste du service ici, avec les médecins tout ce qui est traitements, actes, les médecins sont présents ! » (Répondant 4)

« ici on n'en a pas besoin, maintenant il faut voir ailleurs, mais en Belgique je suis pas sûr qu'il y a des manques de docteurs à gauche et à droite. » (Répondant 5)

✓ **Représentation du modèle d'ICS :**

Les réactions ont été très différents à la lecture du modèle d'ICS (modèle « Suisse »), et ont suscité des réactions nettement plus positives :

Ce modèle est vu comme une **évolution positive de la profession infirmière** :

« Je trouve que pour faire avancer la profession je préfère, j'envisage plus le modèle Suisse » (Répondant 1)

Les répondants estiment que cette fonction a pour but une **amélioration de la qualité des soins** :

« T'as l'impression que c'est au même niveau mais qu'ils sont là en plus pour dire « J'ai fait des recherches, je trouve qu'on pourrait faire ça mieux » (Répondant 6)

Après cette lecture, j'ai demandé aux répondants quel type de profil ils préféreraient intégrer dans leur unité.

✓ **Type de profil préféré par les répondants :**

La grande majorité des répondants imagine en premier lieu plutôt l'intégration de profils d'ICS au sein de leur unité, et estime que cette fonction serait **utile** :

« je la vois plus être la version Suisse plutôt qu'un technicien performant pour des actes délégués, ça me semble moins utile » (Répondant 1)

Deux infirmiers souhaiteraient finalement plutôt un modèle à **mi-chemin** entre les deux profils :

« Moi j'ai l'impression que ça pourrait être à mi-chemin entre le modèle Suisse et le modèle Américain » (Répondant 6)

Ce dernier imagine un IPA pouvant réaliser quelques actes techniques médicaux simples et exploiter le reste de son temps pour faire de la recherche. L'alliance des deux profils permettrait de mieux comprendre les réalités du terrain et de se servir de cette connaissance pour améliorer la qualité des soins.

« s'il n'y a qu'une petite partie d'actes techniques, je pense que le reste du temps ça peut être de la recherche, surtout s'il est dans les soins en tant que tel, il sait voir là où l'équipe a besoin de travailler des choses » (Répondant 6)

Suite à cette question, nous avons demandé aux répondants à quel niveau hiérarchique devrait se situer l'IPA.

- Niveau hiérarchique

J'ai obtenu des réponses très différentes selon les participants, **cette question n'a pas trouvé de réponse claire.**

Tout d'abord, les répondants ne sont pas unanimes quant à **la ligne hiérarchique** de laquelle l'IPA doit répondre. Certains la voient répondre d'une hiérarchie infirmière, d'autres d'une ligne hiérarchique médicale :

« L'IPA c'est un infirmier, c'est dans la définition, donc on l'imagine mal devant répondre à une lignée hiérarchique qui ne serait pas infirmière » (Répondant 2)

« en dessous du médecin. [...] Peut-être comme une assistante, non ? Ah je ne sais pas, c'est pas facile de dire où ! C'est vrai que l'assistant ça reste du médical pur, que elle, elle peut prendre ces décisions-là mais c'est une infirmière [...] je dirais entre les deux... C'est difficile ! (Répondant 3)

« je le verrais plus comme un assistant du médecin, qui serait plus partie des médecins que des infirmiers » (Répondant 4)

La deuxième difficulté a été de situer l'IPA **par rapport à l'Infirmier Chef d'Unité (ICU)**

« quelque part, si on se place au niveau des compétences propres, cette personne est « supérieure » au chef d'unité. Vu son niveau d'expertise, que même le chef d'unité n'a pas en théorie » (Répondant 2)

« finalement est-ce qu'il doit être au-dessus ? Ils ont un cadre de compétence qui est radicalement différent, finalement je les verrais bien, symboliquement peut-être, au même niveau, au final... Au même niveau mais avec des tâches très différentes ! » (Répondant 2)

« Et par rapport au chef infirmier, je dirais en dessous du chef infirmier. [...] elle est quand même sous la responsabilité de son chef infirmier. » (Répondant 3)

La position hiérarchique de l'IPA **par rapport aux infirmiers** de l'équipe n'a pas non plus pu être établie de manière unanime. Le répondant 6 pense qu'il doit se situer au même niveau que l'équipe infirmière :

« au même niveau que des infirmiers. » (Répondant 6)

Le répondant 5 pense au contraire que l'IPA doit posséder un niveau hiérarchique supérieur aux infirmiers de l'équipe, car cela pourrait être une façon d'augmenter sa **légitimité** pour amener du changement dans les pratiques :

« Tu peux pas avoir quelqu'un de l'équipe qui n'a pas une hiérarchie sur toi parce que certaines personnes vont avoir des egos et vont dire « pour qui il se prend celui-là ? ». Il faut qu'il y ait une hiérarchie. » (Répondant 5)

- **Rémunération**

En réponse à la question « comment l'IPA doit-il être rémunéré », les infirmiers interrogés sont unanimes, **la rémunération doit être supérieure à celle d'un infirmier, et inférieure à celle d'un médecin**. Cependant, j'ai relevé des incertitudes quant au niveau de rémunération de l'IPA par rapport à l'ICU :

« C'est quand même une personne qui aura fait un master, avec des compétences avancées, alors doit-elle avoir le salaire d'un chef d'unité ? [...] Au minimum du N+1, ça me semble évident ! Au minimum. Après N+1 ou N+2 je ne sais pas. » (Répondant 2)

Le répondant 5 pose la question de l'origine du **financement de l'IPA** :

« Quand tu vois que les médecins sont payés à l'acte, si toi tu vas poser un acte ça va partir dans quel pool ? Médical ? Infirmier ? Tu seras payé par quoi ? Toi tu seras salarié mais tu seras toujours... C'est bizarre, et si c'est « à moindre coût » ça ira pas dans le pool médical » (Répondant 5)

- **Nombre d'IPA par service**

Les répondants ont des **avis divergents** quant au nombre d'IPA dont le service aurait besoin. Les réponses vont d'un IPA pour les trois unités, à plusieurs par unité.

« Un praticien ça dépend de ce que le médecin attend, ce qu'il lèguera comme charge de travail, parce que s'il lui laisse tous les traitements il en faudrait un par service. Après si on part plus sur le clinicien on peut être à un pour les trois unités. » (Répondant 4)

« Minimum un par service. » (Répondant 3)

« si on pouvait avoir plein d'IPA et plein dans les services, ce serait l'idéal. » (Répondant 6)

Le service d'USI du CHWapi étant réparti en 3 unités sur deux sites différents, un seul IPA serait insuffisant :

*« Je pense qu'avec un on en aurait assez, le problème c'est qu'il y a deux sites, [...] **Il en faudrait un par site ?** Oui. Un dans chaque institution de réa. » (Répondant 5)*

L'IPA devra en effet, à l'unanimité des réponses, pouvoir **être disponible et être proche du terrain et des soignants**. Certains répondants imaginent que l'IPA fasse partie de l'équipe infirmière :

« ça nécessiterait que cette personne soit omniprésente aux soins intensifs. C'est-à-dire qu'elle doit être dans l'équipe quoi. » (Répondant 2)

L'IPA doit être présent pour **mieux comprendre la réalité du terrain** :

« Il faut qu'il entende aussi que, parfois, ou régulièrement aussi, le médecin ne va pas forcément dans le sens du progrès escompté par ce que lui prône. Sinon c'est bien, lui il va nous dire tout ce qui est bien de faire, mais nous, si lui n'est pas là lorsque le médecin nous fait part de ses doléances à lui, il ne se rendra peut-être pas compte qu'il y a un écart entre les deux, il vaut mieux qu'il s'en rende compte lui-même. »
(Répondant 2)

Mais aussi pour pouvoir **être interpellé par les infirmiers** :

« elle doit être là régulièrement, pour qu'on puisse l'interpeller, nous, infirmiers de terrain, qu'on puisse lui soumettre nos interrogations, donc c'est quelqu'un qui doit rester proche du terrain. J'ai pas dit qu'elle soit tout le temps dans le terrain mais au moins à sa périphérie proche le plus souvent. C'est-à-dire, en clair, qu'il doit être disponible, quoi. » (Répondant 2)

Le répondant 5 justifie cette réponse en faisant un parallèle avec la fonction de Cadre Hygiéniste :

« Tu vois si tu mets pas ça au sein de l'équipe on va jamais aller le chercher. [...] par exemple je ne vais jamais voir l'infirmier Hygiéniste pour lui poser une question ! Je l'ai fait une seule fois pendant la première vague Covid parce que je voulais savoir si on s'habillait bien, parce que c'était dangereux pour nous, mais sinon je vais jamais aller le voir ! Peut-être que je lui poserais des questions s'il était dans le service »
(Répondant 5)

De plus, le fait d'être intégrée dans l'équipe améliorerait la **rapidité de prise en charge** pour les patients :

« ça peut être pratique si on a un infirmier de disponible tout de suite dans l'équipe, ça peut être aussi intéressant pour la rapidité, d'avoir des gens plus présents avec nous, disponibles tout de suite » (Répondant 4)

A présent, je vais exposer le ressenti des répondants vis-à-vis des différents rôles et compétences de l'IPA aux soins intensifs. Celles-ci seront énumérées par ordre d'apparition dans la partie théorique de ce mémoire.

2.1.3. Les rôles et compétences de l'IPA aux soins intensifs :

J'ai tout d'abord demandé aux infirmiers quelle est, d'après eux, la raison d'être principale des IPA.

- *Raison d'être*

Les réponses ont été très différentes selon les répondants.

Les répondants 1 et 2 évoquent un besoin de **reconnaissance et de légitimité de la profession infirmière** :

« c'est venu du fait qu'il y a une souffrance dans le monde infirmier qui manque d'une identité propre et d'une reconnaissance et que enfin on va avoir une reconnaissance de notre diplôme » (Répondant 1)

« Je crois que sa raison d'être première c'est de donner, de mon point de vue, une forme de légitimité et une assise scientifique à notre travail ! » (Répondant 2)

Les répondant 3 et 5 estiment que l'IPA a pour rôle **d'améliorer la qualité et la continuité des soins** :

« Oui ça peut aider le médecin mais c'est surtout là pour assurer la continuité des soins et un accès sur les soins pour le patient ! » (Répondant 3)

Le répondant 6 voit une façon de pallier le manque médical :

« Je pense que c'était pour pallier au manque de médecins à un moment donné, que ce soit dans les pays anglo-saxons ou en France. Je pense que dans un second temps c'est aussi pour développer le métier d'infirmier mais qu'à la base c'était plus pour pallier à un déficit de médecins » (Répondant 6)

- Pratique avancée

Les répondants expriment unanimement que l'IPA possède un **champ d'activité plus élargi qu'un infirmier classique**. Certains répondants évoquent la possibilité de réaliser certains actes médicaux, comme la pose de diagnostic, la prescription, ou la réalisation d'actes techniques.

✓ **Techniques médicales :**

En termes de techniques médicales, tous les répondants s'accordent sur le fait que la liste des actes autorisés par le modèle Américain est trop importante, ils la qualifient de dangereuse pour le patient comme nous l'avons vu précédemment. Cependant, **certains actes de cette liste pourraient selon eux être intéressants**, comme la pose de cathéter artériel et central, ou la gestion de la ventilation artificielle :

« admettons comme des jours où on est très remplis et il y a beaucoup de travail, ça pourrait décharger le médecin quitte à mettre une artère toute bête ! [...] Ou la gestion de ventilation [...] quelqu'un qui est moins à l'aise il pourrait toujours demander pour régler un respirateur. » (Répondant 6)

Le répondant 5 pense quant à lui qu'une liste d'actes comprenant des techniques médicales **ne présente pas de réel intérêt**, et pour justifier son propos il fait un parallèle avec les actes supplémentaires qui lui sont autorisés grâce à son titre SISU :

« Je me souviens, pendant ma SIAMU on nous avait dit qu'on pouvait intuber, je trouvais ça débile parce qu'il y a toujours un docteur qui est là ! Et pour finir on l'a jamais fait ! Il est dans ma liste d'actes mais je ne l'ai jamais fait parce qu'il y a toujours un docteur. » (Répondant 5)

✓ **Prescription :**

Certains répondants imaginent un IPA ayant l'autorisation de prescrire certains traitements et examens complémentaires, **sous certaines conditions** :

« comme elle a les compétences elle prescrirait directement les examens complémentaires, les prises de sang, les examens radiologiques [...] peut-être déjà donner quelques médicaments, des amines ou autres, sans que le médecin soit présent » (Répondant 3)

« ça dépend ce qu'on nous demande de prescrire aussi, tu vois par exemple pour prescrire un Dafalgan® je me suis toujours trouvé ridicule de téléphoner au docteur à minuit pour prescrire un Dafalgan® alors que j'en donne à mes gosses sans téléphoner au docteur ! Donc faut voir ce que tu peux prescrire... » (Répondant 5)

Le répondant 5 estime quant à lui que **la prescription médicale ne devrait pas être attribuée à l'IPA :**

« les actes techniques tout ça c'est bien mais prescrire je trouve que c'est pas notre rôle, c'est pas notre rôle » (Répondant 5)

✓ **Autonomie :**

Un critère souvent cité par les répondants pour qualifier la pratique avancée réside en une plus grande autonomie de l'IPA, qui vient **en opposition au schéma de l'infirmière obéissant « sans réfléchir » aux ordres médicaux :**

« On retrouverait une identité et une liberté, une autonomie au sein propre de notre profession sans avoir cette dépendance totale du médecin, parce que ça prouve qu'on est capables de réfléchir, de décider. » (Répondant 1)

« je pense que ça peut être chouette aussi de montrer que le métier d'infirmier, c'est pas juste exécuter bêtement » (Répondant 6)

- **Expertise**

L'expertise clinique est un élément qui est repris par tous les répondants. L'IPA doit être, selon eux, considéré comme un « expert » théorique et pratique, un « **réfèrent** » **en matière de soins infirmiers :**

« une espèce de super réfèrent en matière de soins infirmiers, qui soit pratique, théorique, cette personne devient en quelques sortes la référence à laquelle les infirmiers et les infirmières peuvent se référer forcément, et cette infirmière ou cet infirmier « réfèrent », si je comprends bien, est en charge de se maintenir informé et d'un peu être « à la pointe » théorique et pratique de ce qui se fait en matière de soins infirmiers, « d' Art infirmier » (Répondant 2)

Les répondants 2, 3 et 6 expliquent que cela **correspond à un besoin des équipes** qui y verraient une plus-value :

« en tant qu'infirmiers on a toujours besoin d'une personne à qui se rattacher. Se confier, quand on a des questions on n'a pas peur d'aller poser cette question, ou quand on a des doutes, cette personne serait là pour répondre à nos besoins aussi » (Répondant 3)

Le répondant 3 exprime que cette position de référence serait considérée comme un **atout pour les patients** également :

« Le patient se sentira plus en sécurité d'être vite pris en charge aussi et de faire référence à cette personne. Parfois les patients sont plus à l'aise et moins stressés quand ils ont affaire à un infirmier et pas à un médecin. » (Répondant 3)

Le répondant 3 ajoute que l'IPA pourrait également être considéré comme une **référence pour les familles des patients** :

« mais c'est vrai que c'est important que la famille se réfère à cette même personne. Ça pourrait être cette infirmière-là qui donnerait des nouvelles, et des infos aux familles. » (Répondant 3)

De cette expertise naîtra, d'après le répondant 1, la **légitimité** dont l'IPA a besoin pour exercer son métier efficacement :

« quand on revient d'un congrès ou une conférence en disant on a entendu ça, on trouve ça intéressant, ça tombe à l'eau parce qu'on a que une petite voix et là ça serait la voix d'un expert qui aurait plus de poids. (Répondant 1)

- **Evidence-Based Practice**

L'IPA est également vu comme un professionnel qui possède un **lien étroit avec le monde scientifique** :

« il a un lien obligatoire avec la science. » (Répondant 1)

« Dans tel ou tel domaine il y a des mises à jour à faire, des changements de pratique, qui parfois peuvent être tout à fait radicales et je pense que la place de cette personne-

là c'est de se tenir au courant, déjà, de l'évolution des pratiques, et de les répercuter au niveau des équipes » (Répondant 2)

Cette compétence est jugée **importante et positive** :

« la plus-value c'est de nous tenir à niveau en fait, tout simplement ! Et c'est quand même important parce que quand on voit la vitesse à laquelle les soins intensifs évoluent, les prises en charge, on a l'impression, c'est peut-être biaisé, que tout va beaucoup plus vite qu'auparavant » (Répondant 2)

« participer pourquoi pas à des recherches, des comités, des formations pour apporter des nouveautés au service, parce que la nouveauté ça peut faire peur, mais ça peut faire évoluer énormément. » (Répondant 3)

La plupart des répondants estiment que **leurs pratiques ont besoin d'être revues** :

« « scientifier » le travail de l'infirmière qui, c'est vrai, fait des choses sans généralement appuyer le côté scientifique ou la démarche de ce qu'elle fait, c'est plutôt des actes habituels pour lesquels on ne se réfère pas forcément à de la théorie de manière systématique, ça reste souvent assez superficiel en fait » (Répondant 2)

« de la pratique qui fait réellement progresser les choses, qui te fait dire « oui là on a fait de gros progrès dans la prise en charge du patient », si on réfléchit bien, sur ces dernières années, qu'est-ce qui a réellement amélioré grandement la prise en charge d'un patient ? J'aurais beaucoup de difficultés à répondre à cette question en fait. » (Répondant 2)

Cette compétence apporterait une **plus-value directe pour le patient** qui bénéficiera théoriquement de soins de meilleure qualité :

« bénéficier de soins théoriquement à la pointe, puisque les soins vont être mis à jour, tenus au courant des dernières évolutions, donc en théorie le bénéfice direct pour le patient c'est celui-là, de bénéficier de soins mis à jour constamment. » (Répondant 2)

« Pour les patients ? Que du bon ! Si tu as quelqu'un de plus qualifié qui fait de la recherche, ça peut que être bénéfique pour le patient je pense ! » (Répondant 6)

- Consultation

Cette compétence a été développée par trois des répondants. Celle-ci s'orienterait d'après eux tout d'abord **envers les patients** :

« s'ils sont là pour faire des anamnèses au chevet du patient et voir quel problème ils peuvent avoir et trouver la meilleure solution en fonction des recherches qu'ils ont pu faire, c'est positif » (Répondant 6)

Mais aussi **leurs familles** :

« Moi je trouve que déjà pour les familles, évaluer leurs besoins... Maintenant qu'est-ce que c'est les « besoins spécifiques ». Je trouve que ça peut être chouette. C'est des choses que je n'aurais pas dit avant, [...] ici avec le Covid c'est quand même un manque [...] je trouve que c'est un manque du patient, donc inclure la famille je trouve que c'est chouette » (Répondant 5)

L'IPA pourrait être amenée d'après le répondant 3, à **poursuivre le suivi du patient après son départ des soins intensifs**, ce qui favoriserait la continuité des soins :

« ce qui est chouette c'est qu'elle a un suivi même en dehors du service et ça c'est vraiment intéressant parce que quand tu as la compétence de faire le diagnostic et d'aider ton patient, t'aime bien savoir après ce qu'il devient et ça nous on le sait rarement, en tout cas nous en réa ! Donc la continuité des soins je trouve ça super chouette » (Répondant 3)

- Guidance et coaching

La majorité des répondants estime que l'IPA aura pour rôle d'améliorer la qualité du service en **développant le savoir-faire et le potentiel des infirmiers de l'équipe**.

Les répondants attendent en effet à l'unanimité que l'IPA transmette ses connaissances, et tous reconnaissent un **besoin de formation dans certains domaines** :

« il permettrait de former les gens comme moi, qui bosse à mi-temps et qui n'est jamais là, à un appareillage comme l'ECMO par exemple, qui me dise ça marche comme ça comme ça et répondre à des questions spécifiques de quelqu'un qui est un peu à la ramasse sur quelque chose » (Répondant 1)

« pour les nouveaux, et même moi, je commence à me sentir vieux dans le service, et quelque fois largué sur les nouvelles techniques, ça pourrait être intéressant »
(Répondant 5)

Cet IPA pourrait également, d'après le répondant 1, permettre une amélioration du fonctionnement du service, grâce à une **meilleure exploitation du potentiel des infirmiers** :

« Ou faire valoir ben tiens j'ai repéré que telle personne a telle qualité et on va exploiter cette qualité. Mais il faut reconnaître les qualités de chacun ! Pour faire un ensemble. »
(Répondant 1)

L'IPA aura besoin, afin de remplir ce rôle, de posséder des **qualités pédagogiques** :

*« il faut convaincre les équipes du bien-fondé du changement. Les équipes doivent savoir sur quoi on s'appuie quand on fait des changements parfois radicaux, même moins radicaux. **Ça doit nécessiter des compétences particulières, de convaincre ?** Ah, certainement, des capacités d'orateur, qui sont propres à mille métiers. Il faut certainement un peu de bagout et il faut y croire soi-même ça, certainement »*
(Répondant 2)

- Leadership

Les infirmiers interrogés imaginent tous l'IPA comme un **moteur permettant une évolution positive de la profession infirmière**. L'IPA est en effet vu comme un porte-parole de la profession infirmière ayant pour mission de la défendre et de la faire évoluer.

« représenter l'Art infirmier avec un grand A. » (Répondant 1)

*« Est-ce que tu penses que ce type de profession pourrait contribuer à valoriser la **profession infirmière** ? Ah oui, de loin ! Parce que ça la rend... J'ai utilisé « légitime » au début, ça la rendrait encore plus légitime, c'est sûr. »* (Répondant 2)

« Je pense que l'IPA, c'est un bon moyen de revaloriser le métier d'infirmier »
(Répondant 6)

L'IPA contribuerait aussi également à **améliorer le bien-être des infirmiers** au sein de leur équipe :

« qui pourrait rassurer les personnes, les infirmiers, les équipes. Rassurer, former, répondre aux questions, éviter cette accumulation de stress mental, donc les burn-out »
(Répondant 1)

« ce rôle de remonter son équipe, d'apporter des nouveautés, des choses nouvelles, le bien-être, au final, de son équipe » (Répondant 3)

- **Collaboration**

L'IPA aura également un rôle de collaboration multidisciplinaire. Il pourra être en relation **avec des professionnels qui exercent au sein du service d'USI :**

« avec les infirmiers, mais avec les médecins aussi » (Répondant 6)

L'intégration d'IPA permettrait d'ailleurs, d'après la majorité des répondants, **d'améliorer la collaboration médico-infirmière :**

« faire le relais entre le médecin et le personnel infirmier qui comme on le sait, parfois ce n'est pas évident parce que tous les médecins ne sont pas forcément sympathiques et qui ont une façon de travailler pas évidente, cette personne-là pourrait faire le relais, et l'équipe se confierait plus à cette personne-là » (Répondant 3)

D'après le répondant 3, l'IPA pourra également collaborer **avec des professionnels extérieurs au service :**

« les médecins, les kinés, le comité d'éthique s'il y a des soucis, les radiologues forcément, et tout ce qui est, pour la douleur, sophrologie, tout ce qui est non médicamenteux, je ne trouve pas le terme, tout ce qui est sophrologie, acupuncture, des méthodes alternatives par rapport à l'anxiété, tout ça. » (Répondant 3)

Le répondant 5 exprime que cette compétence de collaboration multidisciplinaire **répondrait à un manque au sein de son service**, et qu'elle pourrait prendre la forme d'un **staff** :

« le travail pluridisciplinaire moi j'entends ça depuis vingt ans et je trouve que ça n'existe pas ! Dans notre institution ça n'existe pas ! On travaille chacun de notre côté. T'as le kiné, oui on se parle mais t'as pas de travail en collaboration qu'on peut peut-être voir dans les universitaires où il y a des staffs ensemble, on devrait faire ça. Ça

pourrait être chouette de mettre ça aussi dans les hôpitaux périphériques » (Répondant 5)

- Démarche éthique

Cette compétence a été citée par la moitié des répondants. Ceux-ci expriment une difficulté, dans leur quotidien, à faire valoir le point de vue infirmier dans la prise de décision éthique, et l'IPA aurait pour rôle de **faciliter le débat** :

« L'éthique c'est compliqué, on a chacun une éthique, il suffit de voir les patients en fin de vie, on a chacun une éthique différente... Mais il faut savoir en parler, ça c'est évident, je pense qu'on va en parler de toutes façons de manière infiniment plus ouverte avec une IPA qu'avec un médecin ! » (Répondant 2)

Cette compétence viendrait apporter une **plus-value pour les patients** :

« Je n'y pensais pas mais ça oui ça pourrait être un très très gros bénéfice, et pour le patient, un énorme bénéfice ! Pour les patients en fin de vie... Enorme, énorme ! » (Répondant 2)

Le répondant 2 estime en effet que **les Comités d'éthique, dans leur configuration actuelle, n'apportent pas d'aide aux équipes** :

« les hôpitaux ont créé des comités d'éthique mais, en clair, personne ou quasi personne au niveau infirmier n'ose frapper à leur porte, parce que le médical sera contacté de près ou de loin, et que ça va créer des tensions potentielles, des problèmes, et que au final le bénéfice à en retirer il sera nul parce qu'il n'y a rien qui va changer, en clair. » (Répondant 2)

2.1.4. L'avis concernant la PIA à l'USI

Comme nous l'avons vu en partie théorique les infirmiers exerçant au sein des services d'USI possèdent une plus grande autonomie et des compétences élargies. J'ai donc voulu savoir si ceux-ci considèrent faire de la pratique avancée au quotidien.

- Parallèle avec la pratique infirmière à l'USI

Le répondant 2 estime faire un peu de pratique avancée, car il lit la **littérature scientifique sur les bonnes pratiques** :

« Si faire de la pratique avancée c'est s'adonner à quelques recherches pour voir si mes pratiques sont bonnes, on peut dire que sur certains points, de manière ponctuelle, oui j'en fais. » (Répondant 2)

Le répondant 6 juge qu'un infirmier SISU s'investit moins dans la recherche par rapport à ce que pourrait faire un IPA :

« Moi j'ai l'impression que la Pratique Avancée, comparé à une SIAMU, je pense que tu as plus ton nez dans ce qui est « bonnes pratiques » et pratiques qui se font maintenant, tu sais, pas rester sur des acquis de ton diplôme où tu travailles comme tu as appris, et tu vas jamais chercher ce qu'on fait maintenant à l'instant T. Je pense qu'on déborde un petit peu mais ça reste superficiel par rapport à ce que ça pourrait être. » (Répondant 6)

Le répondant 3 fait un parallèle entre la PIA et son **niveau d'autonomie et de responsabilités** en tant qu'infirmière de soins intensifs.

« Oui, à mon niveau, forcément. [...] on est pris en considération sur ce qu'on dit, [...] dans le sens de la collaboration, et dans le sens où on a beaucoup de protocoles mis en place à l'avance où on peut déjà agir à notre propre [...] donc on a déjà de la responsabilité à ce niveau-là et c'est ce qui me plaît en tout cas en soins intensifs, cette part de responsabilités que j'ai en plus ! Que dans les autres services, qui moi-même ait été polyvalente, à l'étage il était hors de question, on avait beaucoup moins de responsabilités ! Qu'ici on peut déjà faire plein de choses, on peut nous-mêmes faire des liens, donc c'est intéressant parce qu'on se sent plus compétent et plus valorisé dans notre métier. » (Répondant 3)

Le répondant 3 perçoit également une similitude avec **l'infirmier d'accueil et d'orientation** (IAO) qui exerce aux urgences et qui possède également le TPP SISU :

« Du coup tu me fais penser, puisque tu me parles des urgences, à l'infirmière de tri ! Parce qu'elle cible déjà les... Si c'est grave ou pas grave et ce qu'elle peut faire dans

ses limites de compétences pour vite diriger le patient vers un diagnostic. » (Répondant 3)

- Avis général sur le rôle potentiel de l'IPA à l'USI

Les infirmiers interrogés perçoivent en grande majorité la PIA comme une fonction **positive** :

« en tout cas moi je trouve que c'est quelque chose de très très positif » (Répondant 1)

« je pense que ça peut aider tout le monde, les médecins comme les infirmiers.[...] Je pense que ça peut être très positif, si elle est reconnue à sa juste valeur. » (Répondant 3)

Le répondant 2 est plus **réservé** et imagine que l'IPA, étant confronté à la réalité du terrain, n'aura pas les moyens d'apporter les plus-values inhérentes à sa fonction :

« Oui, j'ai dit neutre, évidemment ça bascule plutôt du côté positif mais toutes les réticences dont je viens de te faire part font que ça pousse vers le neutre, vers la méfiance ! Si on se réfère à la théorie pure, évidemment le curseur est placé très haut vers le positif, mais si on tient compte de la réalité de terrain la pression fait qu'on retombe quasi à la neutralité, c'est juste ça ! » (Répondant 2)

Après avoir détaillé la perception des infirmiers interrogés vis-à-vis des différentes compétences que l'IPA devra posséder, je vais maintenant décrire les freins et leviers que ceux-ci imaginent pour le processus d'implantation de cette fonction au sein de leur institution.

2.2. Les freins et leviers perçus pour l'implémentation de la fonction d'IPA

2.2.1. Attractivité de la fonction

Un premier levier d'implémentation pourrait déjà être de disposer de suffisamment d'IPA formés en Belgique. J'ai donc tout d'abord demandé aux participants s'ils pensaient **se reconvertir** dès qu'une formation serait mise en place.

Deux répondants envisagent une reconversion :

« c'est quelque chose qui moi pourrait personnellement m'intéresser » (Répondant 3)

« Est-ce que tu penses te reconvertir un jour ? Oui, très vite ! » (Répondant 6)

Mais la majorité des répondants ne souhaite pas se diriger vers cette fonction :

« Non je suis trop vieille ! Mais ça me passionnerait, ça c'est sûr ! J'aimerais bien avoir vingt ans en moins et que cette fonction existe déjà, ça m'aurait tenté oui ! » (Répondant 1)

« tu pourrais te reconvertir ? Sur papier oui ! Mais je vais être sincère, je n'y crois pas. Et je ne sais pas me lancer dans quelque chose auquel je ne crois pas » (Répondant 2)

Un frein important à la motivation des infirmiers réside dans le **niveau de responsabilité trop élevé** de cette fonction, principalement dans la version « Praticien spécialisé » :

« Moi personnellement je ne pense pas que j'irais vers ça vu les... l'engagement et les responsabilités que ça nous impose, supplémentaire, puisque pour nous, poser une voie centrale, c'est quand même pas anodin donc moi personnellement je n'irais pas je pense vers cette charge en plus de responsabilités » (Répondant 4)

Le répondant 5 imagine que le **profil d'ICS est plus attractif** :

« Clinicien, ça je pense que ça peut passer comme quelque chose comme une autre fonction dans l'équipe, et ça peut bien passer ! Je suis certain qu'il y a des gens qui seraient vraiment intéressés de faire ça ! » (Répondant 5)

2.2.2. Formation en PIA

L'organisation de la formation en PIA est perçue de manière positive par le répondant 1, et viendrait **stimuler les infirmiers à se former**, tandis que les spécialisations sont mises à mal à cause du système IFIC :

« ça stimule à se former, à avoir des spécialisations dans le monde infirmier, ce qui contrecarre tout à fait le retour en arrière de ces contrats nouveaux où tout le monde est mis sur le même pied d'égalité, tout le monde a le même barème qu'on soit A1 A2 qu'on soit spécialisé. Tu parles de l'IF-IC¹ ? Oui pour moi ça c'est le Moyen-âge, c'est un retour en arrière de l'identité de l'infirmière et sur l'utilité de se former et de se spécialiser, puisqu'on gagne la même chose, pourquoi est-ce qu'on va aller se

¹ Méthode de classification des fonctions, pour lesquelles des échelles salariales sont attribuées. Cette méthode efface les différences salariales entre personnels exerçant au sein d'un même service, sans tenir compte de leur niveau de formation.

différencier et passer des années d'étude alors qu'on n'aura pas un barème supplémentaire quoi ? » (Répondant 1)

Il s'agit d'un débouché supplémentaire après la formation d'infirmier qui offre d'autres **perspectives d'évolution** :

« ça pourrait permettre à peut-être des gens qui sont plus jeunes dans le métier de se dire « Je ne suis pas coincé à écouter le médecin et je peux avoir d'autres responsabilités, et je peux être plus proactif pour mon patient ». (Répondant 6)

Par contre, un des freins évoqués à la reconversion professionnelle des répondants provient du **niveau de formation requis** :

« Je suis pas sûr qu'il y aurait une réelle demande de refaire deux années d'université pour faire ça, c'est toujours ça le frein » (Répondant 5)

Le répondant 2 estime quant à lui que la formation d'IPA, sous une forme de **Praticien spécialisé, n'est pas possible en Belgique** :

« je ne vois pas comment la Belgique sera en mesure d'organiser la formation d'un infirmier qui répond à la liste complète des actes posés par le médecin aux soins intensifs. Pour moi c'est impossible, impossible ! » (Répondant 2)

Le répondant 3 évoque un **manque d'information** quant à cette fonction. Il considère qu'une meilleure communication sur la PIA pourrait amener plus de candidats à la formation :

« Déjà en parlant un peu plus de cette pratique, parce que moi j'en n'avais jamais entendu parler pour être franche, c'est grâce à ton mémoire que je me suis penchée sur le sujet ! Parce que moi j'avais jamais, mais jamais, entendu qu'on pouvait faire ça, que ça existait ! Donc peut-être déjà plus développer cette formation-là, et plus en parler, parce qu'on sait même pas qu'elle existe quoi ! » (Répondant 3)

Le répondant 6, qui souhaite entreprendre la formation d'IPA, exprime également un **manque de recul** à l'heure actuelle, et préfère attendre que la formation soit aboutie et que la fonction d'IPA dans le contexte belge soit déjà définie :

« Peut-être que je vais attendre qu'il soit... Tu sais, pas arriver les premières années où ça tâtonne encore un petit peu et dire « Bon, qu'est-ce qu'on fait ? On est plus dans le

réfèrent ? ». Je pense qu'il faut que l'IPA ait déjà un cadre légal clair, pas forcément cantonné de trop mais qu'au moins les grandes lignes soient posées, qu'on n'arrive pas dans un diplôme où on se dit « Qu'est-ce qu'on fera après le Master, qu'est-ce qu'on pourra faire avec ? » Il faut que ça soit déjà précis. Sinon ça n'a pas d'intérêt » (Répondant 6)

Cette notion de **définition de la fonction** est un élément majeur repris par tous les répondants.

2.2.3. Définition de la fonction

Le répondant 2 estime que ce point est primordial :

« bien expliquer sa mission ! Avant toute chose. Que les rôles soient bien définis, officiellement, clairement, devant tout le monde. Par écrit, il faut que ce soit clair. Il faut que ce soit clair, c'est certain, sinon c'est voué à l'échec. [...] si on part sans base théorique solide ça ne sert à rien, ça va foirer, certain. » (Répondant 2)

- **Mauvaise utilisation**

Il justifie ce besoin en expliquant que si le rôle n'est pas clairement défini au préalable, l'IPA risque d'être **mal utilisé** ou sous utilisé :

« si on veut donner une vraie valeur au poste, c'est ça. Si c'est pour paramétrer les choses et lui donner un rôle, finalement, bien inférieur ou moindre que ce qui est défini, est-ce que ça va réellement servir à quelque chose ? » (Répondant 2)

L'IPA serait alors **utilisé comme un appui médical plutôt qu'infirmier, ce qui est jugé négativement** :

« Tu penses qu'elle apporterait plus au médecin, si j'interprète tes propos ? Voilà, tout à fait ! Oui ! Qu'on l'utiliserait à mauvais escient, un usage détourné, c'est le bon terme. » (Répondant 2)

Une mauvaise utilisation induirait une **démotivation de l'IPA et une réduction des plus-values** que cette fonction pourrait apporter :

« si elle est bridée, à je ne sais pas, 20, 30 ou 40% de ce qu'elle entrevoit, ça va être difficile pour la personne, difficile de venir travailler motivé, après.[...] et qu'au final

les bénéfices n'en ressortent qu'amoindris, très amoindris. Et que la personne se démotive, aussi, et le bénéfice chuterait encore. » (Répondant 2)

- Définition légale :

Le répondant 3 évoque le besoin de disposer d'un **cadre légal clair** afin de protéger l'IPA, en réponse aux responsabilités supplémentaires qui lui sont confiées :

« Si elle se trompe, est-ce qu'elle est aussi et autant responsable que le docteur ? Parce que je suppose que le médecin doit obligatoirement valider le diagnostic et les gestes de cette infirmière ? C'est pour ça que je dis, elle est autonome, mais dans quelle limite ? Et d'où, est-ce qu'il y a une liste d'actes sur lequel elle est protégée, qu'elle peut ou qu'elle ne peut pas faire par rapport au médecin ? » (Répondant 3)

- Définition du rôle par rapport à l'ICU

Les répondants mettent également en avant un risque de **superposition des rôles avec l'ICU**.

Les répondants 4 et 5 estiment d'ailleurs que l'IPA pourrait endosser cette fonction :

« Comme je l'ai dit je vois plus au niveau clinicien et tout ce qui est gestion de l'équipe, pour pallier au manque de chef et de... De coordination de l'équipe et de la gestion » (Répondant 4)

« Est-ce que le chef devrait pas être un infirmier clinicien en fait ? Ça serait pas mal » (Répondant 5)

Le rôle de l'IPA devra être bien **différencié** pour éviter une confusion chez les infirmiers :

« comment on pourrait promouvoir ça ? En rétablissant les fonctions de chacun, en donnant une définition de chacun. Une définition du rôle du cadre, du chef infirmier, de l'expert, pour que l'infirmier sache vers qui se tourner, connaisse la fonction de chacun, quoi. Mais comment le faciliter ? Il faut redéfinir le rôle de chacun ! » (Répondant 1)

Les répondants 2 et 5 proposent que **l'IPA et l'ICU travaillent en collaboration** pour éviter ce risque de superposition, et qu'ils soient d'accord sur la répartition de leurs tâches pour éviter des conflits :

« il faudrait que ces deux personnes s'entendent bien ! L'infirmier chef et l'infirmier en pratique avancée ! Il ne faut pas que l'un ait l'impression de marcher sur les plates-bandes de l'autre... » (Répondant 2)

J'ai ensuite questionné les infirmiers sur leur représentation du rôle d'ICU et de ce qui le distingue du rôle d'IPA :

- **Propositions de distinction des rôles d'ICU et d'IPA :**

Même si les répondants m'ont d'emblée parlé d'un risque de superposition des rôles, **ceux-ci ont su rapidement faire une distinction entre les deux fonctions**. En effet, ils imaginent l'ICU comme un **manager d'équipe**, et l'IPA comme un professionnel **centré sur le patient et les compétences du personnel** :

« Je pense que le chef infirmier resterait là pour tout ce qui est problème d'ordre humain au sein d'une équipe infirmière, tout ce qui concerne l'organisation et l'horaire, et puis après il y aurait cet expert qui ferait tout pour booster cette équipe vers le haut, dans leurs connaissances, dans sa pratique et dans l'amélioration de ses connaissances. » (Répondant 1)

« Donc, si j'ai compris, pour toi, le chef est là pour faire tourner son équipe, être une sorte de tampon entre les attentes de la direction et les attentes de l'équipe d'autre part. Et l'IPA lui est là pour les compétences de l'équipe. Oui tout à fait, c'est comme ça que je le vois, vu la tournure que prennent les choses, oui. Si on veut que chacun ait sa place et que ça fonctionne bien, c'est comme ça que ça devrait, devra fonctionner. Si on ne respecte pas ce planning-là, on va se marcher sur les pieds ! Et de là peuvent naître certains problèmes. » (Répondant 2)

Le répondant 1 distingue également les deux rôles par leur **lien avec le monde extérieur** :

« Il serait un lien avec l'extérieur, le monde scientifique ? Oui, tandis que pour moi le chef infirmier n'a pas de lien avec l'extérieur, il doit s'occuper de ce qui se passe dans son petit cocon. » (Répondant 1)

Les répondants expriment d'ailleurs une carence au niveau de la prise en charge des compétences des infirmiers liée à **l'évolution du rôle de l'ICU**, et voient en cette évolution une opportunité de développement de la PIA :

« vu l'évolution qu'on a demandé aux chefs d'unités pour les renvoyer vers des gestionnaires d'équipes, il est normal qu'on ait créé la place d'IPA, parce qu'il y a un vide qui est créé ! On se retrouve de plus en plus avec des chefs d'unité, surtout les plus jeunes générations qui arrivent sur le marché qui ont, on s'en aperçoit, pas de compétence très développée dans la pratique du métier ! Et c'est quand même un problème, un chef d'unité qui a des pratiques bien moins évoluées que certains membres, voire beaucoup moins de membres de son équipe, pour moi c'est un problème ! L'IPA, pour moi, il doit pallier à ce problème-là ! La référence ça doit être lui ! Référent technique, théorique, pratique, voilà ! » (Répondant 2)

2.2.4. Les freins liés au corps médical :

Les infirmiers ont également répondu à l'unanimité que **le corps médical serait un frein majeur** à l'implantation de la fonction d'IPA.

Les médecins auront d'après eux des réticences à déléguer des actes relevant de leurs compétences, et ainsi **céder une partie de leur « pouvoir » médical** :

« Pour moi une première raison fondamentale qui va poser problème, c'est le médecin qui va se sentir en danger, c'est certain, dans son pouvoir, et il va y avoir une espèce de compétition de connaissance » (Répondant 1)

« je vois assez difficilement la corporation des médecins intensivistes belges qu'un infirmier ou une infirmière viennent empiéter sur ses plates-bandes, » (Répondant 2)

« Que les médecins ont moins d'actes techniques, moins de responsabilités, parce qu'ils délèguent beaucoup, ils sont censés déléguer beaucoup, et ça dévaloriserait leur métier. Je ressens ça comme ça. » (Répondant 3)

Cette réticence proviendrait tout d'abord, d'après la majorité des répondants, de la **tradition de supériorité hiérarchique des médecins sur les infirmiers**. Les médecins souhaiteront conserver cette supériorité :

« il y a toujours des médecins qui ont cette distance avec nous, pas nous rabaisser mais qu'on doit pas oublier qu'on est en dessous d'eux, donc nous laisser des rôles comme ça, je ne pense pas que certains accepteraient qu'on touche par exemple à l'antibiothérapie, qu'on change les prescriptions, sans leur demander... Je pense qu'il

y en a beaucoup qui seraient rétifs à ce qu'un infirmier change des prescriptions et ait accès au dossier médical comme ça. » (Répondant 4)

Le répondant 5 pense que les médecins y verront également un **risque de perte financière** :

« Ben les docteurs, c'est normal, ils ne vont pas nous donner des techniques qui leur font gagner de l'argent ! Je sais pas, mettre une CVVH ou des trucs comme ça... Ou ça va tomber dans leur pool et toi tu seras un salarié à moindre coût mais tu vas travailler donc tu seras un « larbin » ... Ton argent va partir ailleurs... » (Répondant 5)

Le répondant 2 exprime la **crainte que les actes délégués ne soient pas valorisants pour l'IPA** :

« à moins que ce ne soient des tâches à la limite subordonnées, des tâches qui les ennuient plus qu'autre choses, mais des tâches qui eux les intéressent, qu'ils trouvent valorisantes, je les imagine mal confier ces tâches-là à l'infirmière ou à l'infirmier en question. [...] Est-ce une façon de déléguer des actes inintéressants pour eux, en tout cas moi c'est comme ça que je l'imagine, [...] J'imagine mal confier à l'infirmier des choses plus pointues ou qui eux les intéressent au premier plan ou plus rémunératrices » (Répondant 2)

2.2.5. Les freins et leviers liés aux infirmiers

- **Identité infirmière**

Afin de minimiser ces risques, la majorité des répondants considère qu'un levier important pour favoriser l'intégration d'IPA sera d'initier une **évolution de la place de l'infirmier vis-à-vis du médecin** :

« On revient à la manière dont est perçue la profession infirmière, tout est lié à ça ! La place de l'infirmière dans la société quoi. Le fait qu'historiquement ça reste encore maintenant pour certaines personnes un métier lié à une forme de dévotion, non on en est plus là ! Du tout ! Justement si on en reste là, on n'avancera pas, c'est ça le problème ! La dévotion au médecin, au pouvoir médical, c'est ça le problème ! Autonomie, autonomie... » (Répondant 2)

Cette évolution devra, d'après les répondants provenir des infirmiers eux-mêmes, ceux-ci devront affirmer leur identité. La majorité des répondants estime qu'il s'agit d'une tâche ardue, voire **impossible dans l'état actuel des mentalités** :

« On en revient toujours à la force du pouvoir infirmier dans un hôpital, la question centrale elle est là ! Le pouvoir infirmier, le pouvoir médical, c'est deux pouvoirs distincts qui doivent pouvoir travailler en collaboration, mais l'un doit pouvoir s'affirmer à l'autre, en se justifiant [...] S'il n'y a pas ça, ça va toujours être compliqué. » (Répondant 2)

« Je pense qu'à l'heure actuelle, de manière générale, le corps médical a beaucoup trop de vue sur ce que le nursing peut faire, au quotidien, dans des services quelconques. Les infirmiers prennent pas forcément la place qu'ils devraient avoir par rapport aux médecins. Et qu'il y a toujours une espèce d'asymétrie alors que dans toutes les écoles on apprend qu'elle n'existe pas, ou elle n'existe plus » (Répondant 6)

Les plus jeunes répondants mettent en cause la force des habitudes chez les plus anciens :

« peut-être que dans la hiérarchie du nursing c'est toujours d'actualité dans les mentalités parce que c'est toujours des personnes qui sont déjà d'une autre génération, qui ont peut-être assimilé le fait que le médecin est supérieur » (Répondant 6)

Au contraire, les plus anciens accusent la jeune génération de ne pas souhaiter une évolution des mentalités :

« il y a aussi que la nouvelle génération n'ayant pas connu autre chose, trouve ça normal. » (Répondant 1)

« si eux ne sont pas partie prenante pour enclencher le changement, alors le changement n'aura jamais lieu et on parlera toujours comme je parle » (Répondant 2)

Les infirmiers pensent également que leur identité est affaiblie par un **manque de considération provenant des politiques et de la société** :

« Pas considérés, mais notre métier ne représente rien. Ca ne représente rien ! Notre Ministre nous dit « Tout le monde pourra vacciner » « Tout le monde pourra faire le métier d'infirmier ». [...] J'ai un copain il m'avait dit « Je comprends pas, achetez des

respis, allez chercher des gens dehors et expliquez-leur en deux minutes comment fonctionne un respi ! » Tu vois dans la tête des gens, même au niveau Ministériel, tout ce qui a été fait, la prime qu'on a reçu de 360 euros que j'ai touchée ! C'est ridicule ! Ridicule ! Donc oui j'ai perdu la foi. » (Répondant 5)

« je pense qu'en Belgique, en France aussi, je pense qu'on n'est pas assez soutenus pour dire de développer la profession, vu comment on est traités dans les médias. » (Répondant 6)

- **Risque de conflit avec les infirmiers de l'équipe**

Certains répondants anticipent de possibles conflits entre l'IPA et les infirmiers des Soins intensifs, qui naîtraient tout d'abord d'un **manque de légitimité de l'IPA** pour amener du changement :

« C'est quand même un poste où tu peux marcher sur des œufs souvent ! T'arrives avec tes gros sabots en disant « Moi j'ai vu que les guidelines disaient ça, on le fait pas dans le service et ça serait bien de faire autrement », si c'est mal amené je pense qu'il y a moyen de se mettre beaucoup de gens à dos pour changer les choses » (Répondant 6)

De plus, il pourrait exister une **jalousie quant au statut supérieur de l'IPA** :

« si déjà nous en dessous on n'est pas reconnu pour ce qu'on fait, pour la personne humaine et le salaire, je me dis qu'il faut déjà commencer par nous avant que cette infirmière en pratique avancée soit valorisée, tu vois ce que je veux dire ? Il faut commencer par la base, si nous à la base on n'est déjà pas assez reconnus, je ne vois pas pourquoi cette personne... » (Répondant 3)

Deux répondants prennent **pour exemple les conflits qu'ils ont essayé entre infirmiers titrés et non titrés**, et craignent que cela ne se reproduise :

« Des conflits. Quand tu vois comme on avait avant, avec SIAMU, non SIAMU, Gradué, non Gradué,...] si tu disais « Non moi je veux faire ça parce que je suis SIAMU et c'est plus mon rôle » c'était mal vu à l'époque, donc j'ai toujours cette impression d'ego qui passera pas » (Répondant 5)

Un autre frein potentiel considéré par la moitié des répondants est le risque d'un **manque de soutien par la hiérarchie infirmière**.

2.2.6. Les freins liés à la hiérarchie infirmière :

Trois répondants mettent en avant le risque de manque de soutien des directions de nursing qui **ne confieraient pas un pouvoir suffisant** à l'IPA pour agir :

« Une méfiance de la manière dont aussi les directions hospitalières vont considérer cette personne ! Quelle latitude va-t-on réellement lui donner ? » (Répondant 2)

« si cette personne-là n'a pas le soutien de sa direction de nursing, [...] son travail ne sera fait qu'en demi-mesure en fonction du soutien qu'il recevra... » (Répondant 2)

La Direction de nursing aura pour rôle, pour le répondant 2, d'appuyer les actions de **l'IPA face au corps médical** :

« S'il n'y a pas une direction de nursing forte, partant du principe qu'on va se heurter de près ou de loin au médical, cette personne-là ne va pas aller au charbon seule ! » (Répondant 2)

Le répondant 3 craint que l'IPA ne soit **pas rémunérée à la hauteur de ses compétences** par son institution :

« il faut voir effectivement le salaire de l'infirmière qui pratique ça, si elle est payée à sa juste valeur ! Parce qu'elle aura plus de responsabilités, plus de travail, donc moi je trouve ça bien mais quand je vois, aujourd'hui en tout cas, l'infirmière comme elle est considérée, je ne sais pas si ça vaut le coup de réellement entreprendre toutes ces formations en plus, reprendre des études et tout ça, pour ne pas être considérée à sa juste valeur » (Répondant 3)

En effet, nous allons maintenant aborder les freins liés aux aspects financiers qui ont été considérés par les répondants lors des entretiens.

2.2.7. Aspects financiers

- Coût de l'IPA

Le répondant 3 estime que le **coût de l'IPA** pourrait freiner leur embauche par les institutions :

« Le coût de l'infirmière. L'infirmière en pratique avancée forcément n'a pas le même salaire que l'infirmière de base. Ça pourrait freiner. » (Répondant 3)

- **Gestions des hôpitaux**

Le répondant 2 estime que les gestionnaires d'hôpitaux ne verront pas d'intérêt à embaucher des IPA car **cela représentera un coût et n'apportera pas de bénéfices financiers à l'hôpital**, contrairement au corps médical qui amène directement de l'argent :

« Le problème du pouvoir médical c'est qu'il apporte l'argent, et aujourd'hui on vit dans une société où l'hôpital est une entreprise comme les autres. [...] les intérêts que cela pourrait apporter sont des intérêts indirects ! Tu ne vas pas chiffrer de manière directe, cela reste flou pour un gestionnaire d'hôpital ! [...] Alors il se trompe peut-être, parce qu'à long terme, dans un monde idéal on pourrait se dire que mettre en place le système d'un IPA à l'échelle d'un hôpital ça rendra les soins plus humains, plus efficaces, plus scientifiques, ça pourrait motiver d'un cran ou deux crans le personnel qui verrait une forme de gratification dans son travail. Donc tout ce que je viens de te citer là c'est très positif, c'est très joli, mais personne n'est capable de mettre des chiffres derrière. Les gestionnaires d'hôpitaux, ça ne les intéresse pas s'il n'y a pas de chiffre derrière. C'est tout, on a mis le doigt sur le problème : l'hôpital est devenu une entreprise, c'est tout. » (Répondant 2)

L'hôpital devrait pouvoir **obtenir des subventions** pour consentir à embaucher des IPA :

« Le financement pourrait être un levier d'implémentation, donc ? On peut le voir comme ça. Si vous avez dans votre hôpital X IPA vous serez financé autrement... Et ça c'est bien, on va obtenir le financement d'un niveau supérieur, mais ça ne veut toujours pas dire qu'on va correctement faire tourner la fonction derrière ! » (Répondant 2)

Certains répondants ont imaginé que, pour faciliter l'implémentation des IPA, un organisme comme l'Accréditation Canada pourrait constituer un levier important

2.2.8. L'Accréditation Canada² :

Le répondant 6 imagine tout d'abord qu'un organisme externe à l'hôpital, comme l'organisme d'Accréditation Canada, **pourrait imposer aux hôpitaux d'employer des IPA**, et qu'il s'agirait d'un critère auquel les hôpitaux devraient répondre afin d'obtenir le niveau

² Organisme d'évaluation des institutions en fonction de référentiels fondés sur des données probantes (Agrément Canada - un organisme d'accréditation de soins de santé, s. d.)

d'Accréditation souhaité. Cette démarche pourrait donc faciliter une évolution des mentalités et la considération du besoin d'embaucher des IPA, **si l'organisme l'impose** :

« je pense qu'avec des organismes comme l'Accréditation Canada ça risque d'arriver plus vite que prévu, en tout cas plus vite que ce que les mentalités aimeraient. »
(Répondant 6)

L'Accréditation est en effet une aide au financement, et un **atout majeur pour émerger vis-à-vis de la concurrence**, ce qui n'échappe pas aux gestionnaires d'hôpitaux :

« si tu as un hôpital qui est accrédité et qui peut se targuer d'avoir des IPA en place et qui fonctionnent bien dans les équipes, je pense que, vu comment le système de santé est géré maintenant, qu'on est très fort dans de la concurrence entre les hôpitaux, je pense que ça peut être une corde à l'arc de l'hôpital, c'est bon pour leur communication. »
(Répondant 6)

D'après le répondant 5, le travail réalisé par le CHWapi pour l'obtention du niveau d'accréditation Platine **ressemble fortement aux missions de l'infirmier Clinicien**. Il estime que ce travail est important et légitime, mais assure qu'il n'aurait jamais pensé de cette façon avant le processus d'Accréditation. Ce travail a donc répercuté des bienfaits très positifs sur le travail quotidien des infirmiers, qui **seront donc plus disposés à accueillir des IPA dans leur service, grâce à une mentalité qui a évolué** :

« Celui-là (en désignant le profil ICS) ça peut être intéressant moi je trouve, même si j'aurais pas dit ça il y a dix ans, mais je trouve qu'avec l'Accréditation Canada, on a remis tout en ordre et je vois que mine de rien, les trucs qu'on m'a demandé de faire, je trouvais ça pénible à faire, mais c'est pratique quoi, ne fût-ce que les protocoles ! »
(Répondant 5)

Le répondant 2 est plus pessimiste. D'après lui, les mentalités n'évolueront pas avec l'Accréditation Canada, car les équipes ne maintiennent pas le niveau requis dans le temps :

« C'est bien, si des efforts sont faits dans l'année qui précède, les deux années qui précèdent la visite d'Accréditation... OK mais après il y a relâchement ! Il y a toujours relâchement, c'est humain le relâchement. Il est tolérable, mais si le relâchement te fait revenir à un niveau, peut-être pas au même niveau qu'avant l'Accréditation mais à un niveau très très très bas, où est le bénéfice ? » (Répondant 2)

Ensuite, la crise du Covid a été citée par deux répondants comme un facteur pouvant influencer l'implantation.

2.2.9. Crise sanitaire du Covid-19

Cette crise que connaissent les hôpitaux actuellement a été vue, d'une part, comme un levier d'implantation. En effet, les IPA pourraient permettre **d'alléger la charge de travail des médecins** qui a augmenté :

« Ben ici, la crise actuelle aussi ça peut... On a bien vu tout ce qui est débordement médical, que les hôpitaux étaient débordés, c'est aussi une délégation des rôles médicaux, et que redistribuer aussi un peu les... Le médecin peut se décharger un peu sur un infirmier » (Répondant 4)

La crise a également mis en avant certains besoins, comme le **manque de prise en charge des familles de patients** :

« C'est des choses que je n'aurais pas dit avant, c'est vraiment parce qu'on l'a vécu différemment, les visites ça nous faisait tous suer, et ici avec le Covid c'est quand même un manque, et mine de rien c'est une surcharge de travail avec les téléphones, tout ça, et je trouve que c'est un manque du patient » (Répondant 5)

D'autre part, la crise du Covid est perçue par un infirmier comme un frein, à cause de **la crise financière** qu'elle va provoquer :

« derrière le Covid il y aura une crise économique... Ça rime avec restriction, est-ce que le monde hospitalier va échapper à ça ? Je l'ignore. » (Répondant 2)

2.2.10. L'avis général sur l'implantation :

De manière générale, les infirmiers interrogés pensent que **l'implantation va être difficile**.

« je vais être sincère, je n'y crois pas. » (Répondant 2)

« Moi je trouve que ça va être compliqué à mettre en œuvre ! » (Répondant 5)

Pourtant, la plupart des répondants exprime l'existence d'un réel **besoin de développer cette fonction** :

« pour moi le besoin est là en fait. » (Répondant 1)

« je vois difficilement des gens dire « je ne vois pas ce que ça pourrait m'apporter ». Ici à l'échelle du service ça pourrait apporter énormément de choses. » (Répondant 2)

Les répondants 1 et 5 différencient les deux grandes fonctions de l'IPA et pensent qu'un modèle d'ICS sera beaucoup plus simple à implanter :

« Celui-là (en désignant le profil ICS) [...] je vois plus ça facile à mettre en place... Que celui-là (en désignant le profil IPS) je ne sais pas du tout... comment tu pourrais faire. » (Répondant 5)

Après avoir détaillé les différents éléments apportés par les infirmiers interrogés, je vais à présent proposer une réponse à la question de recherche en tentant de dégager les éléments ayant été le plus souvent cités.

➔ **Proposition de réponse à la question de recherche :**

Les infirmiers de mon échantillon avaient préalablement une **connaissance très floue de la PIA**, et ont dû s'appuyer sur la synthèse théorique que je leur ai lue pour construire leur représentation, que je vais essayer de décrire :

Il apparaît tout d'abord clairement que les deux fonctions d'IPA proposées suscitent des **jugements normatifs** radicalement opposés : l'IPS possède un rôle de « petit médecin », ne fait pas évoluer la pratique infirmière, et est considéré comme inutile dangereux pour les patients. A l'opposé, l'ICS est jugé positivement, comme un moteur de développement de la qualité des soins et de la profession infirmière au sens large.

Les infirmiers interrogés ont su également apporter de nombreux **éléments de représentation fonctionnelle et opératoire** concernant la PIA à l'USI :

L'IPA de Soins intensifs possède un rôle infirmier plus large que celui de leur pratique habituelle, ce qui peut se traduire, par exemple, par l'autorisation de pratiquer quelques techniques médicales simples, mais aussi et surtout par une autonomie plus importante, et en particulier vis-à-vis du médecin. Les répondants opposent ceci au schéma de l'infirmier obéissant sans réfléchir. Possédant un diplôme de niveau universitaire, il doit être mieux rémunéré qu'un infirmier lambda.

L'IPA est un membre de l'équipe des Soins intensifs et doit consacrer une partie de son temps à proximité de celle-ci afin de connaître les réalités du terrain et de gagner la confiance du personnel et des patients. Il est perçu au premier plan comme un référent théorique et technique ayant pour missions de développer les compétences du personnel et d'améliorer la qualité et la continuité des soins, mais également comme une fonction permettant l'amélioration du fonctionnement du service en favorisant la communication et la collaboration avec les autres professionnels et en particulier avec les médecins. Il est facilement différenciable de l'ICU qui est considéré plutôt comme un manager d'équipe ayant la charge de la gestion administrative et d'être le relais des demandes de la hiérarchie.

Mon échantillon anticipe enfin que la PIA, bien que répondant à un besoin perçu des infirmiers, sera une fonction difficile à implanter. Tout d'abord, elle souffre d'un manque de communication important aux infirmiers, qui connaissent à peine son existence, mais aussi d'un manque de définition des rôles de l'IPA. Elle sera confrontée au corps médical qui craindra de perdre du pouvoir et des revenus financiers, mais aussi aux Directions hospitalières qui n'y verront qu'un coût supplémentaire sans percevoir les bienfaits indirects qu'elle pourra apporter. De plus, cette fonction n'est que peu attractive car elle apporte de trop grosses responsabilités et demande un lourd investissement pour l'obtention du diplôme. Afin de faciliter son implantation, la PIA devrait donc être financée par l'Etat, et des organismes extérieurs aux hôpitaux devraient l'imposer.

Après avoir cité tous les éléments de réponse issus des entretiens réalisés, je vais maintenant procéder à leur discussion.

3. Discussion

Pour rappel, ce mémoire a pour objectif de répondre à la question suivante : « *Quelles sont les représentations des infirmiers des soins intensifs du CHWapi vis-à-vis de la fonction d'Infirmier de Pratique Avancée en Soins intensifs ?* ».

Dans le chapitre précédent, une réponse a été proposée, et je vais maintenant tenter d'éclairer les résultats obtenus en les reliant au cadre conceptuel construit en première partie, puis je soulèverai les limites potentielles de cette étude, et proposerai enfin certaines recommandations à destination des professionnels impliqués dans l'implantation de la PIA en Belgique.

3.1. Discussion théorico-pratique

3.1.1. *La connaissance de la PIA*

La PIA est une notion que peu d'infirmiers maîtrisent. En effet, seul l'infirmier qui souhaite le plus se reconverter possédait des informations assez précises. J'ai constaté que les autres ne disposaient que de peu ou pas d'informations. Pourtant la plupart d'entre eux ont entrepris des recherches lorsqu'ils ont eu connaissance du thème de ce mémoire, mais ils ont été bloqués par le manque de littérature belge, ou francophone. Il est vrai que la plupart des articles utilisés pour la rédaction de mon cadre conceptuel provient de littérature scientifique majoritairement rédigée en anglais, qui n'est pas forcément accessible à des personnes non initiées à ce type de lecture. Aucun répondant n'a indiqué avoir reçu d'information à ce sujet grâce aux associations professionnelles infirmières, ou lors de congrès ou symposiums en soins infirmiers, mais il faut noter qu'aucun des répondants n'est membre d'association professionnelle.

Comme le soulignent tous les répondants, un des leviers à l'implantation de cette fonction sera pourtant de définir clairement et officiellement cette fonction, ce qui permettra de délimiter son rôle vis-à-vis des autres professionnels exerçant à l'USI (en particulier de l'ICU), et donc de réduire le risque de mauvaise utilisation des IPA. Il s'agit par ailleurs d'une des recommandations centrales émanant de l'étude de Schober (2015), qui fait également le lien entre un manque d'information et le risque de chevauchement des rôles avec les autres professionnels ainsi qu'une mauvaise utilisation des IPA. Il sera donc indispensable de communiquer massivement sur le rôle des IPA, par le biais des associations professionnelles et au sein des nombreux colloques organisés à destination des professionnels de santé. La création d'une association regroupant les IPA de Belgique pourrait également être un atout majeur pour la promotion de cette profession et pour aider à son déploiement.

3.1.2. *La distinction entre PIA et pratique infirmière à l'USI*

Les infirmiers exerçant à l'USI possédant, comme nous l'avons vu en première partie, une autonomie élargie par rapport aux infirmiers « d'étage » et étant coutumiers des activités de soins complexes, j'imaginai que ceux-ci verraient en leur pratique quotidienne une forme de PIA. Mais même si certains infirmiers estiment faire un peu de pratique avancée, tous reconnaissent que l'IPA possède un rôle différent de l'infirmier de l'équipe. Cette information contredit l'article d'Herpinck (2016) qui considère que les infirmiers SISU sont des IPA, si l'on ne tient pas compte de leur niveau de formation. Les infirmiers interrogés font eux une

distinction claire entre ces deux rôles, et placent l'IPA à un niveau plus avancé que la pratique infirmière en USI.

3.1.3. La place de l'IPA dans l'institution

A l'image de la difficulté des infirmiers à définir la PIA, il a également été compliqué de définir sa place dans l'institution : il n'existe pas d'unanimité concernant son niveau hiérarchique, ni de la ligne hiérarchique de laquelle il doit répondre, de son niveau de rémunération, ou du nombre d'IPA dont les services auraient besoin. Un seul critère met tout le monde d'accord : l'IPA doit être mieux rémunéré que les infirmiers de l'équipe. Effectivement, il serait difficile d'imaginer des infirmiers entamer un cursus universitaire sans avoir la perspective d'une meilleure rémunération, donc cela paraît être une condition importante pour assurer une certaine attractivité. Concernant le niveau hiérarchique, même si cela n'a pas été mentionné par tous les répondants, il semble intéressant que l'IPA possède une certaine supériorité sur l'équipe afin d'asseoir sa légitimité, compte-tenu des risques évoqués de conflit avec les membres de l'équipe par exemple.

3.1.4. La fonction de l'IPA en soins intensifs

Il apparaît clairement qu'un modèle d'IPA ressemblant au modèle de Praticien Spécialisé, à la manière du modèle « américain » décrit en partie théorique, n'est pas souhaité par les infirmiers interrogés. Ceux-ci considèrent que le niveau de responsabilités est trop élevé et ne constitue pas une évolution positive de la profession infirmière. Ils estiment d'ailleurs que cela entraînerait une mise en danger des patients. Seule la pratique de quelques techniques simples est considérée comme envisageable (pose de cathéter artériel, central, gestion de la ventilation mécanique). Les études sur les IPS montrent pourtant que ceux-ci obtiennent des résultats semblables à ceux des médecins, y compris dans les services de Soins intensifs.

Le profil d'ICS est quant à lui largement plébiscité, et les infirmiers le perçoivent de manière positive, comme une évolution et un élargissement de leur rôle propre, en opposition à un rôle médical délégué. Ils imaginent que ce type de fonction sera plus facile à implanter, rencontrera moins de résistance de la part du pouvoir médical, et sera plus attractif pour les infirmiers souhaitant s'orienter en PIA.

Il s'agit d'une information très intéressante car elle est assez inattendue, et il n'existe pas, à ma connaissance, de littérature belge concernant la préférence d'un profil de fonction par rapport à l'autre. Nous aurions pu imaginer, en effet, que les infirmiers d'USI évoluant au sein d'un

environnement très technique, et exerçant en collaboration étroite avec les médecins, orientent leur préférence envers le profil le plus technique, le plus médical. Or nous constatons qu'au contraire, le profil le plus souhaité est celui qui offre le plus d'appui au corps infirmier. Cette information peut être liée au besoin d'affirmer une identité infirmière qui, d'après les répondants, semble affaiblie à l'heure actuelle. L'ICS aurait donc un profil qui jouerait mieux le rôle de défense de la profession, au contraire de l'IPS qui est plutôt considéré par eux comme un « petit docteur ».

Les infirmiers de mon échantillon proposent que, afin d'attirer les infirmiers dans la voie de la pratique avancée, il serait plus intéressant de proposer un modèle ressemblant au modèle « Suisse », et éventuellement lui intégrer l'autorisation de pratiquer quelques actes médicaux simples.

3.1.5. Les rôles et compétences

J'ai pu établir deux constats :

- Il n'existe pas d'unanimité pour décrire la mission principale de l'IPA en soins intensifs, ce qui confirme le manque de clarté dans le rôle de l'IPA au sein de mon échantillon
- Chacune des sept compétences du cadre conceptuel de Hamric ont été citées et développées au moins une fois au cours des six interviews

Il est difficile d'établir un ordre de prépondérance parmi les différentes compétences de l'IPA, car chacune a été décrite comme utile et apportant une plus-value soit pour le patient, soit pour les infirmiers individuellement, ou encore pour le fonctionnement global de l'équipe. Certains rôles ont cependant émergé, rôles pour lesquels plusieurs compétences doivent être mobilisées.

- Le rôle de référent

Un des rôles qui est le plus mis en avant est celui d'expert, de référent auprès des équipes mais aussi des patients et de leurs familles. Cette information peut paraître surprenante car, avec un regard extérieur, on pourrait s'attendre à ce que des infirmiers exerçant dans un service de pointe et bénéficiant de nombreuses formations (afin de maintenir la validité du TPP SISU) disposent déjà d'un niveau avancé en termes de théorie et de pratique. De plus, il existe en soins intensifs de nombreux référents dans des domaines variés, dont le rôle est également de maintenir à jour les connaissances de leurs collègues. Cependant, comme le mentionnent la

plupart des répondants, l'évolution très rapide des techniques et de la théorie en soins critiques nécessiterait qu'une personne consacre une majeure partie de son temps à la recherche et à la transmission de ce savoir, ainsi qu'à la mise à jour régulière des pratiques de soins, ce qui est un rôle que personne n'endosse actuellement dans ce service. En effet, cela confirme l'information développée en partie théorique concernant le manque de formation des infirmiers à la pratique de l'EBN. Pourtant, les Hautes Écoles introduisent de plus en plus d'activités d'initiation à la recherche scientifique dans leurs programmes de formation à destination des futurs infirmiers, mais cela reste insuffisant si l'on tient compte des limites de moyens dont ceux-ci disposeront sur leur lieu de travail. En effet, la charge de travail d'un infirmier d'USI étant de plus en plus lourde et le ratio patient/infirmier étant trop élevé, il leur est difficile de dégager le temps nécessaire pour effectuer des recherches. Ce rôle n'est pas non plus endossé par l'ICU dont la mission relève plus, d'après mon échantillon, du management d'équipe, et n'a pas de lien avec le monde extérieur à son service, ou le monde scientifique. L'IPA est donc perçu par les infirmiers interrogés comme une fonction qui vient répondre aux carences de l'ICU en terme de gestion des compétences de son personnel.

De plus, d'après les répondants, l'IPA disposera de la légitimité requise pour apporter ces nouveautés, mais aussi pour défendre l'équipe infirmière vis-à-vis des médecins et de leur hiérarchie infirmière.

- Le rôle de promoteur de la profession infirmière

Il s'agit en effet d'une attente très importante de la part des infirmiers de mon échantillon : l'IPA devra être un porte-parole de l'équipe infirmière de l'unité, mais aussi de la profession infirmière au sens large. J'ai entendu, durant ces six interviews, une réelle souffrance des infirmiers qui se sentent atteints dans leur identité professionnelle, et cela quelle que soit leur génération d'appartenance. Tous expriment la volonté de faire évoluer la profession infirmière, que l'infirmier ait une réelle légitimité au sein du système de santé grâce à une plus grande autonomie et un haut niveau d'expertise, qu'il soit considéré et entendu par les politiques, la société, le pouvoir médical. Cette très forte attente se heurtera forcément à la réalité du terrain, et la façon dont les IPA seront intégrés dans le système de santé déterminera le pouvoir et la légitimité dont ceux-ci disposeront pour faire évoluer la profession infirmière. Il pourrait être intéressant à cette fin, à la manière des IPA canadiens par exemple, que les IPA de Belgique soient regroupés en association afin de mutualiser leurs forces et d'augmenter leur représentativité.

3.1.6. L'implantation de la PIA

Sans avoir de connaissance approfondie de la PIA, à la seule lecture d'une synthèse sur le sujet, les infirmiers interrogés perçoivent tous déjà de nombreux freins à l'intégration d'IPA dans le système de soins belge, et pensent que le plus grand frein sera médical. Il s'agit en effet d'un des éléments repris par tous les articles traitant de ce sujet, y compris par Schober (2015) ou Bryant-Lukosius et DiCenso (2004), qui invitent fortement les professionnels impliqués dans l'implantation à inclure le corps médical dans la stratégie de développement de la PIA. Les cadres infirmiers et les directions hospitalières devront également être mobilisés dans ce processus, afin de parer à deux autres craintes : le manque de soutien de la hiérarchie infirmière et la mauvaise utilisation des IPA. En effet, comme Schober (2015) le souligne, les IPA auront besoin de cadres qui comprennent leur rôle et qui les soutiennent face au corps médical. Cela permettrait également de mieux définir la place que les IPA auront dans les institutions, et leur rôle vis-à-vis des autres professionnels.

Les infirmiers interrogés craignent également que les mentalités ne soient pas prêtes à intégrer des IPA. La PIA remet en effet en question un certain ordre établi, que ce soit par rapport à la place des infirmiers vis-à-vis du pouvoir médical, leur considération dans la société, mais également les priorités des dirigeants hospitaliers, qui sont plus centrés sur des bénéfices chiffrables et directs. Il s'agit en effet, comme Schober (2015) l'a évoqué, d'un changement de paradigme, qui nécessite du temps et une solide préparation, et qui laisse peu de place à l'improvisation. Les IPA devront donc être armés pour enclencher le changement et justifier leur place au sein du système de soins, grâce à une solide formation et une préparation aux contraintes qu'ils rencontreront. Il pourrait à ce titre être intéressant pour les futurs élèves de Master en Sciences Infirmières qu'ils aient connaissance des résultats de cette étude.

Il s'agit d'un défi de taille, pour lequel la majorité des infirmiers interrogés pense qu'il sera trop lourd à porter pour une seule profession. Mais comme le soulignent deux des répondants, les mentalités ont déjà récemment fortement évolué sous l'impulsion des processus d'Accréditation Canada, et il serait donc intéressant que cet organisme impose à l'avenir un certain quota d'IPA dans les institutions afin de garantir leur niveau d'accréditation.

La crise du Covid a également mis en avant certaines carences des pratiques actuelles, comme le besoin d'inclure les familles de patients, ou de mieux répartir la charge de travail entre infirmiers et médecins. Nous pouvons donc penser que les IPA pourraient être mieux accueillis à l'heure actuelle qu'avant le début de cette crise sanitaire.

3.2. Les limites de l'étude :

La principale limite de cette étude est de n'avoir interrogé **qu'une seule catégorie professionnelle**, et exerçant dans un seul type de service, au sein d'un hôpital non universitaire et périphérique. Ce choix méthodologique ne donne accès qu'à une mince partie des représentations des infirmiers vis-à-vis de la PIA, et conduit inévitablement à une sur-représentation des plus-values dont bénéficieront les infirmiers, par rapports aux patients ou aux autres professionnels exerçant en USI. Par exemple, les plus-values concernant les médecins sont perçues uniquement de manière péjorative. Cependant, la pratique infirmière étant tellement vaste et variée qu'il était nécessaire, disposant de temps et de moyens limités, de concentrer la recherche sur un domaine particulier afin de recueillir des résultats valides. Il m'avait semblé en effet peu utile de multiplier les contextes et les professions car les représentations allaient probablement fortement varier en fonction de ceux-ci. Afin de disposer d'informations plus exhaustives et de faciliter l'implantation des IPA en Belgique, il sera nécessaire de **mener des études similaires dans d'autres contextes de soins que les soins intensifs, et d'élargir cette recherche au sein d'hôpitaux universitaires, et à d'autres catégories professionnelles**, notamment aux médecins qui sont considérés par mon échantillon comme le frein principal, ou aux cadres hospitaliers qui auront un rôle important à jouer dans l'implantation de la fonction. La mobilisation des parties prenantes sera essentielle pour définir clairement la mission et les rôles que les IPA auront à endosser. Le législateur devra également établir les contours précis des responsabilités qui leur incomberont.

Une autre limite a été d'interroger des infirmiers dont je pressentais qu'ils possédaient **peu de connaissances sur ce domaine**. J'ai donc fait le choix méthodologique de leur lire une synthèse théorique sur la PIA en général et la PIA en Soins intensifs (après une première question concernant leur niveau de connaissances), afin de diminuer leur distance vis-à-vis de ce sujet. Cette stratégie comporte donc un défaut incontournable : les répondants avaient accès aux différentes compétences de l'IPA selon le cadre conceptuel d'Hamric, et cela a inévitablement enrichi leurs réponses. Cependant, si je n'avais pas procédé de cette façon, la plupart des interviews auraient été très fortement écourtées car leurs connaissances étaient nettement insuffisantes pour qu'ils puissent construire une représentation réaliste et exhaustive de la fonction d'IPA au sein de leur service. De plus, le fait de connaître les différentes compétences de l'IPA leur a permis de directement opérationnaliser celles-ci au travers d'exemples très concrets, ce qui a eu pour effet de définir assez précisément leur représentation du rôle d'IPA

en USI. Je n'ai par ailleurs pas demandé aux répondants de détailler chaque compétence, mais j'ai attendu passivement que ceux-ci les développent au sein de leur discours. J'ai par exemple demandé « Pour toi, quels sont les rôles de l'IPA en Soins intensifs ? » et j'ai ensuite classé leurs réponses au sein des différentes compétences préétablies.

De plus, les infirmiers de mon échantillon étant mes collègues de travail, une autre limite possible consistait en la présence d'un **biais de désirabilité sociale**. J'ai anticipé ce risque et ai adopté une stratégie pour le minimiser : je n'ai jamais abordé le thème de la PIA avec mes collègues et ne leur ai pas apporté de réponse lorsqu'ils m'ont questionnée après la prise de contact envoyée par mail. Ce faisant, il leur était difficile de connaître mon opinion sur ce sujet et donc d'orienter leurs réponses à mes questions. Celles-ci étaient au maximum ouvertes et dénuées de jugement de valeur (ex : « Que sais-tu de la PIA ? », « Quelle serait selon toi la journée-type d'un IPA à l'USI ? »). J'ai toutefois noté qu'il est très difficile, en entretien qualitatif, de garder une attitude totalement neutre en écoutant les discours de mes répondants, et je les ai donc autant que possible laissés parler sans les interrompre, et sans acquiescer leurs propos. Il s'agit néanmoins d'un exercice plus difficile que je l'avais imaginé et pour lequel il m'a fallu mener deux entretiens pour être plus à l'aise.

Une autre limite aurait pu être que certains des infirmiers interrogés exercent dans une unité qui n'a pas d'ICU en poste actuellement, ce qui aurait pu conduire à une surévaluation du besoin d'IPA. Cependant, au cours des interviews, les infirmiers ont su rapidement faire la distinction entre les rôles d'ICU et d'IPA.

Enfin, l'étude étant menée durant la crise sanitaire du Covid-19, le personnel est sûrement plus focalisé sur cette problématique, soumis à des pressions inhabituelles, et présentant un risque majoré d'épuisement professionnel pouvant influencer les réponses. Cette crise a mis en avant certains besoins qui n'avaient pas été perçus jusque-là, et pour lesquels la PIA a pu être perçue comme une solution.

IV. Conclusion

La Pratique Infirmière Avancée a déjà démontré ses bienfaits dans les pays où elle est déployée : amélioration de la qualité des soins, de l'équité d'accès aux soins de santé, développement de la profession infirmière, efficience pour les systèmes de santé. Elle est cependant une fonction difficile à implanter car, au-delà d'une simple profession, elle incarne une nouvelle conception des soins de santé et de la place des infirmiers au sein du système. Pour les pays souhaitant développer cette fonction, il est alors impératif de construire une solide stratégie d'implantation qui doit être personnalisée au plus près de la réalité de chaque contexte.

La Belgique ayant récemment initié ce processus en autorisant légalement la PIA sur son territoire, il était intéressant de déterminer quelles étaient les représentations actuelles des professionnels de santé vis-à-vis de cette fonction. J'ai choisi de m'intéresser à un type de professionnels possédant déjà un haut niveau d'autonomie et exerçant dans un environnement de soins complexes : les infirmiers des unités de Soins intensifs.

Cette étude qualitative auprès de six infirmiers exerçant aux Soins intensifs du CHWapi a pu mettre en avant certains éléments intéressants, et parfois contre-intuitifs, de leur représentation de la PIA : ceux-ci l'imaginent ayant plutôt un profil de Clinicien Spécialisé, dont les missions seraient de promouvoir la profession infirmière et d'améliorer la qualité des soins grâce à la mise en œuvre des différentes compétences décrites dans le cadre conceptuel de Hamric : l'expertise clinique, la promotion des bonnes pratiques, la collaboration, la consultation, le leadership, le coaching, et enfin le jugement éthique. Les infirmiers interrogés reconnaissent tous que l'intégration de cette fonction au sein de leur service constituerait une plus-value intéressante pour les patients et les équipes de soin, mais aussi pour le fonctionnement général du service, et qu'il existe actuellement certaines carences que l'IPA pourrait combler. Ils mettent principalement en lumière un manque de formation théorique et pratique, mais aussi de communication entre les différentes professions et notamment les médecins réanimateurs. Afin de remplir ces missions, il doit faire partie intégrante de l'équipe infirmière de l'USI et doit être disponible vis-à-vis d'elle. L'IPA est de ce point de vue considéré comme un porte-parole des infirmiers au sein de leur unité, mais il serait également un représentant légitime de la profession au sens large.

L'IPA est donc perçu comme un maillon manquant de la chaîne de soins actuels, et sa représentation théorique est très positive, toutefois les infirmiers interrogés perçoivent

également les nombreuses contraintes auxquelles les IPA risqueront d'être confrontés en pratique, et ceux-ci ne sont pas optimistes en ce qui concerne le succès de l'implantation de la fonction en Belgique. Tout d'abord, la PIA souffre d'un manque de définition à l'heure actuelle. En effet, le cadre légal belge ne délimite pas encore précisément les contours du champ d'intervention de la PIA, et de là peuvent naître certains problèmes : risque de superposition des rôles avec les autres professionnels de soins et les cadres, risque de mauvaise ou sous-utilisation des IPA dans les institutions, entraînant une démotivation de ceux-ci et une réduction des plus-values qu'ils pourraient apporter. Ce manque de définition nuit également à l'attractivité de la profession : en effet, les infirmiers de l'échantillon souhaitant se reconvertir en IPA préfèrent attendre que la fonction soit déjà clairement définie, établie et confrontée au terrain avant d'entamer un cursus universitaire. Ensuite, les infirmiers interrogés anticipent tous que le corps médical opposera une résistance à l'implantation des IPA car ils y verront un risque de réduction de leur pouvoir ou une perte financière. L'échantillon estime également en grande partie que les Directions hospitalières ne seront pas enclines à engager des IPA qui seront considérés uniquement comme un coût supplémentaire direct, et ne tiendront pas compte des effets indirects que pourraient amener ces professionnels.

Afin de préparer au mieux l'implantation et d'éviter les effets anticipés par les infirmiers interrogés, quelques recommandations ont pu émaner de ce mémoire. Tout d'abord il sera indispensable de mobiliser toutes les parties prenantes en amont de l'implantation, à savoir les infirmiers, les cadres et Directions hospitalières, et le corps médical, afin de définir clairement et explicitement les limites du champ d'intervention des IPA, dans chaque contexte de soin. Leur fonction devra être communiquée et expliquée massivement aux professionnels de santé, ce qui pourra être le rôle des Hautes Écoles ou des professionnels organisant les différents congrès auxquels ils assistent chaque année. Les IPA devront être solidement formés et préparés à la réalité du contexte belge et devront avoir conscience des difficultés auxquelles ils auront peut-être à faire face. La création d'une association professionnelle regroupant les IPA de Belgique pourrait être un atout pour aider au développement de cette profession.

J'espère que ce mémoire sera utile aux professionnels impliqués dans la réalisation de ce projet, grâce à la mise en lumière de la représentation d'infirmiers de soins intensifs vis-à-vis de la fonction d'IPA. Ce type d'étude devrait être reproduit dans d'autres contextes de soins, comme en hôpital universitaire ou en première ligne de soins, et auprès d'autres professionnels de santé avec lesquels les IPA seront amenés à collaborer, notamment les cadres et les médecins, ce qui apporterait une vision plus complète de ce sujet.

V. Bibliographie :

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : Développements récents.

Psychologie et société, 81-106.

Adriaenssens, Jef, Cauwenberg, Annelies Cools, Kurt Doms, Erik Everaert, Machteld Gheysen,

Margareta Haelterman, Laloup Marleen, Hugues Malonne, Pascal Meeus, Wim Penninckx,

Thierry Roisin, Mieke Walraevens, Eyssen, M., Mertens, R., Benahmed, N., Paulus, D., Ameye,

F., Bossens, M., & Carl et al. (2017). *KCE REPORT 291Bs—Vers un plan intégré d'évidence*

based practice en Belgique—Première partie : Plan de gouvernance.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_291Bs_Plan_EBP_Belgique_Plan_de_gouvernance_Synthese.pdf

Agrément Canada—Un organisme d'accréditation de soins de santé. (s. d.). Accreditation Canada.

Consulté 1 mai 2021, à l'adresse <https://accreditation.ca/ca-fr/>

Ambrosino, F., & Inf, M. N. (2018). *Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en*

France : Recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. 4, 15.

Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence. (2007, avril 19).

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=07-06-08&numac=2007022763

Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée. (1998, avril 27).

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1998042740&table_name=loi

Arrêté royal portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou un dentiste] à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions

de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. (1990, juin 18).

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1990061837

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (s. d.). *Galerie de définitions*. Consulté 26 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/pratique-factuelle/galerie-de-definitions>

Bruyneel, A., Tack, J., Droguet, M., Maes, J., Wittebole, X., Miranda, D. R., & Pierdomenico, L. D. (2019). Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS) : A prospective study in 16 hospitals in Belgium. *Journal of Critical Care*, 54, 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.032>

Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2015). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux*.

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2017, juillet 4). *Annexe de l'avis 2017.01 du CFAI*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2017_07_04_schemas_1.pdf

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2018). *Profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée*.

Conseil International des Infirmières. (2020). *Directives sur la Pratique Infirmière Avancée 2020*.

Conseil National de l'Art Infirmier. (2005). *Titres Professionnels Particuliers et Qualifications Professionnelles Particulières pour les praticiens de l'Art infirmier*. 7.

Debout, C. (2016, mai). *Pratique Avancée en Soins Infirmiers*. https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/SaintMalo/Diaporamas/Jeuudi/Presentation_PratiqueAvanc%C3%A9e.pdf

Devos, C. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*. 124.

Directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. (2013, novembre 20). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055#d1e487-132-1>

docThom. (s. d.). *Réanimation / Soins intensifs / Surveillance continue—Encyclopédie*. Vocabulaire médical. Consulté 15 décembre 2020, à l'adresse <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedia/260-reanimation-soins-intensifs-surveillance-continue>

Dury, C., Leonardi, G., Gruslin, D., Stuckens, D., Desmet, N., Gilliaux, V., Debast, M., Schmit, B., Herpinck, P., Lorent, V., Henrard, J., Vandendriessche, D., Lothaire, T., Cornette, M.-P., Dion, B., Zotto, C. D., Martin, M., Brasseur, M., Piot, P., ... Bouchonville, E. (2010). *Référentiel de compétences intégré pour le bachelier en soins infirmiers spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente*. 12.

Edda-Messi, B. (2017). *Guidance et Coaching*. 14^e congrès européen francophone IC-ISC-IPA, 11.

Hamric, A. B. (Éd.). (2014). *Advanced practice nursing : An integrative approach* (5th edition). Elsevier/Saunders.

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Advanced practice nursing an integrative approach*.

Herpinck, P., Laloux, M., & Lecocq, D. (2016). Les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence en Belgique. *Médecine Intensive Réanimation*, 25, 642-648. <https://doi.org/10.1007/s13546-016-1227-y>

Hilde, P. (2020). *Ensemble des indicateurs 2020. Programme Pay for Performance pour les hôpitaux généraux*. 8.

Hoffman, L. A., & Guttendorf, J. (2017). Preparation and Evolving Role of the Acute Care Nurse Practitioner. *Chest*, 152(6), 1339-1345. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.007>

Infirmier de pratique avancée : Feu vert de la commission « santé ». (2019, février 26). Guide Social.

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/infirmier-de-pratique-avancee-feu-vert-de-la-commission-sante>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4)*, 67-82.

Landsperger, J. S., Semler, M. W., Wang, L., Byrne, D. W., & Wheeler, A. P. (2016). Outcomes of Nurse Practitioner-Delivered Critical Care. *Chest*, 149(5), 1146-1154.

<https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.12.015>

Lecocq, D., Mengal, Y., & Pirson, M. (2015). *Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?* 27, 105-110.

Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé. (2015, mai 10).

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2015051006

Mahmoud, M. H., & Abdelrasol, Z. F. M. (2019). Obstacles in employing evidence-based practice by nurses in their clinical settings : A descriptive study. *Frontiers of Nursing*, 6(2), 123-133.

<https://doi.org/10.2478/FON-2019-0019>

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : Proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>

Morin, D., & Eicher, M. (2012). La pratique infirmière avancée. *Revue Médicale Suisse*.

Morin, Diane, Shaha, M., Januel, J.-M., Laubscher, A., Levi, H. B., Ninane, F., Roulin, M.-J., Ramelet, A.-S., & Glauser, M. (2015). *Le point sur la pratique infirmière avancée.* 72-76.

Morita, K., Matsui, H., Yamana, H., Fushimi, K., Imamura, T., & Yasunaga, H. (2017). Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically

- ill patients : A retrospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 41, 209-215.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.05.025>
- Northouse, P. G. (2016). *Leadership : Theory and practice (7e éd.)* (Sage).
- Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*
(OECD Health Working Papers N° 54; OECD Health Working Papers, Vol. 54). (2010).
<https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Editions du Seuil.
<http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782021144864>
- Robidoux, M. (2007). *Cadre de référence sur la collaboration inter-professionnelle*. Université de Sherbrooke.
- Roy, O., Champagne, J., & Michaud, C. (2003). La compétence de consultation. *L'infirmière du Québec*, 39-44.
- Schober, M. (2015). Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : Une étude ethnographique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(2), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.04.005>
- Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., & Karden, R. (2007). Development of a leadership competency model. *The Journal of Nursing Administration*, 37(2), 85-94.
<https://doi.org/10.1097/00005110-200702000-00011>
- Smith, S. L. (1994). White nurses, black midwives, and public health in Mississippi, 1920-1950. *Nursing History Review: Official Journal of the American Association for the History of Nursing*, 2, 29-49.
- Soins respiratoires—Direction des soins à Genève aux HUG*. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.hug.ch/direction-soins/soins-respiratoires>
- Trémouroux, J., & Mahieu, P. (2001). *Soins intensifs, naissance d'une spécialité*.
- Van Durme et al. (2018, octobre 26). *Utilisation de l'EBN en pratique avancée : Principes généraux (WFSP 2231)*.

Vincent, J. L. (2013). *Le manuel de reanimation, soins intensifs et medecine d'urgence*.

<http://site.ebrary.com/id/10842183>

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings : A systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63.

<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

VI. Annexes

Annexe 1 : Critères fédéraux relatifs à la formation SIAMU

Tableau 4 Critères fédéraux relatifs à la formation TPP SISU (Herpinck et al., 2016, p. 643)

Volet théorique — 450 heures — 30 crédits européens	
<i>Sciences biomédicales</i>	Physiologie et physiopathologie relatives aux soins intensifs et soins d'urgence Thérapeutiques relatives aux soins intensifs et aux soins d'urgence Prévention de complications
<i>Sciences infirmières</i>	Urgences médicales Traumatismes et autres agressions physiques Insuffisance rénale et infections graves Techniques de manutention et de transport relatives aux soins intensifs et soins d'urgence Hygiène, sécurité et organisation du travail
<i>Méthodologie de la recherche</i>	
<i>Appareillage et matériel utilisés en SI et SU</i>	
<i>Sciences sociales et humaines</i>	Aspects psychosociaux liés à la situation particulière des patients séjournant dans les services de SI et SU Relations humaines et assistance psychosociale relatives aux SI et SU Législation et éthique professionnelle relative aux SI et SU
Volet pratique (enseignement clinique) — 450 heures — 30 crédits européens	
Minimum 200 heures dans des unités de soins intensifs	
Minimum 200 heures dans des services d'urgences	

Annexe 2 : Guide d'entretien

Introduction :

*Bonjour et **merci** d'avoir accepté de répondre à mes questions concernant les représentations des infirmiers d'USI vis-à-vis de la pratique infirmière avancée. J'ai en effet souhaité pouvoir t'interviewer car tu réponds à mes **critères** de sélection : je cherchais des infirmiers exerçant en service de soins intensifs. Avec ton accord, je dois **enregistrer** cet entretien pour faciliter sa retranscription. Ton **anonymat** sera conservé.*

(Lecture et signature du consentement éclairé en 2 exemplaires, remplissage de la fiche concernant les données socio démographiques et début de l'enregistrement).

1. Tout d'abord, peux-tu me dire ce que tu sais de la pratique infirmière avancée ?

Qu'est-ce qu'une IPA ? Quels diplômes sont requis pour pratiquer en tant qu'IPA ? Sais-tu si cette fonction est déjà exercée dans le monde ? En Belgique ? Pourquoi cette fonction a-t-elle été développée ? Quelles sont les rôles de l'IPA ? Penses-tu actuellement faire de la pratique avancée ?

2. Présentation de la synthèse sur la PIA et de 2 modèles de pratique avancée en soins intensifs

Observation des réactions et recueil des remarques au fur et à mesure de la description

3. Comment imagines-tu la fonction d'IPA au sein de ton service ?

Quelle fonction (praticien/clinicien) ? Quelles tâches ? Quelle collaboration (avec quels professionnels/services) ? Quel niveau hiérarchique ? Combien d'IPA par service ? Quelle rémunération ?

4. Quelles pourraient être les plus-values liées à l'intégration d'IPA dans ton unité ?

Vis-à-vis des soins directs aux patients ? Des soins indirects de coaching/formation ? (+passer en revues les différentes compétences clé)

5. Quels pourraient être les freins au développement de cette fonction aux soins intensifs ?

6. **A contrario, quels pourraient être les éléments qui faciliteraient leur implantation ?**
7. **Est-ce que la pratique avancée est une fonction attractive ? Penses-tu te reconverter un jour ? Qu'en sera-t-il de tes collègues ? Comment cette fonction pourrait-elle contribuer à la valorisation de la profession infirmière ?**
8. **Si tu devais résumer la fonction d'IPA en soins intensifs en une phrase, quelle serait-elle ?**

Éléments de relance :

- *Reformulations :*

Si j'ai bien compris ton idée, tu veux dire que ... ?

Tu penses donc que ..., ai-je bien compris ?

- *Clarification :*

Tu parles de ..., pourrais-tu illustrer ton propos à l'aide d'un exemple ?

- *Explication :*

Comment expliques-tu cela ?

Thèmes à explorer :

Opinion générale concernant la PIA / rôles de l'IPA en soins intensifs / plus-values pour les USI / freins et leviers à l'implantation / attractivité de la PIA

Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions, si tu le souhaites, je te ferais parvenir une copie de mon Mémoire finalisé. Si d'autres éléments de réponse te viennent à l'esprit dans les jours qui viennent, je serais heureuse de les recueillir également.

Annexe 3 : Synthèse sur la PIA présentée aux répondants

Infirmière possédant un diplôme de niveau **Master** (en Sciences Infirmières ou en Pratique Avancée) dont le rôle est **élargi**.

Compétence centrale : **pratique clinique directe : expert dans son domaine**

Compétences essentielles : **guidance et coaching (auprès du patient et du personnel soignant), consultation, pratique basée sur les preuves (EBP), leadership, collaboration, prise de décision éthique**

- ➔ **Expert** ayant le savoir théorique et le savoir-faire pour prendre des décisions et agir dans des situations **complexes**. Fonction déployée initialement aux USA et Canada pour pallier aux déserts médicaux, et actuellement dans de nombreux autres pays pour faire face à une augmentation des maladies chroniques, de la complexité des soins, une exigence de performance à moindre coût.

Objectifs :

- **Equité** d'accès aux soins
- Promouvoir une **approche centrée sur les personnes**, les proches et les communautés.
- Améliorer la **qualité des soins** en les basant sur des preuves (EBN, EBP).
- **Diminuer les coûts** pour les usagers et les systèmes de soins
- Contrer la pénurie des professionnels de santé par **l'attractivité**

2 types de rôles :

- **Infirmier praticien**

Expert clinique ayant l'autorisation de prescrire, diagnostiquer et poser certains actes techniques : souvent dans le secteur du domicile auprès de malades chroniques stables (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque)

- **Infirmier clinicien**

Expert clinique dans une spécialité qui oriente ses actions envers les patients mais également envers les professionnels (fonctions de formation, coaching, développement de l'innovation, développement de la profession). Exerce le plus souvent à l'hôpital. Soins directs et indirects. Les 2 modèles d'IPA existent dans les USI de par le monde, je vais te présenter le modèle d'IPA aux Etats-Unis et en Suisse qui illustrent bien ces 2 types de fonction.

➤ **Modèle américain : infirmier praticien spécialisé**

Diagnostic et traitement de patients critiques :

- Accès au dossier médical complet
- Auscultation du patient, prescription d'examens biologiques et d'imagerie médicale
- Pose de diagnostic et plan de soin
- Prescription de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques :
 - Gestion des voies aériennes et de la ventilation artificielle
 - Fluid challenge
 - Instauration et gestion de vasopresseurs, agents inotropes et antiarythmiques
 - Gestion du delirium, de la douleur et de la sédation
 - Instauration d'antibiothérapie
 - Gestion de problèmes simples dûs aux dysfonctions cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, rénales, hépatiques.
 - Instauration de thérapie d'hémodilution continue
 - Gestion de la nutrition
- Réalisation de procédures techniques :
 - Intubation endotrachéale
 - Pose de cathéter artériel, cathéter veineux central, cathéterisation de l'AP (Swan)
 - Pose et retrait de cathéters pleuraux
 - Ponction lombaire
 - Biopsie de moelle osseuse
 - Paracentèse articulaire
 - Cardioversion / défibrillation
 - Suture
 - Soins de plaies
- Coordination des soins
- Education et assistance du patient et de sa famille
- Aide et soutien à la prise de décision concernant le projet thérapeutique

➤ **Modèle Suisse : infirmier clinicien spécialisé (ICS)**

✓ **Activités de consultation auprès du patient**

- Evaluation de besoins spécifiques des patients et de leurs familles lors de leur séjour aux soins intensifs, et suivi quotidien.
- Coordination des prises en charge pluridisciplinaires : participation à l'analyse des situations, planification des interventions de soins, promotion de la continuité des soins.
- Dispensation ponctuelle de soins techniques requérant des connaissances spécifiques.

✓ **Activités d'enseignement et de formation destinées aux patients et aux équipes**

- Intervention comme référent auprès des soignants lors de situations complexes : évaluation, soutien, suivi
- Contribution à la formation continue des équipes infirmières des Soins Intensifs
- Soutien lors de l'introduction de nouveaux dispositifs médicaux ou équipements.
- Participation à la formation des étudiants de différentes filières de la santé

✓ **Activités de recherche et de promotion de la qualité des soins**

- Rédaction et mise en place de procédures de soins
- Coordination et participation aux différents groupes de travail aux Soins Intensifs
- Participation à l'élaboration de projets de service : évolution des pratiques, nouveau matériel...
- Participation à divers groupes institutionnels

Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé



Université Catholique de Louvain - Faculté de Santé Publique

Année académique 2021-2022

Formulaire d'information et de consentement éclairé

« Quelles sont les représentations des infirmiers exerçant au sein des unités de soins intensifs vis-à-vis de la fonction d'infirmier de pratique avancée ? ».

*Promotrice : Madame Nataly Fillion / Co-promotrice : Madame Barbara Schmit
Etude réalisée par : Madame Frédérique Pollart*

Madame Frédérique Pollart a reçu le 11/02/2021 l'autorisation de Monsieur Bernard Fadeur, Directeur du Département Infirmier du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, de mener sa recherche auprès du personnel infirmier des unités de soins intensifs de son institution.

Madame Pollart m'a proposé de participer à sa recherche organisée dans le cadre de son Mémoire visant l'obtention d'un Master en Santé Publique. Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, qu'elle qu'en soit la raison, sans avoir à la justifier et sans que cela n'entraîne de préjudice pour moi. Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu une explication sur les objectifs et les modalités de cette recherche. J'ai compris ces informations et elle m'a laissé le temps et le loisir de poser toutes les questions que je souhaitais. Mon consentement ne décharge en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

J'ACCEPTE DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRECISEES DANS CE DOCUMENT.

La recherche se déroulera sous la forme d'un entretien individuel d'une durée d'environ 45 minutes. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le chercheur. J'ai compris que mon identité ne sera pas révélée.

Je certifie qu'un exemplaire du formulaire d'information et de consentement éclairé et écrit m'a été remis.

Date : le / /2021

Nom :

Signature :

