

Faculté de santé publique

Évaluation de l'implémentation de la réforme des soins de plaie au sein des centres Aide et Soins à Domicile (ASD) : analyse descriptive appuyée sur le cadre EPIS

Vécu infirmier et perceptions des stratégies déployées par les ASD et la Fédération des ASD (FASD)

Mémoire réalisé par
Ines EFFOTI

Promotrice
Hélène GARIN

Co-promoteur
Edgard PETERS

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement ma promotrice, Hélène Garin, pour avoir accepté de superviser ce mémoire et pour la confiance qu'elle m'a témoignée tout au long de ce parcours. Son accompagnement bienveillant, ses conseils et son soutien constant ont grandement contribué à la réalisation de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à mon co-promoteur, Edgard Peters, dont l'expertise et le regard professionnel ont contribué à renforcer la rigueur de cette recherche. Je remercie également l'ensemble des professionnels qui ont accepté de partager leur expérience avec sincérité.

Enfin, je souhaite adresser un remerciement tout particulier aux membres de ma famille, pour leur patience, leur encouragement et leur compréhension durant ces mois d'écriture. Leur soutien a incontestablement aidé à la réalisation de ce mémoire.

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. J'ai utilisé ChatGPT comme outil orthographique pour ce mémoire, sachant que la production du texte est totalement personnelle.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »

A toi d'en haut

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	- 1 -
INTRODUCTION.....	- 3 -
PARTIE I – CADRE THEORIQUE	- 5 -
Chapitre 1 – Contexte législatif et organisationnel	- 5 -
1.1.La nouvelle réforme des soins de plaie.....	- 5 -
1.2.Présentation de la FASD et des centres ASD : rôles et structures	- 9 -
Chapitre 2 – Modèle d’implémentation : Le cadre EPIS	- 12 -
2.1. Justification du choix du modèle d’implémentation EPIS.....	- 12 -
2.2. Présentation des phases du cadre EPIS.....	- 13 -
2.3. Pourquoi se concentrer sur les phases d’implémentation active et de pérennisation ?.....	- 22 -
2.4. Les facteurs contextuels dans le cadre EPIS.....	- 23 -
2.5. Intégration des indicateurs de Proctor dans l’analyse du cadre EPIS	- 26 -
Conclusion du cadre théorique	- 28 -
Partie II – APPROCHE QUALITATIVE	- 31 -
Chapitre 3 – Justification du choix de l’approche qualitative	- 31 -
3.1. Objectif de la recherche	- 31 -
3.2. Dispositif de collecte des données	- 32 -
3.3. Déroulement des entretiens.....	- 33 -
3.4. Traitement et analyse des données.....	- 35 -
3.5. Gestion des biais et mesures d’atténuation	- 35 -
Chapitre 4 – Résultats.....	- 38 -
4.1. Description de mon échantillon	- 38 -
4.2. Analyse des résultats : présentation des thématiques émergentes	- 39 -
Conclusion de l’approche qualitative.....	- 56 -
PARTIE III - DISCUSSION	- 58 -
Chapitre 5 – Entre stratégie d’implémentation et dynamique de changement.....	- 59 -
5.1. La résistance au changement : une analyse centrale mais nuancée	- 59 -
5.2. Nuances et subtilités au-delà de la résistance au changement	- 64 -
5.3. Les stratégies d’accompagnement : leviers et limites.....	- 66 -
5.4. La gouvernance et le processus d’implémentation	- 67 -
5.5. Regard rétrospectif : ma posture de chargée de mission.....	- 69 -
5.6. Limites de l’étude	- 71 -
PARTIE IV - CONCLUSION GENERALE	- 73 -
BIBLIOGRAPHIE	- 75 -
ANNEXES	- 79 -

GLOSSAIRE

ASD – Aide et Soins à Domicile

CODIR – Collège des Directeurs

CCW – Commission de Conventions praticiens de l’art infirmier – organismes assureurs

DDI – Directeur du Département Infirmier

DSI – Direction des Soins Infirmiers

EPIS – Exploration, Préparation, Implémentation, *Sustainment* (Pérennisation)

FASD - Fédération de l’Aide et Soins à Domicile

GT – Groupe de Travail

GT SI-HA – GT SI Harmonisation AllSoft

ICA – Infirmier en chef adjoint

IC – Infirmier en chef

INAMI – Institut National de l’Assurance Maladie-Invalidité

IRSP – Infirmier relais en matière de soins de plaie

OA – Organismes Assureurs

RSB - Réseau Santé Bruxellois

RSW- Réseau Santé Wallon

SI – Soins Infirmiers

SP – Soins de plaie

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : EPIS Framework.....	14
Figure 2 : Modèle conceptuel des phases de mise en œuvre et des facteurs affectant la mise en œuvre.....	23

PRÉAMBULE

Ce préambule retrace les étapes m'ayant conduite à entreprendre ce mémoire.

En mai 2022, j'ai intégré la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) en tant que chargée de mission pour le département des soins infirmiers. Cette opportunité professionnelle a marqué une étape importante dans mon parcours.

En 2014, fraîchement diplômée d'un Bachelier en soins infirmiers à la Haute École Léonard de Vinci, j'ai décidé de partir à Londres pour apprendre l'anglais. Ce qui devait être un court séjour d'un an s'est finalement transformé en huit années riches d'expériences. J'y ai exercé dans le domaine des soins à domicile, évoluant progressivement du rôle d'infirmière à celui de Care Manager. Cette évolution m'a permis de développer mes compétences en management et en coordination d'équipe dans un contexte multiculturel.

À mon retour en Belgique, en août 2021, j'ai été confronté au défi de trouver un poste en aligné avec mes aspirations professionnelles et les compétences acquises tout au long de mon parcours. C'est alors que j'ai eu l'opportunité de rejoindre la FASD. Dès mon arrivée, il m'a été vivement recommandé de suivre un master en sciences de la santé publique, considéré comme un prérequis essentiel pour le profil de chargée de mission. J'ai accueilli ce conseil avec enthousiasme, y voyant non seulement une exigence professionnelle, mais aussi une véritable occasion d'enrichir mes connaissances et de poursuivre mon développement personnel.

L'une de mes premières missions au sein de la FASD a été d'analyser l'arrêté royal relatif à la nomenclature des soins de plaie, entré en vigueur le 1er décembre 2022. Cette réforme a introduit des changements significatifs dans l'organisation et la pratique des soins de plaie dans le secteur des soins à domicile. Dans ce cadre, j'ai coordonné et animé les formations, tout en développant des outils pratiques destinés aux professionnels des centres Aide et Soins à Domicile (ASD), pour les aider à comprendre et à appliquer cette nouvelle réglementation.

Cette expérience m'a permis de plonger au cœur des réalités stratégiques, organisationnelles et opérationnelles que soulèvent la mise en œuvre d'une législation dans le secteur des soins de

santé. Elle a également nourri une réflexion personnelle sur les dispositifs mis en place pour accompagner le changement, ainsi que sur la manière dont les professionnels de terrain vivent ces transformations.

C'est à partir de ces constats que j'ai choisi d'orienter mon mémoire sur l'évaluation des stratégies organisationnelles adoptées par la FASD et les ASD pour mettre en œuvre la nouvelle réforme, en y intégrant le point de vue des infirmiers directement concernés.

INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur l'évaluation des stratégies d'implémentation mises en place par les centres Aide et Soins à Domicile (ASD) et leur Fédération (FASD), dans le cadre de la récente réforme des soins de plaie. Initiée par l'INAMI et entrée en vigueur en Belgique le 1er décembre 2022, cette législation introduit des changements majeurs dans les pratiques des infirmiers travaillant dans le secteur des soins à domicile : nouvelle classification des soins de plaie, exigences administratives renforcées et un accent mis sur la coordination interprofessionnelle entre le médecin et l'infirmier.

L'objectif de mon travail de recherche est double. D'une part, il s'agit de comprendre comment les stratégies adoptées par les ASD et la FASD ont été perçues, vécues et appliquées concrètement par les professionnels de terrain ; et, d'autre part, d'identifier les leviers et les freins rencontrés dans l'adoption de ces nouvelles pratiques, au sein de contextes organisationnels variés.

Pour répondre à ces objectifs, ce mémoire est structuré en quatre grandes parties complémentaires :

La **première partie**, à visée théorique, pose les fondements du sujet, organisés en deux chapitres. Un premier chapitre présente le cadre législatif de la réforme des soins de plaie, ainsi qu'une présentation du rôle et du fonctionnement des ASD et de la FASD. Un deuxième chapitre décrit le cadre d'analyse choisi pour cette recherche : le modèle EPIS (Exploration, Préparation, Implémentation, Pérennisation (*Sustainment*)) développé par Aarons et ses collaborateurs (2011), avec une attention particulière portée aux deux phases centrales de l'étude – l'implémentation et la pérennisation. Ce chapitre introduit également les indicateurs d'évaluation proposés par Proctor et ses co-auteurs (2011), utilisés pour structurer l'analyse des résultats.

La **deuxième partie** de ce mémoire se consacre à l'étude empirique réalisée sur le terrain. Un premier chapitre présente la démarche méthodologique, fondée sur une approche qualitative par entretiens semi-dirigés, pour répondre à ma question de recherche : « **Comment les stratégies organisationnelles des ASD et de la FASD sont-elles perçues, vécues et**

appliquées par les infirmiers dans le cadre de la réforme des soins de plaie ? ». Dans ce chapitre, les choix méthodologiques, les critères de sélection, les méthodes d'analyse ainsi que les limites anticipées de cette démarche sont détaillées. Un deuxième chapitre décrit les résultats issus des entretiens menés auprès d'infirmiers, de directions des soins infirmiers, ainsi que du responsable du logiciel métier AllSoftPlus®, utilisé pour la documentation des soins de plaie. Une attention particulière est portée à la diversité et à la richesse des discours recueillis, qui permettent d'identifier les leviers et freins présents sur le terrain.

La **troisième partie** propose une discussion critique des résultats obtenus, en les confrontant à la littérature scientifique existante sur l'implémentation des réformes en santé. Les limites de l'étude sont également abordées afin d'en préciser la portée.

Enfin, la **quatrième partie** conclut le mémoire en synthétisant les principaux résultats, tout en mettant en lumière l'utilité sociale de l'étude pour les acteurs du secteur des soins de santé.

La première partie de ce mémoire est consacrée à la compréhension du contexte dans lequel s'inscrit la récente réforme des soins de plaie. Elle présente les éléments essentiels permettant d'en saisir les enjeux et propose une analyse approfondie des stratégies d'implémentation mises en œuvre par les ASD et la FASD, à la lumière du modèle EPIS.

Chapitre 1 – Contexte législatif et organisationnel

1.1. La nouvelle réforme des soins de plaie

Depuis le 1er décembre 2022, une nouvelle réglementation encadre les soins de plaie à domicile en Belgique. Portée par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), cette réforme vise à « *rendre le suivi des soins plus efficace tout en assurant la qualité des soins au patient* » (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

Préparée durant plusieurs années, elle impose à l'ensemble des infirmiers à domicile l'application des nouvelles règles de la nomenclature. Élaborée au sein de la Commission de conventions réunissant les représentants des praticiens de l'art infirmier et des organismes assureurs, cette législation est désormais en vigueur sur le terrain depuis plus de deux ans.

Ci-dessous, voici les principaux changements introduits par la réforme :

1. Une nouvelle classification des soins de plaie pour mieux refléter la réalité du terrain :

- **Soins de plaie simples** – « *Il s'agit de plaie dont le processus normal de cicatrisation prend un maximum de 14 jours* ». (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.)
- **Soins de plaie complexes** – « *Il s'agit de soins de plaie aiguës et chroniques qui ne sont pas inclus dans la catégorie des soins de plaie simples, ou de soins de plaie qui ont évolué de soins de plaie simples en soins de plaie complexes, ce qui doit être justifié* »

dans le dossier infirmier ». (Attester des soins de plaie en tant qu’infirmier à domicile | INAMI, s. d.)

Cette catégorie inclut notamment, mais pas exclusivement, les soins de plaie avec mèches ou drains, ainsi que les stomies non-cicatrisées. Selon l’arrêté royal 2022 relatif à la nomenclature des soins de plaie, « *tous les soins de plaie aigües et chroniques qui ne font pas partie des soins de plaie(s) simples, ou des soins de plaie qui ont évolué de soins de plaie(s) simples en soins de plaie(s) complexes, avec des justifications dans le dossier infirmier.* » (Arrêté royal, 2022)

- **Prestations complémentaires de soins de plaie complexes** – « *Il s’agit de soins de plaie complexes pour lesquels la durée totale des soins par jour de soins est de 30 minutes minimum et de plus de 89 minutes au maximum.* » (Attester des soins de plaie en tant qu’infirmier à domicile | INAMI, s. d.)
- **Surveillance de plaie sans changement de pansement** (anciennement intitulée « Surveillance de plaie avec pansement bioactif ») (Attester des soins de plaie en tant qu’infirmier à domicile | INAMI, s. d.).
- **Soins d’une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas de soins de plaie** (Attester des soins de plaie en tant qu’infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

2. La suppression des prescriptions médicales pour des soins de plaie spécifiques

Comme le précise l’INAMI : « *Une prescription médicale n’est plus exigée pour que les infirmiers puissent soigner une plaie dans le cadre des remboursements des soins infirmiers. Une exception subsiste toutefois pour les soins infirmiers connexes qui constituent un acte B2 et nécessitent une prescription médicale (par exemple, le retrait d’agrafes ou l’ablation de fils).* » (Attester des soins de plaie en tant qu’infirmier à domicile | INAMI, s. d.) .

3. Une valorisation du rôle de l'infirmier et de l'infirmier relais en matière de soins de plaie (IRSP)

« L'infirmier-relais en matière de soins de plaie a désormais un rôle plus large ». Les infirmiers-relais en matière de soins de plaie peuvent attester des prestations « Visite de l'infirmier-relais en matière de soins de plaie » uniquement à la demande de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie ou du patient.

Par conséquent, l'infirmier référent doit demander des conseils supplémentaires à l'infirmier-relais en matière de soins de plaie ou au médecin, au minimum et au plus tard après 6 semaines. » (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

4. L'introduction de nouvelles exigences administratives visant à renforcer la documentation

La tenue d'un dossier de soin de plaie est obligatoire afin de documenter l'évolution de la plaie, conformément aux conditions suivantes : *« Les soins de plaie ne peuvent être attestés que si un dossier infirmier de soins de plaie est établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier. » (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).*

Il doit contenir des données de base, des données minimales spécifiques aux soins de plaie simples ou complexes, ainsi que pour les prestations complémentaires nécessitant un temps supplémentaire de prise en charge. Il inclut également une photo de la plaie, prise selon des conditions bien précises définies dans les directives, auxquelles les images doivent impérativement répondre. (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

5. Une communication entre infirmiers et médecins est obligatoire

Cela permet de renforcer la collaboration entre ces deux prestataires clés impliqués dans les soins de plaie. Comme l'indique l'arrêté royal : *« Une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans le soin de plaie(s) doit être effectuée en début de traitement. Cette communication peut se faire de manière électronique, doit être envoyée dans les 5 jours suivant la première séance de soins et doit être vérifiable en cas de contrôle. » (Arrêté royal, 2022).*

L'INAMI souligne que *« Une bonne coopération entre les infirmiers et les médecins est essentielle. Dans le cadre de ces communications, désormais obligatoires, vous*

transmettez régulièrement des photos et des rapports pour que les médecins puissent aussi suivre l'évolution de la plaie » (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

6. De nouveaux tarifs pour les prestations liés aux soins de plaie

Chaque nouvelle catégorie de soins de plaie est soumise à des conditions spécifiques pour bénéficier des remboursements associés à la nouvelle nomenclature. (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

Afin d'anticiper les interrogations des professionnels de terrain, la Commission de conventions a élaboré, en collaboration avec l'INAMI, un document intitulé « Questions et réponses à propos du changement de nomenclature pour les soins de plaie », disponible en ligne. Ce document vise à clarifier les nouvelles dispositions et à accompagner les infirmiers dans leur mise en œuvre quotidienne (*Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).*

Toutefois, malgré ces efforts de clarification, certaines dispositions de la réforme ont suscité des préoccupations, notamment du côté des usagers. Dans un courrier – en date du 14 novembre 2024 - adressé au Ministre fédéral de la Santé, Frank Vandenbroucke, la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), en collaboration avec la Vlaamspatiëntenplatform et Patienten Rat und Treff, a exprimé son inquiétude quant à l'obligation de fournir une photo de la plaie pour permettre le remboursement des soins. Selon ces organisations, cette exigence pourrait pénaliser les patients qui refusent la prise de photo, les excluant ainsi du droit au remboursement (« Courrier au Ministre fédéral “Remboursement des soins des plaie” », s. d.).

La réforme des soins de plaie entraîne une redéfinition des pratiques professionnelles et nécessite des ajustements organisationnels significatifs dans l'ensemble du secteur des soins à domicile. Ce mémoire se concentre plus spécifiquement sur les centres d'Aide et Soins à Domicile (ASD) et leur Fédération (FASD), afin d'analyser les stratégies qu'ils ont mises en œuvre pour accompagner cette nouvelle législation. Avant d'aborder ces actions, je vais présenter le rôle et le fonctionnement de ces structures, afin d'en comprendre les spécificités et les enjeux.

1.2. Présentation de la FASD et des centres ASD : rôles et structures

Fédération de l'aide et des Soins à Domicile (FASD)

La FASD est une organisation qui fédère les neufs centres Aide et Soins à Domicile (ASD) répartis sur l'ensemble du territoire francophone belge, incluant la Wallonie, Bruxelles et la Communauté germanophone (Eupen). Ensemble, ces centres rassemblent environ 5 000 professionnels, répondant aux besoins de plus de 73 000 bénéficiaires (*Fédération d'Aide & Soins à Domicile*, s. d.).

La FASD est structurée autour d'un comité de direction, qui supervise plusieurs départements clés :

- Le département Aide et Soins – regroupant le département Infirmier et le département Aide à la Vie Journalière
- Les Services Généraux,
- L'Administration et la Comptabilité, ainsi que le Service Informatique.

En tant que structure fédératrice, elle fournit des services logistiques, administratifs, informatiques et juridiques, tout en jouant un rôle de représentation auprès des autorités publiques et des instances de concertation sectorielles.

Comme mentionné dans le préambule, j'occupe actuellement le poste de chargée de mission au sein du département Infirmier de la FASD, sous la supervision de M. Edgard Peters, Directeur du Département Infirmier (DDI) et également co-promoteur de ce mémoire.

Centres Aide et Soins à Domicile (ASD)

Chaque centre ASD est placé sous la responsabilité d'une direction générale, qui encadre trois départements, chacun supervisé par une direction spécifique.

Ces départements offrent des services complémentaires visant à soutenir les personnes en perte d'autonomie à domicile (*Fédération d'Aide & Soins à Domicile*, s. d.):

- L'Aide à la Vie Journalière (AVJ) ? comprend des services d'aide familiale, d'aide-ménagère, d'aide à l'entretien ménager ;
- Les Soins Infirmiers (SI), qui assurent les soins infirmiers à domicile ;
- Le Service de Coordination, qui organise un plan d'accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire autour du bénéficiaire.

En annexe, une carte géographique illustre la répartition des centres ASD sur le territoire Belge (Annexe 1).

Dans le cadre de mon étude, l'accent sera mis sur le département des Soins Infirmiers (SI) responsable de la mise en œuvre de la législation relative aux soins de plaie.

Les relations entre la FASD et les ASD (Source Mémoire PAQUET A-S, 2021)

Comprendre les missions et objectifs de la FASD est essentiel pour saisir son rôle dans l'accompagnement des centres ASD. En effet, la mission principale de la FASD consiste à assurer la coordination entre les différents centres ASD, tout en promouvant une approche interdisciplinaire pour le maintien des soins à domicile. Elle poursuit trois objectifs fondamentaux :

- Offrir une réponse globale et adaptée aux besoins des bénéficiaires.
- Promouvoir le travail en interdisciplinarité.
- Défendre le rôle central des intervenants de première ligne dans le système de soins.

Pour atteindre ces objectifs, la FASD agit en tant qu'organe de soutien et de représentation des ASD. Ses missions incluent :

- La définition de politiques communes pour l'ensemble des centres ASD,
- La représentation des ASD auprès des autorités publiques, dans une série d'instances de concertation et dans des lieux de négociation collective. La FASD est membre de la commission de conventions des praticiens de l'art infirmier et organismes assureurs à l'INAMI, représenté par M. Edgard Peters (Directeur du Département Infirmier de la FASD – DDI, et co-promoteur de ce mémoire) en tant que membre effectif et moi-même en tant que membre suppléante. Dans ce cadre, j'ai pu suivre les évolutions de l'adaptation de l'article 8 de la nomenclature pour les soins de plaie.
- L'organisation de formations à destination du personnel, ainsi que l'accompagnement et soutien informatique, juridique et administratif.
- Enfin, elle encourage une démarche collaborative entre les centres par le biais d'échanges réguliers, en facilitant les échanges réguliers autour des problématiques communes afin d'élaborer des solutions concertées à l'échelle interrégionale.

Les interactions entre la FASD et les neuf centres ASD qu'elle fédère se matérialisent par des réunions mensuelles. Ces réunions peuvent prendre différentes formes, notamment dans les groupes métier, comme les Directions Soins Infirmiers (DSI) ou de groupes stratégiques et décisionnels, tels que le Collège des Directeurs (CODIR) des ASD avec le comité de direction de la FASD.

Le DDI de la FASD ainsi que moi-même en tant que chargée de mission, organisons et animons mensuellement les réunions entre les différentes DSI de chaque centre ASD. Ces réunions ont pour objectif de discuter des projets, des innovations et des changements à venir dans le secteur soins infirmiers. Au cours de ces réunions, les DSI prennent des décisions qui sont ensuite soumises au Collège des Directeurs (CODIR) pour validation ou adaptation. Ce processus garantit une prise de décision collective et cohérente au sein des ASD et la FASD.

Cependant, une perception erronée persiste parfois parmi les travailleurs de terrain, qui associent à tort la FASD à une entité décisionnelle. En réalité, la FASD agit comme un organe de soutien et de coordination, sans pouvoir décisionnel ou hiérarchique propre envers les ASD. Cette clarification s'avère souvent nécessaire lors des interactions avec les équipes, afin de démontrer que « la FASD, c'est les ASD et les ASD c'est la FASD ».

En amont de l'entrée en vigueur de la réforme, la préparation de sa mise en œuvre a fait l'objet d'une collaboration étroite entre la FASD et les centres ASD. Les DSI ont naturellement joué un rôle central, en coordonnant les équipes infirmières et en veillant à l'application des nouvelles exigences. En parallèle, la FASD en sa qualité de fédération, a soutenu cette dynamique en apportant un appui stratégique, logistique et opérationnel.

Il s'agit à présent d'analyser comment ces actions ont été concrètement mises en œuvre et organisées sur le terrain. Pour cela, le cadre théorique EPIS sera mobilisé comme outil d'analyse.

Chapitre 2 – Modèle d’implémentation : Le cadre EPIS

Mon étude repose sur l’évaluation des stratégies déployées par les ASD et la FASD afin d’appliquer la législation sur les soins de plaie, ainsi que sur la manière dont ces actions sont vécues et ressenties par les professionnels de terrain. Afin de structurer cette analyse, j’ai choisi de mobiliser le cadre théorique EPIS (Exploration, Préparation, Implémentation, (*Sustainment*) Pérennisation). Ce cadre propose une approche dynamique et systémique pour étudier, accompagner et évaluer la mise en œuvre de nouvelles pratiques au sein d’un environnement organisationnel donné (Aarons Hurlburt & Horwitz, 2011).

2.1. Justification du choix du modèle d’implémentation EPIS

Développé par Aarons et ses collègues (2011), ce modèle met en lumière le déploiement d’une nouvelle pratique – de l’exploration à la pérennisation - tout en intégrant les interactions entre les facteurs contextuels internes et externes.

Le cadre EPIS est largement reconnu pour sa pertinence dans les domaines de la santé publique et des services sociaux. Comme l’indiquent Moullin et ses collaborateurs (2019), « *EPIS est l’un des modèles les plus couramment utilisés pour comprendre la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans les services de santé, car il permet une analyse holistique des différentes phases du processus* ».

À la différence d’autres modèles théoriques centrés principalement sur les déterminants de l’implémentation ou sur une phase spécifique — comme le CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research), qui identifie les facteurs influençant l’implémentation sans structuration temporelle du processus (Damschroder et al., 2009) -, le cadre EPIS se distingue par son approche globale. Il propose une structuration séquentielle qui couvre l’ensemble du cycle d’implémentation de l’exploration à la pérennisation (Aarons Hurlburt & Horwitz, 2011).

Cette approche holistique est particulièrement pertinente dans le contexte des réformes en santé publique, où la réussite d’une implémentation dépend d’une planification rigoureuse et d’une prise en compte fine du contexte. Aarons et ses collaborateurs (2011) soulignent ainsi la

pertinence du modèle EPIS pour guider la mise en œuvre d'innovations dans des environnements complexes, comme les structures de soins à domicile.

Par ailleurs, comme le rappellent Fixsen et ses collègues (2005), l'implémentation doit être envisagée comme un processus structuré, impliquant une série d'actions concrètes menées par des acteurs multiples en vue de garantir l'intégration effective d'un programme ou d'une politique. Ces auteurs définissent l'implémentation comme « *l'ensemble des actions concrètes déployées pour assurer la mise en œuvre effective d'un programme ou d'une politique* » (Fixsen et al., 2005). Elle prend en compte les dynamiques organisationnelles, les ressources disponibles, ainsi que les besoins des parties prenantes (Fixsen et al., 2005). Dans le secteur de la santé, cela suppose une collaboration étroite entre professionnels de terrain, gestionnaires et décideurs, afin de garantir l'intégration de pratiques innovantes tout en maintenant un niveau de qualité des soins élevé (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

C'est dans cette logique que s'inscrit le choix d'intégrer le modèle EPIS dans mon étude. Ce cadre théorique propose une grille d'analyse rigoureuse permettant d'identifier à la fois les leviers et les obstacles spécifiques à la mise en œuvre d'une réforme telle que celle des soins de plaie (Crible et al., 2022).

2.2. Présentation des phases du cadre EPIS

Le modèle EPIS distingue quatre phases successives du processus d'implémentation : **Exploration, Préparation, Implémentation** et **Pérennisation** (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Cette structure permet d'appréhender les différentes étapes de déploiement, en prenant en compte à la fois les facteurs externes et internes de l'organisation étudiée.

Selon ce que rapportent Aarons et ses collaborateurs (2011), chaque phase du cadre EPIS est influencée par :

- Des facteurs externes à l'organisation (tels que les réglementations, les politiques publiques ou encore les mécanismes de financement) ainsi que par ;
- Des facteurs provenant de son contexte interne (comme les ressources disponibles, la dynamique d'équipe ou la culture organisationnelle).

Ces facteurs ne sont pas isolés : ils interagissent de manière dynamique tout au long du processus, influençant la manière dont une réforme est traduite et appliquée dans les réalités de terrain. (Voir figure 1).

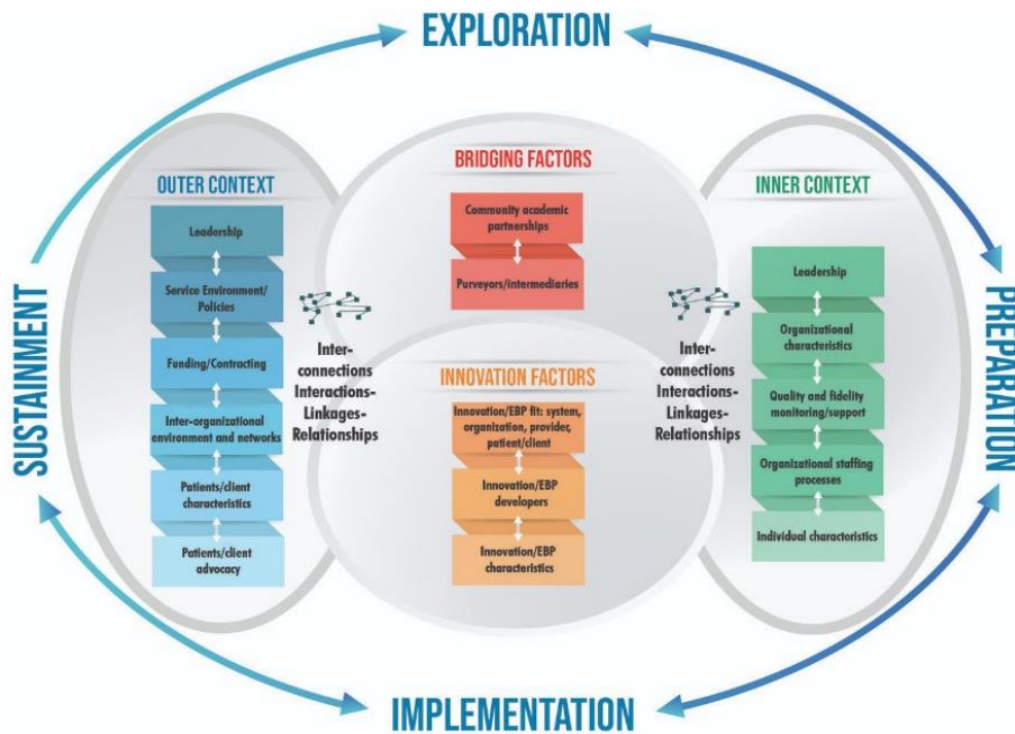


Figure 1:EPIS Framework (EPIS Framework, s.d.)

Ce qui fait la force du modèle EPIS, c'est sa capacité à intégrer la complexité des environnements organisationnels et à permettre une adaptation fine selon les spécificités de chaque structure. Il ne s'agit pas d'un schéma rigide, mais d'un cadre souple qui accompagne la réflexion à toutes les étapes du changement (Moullin et al., 2019).

2.2.1. Exploration

Cette phase marque le point de départ du processus. L'exploration correspond à la prise de conscience d'un besoin de changement au sein d'un système de soins ou d'une organisation, moment où les parties prenantes commencent à envisager des solutions adaptées pour y répondre. (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

Selon Aarons et ses collègues (2011) cette étape consiste à évaluer les options possibles pour faire face aux défis identifiés. Elle implique une analyse approfondie des ressources

disponibles, des obstacles potentiels, ainsi que des attentes des parties prenantes impliquées. (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

Dans le contexte de la réforme des soins de plaie, cette phase a été portée par une réflexion collective menée au sein de la Commission de conventions réunissant les représentants des praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs (OA) à l'INAMI. Le travail s'est articulé autour d'une première identification des besoins, suivie d'une phase d'analyse conduite par un groupe de travail dédié à la tâche. Ce dernier avait pour mission d'examiner les différentes options envisageables, en tenant compte des réalités du secteur des soins à domicile, des contraintes budgétaires et des recommandations des représentants des organisations professionnelles (Notes CCW 2022).

Les discussions menées au sein de ce groupe de travail ont permis de clarifier les enjeux de la réforme et d'ajuster son orientation pour qu'elle soit cohérente avec les réalités opérationnelles du terrain. La participation active de la FASD, en tant qu'un des représentants des organisations des soins à domicile, dans ce processus a été déterminante. La présence du Directeur du Département Infirmier (DDI) de la FASD (M. PETERS) en tant que membre effectif au sein de la Commission de convention entre les infirmiers et les OA, ainsi que ma propre implication en tant que membre suppléante, a joué un rôle important. Cette double implication a ainsi permis à la FASD de suivre de plus près l'évolution des discussions, d'anticiper les impacts de la réforme et d'apporter un éclairage issu du terrain.

Un des enjeux majeurs de cette phase consistait à évaluer, ou encore d'anticiper l'impact de la réforme sur l'organisation des soins de plaie au sein des ASD. Les analyses se sont notamment concentrées sur les implications en matière de pratiques infirmières, de documentation des soins, et de coordination interprofessionnelle.

Ainsi, cette première phase a permis de définir la base de réforme, en initiant une réflexion collective sur ses orientations, ses objectifs et les conditions de sa mise en œuvre.

2.2.2. Préparation

La seconde phase, quant à elle, a consisté en une préparation structurée pour organiser les modalités concrètes de l'implémentation. Aarons et ses collègues (2011) expliquent que cette étape vise à anticiper les obstacles et à élaborer des stratégies adaptées pour maximiser l'efficacité du processus. Il s'agit alors de planifier les ressources, de mobiliser les parties prenantes, de concevoir les outils nécessaires ainsi que la mise en place de formations (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

Dans le cadre de la réforme des soins de plaie, cette phase a été déterminante pour assurer une transition fluide vers les nouvelles exigences. Comme le soulignent Proctor et ses collègues (2013), cette étape est importante pour non seulement identifier les freins et les leviers favorables à l'implémentation, mais aussi pour construire des stratégies opérationnelles d'accompagnement adaptées (Proctor et al., 2013).

Plusieurs actions ont été mises place à cette période telles que :

- L'adaptation du logiciel métier AllSoftPlus®, afin d'intégrer les nouvelles modalités de documentation ;
- La création de supports pédagogiques à destination des professionnels ;
- L'organisation de sessions de formation pour les infirmiers concernés.

Lors de la journée annuelle DSI/IC/ICA du 17 mai 2021 (par vidéo-conférence) une demi-journée a été consacrée pour présenter de manière synthétique la nomenclature à l'aide d'un quizz – extrait document FASD

Les formations – « Nouvelle nomenclature des soins de plaie 01.12.2022 à destination des IRSP /DSI/IC/ICA » ont eu lieu en Octobre 2022 (aux dates du 03, 10, 13 et 17 de 9h à 16h30) - extrait document FASD

La note de service « Soins de plaie – Implémentation au 1er décembre 2022 + la liste des changements SI dans AllSoftPlus® » a été communiquée aux ASD, le 25 novembre 2022 – extrait document FASD

La mise en production des adaptations du logiciel AllSoftPlus® liée au dossier soins de plaie a eu lieu le 27 novembre 2022 sur toutes les licences ASD – extrait document FASD

Une lettre accompagnant un dépliant informatif sur les soins de plaie a été conçu à destination des médecins (2022) – extrait document FASD

Le site web de la FASD a été adapté pour la présentation des principaux changements introduits par la réforme (2022) – extrait document FASD

Dans le cadre de cette phase préparatoire, une collaboration étroite a été engagée avec les directions des soins infirmiers (DSI) des ASD pour organiser les stratégies d'implémentation de la réforme. Des échanges réguliers ont eu lieu lors des réunions mensuelles des DSI, au sein d'un groupe de travail - SI Harmonisation AllSoft (GT SI-HA), composé principalement d'infirmiers référents représentant chaque ASD et de deux DSI. Ces échanges impliquaient également le responsable du logiciel métier AllSoftPlus®. Ces rencontres ont joué un rôle essentiel pour ajuster les contenus, affiner les modalités d'accompagnement, et intégrer les retours du terrain.

Cette préparation, à la fois technique et humaine, a ainsi permis d'élaborer une stratégie d'implémentation cohérente, progressive et adaptée aux réalités organisationnelles des ASD. Elle a jeté les bases d'un déploiement structuré et a facilité l'adhésion des professionnels aux nouvelles pratiques.

2.2.3. Implémentation active

La troisième phase du modèle EPIS, marque le passage concret de la planification à l'action. Il s'agit de la mise en œuvre effective des stratégies élaborées durant la phase préparatoire. Selon les auteurs du modèle, cette étape se caractérise par l'introduction des nouvelles pratiques, l'ajustement des processus organisationnels, ainsi que par l'implication progressive des professionnels concernés (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Elle s'accompagne généralement d'un suivi régulier et d'une évaluation continue, permettant d'identifier les adaptations nécessaires et de garantir la pertinence des actions déployées (Chambers et al., 2013).

Dans le cadre de la réforme des soins de plaie, cette phase s'est traduite par plusieurs actions concrètes. L'un des éléments majeurs a été l'animation des formations à destination des infirmiers. Ces sessions visaient à les informer sur les changements introduits par la réforme, à les outiller pour leur application au quotidien, et à favoriser leur adhésion aux nouvelles pratiques. Les contenus de ces formations portaient notamment sur les aspects réglementaires, les nouvelles procédures de prise en charge des soins de plaie, ainsi que sur l'utilisation de l'outil numérique – le dossier soins de plaie dans AllSoftPlus® - nécessaire à la documentation des soins.

Dans ce contexte, j'ai occupé un rôle central dans la mise en œuvre de ces actions. J'ai été directement impliquée dans l'organisation et l'animation des formations, en coordonnant les contenus pédagogiques et en m'assurant à ce que les infirmiers disposent de ressources claires et accessibles pour s'approprier les nouvelles directives. La conception de « fiches prestations techniques », s'est également révélée essentielle. Ces guides pratiques, élaborés pour accompagner les professionnels dans l'intégration des nouvelles exigences, ont permis de faciliter l'application des changements sur le terrain.

Les supports pédagogiques tels que les fiches prestations techniques ont été communiqué aux ASD le 01 décembre 2022 – extrait document FASD

Un autre aspect déterminant de cette phase a été l'adaptation du logiciel métier appelé AllSoftPlus®, outil central pour la gestion et le suivi des soins de plaie. En tant qu'intermédiaire entre les ASD et le responsable du logiciel, j'ai assuré un rôle de liaison à la fois stratégique et opérationnelle. Cette position m'a permis de faire remonter les besoins concrets du terrain et de veiller à ce que les nouvelles fonctionnalités répondent aux exigences réglementaires, tout en restant utilisables et adaptées aux réalités professionnelles. Cette collaboration étroite s'est avérée essentielle pour faciliter une transition fluide.

Il est important de souligner que cette phase d'implémentation a nécessité un suivi sur le terrain, fondé sur des retours réguliers des professionnels des soins de santé. Ces retours ont été rapporté par les DSI lors des réunions mensuelles ou encore au sein du GT SI-HA que je coordonne. Comme le précisent Moullin et ses coauteurs (2019), la réussite d'une implémentation repose en grande partie sur une capacité d'adaptation continue aux feedbacks des parties prenantes. Cette dynamique d'écoute et d'ajustement permet non seulement d'optimiser l'intégration des

nouvelles pratiques, mais aussi d'anticiper les freins potentiels à leur adoption (Moullin et al., 2019).

Cependant, comme le confirment plusieurs travaux sur l'implémentation des réformes en santé publique, cette phase reste souvent confrontée à des résistances au changement. L'acceptation des nouvelles pratiques ne dépend pas uniquement de la qualité des outils ou de la clarté des directives, mais aussi du degré de soutien institutionnel mis en place pour accompagner les professionnels dans cette transition (Moullin et al., 2019).

Dans le cas de réforme des soins de plaie, j'ai constaté des réactions contrastées de la part des professionnels. Si certains ont exprimé une adhésion aux changements liées à la réforme, d'autres ont fait part de leurs préoccupations, en particulier face à l'alourdissement des tâches administratives. Ces observations rejoignent les obstacles fréquemment relevés dans la littérature sur l'implémentation, notamment par Fixsen et ses collègues (2005), qui identifient plusieurs freins courants :

- Une augmentation de la charge administrative ;
- Des difficultés d'adaptation aux nouveaux outils numériques introduits ;
- Un besoin accru de formation pour assurer une mise en œuvre conforme aux nouvelles exigences.

Malgré ces défis, cette phase a permis de poser les bases d'une dynamique de collaboration constructive entre la FASD, les ASD et les professionnels de terrain. Chacun, à son niveau, a contribué à l'appropriation progressive des changements induits par la réforme.

2.2.4. Pérennisation (Sustainment)

Enfin, la phase de pérennisation, telle qu'elle est définie par Aarons et ses collègues (2011), vise à garantir que les nouvelles pratiques introduites lors de la phase d'implémentation soient intégrées de manière durable dans la routine des professionnels et des organisations. Elle ne se limite pas à une adoption formelle, mais repose sur une adaptation continue des changements pour qu'ils deviennent des standards stabilisés et appropriés par les acteurs de terrain. L'enjeu est donc de maintenir les « acquis » de la phase précédente tout en assurant leur intégration à long terme (Aarons et al., 2011 ; Chambers et al., 2013).

La pérennisation repose sur plusieurs dimensions essentielles mises en évidence dans littérature (Fixsen et al., 2005) :

- L'accompagnement et le suivi continu de l'intégration durable des nouvelles pratiques ;
- L'adaptation régulière des outils et processus organisationnels ;
- Le renforcement des compétences par la formation continue ;
- L'évaluation des impacts de la réforme, avec des ajustements si nécessaire.

La dernière phase du modèle EPIS, la pérennisation, se concentre sur le maintien effectif des pratiques instaurées (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). L'un des défis clés de la phase de pérennisation pour les ASD et la FASD, est la capacité à maintenir un engagement actif et durable auprès des professionnels de terrain. De plus, il apparaît également essentiel de suivre de près les effets de la réforme, en s'assurant que les ajustements mis en place répondent bien aux attentes des équipes. Comme le soulignent Moullin et ses collaborateurs (2019), la réussite d'une réforme dans la durée dépend fortement de son appropriation par les professionnels, mais aussi de la capacité des organisations à offrir un soutien structuré et continu (Moullin et al., 2019).

Pour soutenir cette dynamique, et donner suite à l'implémentation, le point « *Soins de plaie : Etat des lieux de l'implémentation* » a été inscrit à l'ordre du jour des réunions mensuelles DSI des ASD et de la FASD en janvier et février 2023, ainsi qu'en août 2024 (*extrait document FASD*). Ces moments ont permis de recueillir un retour d'expérience sur le déploiement opérationnel au niveau local, d'identifier les difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain et de repérer de nouveaux besoins en formation.

Dans le cadre de la pérennisation de la réforme des soins de plaie, j'ai assuré un rôle de suivi et d'ajustement. En collaboration avec le GT SI-HA et le responsable du logiciel AllSoftPlus®, j'ai contribué à évaluer l'efficacité des adaptations mises en œuvre dans le logiciel, en tenant compte des retours d'expérience exprimés par les infirmiers.

En effet, à la suite de l'implémentation initiale, il est apparu nécessaire d'adapter certaines fonctionnalités du logiciel pour répondre de manière plus adéquate à leurs besoins et simplifier l'encodage des données. Comme le soulignent Proctor et ses collègues (2011) l'efficacité des outils numériques dans la pérennisation des nouvelles pratiques est étroitement liée à leur acceptabilité et à leur adéquation avec les besoins des professionnels (Proctor et al., 2011).

Pour soutenir ce processus, j'ai assuré la coordination des réunions régulières du GT SI-Harmonisation AllSoft (GT SI-HA). L'objectif était de faire du logiciel un véritable outil de facilitation des pratiques professionnelles, et non une contrainte supplémentaire dans leur quotidien.

Une mise en production des améliorations du dossier soins de plaie dans AllSoftPlus® - développées par le GT S-HA - a eu lieu le 13 juin 2023 sur toutes les licences ASD – extrait document FASD

Par ailleurs, la FASD continue d'assumer un rôle de soutien stratégique en accompagnant les ASD dans l'ajustement durable des pratiques. Dans cette optique, une étude a été menée par l'INAMI en septembre 2024 pour recueillir les expériences des infirmiers sur l'impact de la réforme. Cette démarche visait à mettre en lumière les aspects positifs et négatifs de la réforme sur les soins de plaie, notamment en s'appuyant sur des indicateurs tels que la compréhension de la législation, la nouvelle classification des soins de plaie, la suppression de la prescription médicale, la communication avec les médecins, ou encore la tenue du dossier infirmier.

Les retours recueillis lors de cette enquête ont été partagés au sein des équipes infirmières de chaque ASD par les DSI, et transmis à la Commission de conventions entre les praticiens de l'art infirmier et les OA. Comme le rappellent Fixsen et ses associés (2005), la capacité à intégrer les retours du terrain et à ajuster les dispositifs en conséquence constitue un levier fondamental pour assurer la pérennité des réformes.

Cette dernière phase repose sur une approche évolutive, combinant évaluation continue, adaptation des outils et un soutien actif des professionnels. Comme l'affirment Moullin et ses collègues (2019), la pérennisation est souvent la phase la plus complexe et la plus négligée, car elle nécessite un engagement à long terme et une capacité d'adaptation constante.

Après avoir détaillé les différentes étapes du cadre EPIS, il est essentiel de justifier le choix méthodologique de me concentrer sur l'analyse des phases d'implémentation active et de pérennisation dans le cadre de cette étude.

2.3. Pourquoi se concentrer sur les phases d'implémentation active et de pérennisation ?

Comme le soulignent Moullin et ses coauteurs (2019), bien que le modèle EPIS repose sur quatre phases distinctes, la majorité des recherches en santé publique portant sur l'implémentation des politiques de santé, tendent à se focaliser sur la phase d'implémentation. Cela s'explique par le fait que cette étape permet d'identifier les défis organisationnels, logistiques et humains rencontrés sur le terrain au moment où les stratégies sont activement déployées (Moullin et al., 2019).

Cependant, se limiter à cette phase ne permet pas de saisir pleinement la réussite ou l'échec d'une réforme dans la durée. En effet, une implémentation réussie à un instant donné ne garantit pas, à elle seule, la pérennité des changements. C'est pourquoi l'analyse de la phase de pérennisation est également essentielle, afin de comprendre dans quelle mesure les pratiques sont maintenues dans la durée et comment elles évoluent au fil du temps, en fonction des réalités du terrain. (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

Dans le cas de la réforme des soins de plaie, bien qu'elle soit officiellement entrée en vigueur depuis plus de deux ans, sa mise en œuvre reste marquée par des ajustements continus et une dynamique d'adaptation permanente. Cette situation illustre bien la nature non linéaire et interconnectée des phases du modèle EPIS (figure 2), où l'implémentation active et la pérennisation ne s'enchaînent pas de manière rigide, mais se chevauchent, s'influencent mutuellement et s'ajustent selon les retours du terrain (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011).

En conclusion, l'état d'avancement actuel de la réforme au sein des structures ASD montre que nous ne sommes plus dans une phase d'exploration ou de préparation, mais bien engagés dans une dynamique concrète de mise en œuvre des stratégies et d'adaptation pour en assurer leur maintien.

La position que j'occupe au sein de la FASD me permet d'observer la réalité de terrain. Cela me conduit à constater que l'application de la réforme des soins de plaie se situe aujourd'hui à la croisée des deux dernières phases du modèle EPIS : l'implémentation active et la pérennisation. Cette approche positionne donc mon étude dans une perspective à la fois

opérationnelle et stratégique, en étroite cohérence avec les enjeux actuels des centres ASD. Ainsi, étudier conjointement ces deux phases permet de saisir la complexité et la dynamique évolutive du processus d'implémentation.

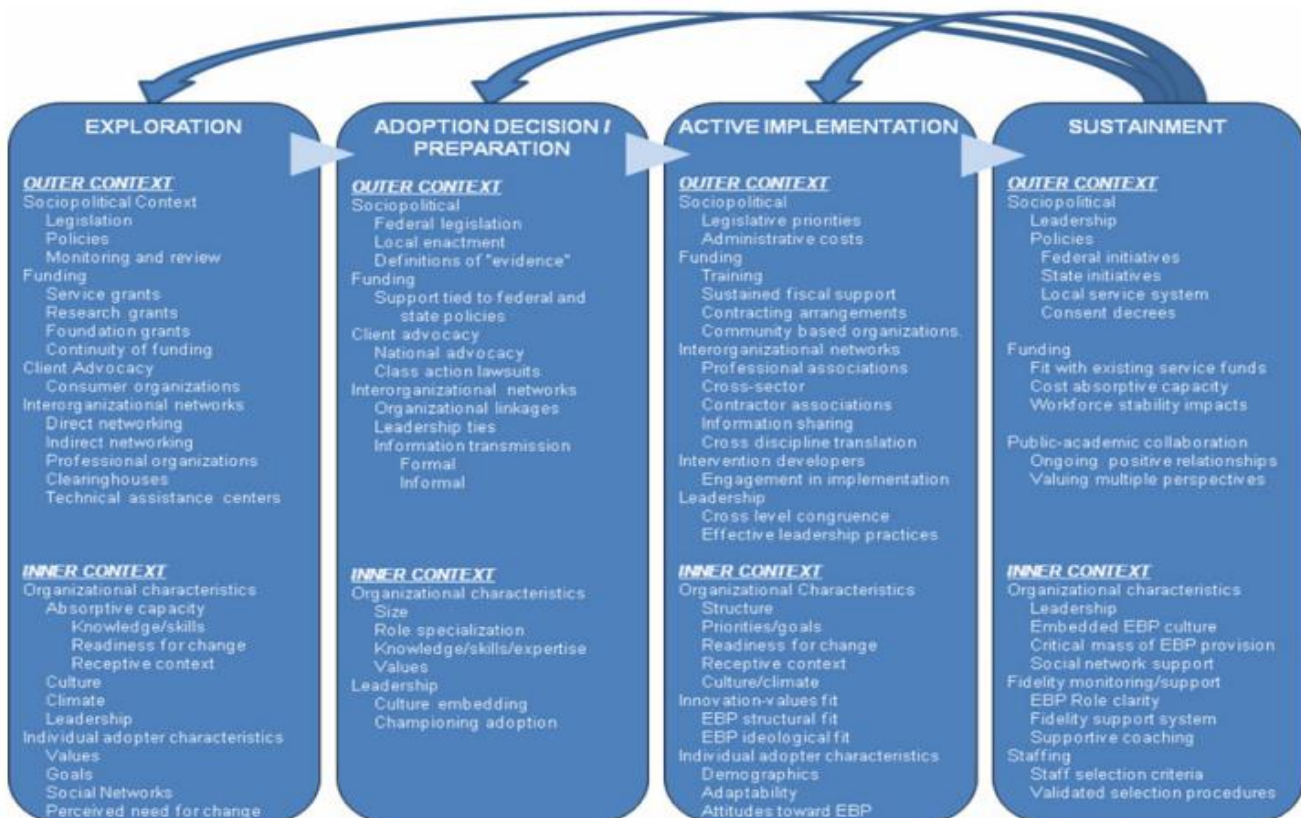


Figure 2: Modèle conceptuel des phases de mise en œuvre et des facteurs affectant la mise en œuvre (Aarons, Hurlburt & Horowitz, 2011)

2.4. Les facteurs contextuels dans le cadre EPIS

Comme évoqué précédemment, le modèle EPIS ne se limite pas à décrire les phases d'un processus d'implémentation, il intègre également des facteurs contextuels qui influencent sa mise en œuvre. Ces facteurs contextuels sont catégorisés en deux niveaux : le contexte externe et le contexte interne à l'organisation dans laquelle a lieu l'implémentation (figure 2).

Le contexte externe regroupe l'ensemble des éléments qui dépassent le cadre strict des organisations comme les centres ASD, mais qui influencent directement leur fonctionnement et leur capacité à intégrer une nouvelle législation. Parmi ces facteurs, plusieurs dimensions peuvent être distinguées (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011) :

- **Les politiques publiques et les exigences légales** : L'arrêté royal portant sur la nomenclature des soins de plaie constitue un facteur externe clé. Cette réglementation a redéfini les conditions de prise en charge des soins de plaie à domicile. La manière dont cette législation a été élaborée, puis imposée aux professionnels de santé et aux structures de soins, influence fortement son acceptation et sa mise en œuvre effective sur le terrain. Le cadre légal, bien qu'appliqué à l'échelle nationale, entre ainsi en tension avec les réalités locales et organisationnelles, pouvant générer des écarts entre les intentions de la réforme et ses effets concrets.
- **Les attentes des parties prenantes externes** : Des acteurs tels que l'INAMI, les organismes assureurs (OA), et les fédérations professionnelles jouent un rôle central dans l'adoption des nouvelles normes. Ils orientent les pratiques en formulant des exigences, en contrôlant leur application et en fixant les critères de remboursement. Leur influence ne se limite pas à l'élaboration des politiques : elle s'étend également à la manière dont celles-ci sont perçues, comprises et appliquées par les prestataires de soins (Proctor et al., 2009).
- **Le financement des soins de plaie** : En Belgique, le financement des soins de plaie à domicile repose sur un système de remboursement défini par la nomenclature de l'INAMI, qui encadre les conditions d'octroi des honoraires infirmiers. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, une nouvelle classification des soins de plaie a été introduite. Par exemple, pour les soins de plaie complexes, des prestations complémentaires peuvent être attestées en fonction de la durée totale des soins effectués sur une journée, avec des honoraires supplémentaires prévus pour des durées dépassant 30, 60 ou 89 minutes (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.). Par ailleurs, la réglementation impose certaines conditions pour que ces soins soient remboursés. Parmi celles-ci figurent la tenue d'un dossier infirmier

spécifique aux soins de plaie, la communication régulière avec le médecin traitant, ainsi que la prise de la photographie de la plaie. Le non-respect de ces conditions peut entraîner un refus du remboursement, ce qui place une pression supplémentaire sur les infirmiers à domicile pour se conformer aux exigences administratives imposées par la réforme (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.).

Le contexte interne regroupe les facteurs propres aux organisations et aux équipes qui chargées de mettre en œuvre la réforme. Cela concerne plus précisément, les ressources organisationnelles, la culture d'entreprise, les dynamiques entre les équipes, ainsi que les caractéristiques individuelles des professionnels impliqués (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Dans le cas des ASD, cela renvoie à la coordination des équipes infirmières, l'adaptation des outils internes mais aussi à la manière dont les infirmiers, en tant qu'acteurs de terrain, intègrent et s'approprient ces changements.

- **Les ressources organisationnelles** : La capacité des ASD à intégrer de nouvelles pratiques repose en grande partie sur la disponibilité des formations ciblées, d'outil numérique facilitant la transition, ainsi qu'un soutien institutionnel adapté permettant d'accompagner les professionnels dans cette évolution (Levesque et al., 2009).
- **La culture organisationnelle** : Chaque ASD fonctionne selon ses propres dynamiques internes, influencées par ses valeurs, ses habitudes de travail et son mode de gestion. Une organisation ayant une culture ouverte à l'innovation et au changement intégrera plus facilement une réforme qu'une structure où les habitudes sont plus rigides ou la résistance au changement est forte (Moullin et al., 2019).
- **Les dynamiques de travail et la coordination des équipes** : L'adaptation aux nouvelles exigences législatives implique une réorganisation des pratiques de soins, ce qui peut impacter les relations entre les médecins et les infirmiers (Aarons et al., 2017). Par exemple, la révision des protocoles de soins de plaie peut exiger une redéfinition des rôles et une collaboration renforcée entre les différents acteurs impliqués dans les soins à domicile

- **Les dimensions individuelles des professionnels :** Enfin, l'adhésion des infirmiers à la réforme dépend aussi de leurs caractéristiques personnelles : valeurs professionnelles, motivations individuelles, perception de l'utilité des changements, ou encore niveau de confiance dans leur capacité à appliquer les nouvelles pratiques. Ces éléments jouent un rôle déterminant dans la motivation et l'engagement des professionnels face aux transformations de leurs pratiques quotidiennes (Proctor et al., 2011).

Comme le soulignent Moullin et collègues (2019), l'un des apports essentiels du modèle EPIS réside dans sa capacité à opérationnaliser les facteurs contextuels et à analyser les interactions entre les dimensions externe et interne.

2.5. Intégration des indicateurs de Proctor dans l'analyse du cadre EPIS

Selon les travaux de Proctor et ses co-auteurs (2011), l'évaluation d'une mise en œuvre, ne doit pas se limiter à une simple observation des stratégies mises en place. Ils insistent sur l'importance de mesurer concrètement les actions déployées, à l'aide d'indicateurs de performance. Ces indicateurs sont essentiels pour apprécier l'efficacité du dispositif – qui est l'un des objectifs de mon étude – et permettent une analyse structurée et multidimensionnelle du déploiement de la réforme (Proctor et al., 2011). Cette évaluation s'applique à la fois aux phases d'implémentation et de pérennisation du cadre EPIS, qui constituent le cœur de mon étude.

L'utilisation du cadre EPIS combinée aux indicateurs de Proctor permet ainsi une analyse plus fine du processus sur la manière dont la réforme des soins de plaie est traduite et intégré dans les pratiques professionnelles (Proctor et al., 2011).

■ Indicateurs pour la phase d'implémentation d'active :

- **Adoption** : Il s'agit du degré auquel la nouvelle législation et les stratégies associées sont effectivement utilisées dans les pratiques quotidiennes des professionnels. Cet indicateur permet de mesurer si les professionnels appliquent réellement les nouvelles exigences ou s'ils rencontrent des freins à leur mise en œuvre.
- **Fidélité** : La fidélité mesure la conformité des pratiques avec les objectifs initiaux de la réforme. Cela inclut l'analyse du respect des standards, la qualité des formations proposées et l'alignement des stratégies organisationnelles avec les recommandations législatives.
- **Faisabilité** : Cet indicateur interroge les conditions matérielles et organisationnelles nécessaires à l'implémentation. Il s'agit notamment d'évaluer si les ressources - telles que le temps, le soutien institutionnel, l'outil numérique ou les moyens financiers- ont été suffisantes. Par exemple, il conviendra d'évaluer si les adaptations du logiciel AllSoftPlus® et les formations associées ont-elles permis aux professionnels de s'approprier les nouvelles pratiques ?

■ Indicateurs pour la phase de pérennisation :

- **Pertinence** : Cet indicateurs désigne le degré auquel les stratégies déployées répondent aux besoins des infirmiers. Il s'agit d'évaluer si les actions mises en place sont perçues comme utiles et adaptées.
- **Durabilité** : La durabilité renvoie à la capacité des stratégies à se maintenir dans le temps, après leur mise en place. Cet indicateur est central évaluer si ces actions continuent d'être appliquées de manière stable, ou si des ajustements ont été nécessaires pour en assurer la continuité. Il permet également de s'interroger sur la solidité du soutien organisationnel mis en place pour accompagner les professionnels dans la durée.

- **Pénétration** : La pénétration désigne l'étendue de l'adoption de la réforme au sein des structures concernées. Elle permet de mesurer le niveau de diffusion des nouvelles pratiques à travers l'ensemble des ASD. Il s'agit ici de déterminer si tous les infirmiers ont effectivement bénéficié des formations prévues, si l'appropriation des outils est homogène, ou si des écarts sont observables entre les différentes ASD dans l'application de la réforme.

En mobilisant ces différents indicateurs issus du cadre proposé par Proctor et ses collaborateurs (2011), mon étude adopte une approche à la fois globale et évolutive. Elle vise non seulement à évaluer l'efficacité des stratégies d'implémentation, mais aussi à apprécier leur capacité à s'ancrer durablement dans les pratiques professionnelles.

Conclusion du cadre théorique

Dans le cadre de cette étude, un cadre théorique repose sur l'articulation en de deux dimensions complémentaires. D'une part, **l'analyse du contexte législatif et organisationnel** lié à la réforme des soins de plaie ; d'autre part, **l'étude des stratégies d'implémentation et de pérennisation** mises en place pour assurer l'intégration dans la pratique quotidienne des infirmiers au sein des ASD.

Je commence par présenter les principaux changements introduits par la nouvelle réforme des soins de plaie, entrée en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2022, sous la supervision de l'INAMI. Cette réforme modifie les pratiques professionnelles dans le secteur des soins à domicile : elle introduit une classification plus détaillée des soins des plaie, supprime certaines prescriptions médicales obligatoires, et impose de nouvelles exigences administratives, telles que la tenue d'un dossier structuré des soins de plaie et une communication obligatoire entre le médecin et l'infirmier. Bien que ces évolutions visent à améliorer la qualité et de la traçabilité des soins, elles suscitent également des interrogations et des réactions sur le terrain.

Face à ces changements, les ASD et la FASD jouent un rôle central dans l'accompagnement des professionnels. En tant que fédération, la FASD, assure un soutien stratégique, logistique

et organisationnel. Dans ce cadre, elle a proposé des formations, mit à disposition des outils concrets, et a coordonné les évolutions du logiciel métier AllSoftPlus®. Ces actions ont principalement été organisées lors de réunions stratégiques régulières avec les directions des soins infirmiers de chaque ASD. De leur côté, les ASD ont dû s'adapter en interne, en structurant l'application concrète de ces nouvelles pratiques sur le terrain. Cette démarche a impliqué une « ré » organisation des équipes et une adaptation des processus opérationnels.

L'analyse de ce processus de transformation s'appuie sur le modèle EPIS développé par Aarons et ses collègues (2011) qui propose quatre phases distinctes mais interconnectées : Exploration, Préparation, Implémentation et Pérennisation. Ce cadre offre une lecture systémique et dynamique des processus de changement, en tenant compte de l'interaction des contextes internes (ressources humaines, culture d'équipe, habitudes) et externes (cadre réglementaire, pression des politiques, financement) jouant un rôle déterminant dans l'acceptation ou la résistance au changement. Comme le rappellent Moullin et ses collègues (2019), l'un des atouts majeurs du modèle EPIS réside dans sa capacité à saisir ces interactions de manière souple et évolutive.

Mon étude se concentre spécifiquement sur les deux dernières phases : l'implémentation active et la pérennisation. Ce sont les étapes les plus directement liées aux défis rencontrés sur le terrain et à la capacité des organisations à stabiliser les nouvelles pratiques dans le temps. Pour les analyser, je mobilise les indicateurs proposés par Proctor et ses collaborateurs (2011) : la faisabilité, la fidélité et l'adoption pour évaluer la phase d'implémentation active, ainsi que la durabilité, la pénétration et la pertinence pour explorer la phase de pérennisation.

Si le modèle EPIS fournit un cadre conceptuel solide, il reste indispensable de l'enrichir par une lecture ancrée dans le vécu des professionnels. L'implémentation ne peut être pleinement comprise sans une approche qualitative, capable de mettre en lumière les perceptions, les expériences et les ajustements concrets opérés par les acteurs de terrain.

Dans l'exercice de mes fonctions de chargée de mission à la FASD, j'observe quotidiennement les réactions des professionnels ainsi que l'impact concret de la réforme dans les pratiques sur leurs pratiques. Cette position m'offre un double accès : d'une part, à des données internes, telles que les procès-verbaux des réunions, les supports pédagogiques et ou les échanges formels/informels entre structures ; d'autres part, à des retours riches, issus des interactions

avec les infirmiers et les directions des soins infirmiers. Cela me permet d'analyser avec précision les réalités vécues, les ajustements opérés.

Ces éléments m'amènent à formuler la question de recherche de ce mémoire : « **Comment les stratégies organisationnelles des ASD et de la FASD sont-elles perçues, vécues et appliquées par les infirmiers dans le cadre de la réforme des soins de plaie ?** »

A travers cette problématique, j'explore les mécanismes organisationnels et les expériences concrètes des professionnels confrontés à cette réforme. L'objectif est d'identifier les leviers et les freins à l'intégration durable des nouvelles pratiques au sein des ASD. Cette analyse s'inscrit dans une démarche qualitative.

La section suivante, intitulée « Approche qualitative », précise les choix méthodologiques, la sélection des participants, ainsi que les outils d'analyse mobilisés pour explorer en profondeur les expériences et les perceptions des acteurs impliqués.

Chapitre 3 – Justification du choix de l’approche qualitative

Dans le cadre de mon étude, la méthode qualitative a été privilégiée afin de recueillir les perceptions et les expériences des professionnels impliqués dans la mise en application de la législation. Cette méthodologie s'inscrit dans une démarche d'évaluation des stratégies organisationnelles déployées par la FASD et les ASD, visant à implémenter et pérenniser la réforme des soins de plaie.

3.1. Objectif de la recherche

Cette partie pratique poursuit les objectifs suivants :

- Comment ces stratégies ont été perçues et vécues concrètement par les infirmiers sur le terrain
- Identifier les éléments facilitateurs ou freins rencontrés dans l’adoption des nouvelles pratiques
- Identifier les écarts éventuels entre les stratégies organisationnelles par les ASD et la FASD et les besoins réels des infirmiers pour intégrer durablement les changements dans leurs pratiques quotidiennes

Comme le soulignent Denzin & Lincoln (2018), la recherche qualitative offre une compréhension plus nuancée des réalités vécues, en privilégiant les récits et les interprétations des acteurs concernés : qu’ils soient directeurs ou infirmiers. Comme l’indique Sifer-Rivière (2016), l’entretien permet de saisir le discours et l’expérience des personnes interrogées, en cherchant à comprendre ce qu’elles font, comment elles le font, ce qu’elles en pensent et comment elles le vivent. Ainsi, en m’appuyant sur une méthode qualitative fondée sur la conduite d’entretiens individuels, mon étude vise à analyser de manière fine et contextualisée les dynamiques spécifiques aux ASD et à la FASD dans le cadre de la réforme.

3.2. Dispositif de collecte des données

3.2.1. Echantillonnage

La collecte des données est menée auprès de trois groupes distincts (Annexe 6), afin de croiser les regards sur l'implémentation de la réforme :

- **Les directions des soins infirmiers (DSI).** Ils sont au cœur des stratégies organisationnelles mises en place.
- **Les infirmiers** (Infirmiers «de terrain », infirmiers relais en matière de soins de plaie, infirmiers en chef, infirmiers en chef adjoint). Ce sont eux qui appliquent concrètement la réforme et qui font face aux défis pratiques quotidiens.
- **Le responsable du logiciel métier SI AllSoftPlus®**

Ces profils variés permettent de capturer une diversité de perspectives et d'expériences, essentielles pour évaluer pleinement les stratégies organisationnelles déployées.

Des documents tels que les procès-verbaux des réunions DSI et les dossiers soins de plaie extraits du logiciel métier AllSoftPlus® sont également analysés pour compléter et trianguler les informations obtenues lors des entretiens.

3.2.2. Processus de recrutement

3.2.2.1. Critères de sélection

Le recrutement des participants repose sur un échantillonnage raisonné, tel que décrit par Patton (2002), en suivant des critères d'inclusion précis :

- Être en fonction au moment de la collecte des données ;
- Avoir participé activement à la mise en œuvre ou au suivi de la réforme ;
- Être un professionnel directement impliqué dans l'implémentation de la réforme en tant qu'infirmier ou gestionnaire au sein des ASD ou de la FASD ;
- Avoir une expérience directe avec les outils et formations mises en place.

Ces critères permettent de garantir la pertinence des données recueillies en relation directe avec les objectifs de mon étude.

3.2.2.2. Recrutement des participants

Le processus de recrutement des participants à l'étude a été mené de manière électronique, à travers l'envoi de mails personnalisés envoyés uniquement après avoir obtenu l'aval du Directeur du Département Infirmiers (DDI) de la FASD pour contacter les directions des soins infirmiers (DSI) des ASD. Une demande d'autorisation a également été soumise aux DSI, visant à obtenir leur accord explicite pour solliciter des membres de leur personnel infirmier. Cette démarche incluait, avec leur consentement, la transmission d'une liste de professionnels susceptibles d'être contactés pour participer à l'étude.

Chaque mail d'invitation était accompagné d'une brève présentation de mon sujet d'étude, ainsi que d'une explication claire des objectifs des entretiens (Annexes 2 et 3). Cette approche a permis de garantir l'adhésion des participants et de faciliter l'organisation des entretiens.

3.2.2.3. Considérations éthiques

L'étude respecte les principes éthiques suivants : le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité, ainsi que le droit de retrait.

3.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés individuellement à distance via Microsoft Teams, enregistrés avec l'accord préalable explicite des répondants. Chaque entretien a duré entre 30 et 45 minutes, et certains plus d'une heure. La période d'enquête s'est déroulée du 17/03/2025 au 10/04/2025. Au total, 16 entretiens ont été conduits.

Deux guides d'entretiens spécifiques (Annexes 4 et 5) ont été conçus et adaptés au profil des répondants (infirmiers, directions des soins infirmiers et responsable du logiciel AllSoftPlus®) : un guide était dédié aux DSI et au responsable du logiciel AllSoftPlus®, tandis que l'autre aux infirmiers.

Les guides ont été construits sur base du modèle EPIS développé par Aarons et ses collaborateurs (2011), délimités selon les phases d'implémentation active et de pérennisation de la réforme avec l'utilisation des indicateurs de Proctor (2011), tout en offrant la possibilité aux répondants de s'exprimer librement sur leurs expériences, difficultés, et suggestions d'améliorations.

Les deux guides d'entretiens s'organisent en trois parties distinctes :

La première partie introductive aborde la présentation générale des répondants, comprenant : leur fonction, leur ancienneté et responsabilités au sein des ASD

La deuxième partie concerne spécifiquement la phase d'implémentation active du modèle EPIS : Comme vu précédemment, cette phase correspond à la mise en œuvre concrète des stratégies organisationnelles développées par les ASD et la FASD pour accompagner la réforme. Les questions posées visent donc à explorer précisément :

- La perception et l'acceptabilité des stratégies mises en place (formations, accompagnement, adaptation du dossier soins de plaie numérique) ;
- Les ressources disponibles (temps, outils, soutien hiérarchique) pour appliquer efficacement les nouvelles pratiques ;
- Les impacts ressentis sur l'organisation quotidienne du travail et les éventuelles difficultés rencontrées.

La troisième partie du guide traite la phase de pérennisation selon le modèle EPIS : Cette phase concerne la pérennité des nouvelles pratiques introduites et leur intégration à long terme dans les habitudes professionnelles. Les questions posées visent donc à comprendre :

- La perception des professionnels sur le maintien durable des nouvelles pratiques ;
- Les mécanismes et facteurs qui facilitent ou, au contraire, compliquent ce maintien à long terme ;
- Le soutien organisationnel reçu et les éventuels besoins identifiés par les professionnels pour assurer une réelle pérennisation.

3.4. Traitement et analyse des données

L'analyse des données recueillies telle que définie par Braun & Clarke (2006), a été appliquée, permettant d'identifier, organiser et interpréter de manière systématique les thèmes émergents à partir des entretiens menés. J'ai utilisé l'outil de retranscription Microsoft 365 Stream® pour convertir les entretiens enregistrés en texte. L'analyse des données s'est appuyée sur une approche de contenu thématique. Après avoir procédé à une lecture attentive et répétée de l'ensemble des entretiens, j'ai réalisé un surlignage manuel des passages significatifs, en lien avec la question de recherche et les objectifs poursuivis. Ce travail de repérage a permis la composition d'un système de codage structuré autour de catégories thématiques émergentes et déjà conçues via le cadre EPIS.

3.5. Gestion des biais et mesures d'atténuation

Compte tenu de ma position au sein de la FASD, plusieurs biais potentiels avaient été anticipés, car ils sont inhérents à toute approche qualitative. Je vous présente ci-dessous les mesures que j'avais mises en œuvre pour les atténuer :

- **Biais de désirabilité sociale** : Les participants avaient pu être influencés par ma position au sein de la FASD. En connaissant mon rôle, certains avaient peut-être adapté leurs réponses pour dire ce qu'ils pensaient que j'aurais voulu entendre. Par exemple, certains répondants ont peut-être mis davantage en avant les points positifs des stratégies ou minimisé leurs difficultés, pensant que cela correspondait à mes attentes. Pour limiter ce biais, j'ai mené les entretiens avec une posture aussi neutre que possible, en précisant bien que leurs réponses resteraient anonymes.
- **Biais de relation hiérarchique** : Il était possible que certaines participants – notamment les directions en soins infirmiers ou les infirmières en chef - aient adapté leur discours en fonction de leur position hiérarchique par rapport à moi, sachant que je rapporte à des instances telles que la Faculté de santé publique ou à mon N+1, également co-promoteur de ce mémoire. Ces personnes avaient pu présenter une version idéalisée de leurs actions. Pour limiter ce biais, j'avais pris soin de bien distinguer clairement mon rôle de chargée de mission de ma position de chercheuse. J'avais également veillé à

diversifier les profils interrogés (infirmiers, DSI, responsables d'AllSoftPlus®) afin de croiser les regards et équilibrer les perceptions recueillies.

- **Biais d'interprétation :** Ma proximité avec les stratégies étudiées avait pu influencer ma manière d'analyser et de comprendre les données. Par exemple, j'avais parfois tendance à considérer certaines critiques comme des cas isolés, ou à en minimiser l'importance. Pour atténuer ce biais, j'avais mis en place une triangulation des données, en croisant les propos des infirmières, des DSI et du responsable AllSoftPlus® avec l'analyse de documents - comme les dossiers soins de plaie ou les procès-verbaux de réunions DSI. Cela m'avait permis de prendre du recul et de réduire le risque d'interprétations trop subjectives.
- **Biais d'accès :** Mon rôle au sein de la FASD a assurément facilité l'accès aux participants. Cependant, cette position avait également pu introduire un biais de proximité, en limitant la diversité des points de vue recueillis. En effet, j'avais été amenée à solliciter en priorité des professionnels avec lesquels j'avais déjà des liens de travail, ou qui étaient plus impliqués dans les réflexions autour de la réforme. Afin de limiter cet effet de sélection, j'ai intentionnellement élargi mon échantillon à des profils moins engagés dans ces discussions, et avec lesquels j'entretenais moins d'affinités personnelles ou professionnelles.
- **Biais lié à la rétrospection :** Comme la réforme est entrée en vigueur le 1er décembre 2022, les participants avaient pu raconter leur expérience passée avec un regard influencé par ce qu'ils vivent aujourd'hui. Par exemple :
 - Certains pensaient que tout s'était bien passé, car les choses fonctionnaient désormais correctement, oubliant parfois les difficultés du début.
 - D'autres, encore confrontés à des obstacles, avaient tendance à exagérer les problèmes rencontrés au début.

Dans mon étude, ce biais avait pu affecter la manière dont les infirmiers et les DSI racontaient ce qu'ils avaient vécu vis-à-vis des stratégies mises en place. En effet, les réponses des participants dépendaient souvent de leur situation actuelle (au moment de l'entretien) : s'ils étaient satisfaits, s'ils utilisaient bien les nouveaux outils, ou s'ils rencontraient encore des blocages.

De plus, ma position au sein de la FASD avait pu également renforcer ce biais de deux manières :

1. Par ma relation avec les participants : sachant que je travaille à la FASD, certains ont pu adapter leurs propos pour chercher à donner une image plus positive de l'implémentation. D'autres, au contraire, ont pu accentuer leurs critiques pour faire passer un message sur les choix organisationnels de la FASD.
2. Par mon interprétation : Ayant moi-même participé à la mise en place des stratégies, j'avais pu inconsciemment interpréter les critiques comme un manque d'appropriation par le personnel, alors qu'elles étaient peut-être liées à des problématiques organisationnelles plus profondes.

Pour limiter ce biais, j'ai pris plusieurs précautions, telle que dans la formulation de mes questions qui étaient précises et centrées sur des faits concrets. J'ai également pu croiser les témoignages avec d'autres données factuelles auxquelles j'ai pu avoir accès dans le cadre de ma position à la FASD (PV de réunion DSI, dossier soins de plaie, etc.). Cela a pu m'aider à identifier d'éventuels écarts entre les souvenirs de mon public cible et la réalité documentée à l'époque. Enfin, la triangulation des données en comparant les retours des infirmiers et des DSI avec celui du responsable AllSoftPlus®, m'ont également permis d'obtenir une vision plus nuancée et mieux cerner les différences de perception entre les acteurs.

Conclusion : L'approche qualitative choisie dans ce mémoire se révèle pertinente pour mieux comprendre comment la réforme des soins de plaie a été mise en œuvre dans les ASD, en lien avec les stratégies déployées par la FASD et les centres ASD. Pour cela, j'ai eu recours à des entretiens semi-directifs, menés auprès de participants issus de différents niveaux hiérarchiques. Ces témoignages ont permis de recueillir une pluralité de vécus et de perceptions. Ces choix méthodologiques visent à répondre aux objectifs fixés, c'est-à-dire : analyser la manière dont les stratégies ont été reçues et vécus par les professionnels et identifier les éléments qui ont facilité ou freiné leur adhésion. Plusieurs biais potentiels avaient été identifiés préalablement à la collecte des données ; j'ai tenté de les minimiser autant que possible notamment par la formulation précise de mes questions, la triangulation des données et la diversité des profils interrogés.

Chapitre 4 – Résultats

Cette section vise à exposer de manière descriptive les résultats issus des entretiens menés auprès des infirmiers, des directions soins infirmiers et du responsable du logiciel métier AllSoftPlus®, tous impliqué dans la mise en œuvre de la réforme des soins de plaie. L'objectif ici est de rendre compte les discours recueillis, sans interprétation.

Les résultats sont organisés par grandes thématiques construites à partir du cadre EPIS et des indicateurs proposés par Proctor (2011). Ils mettent en lumière la dimension ambivalente dans les leviers et les freins identifiés, tant dans la phase d'implémentation active que dans celle de pérennisation de la réforme.

4.1. Description de mon échantillon

J'ai interrogé 16 personnes (n=16) provenant de 4 centres ASD différents. Tous les participants remplissaient les critères d'inclusion définis avant la collecte des données : ils occupaient une fonction en lien direct avec la mise en œuvre de la réforme des soins de plaie et avaient une expérience concrète des outils et des stratégies organisationnelles mises en place par la FASD et les ASD.

L'ensemble des répondants étaient des femmes, à l'exception du responsable du logiciel AllSoftPlus®. La tranche d'âge variait entre 30 et 62ans. En moyenne, ils avaient plus de 10 ans d'ancienneté au sein des ASD.

Les répondants sélectionnés sont regroupés selon la catégorie suivante :

Infirmiers

- 2 infirmières, autrement appelées infirmières de « terrain » ;
- 3 infirmières en chef adjoint (ICA), responsable de l'accompagnement quotidien des équipes sur le terrain ;
- 3 infirmières en chef (IC), responsable de l'équipe infirmière sur un secteur de l'ASD ;
- 3 infirmières relais en matière de soins de plaie (IRSP), expérience reconnue dans la prise en charge des soins de plaie.

Directions Soins Infirmiers (DSI)

- 4 directions des soins infirmiers, responsable de la coordination stratégique et opérationnelle de la réforme dans son ASD.

Responsable du logiciel métier

- 1 responsable du logiciel métier AllSoftPlus®, impliqué dans la création et l'adaptation du dossier soins de plaie indispensables à l'application concrète de la réforme.

4.2. Analyse des résultats : présentation des thématiques émergentes

Afin de structurer l'analyse des résultats, les thématiques présentées (Annexe 8) ci-dessous sont celles qui apparaissent comme les plus récurrentes et les plus significatives par rapport à ma question de recherche. Tout d'abord, j'ai présenté chaque thématique à partir de ce qui l'a fait émerger dans les discours. Ensuite, j'ai analysé celles-ci en m'appuyant sur les indicateurs de Proctor et les dimensions du modèle EPIS, en me concentrant sur les phases d'implémentation et de pérennisation. Enfin, j'ai mobilisé 2 à 3 verbatims en illustrations, choisis pour leur force descriptive de la thématique, qui vient compléter l'analyse.

Un des premiers résultats de mon travail, est que les thématiques identifiées dans le discours des répondants présentent une dimension ambivalente. Cela signifie qu'une même thématique peut être perçue de manière positive ou négative selon les personnes, ou encore vécue de façon contradictoire. Cette ambivalence reflète la complexité des réalités de terrain et la diversité des expériences liées à la mise en œuvre des stratégies.

4.2.1. Utilisation de l'outil numérique « Dossier soins de plaie » à partir du logiciel AllSoftPlus® : avantages perçus et défis d'appropriation

L'utilisation du logiciel AllSoftPlus® pour compléter le dossier soins de plaie, imposé dans le cadre de la réforme des soins de plaie, constitue une thématique centrale des entretiens réalisés. Ce thème a fait ressortir à la fois des aspects positifs – comme une meilleure traçabilité des soins, un accès rapide aux informations, et une certaine logique dans le suivi des soins – mais aussi de nombreuses critiques. Les participantes ont souvent pointé des problèmes techniques tels que la lenteur du logiciel, les problèmes de connexion et les bugs informatiques, sans oublier la difficulté d'adaptation pour certaines infirmières moins à l'aise avec le numérique (cela concerne les infirmières plus âgées) comme évoqué par la majorité des répondantes.

Même si la plupart reconnaissent que l'outil aide à structurer les soins, à rappeler les tâches à effectuer et à garder une trace des interventions, le dossier est aussi perçu comme « lourd » et

parfois compliqué à compléter. Plusieurs ont insisté sur la « surcharge » administrative que cela implique, notamment avec l’usage de la tablette, ce qui réduit le temps passé auprès des patients.

Analyse au regard du cadre EPIS et des indicateurs de Proctor

■ Phase d'Implémentation active (adoption, faisabilité, fidélité)

L’un des principaux facteurs ayant favorisé l’adoption du dossier soins de plaie dans le cadre de la réforme des soins de plaie est la co-construction active avec les acteurs de terrain. En impliquant directement les représentants de la FASD (équipe du service informatique et moi-même) et les représentants des ASD, membres du GT SI-HA, dès la phase de conception, AllSoftPlus® a pu ajuster l’outil aux besoins opérationnels réels. Cette collaboration étroite a renforcé la pertinence d’un contenu fonctionnel et ergonomique du dossier soin de plaie, répondant aux attentes et besoins du personnel de soins.

« Je pense que le logiciel, il est bien, il est bien conçu. Il est bien donc ça c'est déjà pas mal. Il n'est pas trop compliqué en soi. Il est clair, net et précis » (R11)

Par ailleurs, l’organisation de sessions d’information et de formation, notamment pour présenter l’outil, en amont de l’implémentation, a constitué un levier important pour anticiper les difficultés d’utilisation. Ces formations ont permis aux équipes infirmières de se familiariser progressivement avec le dossier soins de plaie et de mieux comprendre ses objectifs dans le cadre de la réforme, ce qui a contribué à réduire les résistances liées à l’usage numérique.

« Les formations étaient bien faites et très claires. C'était utile pour anticiper les problèmes d'usage du logiciel. Sans cela, les débuts auraient été beaucoup plus compliqués [...] On a pu poser nos questions et comprendre comment AllSoft fonctionnait, ce qui a réduit nos inquiétudes. » (R14)

Enfin, les fonctionnalités développées, pensées pour simplifier les procédures, ont également joué un rôle facilitateur important. Le tableau d’échéance reprenant les actions à réaliser en lien avec les exigences de la réforme pour le suivi des soins de plaie ainsi que la possibilité d’intégrer directement des photographies de plaie dans le dossier infirmier, ont permis un gain de temps et une meilleure traçabilité. Cette ergonomie a été particulièrement appréciée par les infirmières et les DSI, qui y voient un appui concret à l’amélioration de la qualité des soins. De plus, plusieurs répondantes estiment que, une fois maîtrisé, l’outil allège la charge cognitive en

automatisant certaines tâches (rappel, encodage des données etc.), ce qui améliore l'efficacité du suivi.

« Ce qui est bien pensé, c'est qu'on a tout directement sous les yeux : les actions à réaliser, les fréquences, les photos. Ça aide énormément pour la qualité des soins, ça apporte une vraie sécurité [...] Le fait de pouvoir prendre une photo de la plaie directement et de la mettre dans le dossier, ça change tout. On gagne du temps et on est plus précis dans le suivi » (R14)

« Le tableau de bord est clair, on sait tout de suite où on en est dans la prise en charge. Ça nous aide à ne rien oublier et à mieux coordonner. » (R3)

■ Phase de Pérennisation (pénétration, pertinence, durabilité)

Au stade de la pérennisation, plusieurs éléments relevés dans les discours mettent en lumière l'intégration progressive mais différenciée du logiciel AllSoftPlus® dans les pratiques professionnelles. Sur le plan de la pertinence, l'outil numérique est globalement perçu comme adapté aux exigences opérationnelles et réglementaires du suivi des soins de plaie. Il contribue à la structuration des pratiques, notamment via des fonctions spécifiques comme la photographie de la plaie à J+14. Cette conformité technique est saluée par plusieurs répondantes, notamment pour sa capacité à répondre à la fois aux obligations de l'INAMI et aux besoins du terrain.

« Franchement le dossier soins de plaie il est bien fait, tu as les rappels, tu sais que dans 5 jours, tu dois faire ta photo et la communication au médecin. Tu dois envoyer donc tout est simplifié, enfin tout est facile. » (R3)

Enfin, le responsable d'AllSoftPlus® souligne que certaines difficultés attribuées à l'outil relèvent en réalité d'une incompréhension des règles de la réforme, et non d'une tâche supplémentaire :

« Les équipes ne voient pas toujours que certaines fonctionnalités sont là pour répondre aux exigences INAMI. Donc, si ce n'est pas bien expliqué, ils vont juste penser que c'est du remplissage inutile. » (R16)

Le dossier soin de plaie informatisé a été conçu pour être durable et adaptable. Les ajustements initiaux ont été testés, validés par le personnel de terrain (GT SI-HA), et des évolutions post-implémentation ont été réalisées. Ce dossier a permis d'assurer une certaine fluidité dans la transition vers les nouvelles pratiques de soins de plaie, tout en assurant un alignement avec les exigences légales et les attentes du terrain.

Les retours des directions confirment cette orientation, en valorisant la réactivité du responsable du logiciel AllSoftPlus® comme levier d'appropriation sur le long terme :

« Une entreprise AllSoft qui est très réactive et qui peut à tout moment donné ajuster certaines choses pour justement faciliter le travail. Je pense que ça, c'est une richesse aussi. » (R10)

Malgré ces éléments facilitateurs, la publication obligatoire des dossiers sur le Réseau Santé Wallon (RSW)/le Réseau Santé Bruxellois (RSB), en soutien à la communication avec le médecin, a été perçue comme une source importante de complexité technique et administrative. Ce processus, bien qu'aligné sur les exigences légales de partage de l'information du suivi des soins de plaie, a ajouté une couche supplémentaire de « formalités » pour les équipes. Plusieurs intervenantes ont signalé que cette contrainte administrative, couplée à certaines lenteurs techniques du système, à des contextes de travail où le réseau internet est peu performant ou instable, ont pu constituer un frein à une utilisation fluide de l'outil. Outre cette tension entre cadre numérique et réalité d'accès ou de connectivité, des difficultés liées aux interactions professionnelles n'encouragent pas les infirmières à compléter le dossier soins de plaie :

« Donc en fait l'obstacle, c'est vraiment que la communication est censée être améliorée mais puisque le médecin ne va pas consulter ça reste un obstacle. [...] La communication sur le RSW voilà, on a des problèmes de réseau qui font que tout n'est pas faisable sur le moment » (R13)

« On a des médecins clairement qui nous disent qu'ils ne vont pas voir sur le Réseau Santé Wallon. [...] Ils préfèrent un coup de téléphone, voire WhatsApp. » (R3)

Ces extraits expriment également qu'au-delà de la qualité du logiciel, la réussite pérenne de son utilisation dépend également de l'adhésion collective acteurs concernés (collaboration avec les médecins).

4.2.2. Soutien organisationnel et accompagnement des personnes ressources (IRSP, DSI, IC, ICA) : entre appui structurant et dépendance fragilisante

Les participantes ont souvent évoqué le rôle clé du soutien organisationnel. Celui-ci est principalement assuré par les infirmières relais en soins de plaie (IRSP), présentes sur le terrain pour apporter des conseils sur le suivi et le traitement des soins de plaie. Ce soutien est également renforcé par les directions des soins infirmiers (DSI) et les responsables directes

(ICA/IC), et il est perçu comme un levier facilitateur lorsqu'il est effectivement présent. Cet appui se manifeste par une accessibilité de la hiérarchie, des relais internes mobilisés, et des temps de formation adaptés. Il permet de créer un climat de confiance, de réduire les résistances et de rassurer sur les pratiques liées à l'encodage ou à l'interprétation des nouvelles normes.

« Elle [la DSI] est toujours disponible, donc c'est ça qui est bien aussi chez nous. [...] Donc voilà, oui non franchement à ce niveau-là on s'est senti, on s'est senti soutenu [...] ma chef est assez humaine et assez à l'écoute que pour ça, que pour nous compter un petit temps de travail en plus, je pense. » (R11)

Analyse au regard du cadre EPIS et des indicateurs de Proctor

■ Phase d'Implémentation active (adoption, faisabilité, fidélité)

Dès les premières étapes de la mise en œuvre, le rôle des personnes ressources a été déterminant pour favoriser l'adoption de la réforme. Dans de nombreuses ASD, les infirmières relais en soins de plaie (IRSP) et/ou les IC/ICA ont été mobilisées pour organiser des formations, accompagner les professionnels sur le terrain, répondre aux interrogations liées à la réforme et à l'utilisation du dossier soins de plaie dans AllSoftPlus®.

« On ne nous a pas lâchées. J'ai eu ma DSI au téléphone un dimanche parce qu'on n'y arrivait pas. Et elle a pris le temps. » (R2)

« Les référentes en soins de plaie étaient toujours disponibles. Et même s'il y avait un doute, on pouvait envoyer une photo. » (R15)

Cela a favorisé la faisabilité du processus, en apportant des réponses rapides aux blocages techniques des soins ou réglementaires. La fidélité à la réforme a également été soutenue grâce à une transmission structurée de l'information et une surveillance que les bonnes pratiques étaient appliquées.

« Les adjointes contrôlaient les dossiers, elles nous disaient si on avait bien mis les bonnes classes de plaie. » (R9)

Cependant, des effets doubles apparaissent en lien avec le rôle des personnes ressources : la forte sollicitation de leur hiérarchie (ICA, IC) a parfois généré une forme de dépendance nuisant à l'autonomie « souhaitée » des infirmières. En effet, certaines répondantes tendent à reporter régulièrement les questions, incertitudes ou voir même la complétude du dossier sur leurs responsables, considérés comme garants du bon usage du dossier ou de l'interprétation des

normes de la réforme. Cette sollicitation excessive des chefs, bien qu'animée par la volonté de « bien faire », peut paradoxalement freiner au développement de l'autonomie professionnelle que la réforme vise à encourager.

« On sent parfois qu'elles attendent qu'on corrige, qu'on valide... alors que justement, le but était de les rendre plus autonomes. » (R8)

« Il y a des infirmières qui n'osent pas faire seules, ou qui se disent que l'IRSP ou l'adjointe repassera derrière. » (R15)

Ce phénomène reflète une tension entre deux logiques organisationnelles : d'une part, celle du soutien de proximité, réactif et structurant ; d'autre part, celle de la responsabilisation individuelle, indispensable à la professionnalisation des pratiques. Lorsque la référente ou la chef devient une solution systématique aux difficultés rencontrées, le processus d'appropriation est mis à mal.

■ Phase de Pérennisation (pénétration, pertinence, durabilité)

L'accompagnement post-formation par les personnes ressources a permis une meilleure pénétration des outils et procédures dans les équipes, mais des enjeux de durabilité se posent, notamment face aux départs de référentes ou à la surcharge de certaines fonctions.

Si la réforme a pu bénéficier d'un encadrement fort via les DSI, IC et ICA, ce soutien structurel n'est pas sans tensions. En effet, plusieurs discours recueillis révèlent que l'accompagnement de proximité, bien que sécurisant, s'est parfois converti en une forme de contrôle ressentie comme une injonction au respect strict des normes plutôt qu'un appui au développement des compétences. Cette dynamique peut engendrer une dépendance aux figures d'autorité au détriment de l'autonomisation souhaitée dans les pratiques infirmières. Une DSI témoigne de la nécessité que ces IC doivent rester « *derrière pour [...] vérifier que tout est bien complété, qu'il n'y a pas de deadline dépassée* » (R7)

« Mais le problème c'est que si on ne le suit pas [le dossier], ça veut dire qu'après on peut rater des prolongations de pansements dans AllSoft. [...] Ça engendre quand même pas mal de soucis après, qu'il faut récupérer si on ne va pas régulièrement dedans pour vérifier. » (R8)

« Donc on est, on a quand même ce rôle de contrôle [...] que chaque personne fasse ce qu'il a à faire. [...] On vérifie par exemple au niveau des dossiers soin de plaie, une fois par semaine, les infirmiers chefs adjoints regardent aussi au niveau des actions à faire » (R14)

Pour résumer, le soutien humain (IRSP, IC, ICA, DSI) est apparu comme un élément central de réussite dans la phase d'implémentation, en contribuant à l'adoption et à la faisabilité de la réforme. Il s'est concrétisé à travers la formation, le suivi, l'écoute et la réactivité. Néanmoins, sa pérennité repose sur un équilibre entre accompagnement et autonomisation. Pour que ce soutien reste pertinent et durable, il est essentiel de renforcer la reconnaissance de ces rôles et d'encourager une responsabilisation progressive des équipes infirmières.

4.2.3. Importance des supports et outils pédagogiques : Une aide précieuse... ou une accumulation de support ?

La thématique de l'importance des supports et outils pédagogiques émerge de manière récurrente dans l'ensemble des entretiens menés avec les répondantes. Nombreuses professionnelles évoquent spontanément les fiches techniques, les schémas récapitulatifs, les supports visuels, ou encore les QR codes mis à disposition dans le cadre de l'implémentation de la réforme. Ces supports sont fréquemment décrits comme des facilitateurs, permettant une visualisation rapide et une appropriation progressive des nouvelles normes. Leur usage est perçu comme rassurant, notamment en période de transition, car ils offrent un cadre commun aux personnes de terrain. Les résultats montrent une complémentarité marquée entre la FASD et les ASD. Alors que la FASD a apporté un soutien stratégique et de structuration initiale à travers les outils comme le souligne une DSI « *pour en revenir à cette fameuse formation, on a eu un PowerPoint super nickel de la FASD avec pas mal d'informations.* » (R10) ; Les DSI des ASD, elles, ont pris en charge un rôle opérationnel majeur sur la gestion quotidienne des pratiques sur le terrain à travers leurs personnels de soins (infirmiers de terrain, ICA, IRSP et IC). Les ASD ont adopté la réforme en adaptant leurs ressources aux réalités du terrain avec une « forte » charge de travail liée au suivi quotidien des équipes.

La majorité des répondantes ont mis en évidence la répartition des actions entre la FASD et les ASD, récapitulée de manière synthétique dans le tableau présenté en annexe 8.

Analyse au regard du cadre EPIS et des indicateurs de Proctor

■ **Phase d'Implémentation active (adoption, faisabilité, fidélité)**

Les supports conçus par la FASD (note de service, fiches techniques, syllabus, PowerPoint : schémas de procédure, QR codes, etc.) ont constitué des leviers d'adoption puissants en phase d'implémentation. Ils ont permis de rendre la réforme concrète dès son déploiement, favorisant

ainsi une appropriation initiale par les professionnelles. Ces outils ont par la suite été utilisés et adaptés aux réalités des ASD. Les répondantes ont particulièrement apprécié leur diversité et leur caractère visuel ont permis d'engager l'adhésion des infirmiers à la réforme.

« On est parti quand même des outils de la FASD. Ils ont parfois été un peu adaptés mais on est parti de là [...] Il y avait ce QR code qu'on pouvait scanner par rapport à la nouvelle implémentation. Il y avait des liens directs vers le site de la FASD. [...] Et nous, on pouvait aussi s'appuyer sur ces supports pour redonner l'information et la formation aux médecins généralistes dans leur cercle. » (R1)

« Les fiches techniques, certainement encore à l'heure d'aujourd'hui, quand on a un doute, on les consulte. [...] C'est vraiment un peu notre cahier de bord. [...] On va trouver les réponses dans nos fiches techniques. » (R14)

Ces extraits confirment que les supports pédagogiques, variés et bien pensés lors de la préparation (étape qui précède l'implémentation), ont été perçus comme des leviers importants pour faciliter l'adoption à la réforme et à la compréhension des nouvelles procédures.

Cependant, cette thématique s'est également construite à travers une série de critiques exprimées : redondance entre les supports, manque de mise à jour, ou encore absence de clarté pour certains profils. Plusieurs intervenantes rapportent une surcharge documentaire peu lisible et un manque de structuration dans la diffusion de ces outils au sein de leur ASD.

■ Phase de Pérennisation (pénétration, pertinence, durabilité)

D'un côté, les supports sont perçus comme de véritables facilitateurs d'appropriation (visuels, pratiques, facilement consultables). De l'autre, des difficultés sont soulevées concernant leur mise à jour, leur accessibilité universelle (certaines infirmières y sont peu réceptives) ou les risques d'interprétations. En effet, les supports sont perçus comme pertinents lorsqu'ils sont contextualisés et adaptés aux réalités professionnelles (format papier, langage clair, visuels synthétiques). Toutefois, une discordance apparaît lorsqu'ils sont perçus comme trop théoriques ou éloignés des pratiques du terrain.

« Il y a des documents utiles, mais parfois on ne sait plus où chercher. Il faudrait une sorte de résumé avec l'essentiel. » (R15)

« On a mis aussi en place des supports avec des lignes du temps, [...] elles ont été imprimées et plastifiées pour que les infirmières l'aient à leur disposition. [...] Cette échelle du temps les a vraiment aidées à avoir une vision claire du trajet de la plaie et des interventions à réaliser. » (R1)

Les outils qui ont été établis dans la pratique (disponibles en salle de réunion, intégrés aux formations continues) semblent plus durables. Néanmoins, leur maintien dépend fortement de la mise à jour régulière et de l'investissement des personnes ressources pour les faire vivre dans le temps. Plusieurs répondantes ont exprimé le besoin d'enrichir les outils pédagogiques et opérationnels existants par des supports visuels ou interactifs supplémentaires. Ces suggestions visent à consolider l'intégration des nouvelles pratiques dans le quotidien professionnel, en tenant compte des spécificités d'apprentissage des équipes. Ces outils seraient perçus comme des leviers pour prolonger l'effet de la formation initiale, renforcer la pénétration et maintenir la rigueur nécessaire dans la tenue des dossiers de soins de plaie.

Au-delà des supports pédagogiques fournis par la FASD et ceux adaptés par les ASD, plusieurs répondantes ont exprimé des recommandations concrètes visant à renforcer la pénétration et la durabilité des pratiques induites par la réforme. Ces suggestions témoignent d'un besoin partagé d'outils complémentaires, plus interactifs, adaptables et ciblés selon les profils d'apprentissage ou encore l'âge des professionnels. Certaines professionnelles, en particulier les DSI, les infirmières relais et également le responsable du logiciel métier ont insisté sur la nécessité de développer des supports visuels, tels que des capsules vidéo, permettant de rappeler les bonnes pratiques et les jalons à respecter (notamment la prise de photo à J14 ou la classification correcte des plaie).

« Prendre un petit coup une vidéo, peut-être pas si mal. « Ah je commence mon soin. Oh, nous sommes le jour 14 je pense bien à faire l'évaluation etc. ». Tu vois de faire des petites vidéos qui pourraient... comment on appelle ça ? Des capsules vidéo tutoriels. Peut-être que ça serait un support supplémentaire plus visuel... parfois elles retiennent mieux que de devoir lire. »
(R1)

« Peut-être pour les plus vieilles, avoir des formations un peu plus poussées où on leur met clairement une tablette et on leur projette une plaie sur le tableau... réaliser peut-être un dossier avec elle pour leur montrer... Je pense que ce serait plus bénéfique en petits groupes. »
(R11)

« Je crois beaucoup aux aides en ligne, intégrées à l'outil, sous forme de petites vidéos de 2-3 minutes. Pas des manuels de 50 pages. Il faut pouvoir rappeler une consigne sans quitter le logiciel. »
(A1)

4.2.4. Qualité et efficacité des formations : Des formations structurantes mais contrastées selon les ASD

La qualité et l'efficacité des formations ont été abordées de manière récurrente dans l'ensemble des entretiens réalisés. Cette thématique émerge surtout lorsque les répondantes évoquent les dispositifs d'accompagnement proposés lors du déploiement de la réforme des soins de plaie, en particulier les formations organisées par la FASD et relayées par les ASD. Plusieurs infirmières et directions ont fait part de leurs retours sur le contenu, la temporalité, la forme et les retombées concrètes de ces formations. Les discours recueillis mettent en évidence à la fois des effets positifs reconnus et des limites rapportées en termes d'adaptation ou de continuité pédagogique.

« Le PowerPoint préparé par la FASD a été repris partout, y compris dans des cercles infirmiers en dehors de l'ASD. » (R10)

« Moi, j'ai trouvé que les formations étaient claires et qu'on a bien compris comment remplir le dossier, ça nous a rassurées. » (R15)

Concernant la formation, si les supports FASD ont été jugés clairs, certaines infirmières ont exprimé un besoin de davantage de formation continue, contextualisée et en petits groupes comme le souligne une infirmière de terrain : *« On a eu une fois la formation, mais après il n'y avait pas de suivi. » (R5)*. La faisabilité des apprentissages a aussi parfois été remise en question dans les entretiens. Certaines participantes ont souligné une densité d'informations trop élevée, des formats peu adaptés aux niveaux de maîtrise hétérogènes, et une absence de relance :

« C'était bien fait, mais parfois j'aurais voulu un truc plus pratique, pas juste des slides. » (R14)

« Pour certaines, c'est trop technique, elles ont lâché. » (R8)

Analyse au regard du cadre EPIS et des indicateurs de Proctor

■ Phase d'Implémentation active (adoption, faisabilité, fidélité)

L'analyse des discours des infirmières et directions recueillis dans les différents entretiens fait apparaître que les formations organisées dans le cadre de l'implémentation de la réforme des soins de plaie ont constitué un levier structurant en phase initiale. En effet, elles ont permis de vulgariser les enjeux réglementaires, d'illustrer les nouvelles procédures à suivre, et de favoriser une première appropriation du dossier soins de plaie numérique dans AllSoftPlus®.

Les formations initiales ont été organisées en amont ou au début de l'implémentation de la réforme, selon les différentes ASD. Elles visaient à introduire les nouvelles exigences en matière de soins de plaie et à expliciter les outils disponibles, notamment le dossier numérique AllSoftPlus®. Ces formations ont représenté une des premières stratégies visibles de mise en œuvre. Elles ont été perçues de manière ambivalente par les professionnelles de terrain. Certaines participantes ont apprécié la clarté des formations et leur utilité dans la pratique.

D'autres, en revanche d'autres ont regretté qu'elles soient trop courtes, trop denses, qu'il n'y ait pas de suivi après la formation, ou qu'elles ne tiennent pas compte des différences de niveaux entre les membres des équipes. Cela montre un décalage entre l'intention initiale des dispositifs de formation (stratégies formelles) et les besoins réels du terrain, notamment en matière de formation continue, d'exemples concrets, ou de formats plus accessibles pour les personnes moins à l'aise avec les outils numériques.

« Toutes les stratégies mises en place ont été bonnes, mais pour certaines, il aurait peut-être fallu une plus longue formation. [...]Une formation en petits groupes où on fait ensemble le dossier, ce serait beaucoup plus bénéfique. » (R11)

« Peut-être faire des formations en plus petits groupes, vraiment, avec un formateur qui est plus attentif à 2-3 personnes parce que ces infirmières-là, même si on fait les formations en général, elles ont des difficultés encore après. » (R8)

La pertinence du contenu des formations est jugée variable selon les attentes des professionnelles : certaines les ont trouvées bien ciblées, d'autres auraient souhaité un contenu plus adapté à leurs réalités cliniques.

« On aurait aimé avoir des cas concrets, pas juste les slides. » (R3)

« C'était trop général. Nous, sur le terrain, on a des situations très spécifiques. » (R1)

Plusieurs répondantes ont également souligné un manque d'harmonisation entre les ASD dans la qualité ou la profondeur des formations reçues. Cela a parfois affecté la fidélité à certaines procédures, ou retardé l'appropriation des outils et méthodes. J'observe également une variabilité importante dans les pratiques entre les différentes ASD (ASD 1, 2, 3 et 4). Bien que toutes ont reçu la même formation initiale de la FASD, des infirmières n'appliquent pas la législation de manière uniforme. Cette hétérogénéité semble résulter de difficultés d'appropriation ou de différences de compréhension des consignes. Plusieurs répondantes ont exprimé ce constat au fil des entretiens :

« Donc on est revenu beaucoup de fois vers Edgard (DDI à la FASD) pour demander, parce qu'on pratiquait tous de façon différente. [...] Ce qui a été décidé n'est pas suivi par tout le monde de la même façon. » (R12)

« Je ne saurais plus te dire si exactement on a répliqué ce qui avait été fait à la FASD au niveau des ASD [...], probablement qu'il y a dû y avoir des choses qui ont été adaptées au niveau de mon ASD comparé à ce qui nous avait été présenté au départ. » (R10)

« La feuille plastifiée, on a fait un recto verso avec deux échelles, ça c'est plus au niveau de l'ASD qu'on a décidé lesquels on mettait et comment et pourquoi [...] On a peut-être adapté dans la présentation au niveau des équipes, ce qu'on estimait le plus nécessaire. » (R1)

■ Phase de Pérennisation (pénétration, pertinence, durabilité)

Au fil du temps, les formations ont continué d'être utilisées comme support à la consolidation des pratiques. Dans certaines ASD, elles ont été réactualisées ou prolongées par des séances internes, en fonction de l'évolution des besoins. Le besoin de rappels réguliers, de formations complémentaires en petits groupes et d'outils pédagogiques plus visuels ou modulaires est fréquemment exprimé par les répondantes, soulignant l'importance d'un apprentissage progressif et renouvelé.

« On a mis des formations une fois par mois. Il y a une formation AllSoft où on revoit la base [...] mais là j'aimerais bien qu'on approfondisse avec les difficultés liées aux dossiers soins de plaie : mais qui partent de leurs difficultés à elles. Donc qu'on puisse monter une formation en partant des difficultés sur le terrain. » (R13)

« Dès qu'on a une formation, en général, les dossiers de soins de plaie sont mieux faits pendant X mois. Et puis on a de nouveau une petite relâche. [...] Donc moi je pense qu'il ne faudrait peut-être pas chaque année, mais refaire quand même un petit rappel. » (R8)

Les retours des professionnelles interrogées convergent vers une reconnaissance de l'utilité des formations organisées dans le cadre de l'implémentation de la réforme. Perçues comme structurantes, ces formations ont constitué un levier important d'appropriation des pratiques exigées. Cependant, le contenu de la formation a été jugé comme insuffisamment adéquat par une partie des répondantes, en raison d'un manque de lien avec les réalités du terrain ; les attentes en termes de formation étaient diverses selon les contextes locaux. Certaines ASD ont pris l'initiative de mettre en place des formations de rappels ou d'autres stratégies de formation continue, tandis que d'autres ne l'ont pas fait. Cela conditionne l'ancrage des savoirs et donc la pérennité des pratiques. Les retours recueillis révèlent donc une perception contrastée

de l'efficacité des formations, en fonction des ASD, du contenu proposé et de l'accompagnement post-formation. Ces constats appellent à un renforcement de l'harmonisation et de la continuité pédagogique pour soutenir la pérennisation des pratiques.

4.2.5. Charge administrative et manque de temps : Un frein fréquent à l'appropriation, mais parfois perçu comme un levier de valorisation

Bien que centrée sur les stratégies mises en œuvre par la FASD et les ASD, mon étude a fait émerger une autre thématique très fréquemment évoquée par les professionnelles rencontrées : la charge administrative. Même si cette thématique ne relève pas directement de l'objet principal de ma recherche, sa récurrence dans les discours justifie son intégration dans cette section des « Résultats ». Cette présence marquée peut s'expliquer, en partie, par une confusion ou un amalgame entre les obligations fixées par la réforme (traçabilité, documentation des soins, publication dans le RSW/RSB, tenue d'un dossier de soins plaie) et les modalités concrètes de mise en œuvre accompagnées par les ASD et la FASD.

Il est important de souligner que cette charge perçue résulte principalement d'exigences réglementaires sur lesquelles les structures ont peu de marge de manœuvre. Cependant, certaines stratégies - mises en place par la FASD et les ASD - visant à atténuer les effets de cette complexité administrative sont décrites, car elles s'inscrivent dans le périmètre de mon sujet d'étude. Ainsi, même si la description de cette thématique s'éloigne légèrement de ma question de recherche, elle permet de rendre compte de la réalité essentielle du vécu infirmier. En effet, la question de la charge administrative et du manque de temps a été abordée par de nombreuses participantes, à différents degrés. Une grande partie d'entre elles a évoqué une surcharge ressentie en lien avec l'obligation de documenter systématiquement les soins de plaie via le logiciel AllSoftPlus®.

Cette surcharge renvoie à la perception d'une augmentation importante des tâches « administratives », notamment l'encodage des données, introduite par la réforme. Elle est parfois vécue au détriment du temps dédié aux soins directs auprès des patients, ce qui génère un sentiment de déséquilibre entre les exigences de traçabilité et le cœur du métier infirmier.

Analyse au regard du cadre EPIS et des indicateurs de Proctor

■ Phase d'Implémentation active (adoption, faisabilité, fidélité)

Dès la mise en œuvre de la réforme, la charge administrative associée au dossier soins de plaie est apparue comme un frein majeur à l'appropriation des nouvelles pratiques. L'encodage des données dans le dossier, l'utilisation de codes spécifiques, la prise de photographies sont jugés complexes, chronophages et peu compatibles avec les réalités du terrain. Plusieurs professionnelles rapportent avoir ressenti une augmentation de travail, générant un sentiment de découragement ou de frustration face ces nouvelles obligations de documentation imposées par la réforme.

« [...] Une charge administrative bien plus conséquente qu'auparavant, avec des codes de soins changeants. » (R14)

« Maintenant, c'est vrai que le dossier soin de plaie, ça reste pour moi une grosse charge administrative. Il suffit qu'on commence 3 pansements le même jour, bah tous les 14 jours, ces pansements-là, il va falloir faire les photos. » (R7)

« Il y a quand même une surcharge par rapport à ce qui était fait avant, où on n'avait pas à encoder autant d'informations. » (R11)

Cette surcharge a, dans les premiers mois, compromis la faisabilité perçue de l'implémentation, rendant difficile le respect de la fidélité à l'encodage en temps réel.

■ Phase de Pérennisation (pénétration, pertinence, durabilité)

Cette charge administrative excessive semble également parfois compromettre la fiabilité des stratégies d'implémentation. Certaines professionnelles ne disposent pas du temps nécessaire pour compléter les dossiers en temps réel et développent alors des stratégies d'adaptation : encodage retardé, saisie des données à domicile, ou encore minimisation ou perte des informations.

Lorsque le temps vient à manquer, les pratiques tendent à s'éloigner des procédures prévues, ce qui peut fragiliser la durabilité même de l'implémentation. Pour plusieurs répondantes, cette contrainte administrative constitue un frein majeur à la pérennisation de la réforme. La quasi-totalité des participantes, qu'elles soient infirmières ou gestionnaires, ont mentionné un déséquilibre ressenti entre le temps consacré aux soins et celui dédié à la documentation du dossier soin de plaie.

Le temps :

« On passe plus de temps à encoder qu'à soigner, ce n'est pas ce qu'on a signé au départ. » (R5)

« C'est quand même fou de se dire que l'administratif prend plus de temps quelquefois que son propre travail, quoi [...] C'est une énorme perte de temps, et en plus, on n'est pas rémunérées pour ça. » (R15)

« C'est vrai que la charge administrative en soins infirmier a vraiment bien augmenté depuis quelques années [...] C'est du temps en moins passé près du patient » (R11)

Les conséquences sur les soins (relation soignant-soigné) et les stratégies d'adaptation :

« On a l'impression qu'on nous demande de plus en plus de secrétariat alors qu'on n'est pas secrétaire. [...] Et ce côté administratif [...] empiète aussi sur le relationnel avec les patients. » (R8)

« Remplir la tablette devant le patient, ça casse complètement la relation de soin. Alors je fais ça dans ma voiture entre deux soins. » (R9)

« Les freins, c'est toujours la charge de travail, tout cet encodage qu'il y a à faire. [...] certains ne le font pas chez le patient, ils le font après et donc, demandent des heures supplémentaires. » (R7)

« Les infirmières passent de moins en moins de temps avec le patient parce qu'elles ont toute cette charge administrative à faire. [...] Le dossier soins de plaie, ça reste pour moi une grosse charge administrative. » (R14)

« Quand tu fais le métier d'infirmier, c'est pour porter des soins et non pas pour taper sur une tablette, ça, ça me revient tout le temps. » (R2)

Ces verbatims mettent en lumière l'effet cumulatif du temps consacré à l'encodage sur l'organisation du travail et sur le vécu professionnel des infirmières. Ils montrent clairement que l'activité d'encodage est perçue non seulement comme chronophage, mais aussi comme un facteur qui perturbe la qualité de la relation soignant-soigné, tout en renforçant le sentiment d'une surcharge de travail peu reconnue.

Cependant, quelques infirmières identifient un « effet secondaire » plus positif : cette nouvelle responsabilité est perçue comme une forme de valorisation de leur autonomie professionnelle, notamment grâce à la suppression de la prescription médicale. Pour certaines, la charge administrative, bien que contraignante, représente aussi un levier de reconnaissance. En

validant leur expertise/compétence, et leur capacité à prendre des décisions cliniques en toute indépendance.

« Il a fallu bien les conscientiser par rapport aussi à l'importance de la reconnaissance qu'il y avait du rôle infirmier par rapport aux soins de plaie. Parce qu'au départ, ça pouvait leur paraître une surcharge de travail. Mais il fallait aussi qu'on appuie sur l'importance de la reconnaissance, de la qualification de l'infirmière dans le cadre des soins aux plaie. » (R1)

« Le fait de ne plus dépendre d'un certificat médical, ça demande aussi à l'infirmière d'être professionnelle, vraiment d'avoir des compétences [...]. Donc il a fallu qu'on développe des stratégies pour qu'elles puissent aussi être compétentes [...]. » (R14)

« C'est une autonomie et c'est vrai que pour celles qui ont suivi la formation référente en soins de plaie [...] c'est une fierté aussi, amener à dire ce qu'on va mettre sur la plaie, ça c'est très enrichissant. » (R3)

Bien que la réforme ait globalement été bien accueillie comme une reconnaissance et une valorisation de l'autonomie infirmière, son impact réel sur la pratique quotidienne est nuancé par le fait que les médecins continuent, dans de nombreux cas, à rédiger des prescriptions pour les soins de plaie. Cette pratique médicale persistante entretient une certaine confusion et freine l'autonomie que la réforme vise à instaurer chez les infirmiers.

« En théorie, on n'a plus besoin de la prescription médicale pour les soins de plaie, mais dans la réalité, les médecins continuent à prescrire systématiquement. Ça génère une confusion chez les infirmières : est-ce qu'on suit la prescription ou est-ce qu'on suit notre jugement clinique ? » (R14)

« Même si on nous a donné l'autonomie, en pratique, la prescription du médecin reste là. Beaucoup de médecins ne veulent pas lâcher cette habitude. Du coup, on se retrouve à devoir respecter leur choix, ce qui limite finalement notre autonomie. » (R9)

Dans la durée, la charge administrative reste l'un des freins les plus fréquemment évoqués à la stabilisation des nouvelles pratiques. Toutefois, certaines répondantes y voient malgré tout une valorisation de leur autonomie professionnelle et de leur jugement clinique. Ainsi, bien que cette thématique ne relève pas directement des stratégies organisationnelles mises en œuvre par les ASD ou la FASD, elle reflète un ressenti central exprimé par les actrices de terrain. Elle révèle un besoin d'accompagnement pour alléger cette contrainte perçue et clarifier ce qui relève de la loi ou du soutien organisationnel.

4.2.6. Autres thématiques émergentes mais moins récurrentes : aperçu synthétique

En complément des cinq thématiques principales analysées – à savoir l'utilisation de l'outil numérique AllSoftPlus®, le soutien organisationnel, la qualité des formations, l'importance des supports pédagogiques, et la charge administrative – plusieurs autres thématiques ont émergé au fil des entretiens. Bien qu'elles soient « périphériques » aux objectifs de mon étude, leur mention reste pertinente pour témoigner de la richesse des discours recueillis. Parmi ces thématiques, on retrouve notamment (Annexe 7) :

- **Hétérogénéité des pratiques entre ASD** : Plusieurs professionnelles ont signalé une variabilité importante dans les modalités de mise en œuvre d'une ASD à l'autre, en lien avec des réalités locales, des moyens humains ou organisationnels différents.
- **Réalités organisationnelles des ASD** : La variabilité inter-ASD se manifeste aussi dans leurs structures hiérarchiques, les processus internes et les ressources disponibles pour accompagner le changement.
- **Compréhension et appropriation de la réforme** : Certaines répondantes ont exprimé des difficultés à comprendre clairement les attentes de la réforme, surtout au début de sa mise en œuvre. Cette incertitude a parfois freiné leur adhésion initiale.
- **Fracture générationnelle** : Bien qu'évoquée ponctuellement, elle renvoie aux écarts de compétences numériques entre générations, pouvant freiner l'appropriation de l'outil AllSoftPlus®.
- **Résistance au changement** : Rarement exprimée de manière explicite, une certaine réticence à modifier les habitudes professionnelles a néanmoins été observée.

Conclusion de l'approche qualitative

L'analyse des entretiens menés auprès des différents profils professionnels impliqués dans la réforme des soins de plaie — infirmières ayant différents profils, directions des soins infirmiers et responsable d'AllSoftPlus® — a permis de faire émerger une série de thématiques récurrentes, révélant à la fois la richesse des expériences de terrain et la complexité des dynamiques organisationnelles en jeu.

Cette section a mis en lumière quatre thématiques centrales directement en lien avec les stratégies d'implémentation et de pérennisation mises en œuvre par la FASD et les ASD :

1. L'appropriation de l'outil numérique AllSoftPlus® ;
2. La qualité et l'efficacité des formations ;
3. L'importance des supports pédagogiques ;
4. Le rôle du soutien organisationnel.

Analysées à travers le prisme du cadre EPIS et les indicateurs de Proctor, ces thématiques révèlent une grande diversité de perceptions, d'expériences et de niveaux d'appropriation selon les contextes locaux. Leurs dimensions ambivalentes — à la fois leviers et parfois freins — illustrent la complexité et la nature évolutive de l'implémentation sur le terrain.

Bien que périphérique à ma question de recherche, la charge administrative a été intégrée en raison de sa forte récurrence marquée dans les discours. Elle constitue un point de tension majeur ressenti par les professionnelles, posant la question de l'équilibre entre les exigences légales et les capacités opérationnelles des équipes infirmières.

D'autres thématiques moins fréquentes (résistance au changement, fracture générationnelle, hétérogénéité entre ASD...) sont brièvement abordées pour refléter de la diversité des vécus, bien qu'ils ne fassent pas l'objet d'une analyse approfondie.

Ensemble, ces résultats permettent de répondre aux objectifs poursuivis dans ce travail, mentionné au début de la méthodologie :

- **Comprendre la perception des stratégies d'implémentation** : éclairé par la pluralité des retours exprimés selon les contextes locaux. D'une ASD à l'autre, les perceptions varient, mettant en évidence des niveaux d'appropriation, de soutien et de faisabilité différents.
- **Identifier les freins et les facilitateurs** : le soutien organisationnel, les outils pédagogiques ou les fonctionnalités du dossier AllSoftPlus® ont pu jouer un rôle facilitateur, tandis que la charge administrative, le manque de temps ou la fracture numérique sont apparus comme des freins à différents degrés.
- **Analyser les écarts entre les stratégies déployées et les besoins réels** : mis en évidence par plusieurs constats sur le format et le contenu des formations initiales, la nécessité de supports interactifs et concrets ou encore des visuels et l'appel récurrent à une formation continue mieux adaptée au terrain. Ces décalages invitent à repenser les modalités de formation et d'accompagnement, notamment pour favoriser un ancrage durable des nouvelles pratiques.

En somme, cette analyse descriptive fournit une base empirique solide pour aborder, dans la section suivante, « Discussion », une mise en perspective critique et interprétative des résultats, à la lumière de la littérature scientifique et des enjeux structurels identifiés.

La question de recherche de ce travail porte sur les stratégies déployées par la FASD et les ASD afin de mettre en œuvre et pérenniser la réforme des soins de plaie et consiste à comprendre comment ces stratégies ont été perçues et vécues par les infirmiers concernés. Pour répondre à cette question, j'ai mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès d'un échantillon de 16 répondants avec différents profils : directions des soins infirmiers (DSI), infirmières de terrain, infirmières relais en matière de soins de plaie (IRSP), infirmières en chef (IC), infirmières en chef adjointe (ICA) et responsable du logiciel métier AllSoftPlus®.

Mon étude s'inscrit dans une posture évaluative centrée sur les stratégies développées par la FASD et les ASD. À ce titre, elle interroge non seulement la qualité des dispositifs déployés (formations, outils numériques, accompagnement), mais aussi leur réception concrète auprès du personnel de terrain.

Les principaux résultats montrent une appropriation contrastée de la réforme influencée par plusieurs facteurs :

- Qualité et modalités des formations dispensées
- Utilisation et acceptabilité de l'outil « Dossier soins de plaie » développé par le logiciel AllSoftPlus®,
- Importance du soutien organisationnel
- Disponibilité des outils pédagogiques
- Surcharge administrative

Cela étant dit, il convient de souligner que les actions mises en place par la FASD et les ASD ont globalement été bien accueillies par les infirmières. En effet, les infirmières interrogées ont apprécié la qualité des formations dispensées, le soutien organisationnel apporté ainsi que la pertinence des supports pédagogiques fournis. Cependant, à travers l'analyse des résultats, la notion de résistance au changement est apparue de manière transversale aux discours recueillis. Ainsi, la discussion de mon mémoire se focalise principalement sur cette notion, tout en intégrant d'autres subtilités significatives qui permettent également d'expliquer les résultats observés.

Enfin, cette section vise également à confronter les résultats obtenus à la littérature existante et aux cadres théoriques mobilisés, en vue d'interroger les conditions d'une implémentation réussie et durable, en tenant compte des spécificités de la FASD et des centres ASD.

Chapitre 5 – Entre stratégie d’implémentation et dynamique de changement

5.1. La résistance au changement : une analyse centrale mais nuancée

Résistance comme réaction

En tant que chargée de mission au sein de la FASD, mes observations préalables sur le terrain m'ont permis de mieux appréhender les dynamiques à l'œuvre lors de l'implémentation de la réforme. J'ai pu constater, dès les premières formations, une résistance de la part de plusieurs infirmiers, notamment face à l'introduction du dossier soins de plaie dans le logiciel AllSoftPlus® et à la complexité perçue des pratiques attendues par la réforme (nouvelle classification des soins, perception d'une augmentation de la charge administrative...). Ces éléments sont interprétés comme des bouleversements majeurs dans la routine de travail des infirmières. Cette résistance ne traduisait pas nécessairement un refus du changement, mais plutôt une réaction face à une transformation des pratiques.

La résistance au changement observée dans les résultats s'inscrit dans une dynamique organisationnelle et personnelle connue et largement documentée. Elle peut se manifester de manière cognitive (désaccord avec les objectifs du changement), émotionnelle (peur, anxiété, perte de sens) ou comportementale (inertie, contestation, retrait). Plutôt que de l'interpréter comme un dysfonctionnement ou un problème organisationnel, de nombreux auteurs soulignent que cette résistance constitue une réaction naturelle, prévisible et parfois utile, en tant que signal d'un malaise ou d'un besoin d'accompagnement plus adapté (Kotter & Schlesinger, 2008).

Selon les études présentes dans la littérature, j'ai choisi de retenir la définition suivante de la résistance au changement : la résistance au changement peut être définie comme « *l'ensemble des attitudes, comportements ou réactions, plus ou moins explicites, par lesquels des individus ou des groupes expriment leur réticence, leur opposition ou leur difficulté à s'adapter à une transformation organisationnelle perçue comme perturbatrice ou menaçante* » (Piderit, 2000 ; Maurer, 1996).

Elle peut découler de multiples facteurs tels que ceux présentés dans une synthèse sur le sujet (Les Facteurs de Résistance au Changement en Entreprise, s.d.) :

- Les **facteurs individuels**, intrinsèquement lié à l'individu (sa personnalité, son mode de fonctionnement, ses connaissances, ses capacités d'adaptation, son ouverture d'esprit, son éducation etc.) ;
- Les **facteurs collectifs et organisationnels**, liés à la culture et les valeurs de l'entreprise, les normes sociales et les dynamiques de groupe etc. ;
- Les **facteurs liés aux agents du changement**, à savoir la manière dont le changement est introduit, c'est la personne en charge (l'organisation, le manager) de cette transformation qui est remise en question et/ou mal vécu (querelle de pouvoir, légitimité de l'agent) ;
- Les **facteurs liés au changement** lui-même, c'est-à-dire à la nature du changement, sa complexité et la non-clarté des bénéfices perçus.

Parmi les différentes raisons identifiées qui ont freiné à l'implémentation de la réforme des soins de plaie, plusieurs facteurs se sont dégagés de manière transversale dans les discours des professionnelles de terrain, traduisant une résistance multifactorielle au changement, que l'on retrouve dans la théorie de la résistance au changement définie par Kotter et Schlesinger (2008) tels que :

- La **perte de repères professionnels** : les infirmières étaient jusqu'alors habituées à une classification spécifique des soins fondée sur l'ancienne nomenclatures des soins de plaie (CS, CP, PE...), avec des pratiques cliniques intégrées à leur routine professionnelle. Le changement introduit par la nouvelle réforme ne se limite pas à un ajustement technique : il remet en cause des automatismes construits au fil des années, et oblige les professionnelles à reconsidérer leur façon de penser et de catégoriser les soins. Cette rupture dans la continuité des pratiques « anciennes » génère un sentiment d'insécurité professionnelle, en particulier chez les infirmières expérimentées, attachées à des repères stables - un phénomène bien documenté dans les recherches sur les effets identitaires du changement (Piderit, 2000).
- La **crainte de ne pas maîtriser le dossier soins de plaie** s'est exprimée chez plusieurs répondantes. La réforme introduit un usage systématique du dossier soins de plaie avec des étapes de documentation, des critères de prolongation et des responsabilités en matière de décision clinique. Pour certaines, cette nouvelle pratique représente un défi important. Ce sentiment est particulièrement marqué

chez les professionnelles peu familières avec les outils numériques, et cela a été observé dans les résultats par les infirmières plus âgées, accentuant ainsi la fracture « numérique » générationnelle déjà évoquée.

- **La surcharge de travail** a été largement évoquée comme un frein majeur. La réforme modifie non seulement le contenu des soins, mais aussi leur organisation. L'intégration d'une charge administrative supplémentaire – telles que la notification de prolongation du temps de prise en charge des soins de plaie, la rédaction des rapports, la prise de photographies des soins de plaie, ou encore la coordination avec les médecins. Ces exigences sont majoritairement vécues comme une contrainte « additionnelle » et non comme une amélioration des conditions de travail. Plusieurs infirmières interrogées soulignent que cette réorganisation empiète directement sur le temps consacré aux soins, réduisant ainsi la qualité de la relation soignant-soigné.

Cependant, il est important de rappeler que cette dimension administrative ne peut être dissociée de l'acte de soin en lui-même et ne doit pas être considérée comme « extérieure » au soin. Au contraire, elle en fait « pleinement » partie, conformément aux recommandations nationales, en matière de qualité et de sécurité. En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) insiste sur l'importance de tenir un dossier infirmier conforme pour garantir la traçabilité et la légitimité des soins prestés. A ce titre, l'INAMI précise qu'aucun honoraire n'est dû si le dossier infirmier est inexistant ou si le contenu minimal n'est pas repris. Celui-ci doit impérativement contenir entre autres, l'identification du bénéficiaire et de l'infirmier, les prestations réalisées, les éventuelles prescriptions, ainsi qu'une évaluation des soins. Dans le cas spécifique des soins de plaie — classés comme prestations de type 2 — le dossier doit, de plus, inclure une planification et une évaluation des soins, tout en répondant aux directives supplémentaires précisées dans la nomenclature (Le dossier infirmier | INAMI, s. d.).

- **L'absence de bénéfices perçus à court terme** : Plusieurs professionnelles ont exprimé un certain doute quant à l'impact positif de la réforme sur leur pratique quotidienne. Alors que les bénéfices en termes de traçabilité, d'autonomie ou de valorisation sont évoqués, ils ne sont pas toujours ressentis concrètement sur le terrain. Au contraire, le manque de temps, la complexité des démarches

administratives et la pression organisationnelle rendent difficile l'identification d'un gain concret qui se traduit par une perte de rentabilité des tournées comme évoquées par certaines infirmières.

- **Un historique de changement récents** : notamment l'implémentation du logiciel AllSoftPlus® en 2021. Cette transition a suscité à l'époque des réactions d'inquiétude et une phase d'adaptation parfois difficile. Ce vécu antérieur façonne la perception actuelle de la réforme des soins de plaie (le dossier soins de plaie), en nourrissant un sentiment de "changement permanent" auquel les professionnelles doivent continuellement s'adapter sans disposer du temps nécessaire pour stabiliser leurs pratiques.

Eclairage du cadre EPIS : influence des contexte interne et externe dans la résistance au changement

Le cadre EPIS offre une approche pertinente pour analyser mes résultats et comprendre également la résistance au changement observée face à l'implémentation de la réforme des soins de plaie. En effet, ce cadre met en évidence l'influence des contextes interne et externe à l'organisation où s'opère le changement. Le contexte interne inclut les valeurs, la culture et l'identité professionnelle, tandis que le contexte externe regroupe les politiques, la législation et l'environnement socio-économique, tous facteurs influençant l'adoption des réformes (Aarons et al., 2011).

Cette réforme a induit une redéfinition du rôle infirmier, caractérisée par davantage d'autonomie, une responsabilité administrative accrue et l'intégration d'un dossier numérique de soins de plaie. Ces évolutions sont perçues de manière contrastée par les infirmières : certaines y voient une valorisation positive du métier, tandis que d'autres les considèrent comme une transformation de leur rôle traditionnel, centré sur les soins directs aux patients (Godfrey, 2022 ; Best & Williams, 2019).

Le contexte interne, qui regroupe les valeurs professionnelles, la culture organisationnelle et plus particulièrement l'identité des infirmières, influence directement la perception et l'appropriation de la réforme (Aarons et al., 2011 ; Fixsen et al., 2005). La résistance observée semble liée à un sentiment de transformation « profonde » des pratiques traditionnelles infirmières et d'une identité professionnelle focalisée sur le soin direct au patient, face à une

évolution vers un rôle plus administratif et technologique (Piderit, 2000 ; Maurer, 1996). Cela suscite un sentiment de perte de sens dans l'acte de soin pour certaines infirmières interrogées. Par ailleurs, la culture organisationnelle au sein des ASD, marquée par une grande variabilité des pratiques d'une structure à l'autre, contribue également à expliquer cette résistance : chaque ASD possédant ses propres normes, traditions et modalités d'adaptation au changement, l'acceptation et l'intégration des réformes ne peuvent être uniformes (Chambers et al., 2013). Cette réalité se manifeste notamment dans l'hétérogénéité des pratiques entre ASD et les différentes réalités organisationnelles, comme l'illustrent plusieurs professionnelles qui ont signalé des variations importantes dans les modalités de mise en œuvre, en lien avec les contextes locaux et les moyens humains ou organisationnels disponibles.

Quant au contexte externe, il est marqué par les exigences législatives portées par l'INAMI, notamment au sein de la commission de convention entre les organismes assureurs (OA) et les représentants infirmiers, visant à faire évoluer les soins de santé. L'INAMI a fixé les exigences de la réforme des soins de plaie : directives à suivre, autonomie clinique des infirmiers et utilisation obligatoire du dossier soins de plaie pour assurer la traçabilité des soins (Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI, s. d.). Cette pression réglementaire continuera d'évoluer, notamment avec l'arrivée prochaine de la nouvelle réforme infirmière prévue pour septembre 2025 en Belgique, qui renforcera encore les responsabilités autonomes des infirmiers ainsi que la nécessité d'intégrer de nouvelles compétences techniques et administratives (La réforme de la profession infirmière devient réelle, s. d.). Cette évolution constante des politiques de santé peut renforcer le sentiment d'instabilité et d'incertitude, accentuant la résistance au changement.

Ainsi, l'interaction complexe entre les tensions internes, les différences culturelles organisationnelles entre ASD, et les contraintes réglementaires externes constitue un élément central à prendre en compte pour toute stratégie d'implémentation efficace et durable des réformes.

5.2. Nuances et subtilités au-delà de la résistance au changement

Transformation/Evolution du métier d'infirmier : identité professionnelle

Mes observations en tant que chargée de mission, combinées par les retours des répondantes, indiquent que la résistance au changement ne se limite pas à des aspects techniques ou organisationnels, mais touche profondément à l'identité professionnelle des infirmières et DSI interrogées. Bien que les répondantes aient exprimé un sentiment de satisfaction générale par rapport aux informations fournies par la FASD et les ASD, une critique récurrente émerge concernant la réforme en elle-même. Cette critique semble davantage liée au contenu de la réforme (pratiques infirmières) qu'à la manière dont elle a été mise en œuvre. Cette distinction est importante car elle souligne que la résistance observée est ancrée dans des valeurs et des perceptions professionnelles profondes liés à la représentation du métier d'infirmier. Les travaux de Best et Williams (2019) ainsi que ceux de Godfrey (2022) permettent d'éclairer la résistance au changement comme une « *manifestation d'un désalignement entre les nouvelles exigences organisationnelles et l'identité professionnelle des infirmiers* ». L'identité professionnelle constitue une dimension complexe, façonnée par des éléments personnels, sociaux et culturels. Elle repose, dans le cas des soins infirmiers, sur des valeurs profondément ancrées telles que le contact humain, la continuité du soin et la présence au chevet du patient. Or, la réforme des soins de plaie – en insistant sur l'autonomie clinique, l'utilisation de l'outil numérique et la responsabilisation administrative – redéfinit les contours de cette identité. Comme le soulignent Best et Williams (2019) ce type de transformation peut provoquer des tensions identitaires lorsqu'il entre en contradiction avec les représentations professionnelles existantes. De plus, Godfrey (2022) montre que cette tension est d'autant plus marquée lorsque les valeurs traditionnelles du métier sont perçues comme éloignées. Dans ce contexte, la résistance initiale observée dans mon étude peut s'analyser non pas comme un rejet du changement, mais comme une réponse « défensive » visant à préserver une identité professionnelle en déstabilisation.

Conditions matérielles et inégalités numériques : un facteur sous-estimé

Bien que les infirmières interrogées reconnaissent globalement l'intérêt et les apports du logiciel AllSoftPlus® dans la structuration du dossier soins de plaie, l'adoption de cet outil numérique reste fortement conditionnée par la qualité du matériel disponible. Plusieurs professionnelles ont évoqué des difficultés récurrentes liées à la connectivité à internet, à l'état

ou à la performance des tablettes utilisées, ou encore à des dysfonctionnements techniques ponctuels. Ces éléments, bien qu'extérieurs à la réforme elle-même, constituent des obstacles pratiques majeurs qui compliquent la mise en œuvre quotidienne des exigences du dossier de soins plaie. Ces contraintes matérielles génèrent une pression supplémentaire sur les infirmières, notamment en termes de charge mentale et de perte de temps, pouvant affecter la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la complétion rigoureuse du dossier. Dans certains cas, ces difficultés conduisent à une baisse de motivation ou à une forme de renoncement partiel à l'outil, non pas par rejet de la réforme, mais en raison de la frustration liée à des conditions de travail inadéquates.

Cette réalité rejoint les conclusions de Greenhalgh et ses collègues (2004), qui soulignent que l'adoption des innovations technologiques en santé dépend des conditions matérielles et infrastructurelles dans lesquelles elles sont déployées. Lorsque ces conditions sont absentes ou insuffisantes, cela peut engendrer une résistance non « intentionnelle ». Ainsi, il est essentiel de ne pas réduire la résistance observée à un simple refus du changement, mais de la comprendre aussi à l'une des contraintes logistiques auxquelles sont confrontés les professionnelles sur le terrain.

La théorie des inégalités numériques, développée par Van Dijk (2005), vient appuyer cette lecture. Elle distingue trois niveaux d'analyse : l'accès, l'usage et la finalité des outils numériques. Les données empiriques recueillies illustrent ces trois catégories de difficultés :

- Au niveau de l'accès, des problèmes concrets comme le manque de connexion internet ou les tablettes obsolètes ont été fréquemment rapportés.
- Au niveau de l'usage, les compétences numériques des infirmières sont hétérogènes, avec une fracture générationnelle marquée : certaines professionnelles, notamment plus âgées, expriment une difficulté à naviguer de manière autonome dans AllSoftPlus®.
- Enfin, au niveau de la finalité, plusieurs participantes déclarent ne pas toujours percevoir la portée clinique et légale de l'encodage.

La plupart des entretiens révèlent que certaines infirmières expriment une appréhension face au numérique, non pas par opposition, mais par manque de confiance ou de formation. Enfin, cette analyse souligne l'importance de ne pas réduire les résistances au changement à des postures individuelles, mais de les resituer dans des environnements contraints matériellement en formation et en ressources.

5.3. Les stratégies d'accompagnement : leviers et limites

Importance du soutien des managers (IC, ICA, DSI) comme levier de gestion des résistances au changement

Tout changement provoque un certain nombre de préoccupations qui sont considérées comme normales et légitimes (Gobert P. cours 2025). Toutefois, l'analyse des résultats a mis en évidence que le soutien organisationnel a été un levier central dans la gestion des résistances au changement. Les figures managériales de proximité (IC, ICA) et le top management (DSI) ont endossé une fonction d'accompagnement à la fois en termes de transmission d'informations, de formation, de clarification et d'appui émotionnel. Ce rôle d'encadrement et de proximité a permis de canaliser les inquiétudes et d'instaurer un climat de confiance et de soutenir l'adoption progressive de la réforme, ce qui constitue une stratégie efficace pour contenir les résistances. Ceci correspond à ce que Mintzberg (1973) qualifie de fonctions interpersonnelles et décisionnelles du manager, selon lesquelles le manager agit comme leader, agent de liaison et diffuseur d'information, tout en assurant la régulation des tensions et la gestion des ressources.

Ce constat rejoint la théorie du soutien organisationnel perçu (POS) formulée par Eisenberger et ses collaborateurs (1986). Selon cette approche, les employés développent un attachement plus fort lorsqu'ils perçoivent que leur organisation les soutient activement, valorise leurs efforts et se soucie de leur bien-être. Plusieurs infirmières interrogées ont d'ailleurs exprimé de s'être senties soutenues dans ce processus, ce qui a renforcé leur ouverture au changement, renforcée par un climat de confiance et de reconnaissance.

Cette reconnaissance – un concept central dans les approches de management humain (Terlinder L., Meurens P., cours 2024) – apparaît ici comme un facteur déterminant de l'adhésion à la réforme. Elle renforce le sentiment d'utilité, soutient l'estime professionnelle et contribue ainsi à limiter les formes de résistance.

Le rôle des pairs dans l'atténuation des résistances

Par ailleurs, le soutien entre collègues sans distinction hiérarchique, comme c'est le cas entre les infirmières de terrain et les infirmières relais en matière de soins de plaie (IRSP), a également joué un rôle décisif dans l'appropriation de la réforme. En effet, grâce à leur expertise

spécifique, ces dernières ont assuré les formations et un accompagnement, facilitant ainsi l'apprentissage entre collègues, le partage de pratiques concrètes et la co-construction de nouvelles normes de prise en charge.

Ce type d'appui horizontal a contribué à réduire les résistances, en favorisant la mise en confiance, l'échange de conseils pratiques et la reconnaissance mutuelle des compétences. Ces dynamiques collectives peuvent être rapprochées des communautés de pratique telles que décrites par Wenger (1998), qui soulignent que ces collectifs jouent un rôle essentiel dans l'appropriation des nouvelles pratiques, en facilitant leur diffusion et en renforçant leur légitimité. L'échange entre pairs devient alors un moteur d'engagement, de partage d'expériences et d'adaptation concrète aux réalités du terrain.

Effets indésirables du soutien organisationnel excessif

Cependant, les résultats de mon étude ont également révélé un effet paradoxal : un soutien trop présent ou trop directif, peut engendrer une forme de dépendance organisationnelle, freinant l'autonomie des équipes infirmières. Cette dépendance limite alors la responsabilisation de l'infirmière dans le cadre de la réforme et retarde le développement de ses compétences. En effet, lorsque les IC et/ou les ICA entreprennent à la place des infirmières de terrain, les tâches liées la gestion et l'organisation des soins de plaie, elles inhibent leur capacité à dépasser leurs propres freins internes. Ce phénomène peut être interprété à la lumière du concept « *d'immunité au changement* » développé par Kegan et Lahey (2009) qui montre que certaines formes de soutien excessif peuvent cristalliser les résistances plutôt que les résoudre. Bien que les infirmières soient aidées, s'installe donc une zone de confort menant à un non-accomplissement des tâches relevant normalement de leurs responsabilités professionnelles.

5.4. La gouvernance et le processus d'implémentation

Une approche « Top-Down » à repenser...

L'implémentation de la réforme des soins de plaie a principalement reposé sur un mode de gouvernance de type « top-down ». Les grandes lignes stratégiques ont été définies au niveau central — en particulier entre le DDI de la FASD et les DSI des ASD — puis transmises aux IC, ICA, et IRSP, chargées de les relayer auprès des équipes de terrain. Ce schéma organisationnel a permis, dans un premier temps, de structurer le déploiement avec efficacité :

les formations ont été rapidement diffusées, les outils harmonisés, et une ligne de conduite claire a pu être posée. Plusieurs DSI, IC et IRSP rencontrés l'ont d'ailleurs souligné comme un atout, notamment pour assurer la conformité avec les exigences de la réforme et garantir une homogénéité dans les contenus fournis.

Cependant les retours des infirmières de terrain interrogées m'ont permis de relever les limites de cette approche verticale. Certaines consignes, bien que cadrées, ont été perçues comme éloignées ou déconnectées de leur réalité quotidienne sur le terrain. De plus, des écarts dans la mise en œuvre entre ASD ont été constatés, malgré l'existence d'un cadre commun. Ce constat crée ainsi une distance entre les « décideurs » et la réalité du terrain : sans consultation des professionnels directement concernés, le risque est de prendre des décisions mal adaptées aux contextes locaux.(Asana, s. d.)

Cela étant dit, une nuance reste cruciale. En effet, bien que l'implémentation de la réforme ait été cadrée de manière descendante, j'ai eu l'opportunité de coordonner un espace de co-construction au sein du groupe de travail SI-Harmonisation AllSoft. Ce groupe, composé de représentants issus des différentes ASD – souvent des infirmiers chefs, des ICA, et dans quelques cas, des infirmiers de terrain – a permis une réelle prise en compte des réalités locales. C'est notamment dans ce cadre que le dossier numérique soins de plaie a été conçu et ajusté de manière récurrente, en intégrant les retours des personnes de terrain. Cette dynamique montre qu'une gouvernance mixte peut émerger, combinant cadrage stratégique et participation opérationnelle, et qu'elle constitue une piste à approfondir dans les projets futurs.

Synergie FASD-ASD déterminante dans l'accompagnement de la réforme

Sur le terrain, l'un des constats qui a émergé concerne l'hétérogénéité des pratiques d'implémentation entre les ASD. Même lorsqu'une ligne directrice est définie de manière collégiale (par exemple les décisions issues des réunions DSI), sa traduction opérationnelle reste incertaine. Ce constat est cohérent avec ce que décrivent Fixsen et ses collègues (2005), pour qui l'existence d'un cadre normatif ne garantit pas une mise en œuvre uniforme dans les organisations décentralisées. Chaque ASD demeure autonome dans ses décisions et, in fine, choisit la manière dont elle déploiera ou non la réforme en interne. Ce manque de cohérence systémique constitue une limite de l'approche actuelle : on peut convenir d'un cadre commun, mais il n'existe aucune garantie de sa mise en œuvre uniforme. Ce constat s'applique non

seulement à la réforme des soins de plaie, mais également à d'autres projets, tels qu'historiquement à l'implémentation du logiciel AllSoftPlus® en 2021. La question suivante se pose et reste ouverte : toutes les directions de soins infirmiers (DSI) des ASD jouent-elles leur rôle de manière équivalente dans l'accompagnement du changement ? Toutes soutiennent-elles réellement les décisions prises collectivement ?

Cette réalité met aussi en évidence les limites du lien fonctionnel entre la FASD et les ASD. D'un point de vue structurel, la FASD joue un rôle de soutien, de conseil, de représentation. Elle conçoit des outils, propose des formations, développe des supports pédagogiques. Mais, en définitive, la mise en œuvre appartient aux ASD. Le passage de la conception centrale (FASD) à l'usage effectif sur le terrain (ASD) reste souvent peu visible, voire méconnu, notamment par les infirmières eux-mêmes.

Comme le soulignent Greenhalgh et ses collègues (2004), l'absence d'un mécanisme structuré de transmission et d'adaptation peut compromettre l'appropriation des innovations, en particulier dans des systèmes décentralisés. Ce constat questionne non seulement la valorisation concrète des actions menées par la FASD, mais aussi la manière dont l'appropriation de la réforme est pensée, structurée et accompagnée au niveau local.

5.5. Regard rétrospectif : ma posture de chargée de mission

Ma fonction de chargée de mission au sein de la FASD m'a placée dans une position particulière, à la croisée de deux rôles : celui d'actrice du changement et celui d'observatrice de ses conditions d'implémentation. Cette double posture, bien que parfois inconfortable, mais riche d'enseignements m'a permis d'être à proximité du terrain – notamment à travers la coordination du GT SI-HA – tout en agissant comme interface entre les instances de pilotage (FASD, DDI) et les réalités opérationnelles propres à chaque ASD, telles que rapportées par les DSI.

Conformément à ma fiche de fonction, une partie de ma mission consiste à « *soutenir l'opérationnalisation des décisions stratégiques, accompagner les directions et les équipes, et coordonner des projets d'innovation digitale* » (document FASD), en lien notamment avec le

dossier infirmier électronique. Mais au-delà de ce cadre formel, je constate que cette expérience m'a permis de développer une compréhension fine des tensions susceptibles d'exister entre les niveaux de pilotage (FASD, DSI) et la variabilité des pratiques au sein des ASD. Au fil de la rédaction de ce mémoire, j'ai également pris conscience qu'aucune évaluation systémique de l'implémentation de la réforme n'avait été formellement conduite – ni à la FASD, ni au sein des ASD que j'ai rencontrées. Certes, des retours ont bien eu lieu, de façon ponctuelle, via des échanges formels (tour de table, points à l'ordre du jour des réunions des DSI ou du GT SI-HA) ou informels, mais ils ne s'inscrivaient pas dans un cadre structuré d'analyse. C'est dans « ce vide » que s'inscrit mon travail : proposer une évaluation compréhensive, réflexive et contextualisée, visant à identifier les leviers, les freins et les dynamiques institutionnelles qui influencent concrètement l'appropriation de la réforme, tout en intégrant les perceptions des professionnels concernés.

Lorsque j'ai rejoint la FASD en mai 2022, ma connaissance du système de santé belge — et en particulier du cadre de l'INAMI et des spécificités du secteur des soins à domicile — était encore très limitée. J'ai alors traversé une phase d'apprentissage intense, à la fois sur le plan réglementaire – en m'appropriant l'arrêté royal sur les soins de plaie durant les mois d'été, période plus calme en termes de réunions – que sur le plan organisationnel, en découvrant progressivement la complexité des interactions entre la FASD et les ASD. Cette période, bien que exigeante, a été particulièrement formatrice.

Avec du recul, je peux dire que mes compétences professionnelles étaient encore en construction au moment de l'implémentation. Néanmoins, c'est la combinaison de mon parcours de formation en master de santé publique et de mon immersion professionnelle qui m'a permis de faire évoluer ma posture et ma compréhension du système.

Cette évolution ne relève pas seulement d'un ressenti subjectif. Elle a également été soulignée par mon N+1 – co-promoteur de ce mémoire – qui a noté une évolution progressive de ma place dans l'organisation. Là où j'étais perçue à mes débuts comme une exécutante – appliquant des consignes sans forcément les questionner – je suis progressivement devenue une partenaire de réflexion, capable de porter un regard éclairé sur les enjeux de mise en œuvre, de prendre du recul et de contribuer à la logique de collaboration entre la FASD et les ASD.

Cela dit, ce cheminement ne s'est pas déroulé sans difficulté. L'implémentation de la réforme s'est déroulée en parallèle de ma reprise d'études en master, un engagement personnel important que j'ai mené en trois ans tout en travaillant à temps plein à la FASD. Ce double engagement, à la fois formateur et exigeant, a « certainement » affecté ma disponibilité et ma capacité à m'impliquer pleinement dans certaines étapes clés de l'accompagnement. Cette situation a également pu altérer la fluidité ou la réactivité de mes actions, ou tout simplement freiner ma capacité à me montrer « disponible » aussi largement que je l'aurais souhaité. J'assume pleinement cette réalité, car elle fait partie intégrante de mon parcours, et explique aussi l'évolution progressive de ma posture et de ma légitimité professionnelle.

5.6. Limites de l'étude

Ces limites concernent à la fois le cadre de l'étude, le processus de collecte des données, et les conditions d'interprétation des résultats.

L'un des premiers éléments à souligner est que j'ai volontairement concentré mon travail sur les structures membres de la Fédération des Aides et Soins à Domicile (FASD). Cette orientation, choisie dès le départ, a permis d'interroger les stratégies spécifiques mises en place par l'organisation qui m'emploie. Toutefois, elle limite la portée comparative des résultats. D'autres types d'acteurs du secteur des soins à domicile en Belgique, tels que les Centres de Services à Domicile (CSD), la Croix Jaune et Blanche (CJB) en Flandre ou les groupements infirmiers indépendantes, n'ont pas été inclus. Intégrer ces structures pourrait permettre de mieux situer les spécificités (ou similarités) des stratégies déployées au sein des ASD.

Malgré une sollicitation adressée à l'ensemble des directions soins infirmiers (DSI), seulement 4 sur 9 ont répondu positivement à ma demande de participation à l'étude. Ce taux de réponse partiel limite la représentativité des résultats, même si l'échantillon couvre une diversité de profils et de contextes internes.

Par ailleurs, l'accès aux professionnels de terrain a été conditionné par l'accord préalable des DSI. Ainsi, les infirmières interrogées ont été identifiées en partie par les DSI elles-mêmes, ce

qui a pu introduire un biais de sélection, en faveur de profils jugés « moteurs » ou plus disponibles, réduisant possiblement la diversité des points de vue recueillis.

La période de collecte des données, initialement prévue entre le 1er et le 31 mars 2025, a été impactée par les congés scolaires de mars, ce qui a décalé le début des entretiens au 17 mars, avec une clôture au 10 avril 2025. Cela a limité les possibilités de relance et d'élargissement de mon échantillon, contrainte par le temps.

Au total, j'ai mené 16 entretiens, ce qui constitue une base solide pour une recherche qualitative, mais reste insuffisant pour généraliser les résultats à l'ensemble du secteur. La diversité des répondants — incluant des infirmières de terrain, des infirmières en chef, des adjointes, des infirmières relais en soins de plaie, des DSI et un responsable du logiciel AllSoftPlus® — permet toutefois une triangulation des regards, bien que certaines voix, comme celles des patients, des aides-soignantes ou encore des médecins traitants, restent absentes.

Par ailleurs, j'ai observé que plusieurs infirmières en chef, ayant des fonctions d'encadrement, mobilisaient le pronom « on » plutôt que « je » pour répondre aux questions, ce qui reflète leur position de représentation d'équipe. Cela a parfois limité l'expression de leur vécu personnel direct, car elles sont moins présentes sur le terrain.

Enfin, en tant que chargée de mission au sein de la FASD, j'ai mené cette recherche dans un contexte d'implication et de participation directe, ce qui a constitué à la fois une richesse (accès facilité, compréhension du contexte) et un facteur de biais potentiel (désirabilité sociale, interprétations influencées par ma connaissance du dispositif). Ces biais ont été anticipés et partiellement réduits par la triangulation des données, la diversification des profils interrogés, et une posture réflexive constante.

PARTIE IV - CONCLUSION GENERALE

Ce mémoire marque l'aboutissement d'une démarche à la fois académique, professionnelle – et tout de même personnelle –, ancrée dans mon expérience en tant que chargée de mission au sein de la FASD. En m'appuyant sur le cadre conceptuel EPIS (Aarons et al., 2011) et les indicateurs de Proctor (2011), j'ai cherché à comprendre comment les stratégies organisationnelles déployées par la FASD et les ASD dans le cadre de la réforme des soins de plaie ont été perçues, vécues et appliquées par les infirmiers sur le terrain.

Les résultats majeurs obtenus à travers une analyse qualitative révèlent une réalité complexe et contrastée. Si les infirmiers et les directions en soins infirmiers expriment une adhésion générale à l'objectif de la réforme – améliorer la qualité des soins et la coordination interprofessionnelle –, sa mise en pratique se confronte à plusieurs défis. Parmi ces défis figurent principalement la charge des exigences administratives, notamment avec la gestion et la documentation du dossier soins de plaie dans AllSoftPlus®, la nécessité de formations complémentaires, et des écarts d'appropriation liés à des réalités organisationnelles spécifiques aux différents centres ASD interrogés.

L'un des points de discussion importants dans cette étude est l'importance d'une approche collaborative et itérative entre la FASD et les ASD. Bien que la dynamique initiale ait parfois été perçue comme verticale ou descendante, les interactions évoluent progressivement vers une co-construction plus marquée et adaptée aux réalités du terrain. Cette étude montre également que le changement, pour être durable, nécessite plus que des outils ou des formations ponctuelles. Il suppose une écoute continue des réalités du terrain, une capacité d'adaptation des dispositifs, et surtout un accompagnement construit dans la durée.

La rédaction de ce mémoire m'a permis de porter un autre regard sur les processus de transformation dans le secteur des soins de santé. Il m'a aussi permis de constater que les réformes ne peuvent aboutir sans l'implication active de celles et ceux qui les vivent au quotidien. Il est donc important d'inclure systématiquement le vécu des infirmiers dans les processus décisionnels, afin d'assurer non seulement l'efficacité des réformes, mais aussi leur légitimité et leur pérennité dans les pratiques quotidiennes.

En mettant en lumière les principaux leviers et freins à l'implémentation de la réforme, cette recherche m'invite à envisager d'autres pistes à explorer à l'avenir. Par exemple, il me semblerait pertinent de mener une analyse comparative élargie à l'ensemble du secteur des soins à domicile, en distinguant les réalités vécues par les groupements infirmiers salariés, comme ceux travaillant au sein des ASD, et celles des infirmiers indépendants. Une telle étude permettrait de mieux comprendre comment les statuts professionnels influencent l'appropriation et la mise en œuvre, en particulier lorsqu'elles touchent à la charge administrative, à l'autonomie professionnelle et aux conditions de travail.

Ainsi, ce mémoire apporte une contribution à la fois réflexive et opérationnelle aux acteurs du secteur des soins à domicile. Il rappelle que les réformes ne peuvent être efficaces et durables que si elles s'ancrent dans une gouvernance plus participative, à l'écoute du terrain et ouverte à l'intelligence collective.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>

Asana. (s. d.). *Top down, bottom up : Conseils pour choisir la meilleure approche [2024]* • Asana. Consulté 12 mai 2025, à l'adresse <https://asana.com/fr/resources/top-down-approach>

Attester des soins de plaie en tant qu'infirmier à domicile | INAMI. (s. d.). Consulté 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/soins-par-l-infirmier/attester-des-soins-de-plaie-en-tant-qu-infirmier-a-domicile>

Belgique. (2022, 3 octobre). *Arrêté royal modifiant l'article 8 relatif à la nomenclature des soins de plaie*. Moniteur belge, 27 octobre 2022

Best, S., & Williams, S. (2019). Professional identity in interprofessional teams : Findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 170-181. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1536040>

Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework : Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>

Courrier au Ministre fédéral « Remboursement des soins des plaie ». (s. d.). LUSS. Consulté 10 décembre 2024, à l'adresse <https://luss.be/publications/courrier-remboursement-plaie/>

Crable, E. L., Lengnick-Hall, R., Stadnick, N. A., Moullin, J. C., & Aarons, G. A. (2022). Where is “policy” in dissemination and implementation science ? Recommendations to advance theories, models, and frameworks : EPIS as a case example. *Implementation Science*, 17(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01256-x>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

Fédération d'Aide & Soins à Domicile. (s. d.). [Votre région]. Fédération d'Aide & Soins à Domicile. Consulté 10 novembre 2024, à l'adresse <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr>

Fédération d'Aide & Soins à Domicile. (2020, novembre 17). [Qui sommes-nous ?]. Fédération d'Aide & Soins à Domicile. <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr>

Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F. (2005). *Implementation Research : A Synthesis of the Literature*. National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature>

Godfrey, N. (2022). New Language for the Journey : Embracing a Professional Identity of Nursing. *Journal of Radiology Nursing*, 41(1), 15-17. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2021.12.001>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations : Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Kegan, R., & Lahey, L. L. (2009). *Immunity to change : How to overcome it and unlock the potential in yourself and your organization*. Harvard Business Press.

Le dossier infirmier | INAMI. (s. d.). Consulté 15 décembre 2024, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/soins-par-l-infirmier/le-dossier-infirmier#que-doit-contenir-le-dossier-infirmier>

La réforme de la profession infirmière devient réelle. (s. d.). Consulté 14 mai 2025, à l'adresse <https://mederi.be/Nouvelles/la-reforme-infirmiere-devient-reelle>

Les Facteurs de Résistance au Changement en Entreprise. (s. d.). Appvizer. Consulté 9 mai 2025, à l'adresse <https://www.appvizer.fr/magazine/ressources-humaines/engagement-collaborateurs/resistance-changement>

Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B., & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40(4), 251-265. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pos.404.0251>

Maurer, R. (1996). Using resistance to build support for change. *The Journal for Quality and Participation*, 19(3), 56-63.

Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. Harper & Row.

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>

Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence : A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of Management Review*, 25(4), 783-794. <https://doi.org/10.2307/259206>

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation Research in Mental Health Services : An Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>

Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies : Recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Wenger, E. (1998). *Communities of practice : Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1023/A:1023947624004>

Cours académiques

GLINNE H., GOBERT P., Notes de cours : Fonction ressources humaines et relations de travail. Woluwé Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2025

LORANT V., NICAISE P., STORDEUR S., RONTI T., Notes de cours : Politique de santé. Woluwé Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2024

MACQ J-M., Notes de cours : Approche systémique pour la gouvernance des soins de santé. Woluwé Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2024

TERLINDER L., MEURENS P., Notes de cours : Management humain et comportement organisationnel. Woluwé Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2024

THUNUS S., Notes de cours : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Woluwé Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2023

Documents FASD

FASD (2022) Communication électronique (mails, site web...)

FASD (2021 – 2024) Extraits de procès-verbaux de réunions DSI

FASD (2022 – 2023) Notes de services relatives aux soins de plaie

FASD (2022) Fiches prestations techniques relatives aux soins de plaie

FASD (2022) Dépliant et lettre accompagnante destiné aux médecins généralistes

FASD (2022) PowerPoint de présentation sur la nouvelle nomenclature des soins de plaie

FASD (2022) Fiche fonction – Chargée de mission aide et soins – département soins infirmiers

Logiciel AllSoftPlus®

AllSoftPlus® (2022 – 2025) Analyse de la complétude des dossiers soins de plaie.

Documents de la Commission de conventions praticiens de l’art infirmier – Organismes assureurs

CCW (2022) Notes

Mémoires et travaux de fin d’études

PAQUET A-S., Analyse de l’abandon du Dossier Infirmier Electronique dans les services Aide & Soins à Domicile (ASD) [Mémoire de master en santé publique], Woluwé Saint Lambert : Université catholique de Louvain 2021

PIRET, A. Étude d’implémentation de la délégation d’actes, prescrite par l’Arrêté Royal de 2019 : Exploration qualitative du vécu interprofessionnel entre infirmiers et aides-soignants. [Mémoire de master en santé publique], Woluwé Saint Lambert : Université catholique de Louvain 2023

ANNEXES

Annexe 1 : Carte géographique du territoire couvert par chaque ASD <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr>



Annexe 2 : Mail d'invitation aux entretiens à destination des directions des soins infirmiers des ASD

Bonjour,

Dans le cadre de mon Master en Santé Publique, je réalise mon mémoire de fin d'étude portant sur « l'Évaluation des stratégies organisationnelles mises en place par la FASD et les ASD pour l'implémentation et la pérennisation de la réforme des soins de plaie. »

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les stratégies mises en place par la FASD et les ASD ont été perçues et appliquées sur le terrain, en identifiant les leviers facilitants et les freins rencontrés.

Afin d'approfondir cette analyse, je mène une série d'entretiens qualitatifs auprès des Directions des Soins Infirmiers et infirmiers impliqués dans la mise en œuvre de la réforme.

- ◆ Durée de l'entretien : environ 30 à 45 minutes
- ◆ Nombre de questions : entre 5 et 10
- ◆ Modalité : En présentiel ou via Teams
- ◆ Période de réalisation des entretiens : entre le 1er et le 30 mars
- ◆ Confidentialité : Toutes les données collectées seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.

Si tu y souhaites participer, pourrais-tu me proposer tes disponibilités et également me donner l'autorisation de contacter des infirmiers au sein de ton ASD (IC, ICA, IRSP, infir de terrain...) afin de participer à l'étude ?

Je reste à ta disposition pour toute question.

Merci d'avance pour ta précieuse contribution.

Bonne journée

Annexe 3 : Mail d'invitation aux entretiens à destination des infirmiers au sein des ASD

Bonjour,

Je me permets de te contacter, avec l'accord de ta DSI, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur l'évaluation des stratégies organisationnelles mises en place par la FASD et les ASD pour l'implémentation et la pérennisation de la réforme des soins de plaie.

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre comment les stratégies déployées ont été perçues et vécues par les professionnels de santé sur le terrain, en identifiant à la fois les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés.

Ta participation consisterait en un entretien individuel, qui me permettra de recueillir ton ressenti et ton expérience concernant cette réforme.

- ◆ Durée de l'entretien : environ 30 à 45 minutes
- ◆ Nombre de questions : entre 5 et 10
- ◆ Modalité : En présentiel ou via Teams
- ◆ Période de réalisation des entretiens : entre le 1er et le 30 mars
- ◆ Confidentialité : Toutes les données collectées seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.

Si tu es disponible et intéressée par cette étude, pourrais-tu me faire part de tes disponibilités afin que nous convenions d'un créneau ?

Je reste bien entendu à ta disposition pour toute question.

Un grand merci d'avance pour ton aide précieuse !

Bonne journée et à bientôt,

Annexe 4 : Guide d'entretien destiné aux DSI et au responsable du logiciel AllSoft®

Guide d'entretien 1

(Destiné aux Directions des Soins infirmiers, responsable du logiciel AllSoft)

Objectif de l'entretien : Évaluer les stratégies organisationnelles mises en place pour l'implémentation et la pérennisation de la réforme des soins de plaie, en identifiant les forces, défis et ajustements nécessaires.

Introduction :

- Présentation rapide du contexte et de l'objectif de l'entretien.
- Rappel de la confidentialité des réponses et du caractère volontaire de la participation.
- Demande d'autorisation pour l'enregistrement.

A. Présentation du profil de l'interviewé :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (*Rôle, ancienneté, nom de l'ASD, responsabilités*)

B. Phase d'implémentation

Mesures mises en place - Acceptabilité :

2. Pouvez-vous décrire les actions mises en place par la FASD et les ASD pour accompagner l'application de la réforme ?
3. Selon vous, comment les infirmiers ont-ils réagi aux stratégies déployées **OU** Comment les infirmiers ont-ils accueilli les stratégies dont nous venons juste de parler ?

Faisabilité, évaluation et soutien :

4. Quels sont les effets des stratégies sur l'organisation de votre ASD ?
5. Des ajustements ont-ils été apportés pour améliorer la mise en œuvre depuis le début de la réforme ?

C. Phase de pérennisation

Maintien des pratiques - Fidélité :

6. Selon vous, les stratégies mises en place pourront-elles être maintenues à long terme ?
7. Avez-vous constaté des différences entre ce qui est recommandé dans les directives organisatrices, ou « la théorie » si je puis l'appeler ainsi, et ce qui est pratiqué sur le terrain ?

D. Résistance et potentiels freins :

8. Quels sont, selon vous, les freins ou résistances à l'implémentation et au maintien des nouvelles pratiques ?
9. Quelles recommandations proposeriez-vous pour améliorer l'accompagnement des infirmiers et garantir une adoption réussie de la réforme sur le long terme ?

Annexe 5 : Guide d'entretien destiné aux infirmiers des ASD

Guide d'entretien 2

(Destiné aux infirmiers : infirmiers relais en matière de soins de plaie, infirmiers en chef)

Objectif de l'entretien : Comprendre comment les infirmiers perçoivent, vivent et ressentent actuellement les stratégies déployées par les ASD et la FASD pour l'implémentation et la pérennisation des pratiques liées à la réforme des soins de plaie.

Introduction

- Présentation rapide du contexte et de l'objectif de l'entretien.
- Rappel de la confidentialité des réponses et du caractère volontaire de la participation.
- Demande d'autorisation pour l'enregistrement.

A. Présentation du profil de l'interviewé :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (*Rôle, ancienneté, nom de l'ASD, expérience avec les soins de plaie*)

B. Phase d'implémentation

Perception, acceptabilité, impact organisationnel :

2. Comment avez-vous perçu l'implémentation de la réforme des soins de plaie dans votre ASD ?
3. Les stratégies mises en place par votre ASD et la FASD (formations, fiches techniques, outils numériques, etc.) vous ont-elles aidé à intégrer ces changements ?

- Cela a-t-il affecté votre organisation du travail ?
- Y a-t-il des aspects que vous trouvez pertinents ou, au contraire, inutiles ou contraignants ?

Formation et soutien :

4. Disposez-vous des ressources nécessaires pour appliquer efficacement ces nouvelles pratiques ? (*Temps, outils, encadrement, accompagnement...*)

C. Phase de pérennisation :

Maintien des pratiques et soutien continu organisationnel :

5. Selon vous, les pratiques mises en place grâce aux stratégies de votre ASD et de la FASD peuvent-elles être maintenues durablement ?

- Qu'est-ce qui facilite leur maintien ?
- Quels éléments compliquent leur application sur le long terme ?

6. Avez-vous observé des ajustements ou des évolutions depuis la mise en place de la réforme ?

7. Vous sentez-vous soutenu par votre hiérarchie et par la FASD pour appliquer ces nouvelles pratiques ?

- Quels types de soutien supplémentaire seraient nécessaires pour renforcer l'application des pratiques issues de la réforme ?

D. Résistance et leviers d'améliorations :

8. Quelles sont les principaux obstacles que vous rencontrez encore aujourd'hui dans l'application des pratiques ? *Il avait été identifié que l'utilisation d'outils informatiques pouvait constituer une difficulté, est-ce que cela l'a été pour vous ? Comment l'avez-vous surmontée ?* »

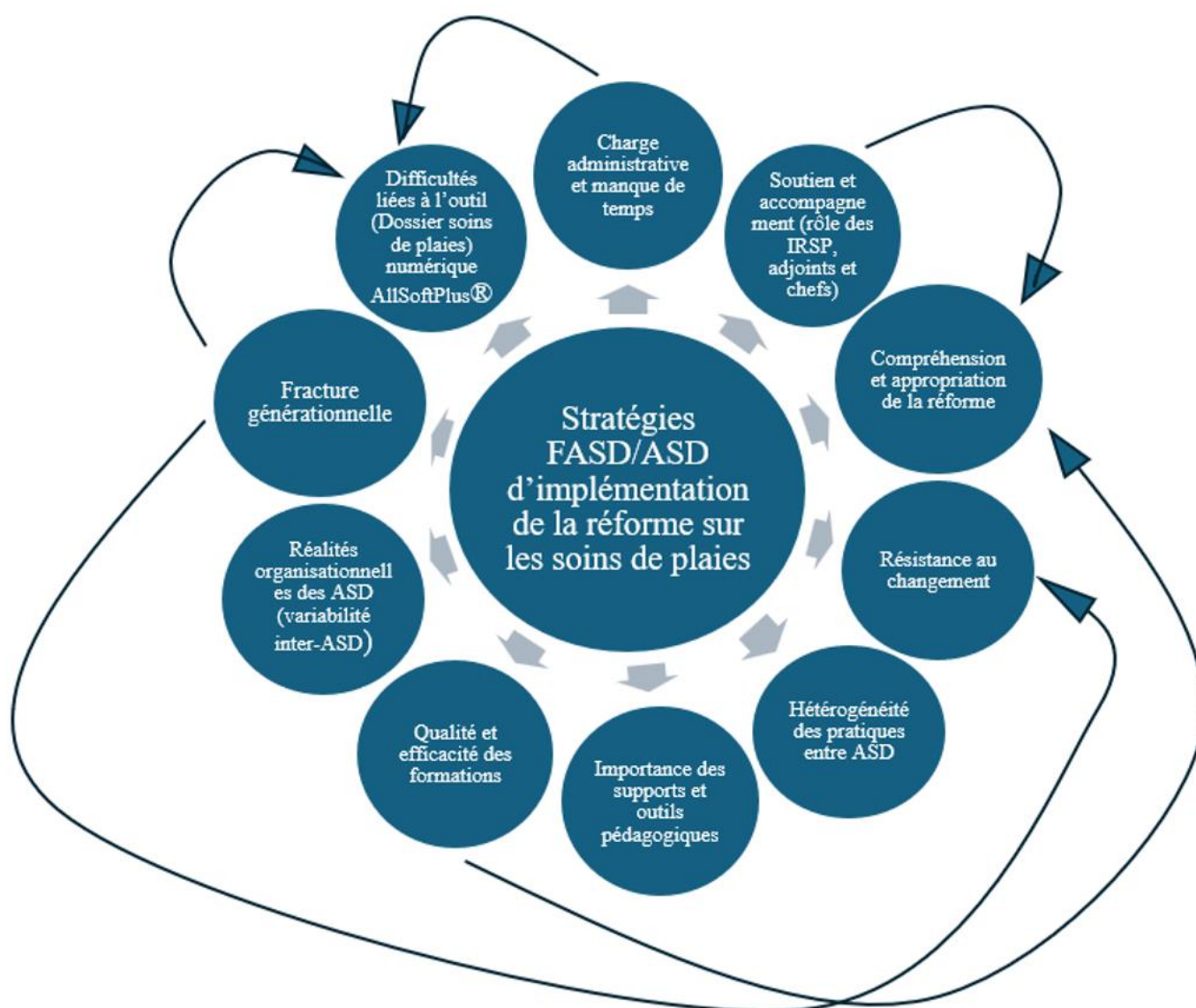
9. Y a-t-il des résistances plus profondes (*habitudes professionnelles, manque de reconnaissance, culture du soin*) qui freinent l'appropriation des nouvelles pratiques ?

10. Quelles améliorations ou solutions proposeriez-vous pour faciliter l'intégration et le maintien de ces nouvelles pratiques ?

Annexe 6 : Résultat de l'échantillonnage des entretiens

Identification	Age	Fonction
R1	62 ans	Directrice Soins Infirmier
R2	Non mentionné	Infirmière de terrain / Infirmière relais en matière de soins de plaie
R3	Non mentionné	Infirmière en chef / Infirmière relais en matière de soins de plaie
R4	Non mentionné	Infirmière en chef
R5	Non mentionné	Infirmière en chef adjoint
R6	59 ans	Infirmière de terrain
R7	Non mentionné	Directrice Soins Infirmier
R8	47 ans	Infirmière en chef adjoint
R9	62 ans	Infirmière de terrain
R10	Non mentionné	Directrice Soins Infirmier
R11	30 ans	Infirmière de terrain / Infirmière relais en matière de soins de plaie
R12	Non mentionné	Directrice Soins Infirmier
R13	Non mentionné	Infirmière en chef
R14	37 ans	Infirmière en chef adjoint
R15	Non mentionné	Infirmière de terrain / Infirmière relais en matière de soins de plaie
R16	Non mentionné	Responsable du logiciel AllSoftPlus®, responsable des adaptations nécessaires à la mise en œuvre pratique de la réforme (dossier infirmier soins de plaie, etc.).

Annexe 7 : Carte des thématiques interconnectées sur l'implémentation de la réforme des soins de plaie au sein des ASD



Annexe 8 : Résultat de la répartition des actions mise en place par la FASD et les ASD selon les répondantes

Actions de la FASD	Actions des ASD
Élaboration des outils et support pédagogiques (fiches techniques, Power Point de présentation, syllabus) destinées aux infirmiers (IC et IRSP)	Mise en application/adaptation locale des formations et des outils proposés par la FASD
Organisation initiale des formations sur les changements introduits par la réforme.	Suivi quotidien et régulier auprès des équipes infirmières.
Mise à disposition et adaptation du logiciel métier (AllSoft) à destination des ASD.	Ajustements locaux des procédures et outils selon les réalités du terrain.
Communication stratégique autour des nouvelles exigences de la réforme. (QR code, site internet, journée de formation, note de service)	Gestion directe des difficultés quotidiennes et opérationnelles des infirmiers (temps d'encodage, compréhension des nouvelles normes administratives et de classification des soins de plaie, contrôle et remplissage des dossiers).

