

bŷ Optimisation des soins aux urgences : Analyse de pré-fast track co-géré par un binôme médico-infirmier de pratique avancée au CHU de Liège

Auteur : Dawans, Alix

Promoteur(s) : Paquay, Méryl; Maule, Yves

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22591>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

OPTIMISATION DES SOINS AUX URGENCES :

**Analyse de pré-implémentation d'un fast track
co-géré par un binôme médico-infirmier
de pratique avancée au CHU de Liège**

Mémoire présenté par **Alix DAWANS**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Infirmières
Année académique 2024-2025

OPTIMISATION DES SOINS AUX URGENCES :

**Analyse de pré-implémentation d'un fast track
co-géré par un binôme médico-infirmier
de pratique avancée au CHU de Liège**

Mémoire présenté par **Alix DAWANS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2024-2025

Promotrice : **Méryl PAQUAY**

Co-promoteur : **Yves MAULE**

Nombre de mots : 6988

Remerciements

À travers ces quelques lignes, je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui, directement ou indirectement, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Mener un tel projet demande de l'engagement, mais aussi un environnement porteur. J'ai eu la chance d'être entourée par des personnes sur qui j'ai pu compter à chaque étape.

Je remercie sincèrement mes deux promoteurs, Méryl Paquay et Yves Maule, pour leur accompagnement attentif, leurs conseils éclairés et leur disponibilité constante.

Leur encadrement bienveillant et rigoureux a été un véritable appui tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier Adrienne Henrard, Anne-Julie et Josette Lambion pour leur relecture attentive et leurs suggestions précieuses qui ont permis de faire évoluer ce mémoire.

Un grand merci aux équipes infirmières et médicales des urgences du CHU du Sart-Tilman et de Notre-Dame des Bruyères pour leur accueil et le temps qu'elles m'ont accordé.

Leur participation a enrichi cette recherche et lui a donné tout son sens.

Enfin, je souhaite adresser une pensée particulière à mes proches. Leur soutien indéfectible, leur patience, et leur présence rassurante ont été essentiels tout au long de ce parcours.

Ils ont partagé les hauts comme les bas, et je leur en suis profondément reconnaissante.

Table des matières

I. PRÉAMBULE.....	1
II. INTRODUCTION	2
FRÉQUENTATION AUX URGENCES.....	2
FAST TRACK	3
INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE EN BELGIQUE	4
FAST TRACK AU CHU BRUGMANN	5
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	7
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	8
3.1. TYPE D'ÉTUDE ET TYPE DE DÉMARCHE DE RECHERCHE	8
3.2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	8
3.3. MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON	9
3.4. PARAMÈTRES ÉTUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	10
3.5. ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES	11
3.6. TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODES D'ANALYSE.....	11
3.7. CRITÈRES DE QUALITÉ	12
3.8. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES	12
IV. RÉSULTATS.....	13
4.1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON	13
4.2. ANALYSE DE LA PRÉ-IMPLÉMENTATION PAR LE CFIR	14
V. DISCUSSION	19
VI. CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES.....	31
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	31
ANNEXE 2 : DIAGRAMME DE GANTT.....	33
ANNEXE 3 : FLOW CHART	33
ANNEXE 4 : ACCORD DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	34
ANNEXE 5 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INFLUENCES À LA MISE EN ŒUVRE DE L'INNOVATION	36

Acronymes

CFIR: Consolidated Framework for Implementation Research

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CM: Case Management

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

ELISA: Échelle Liégeoise d'Index de Sévérité à l'Admission

FT: Fast Track

IPA: Infirmier de Pratique Avancée

NDB: Notre-Dame des Bruyères

ST: Sart-Tilman

Résumé

Introduction : Face à la surcharge chronique des services d'urgences et à la pénurie de personnel, de nouveaux modèles organisationnels émergent pour améliorer la fluidité et la qualité des soins. L'introduction d'un dispositif de type « Fast Track » (FT) co-géré par un binôme médecin–infirmier de pratique avancée (IPA) constitue une piste d'innovation clinique encore peu explorée en Belgique. Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de pré-implémentation, visant à identifier les conditions de faisabilité de ce modèle au sein des urgences du CHU de Liège.

Matériel et méthodes : Une étude de pré-implémentation a été conduite auprès de 28 professionnels des urgences (médecins et infirmiers) issus des deux sites du CHU de Liège. Des entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir les perceptions, attentes et freins potentiels liés à l'implémentation du dispositif FT médico-IPA. L'analyse des données a été guidée par le modèle théorique CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research), dans sa version mise à jour, afin de structurer les facteurs d'influence selon leur nature (contextuelle, individuelle, organisationnelle).

Résultats : L'analyse a permis d'identifier 25 facteurs influençant l'implémentation, répartis en 8 incitants majeurs, 8 freins significatifs et 9 éléments ambivalents. Les principaux leviers résident dans la perception très favorable du dispositif, sa souplesse d'intégration, la qualité des relations interprofessionnelles et les bénéfices attendus pour les patients et les équipes. À l'inverse, le manque de cadre juridique clair, l'absence de ressources dédiées, les tensions autour des rôles infirmiers et une faible implication institutionnelle apparaissent comme des freins majeurs. Certains aspects, comme le degré d'autonomie de l'IPA ou les modalités de supervision, suscitent des positions contrastées selon les profils.

Conclusion : Le FT médico-IPA est globalement perçu comme une innovation pertinente, capable d'améliorer l'organisation des urgences tout en valorisant les compétences infirmières avancées. Toutefois, son implémentation nécessite un cadrage clair, des ressources adaptées, et un accompagnement au changement structuré. Des projets pilotes, associés à une stratégie de diffusion du rôle d'IPA et à une réflexion systémique sur les modèles de collaboration, pourraient favoriser une intégration durable de cette innovation organisationnelle.

Mots-clés : Infirmier de pratique avancée – urgences – pré-implémentation – CFIR – fast track

Abstract

Introduction : In response to chronic overcrowding in emergency departments (EDs) and ongoing staff shortages, new organizational models are emerging to improve care delivery and efficiency. The implementation of a « Fast Track » (FT) system co-managed by a physician and an Advanced Practice Nurse (APN) represents an innovative clinical approach that remains largely unexplored in Belgium. This thesis presents a pre-implementation study aimed at assessing the feasibility of such a model within the emergency services of the « CHU de Liège ».

Materials and Methods : A qualitative study was conducted with 28 emergency care professionals (physicians and nurses) from both hospital sites. Semi-structured interviews explored their perceptions, expectations, and perceived barriers to implementing the FT-APN model. Data analysis was guided by the updated Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), allowing a structured identification of contextual, individual, and organizational factors influencing implementation.

Results : The analysis identified 25 key factors influencing implementation: 8 major facilitators, 8 significant barriers, and 9 ambivalent elements. Facilitating factors included a strong perceived value of the innovation, its adaptability to local contexts, established interprofessional collaboration, and anticipated benefits for both patients and staff. Major barriers included the lack of a clear legal framework, insufficient resources, role-related tensions within nursing teams, and limited institutional engagement. Other elements—such as the level of APN autonomy or expected supervision—elicited mixed views depending on professional roles and perspectives.

Conclusion : The FT-APN model is broadly perceived as a relevant and effective response to current ED challenges, offering both organizational improvements and professional recognition for advanced nursing roles. However, successful implementation will require a clarified regulatory context, dedicated resources, and structured change management. Pilot projects, combined with enhanced communication about the APN role and systemic reflection on interprofessional collaboration, could support sustainable integration of this organizational innovation.

Keywords : Advanced practice nurse – emergency care – pre-implementation – CFIR – fast track

I. Préambule

Travailler aux urgences, c'est être au cœur d'un service vital où chaque minute compte et chaque décision a du poids. C'est un univers que j'ai choisi avec passion, pour la richesse des situations, l'intensité des soins et l'esprit d'équipe qui y règne.

Avec le temps, une réalité s'est imposée : nos urgences sont saturées. Des patients attendent sur des chaises, certains pendant des heures, parfois pour des pathologies bénignes, tandis que d'autres, plus graves, ne reçoivent pas les soins nécessaires dans les temps. Cette situation, largement partagée, soulève une question : pourquoi autant de patients non urgents viennent-ils aux urgences ?

La réponse semble claire : un accès difficile à la médecine générale et une méconnaissance du rôle des urgences favorisent cette fréquentation inadaptée. Les conséquences sont lourdes : qualité de soins altérée, équipes épuisées et sentiment d'injustice chez les patients.

C'est dans ce contexte qu'émerge l'idée du fast track : un circuit permettant de réorienter rapidement les patients non urgents vers une filière adaptée, plus rapide et plus efficace.

Ce mémoire explore la faisabilité d'un tel dispositif dans notre service, avec un double objectif : améliorer les soins et soulager les urgences.

Mon engagement en master en sciences infirmières s'inscrit dans cette même dynamique. Il vise à enrichir mes compétences et à renforcer le rôle infirmier dans l'organisation des soins. L'infirmier en pratique avancée représente, selon moi, une évolution indispensable. Celui-ci ne serait pas seulement un soutien pour le fast track mais une figure centrale dans l'urgence de demain.

II. Introduction

Fréquentation aux urgences

En Belgique, une majorité de patients se rendent aux urgences pour des maladies organiques. En 2018, ces motifs représentaient 62,2 % des admissions, soit 2 293 298 cas. Les admissions pour accident ou traumatisme étaient la deuxième cause la plus fréquente avec 31,9 % (1 176 295 cas). Les contrôles représentaient 2,8 % des admissions (104 658 cas) et les motifs sociaux, mentaux ou psychiques 1,5 % (56 301 cas) [1]. Entre 2010 et 2018, les admissions pour maladies organiques ont augmenté de 14 %, tandis que celles pour accidents ou traumatismes ont diminué de 15 %. Les admissions pour contrôle ont baissé de 38 %, et celles pour raisons sociales, mentales ou psychologiques sont restées stables [1]. Cette hausse des admissions pour maladies organiques peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. D'autres facteurs contributifs incluent la facilité d'accès géographique aux services d'urgence, la perception des individus quant à leur état de santé et un manque de confiance dans les soins primaires [2].

Selon les rapports d'activité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège, la fréquentation des urgences a montré une augmentation notable entre 2020 et 2022. En 2020, le service des urgences a enregistré 80 775 visites, dont 21 % ont conduit à une hospitalisation et 79 % étaient des cas ambulatoires. En 2021, le nombre de visites a augmenté de 7,4 % pour atteindre 86 752, avec les mêmes pourcentages de répartition entre hospitalisations et soins ambulatoires. En 2022, le nombre de visites a encore augmenté de 12 %, atteignant 96 927, avec 19 % d'hospitalisations et 81 % de soins ambulatoires [3].

Près de 71 % des patients se présentent spontanément aux urgences sans y avoir été référés par un médecin. Une grande partie de ces personnes - estimée entre 20 et 40 % selon diverses études internationales - pourraient tout aussi bien être traitées par un médecin généraliste. Cependant, un « contact inappropriate avec les urgences » ne signifie pas nécessairement que le patient a fait un « choix erroné ». Les patients ont diverses raisons de se rendre aux urgences plutôt que chez leur généraliste, souvent parce qu'ils estiment que les urgences sont le choix le plus approprié pour des besoins de soins inattendus. Il est donc plus pertinent de dire que c'est l'organisation de l'offre de soins qui n'est pas adaptée à la demande [4].

Cette problématique a des répercussions néfastes à la fois sur le personnel de santé et sur les patients, engendrant des délais d'attente prolongés, une satisfaction des patients réduite et des niveaux d'agressivité accrus dus à l'attente.

Pour atténuer cette congestion, des adaptations telles que le triage infirmier ont été mises en place, visant à réduire les délais de contact avec un professionnel de la santé et à prioriser les patients en fonction de leur degré d'urgence [5].

En substance, le triage utilise une échelle qui catégorise le niveau d'urgence, allant d'un besoin vital immédiat à un besoin moins urgent, permettant ainsi de rediriger certains patients vers d'autres filières de soins si nécessaire.

L'échelle utilisée au CHU de Liège est l'ELISA (Échelle Liégeoise d'Index de Sévérité à l'Admission). Cette échelle repose sur un algorithme qui prend en compte les types de symptômes et leur gravité ainsi que l'état des paramètres fonctionnels, sans se baser sur le diagnostic. Elle peut être modulée par l'inspection visuelle du patient par l'opérateur fournissant un indice global et intégré de l'état d'urgence, allant du niveau un (urgence absolue) au niveau cinq (urgence différée). Cette échelle permet de réunir deux impératifs essentiels lors de l'admission aux urgences : un critère temporel de délai de prise en charge et un critère de trajet de soins adéquat [6]. Selon une étude, l'ELISA constitue un instrument de triage fiable présentant une concordance inter-juges et intra-juges très élevée [7].

Fast Track

La surpopulation des services d'urgences est un défi majeur dans de nombreux établissements de santé entraînant des conséquences néfastes pour les patients et le personnel soignant. Les délais de prise en charge prolongés peuvent entraîner une détérioration de l'état de santé des patients, une insatisfaction accrue de ces derniers et même des événements indésirables graves. De plus, les patients qui quittent les urgences sans être vus par un professionnel de santé peuvent ne pas recevoir les soins nécessaires à leur état, ce qui peut aggraver leur condition et potentiellement entraîner des complications [4].

Face à ces défis, les établissements de santé ont mis en place différentes stratégies pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins aux urgences.

L'une de ces stratégies est le système de voie accélérée également connu sous le nom de « fast track » (FT). Ce système vise à fournir une prise en charge rapide et efficace aux patients

présentant des problèmes de santé moins graves afin de libérer des ressources pour les patients plus critiques et de réduire les délais d'attente [8].

Des études ont montré que la mise en œuvre du FT peut avoir un impact positif sur plusieurs aspects des soins aux patients. Elle a été associée à une réduction significative de la durée de séjour aux urgences ainsi qu'à des temps d'attente plus courts pour rencontrer un médecin. De plus, elle a été liée à une amélioration de la satisfaction des patients, ce qui est crucial pour garantir une expérience positive et une qualité de soins optimale [9,10]. Il est également important de noter que la mise en œuvre du FT aux urgences peut présenter des défis opérationnels tels qu'une augmentation du volume global de patients et des contraintes d'espace.

Cependant, malgré ces défis, de nombreuses études ont montré que le FT peut contribuer à améliorer la valeur des soins dispensés aux urgences en offrant une prise en charge plus efficace et une meilleure expérience aux patients [11]. En fournissant une prise en charge rapide et efficace aux patients moins graves, elle permet de libérer des ressources pour les patients plus critiques, tout en améliorant la satisfaction des patients et la qualité des soins.

Infirmier de pratique avancée en Belgique

En Belgique, le rôle de l'*Infirmier de Pratique Avancée (IPA)* est défini par l'arrêté royal du 14 avril 2024 visant à structurer ses activités cliniques et ses compétences médicales [12]. Selon ce dernier, l'*IPA* est autorisé à exercer un éventail d'activités, notamment le diagnostic médical et le traitement, la prescription de médicaments, la rédaction de certificats médicaux, ainsi que la prise de décisions concernant l'admission et la sortie des institutions de soins. Ces fonctions sont réalisées dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle où l'*IPA* travaille en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé, en particulier les médecins. Pour exercer ces activités, l'*IPA* doit respecter certaines conditions et restrictions. Les actes médicaux doivent être de nature courante, d'une complexité limitée et présentant des risques maîtrisables. De plus, l'*IPA* est limité à un contexte de soins spécifique ou à un domaine de spécialisation tel que les soins aigus, chroniques, pédiatriques, gériatriques, de santé mentale ou transversaux.

La pratique de l'*IPA* dépend également de la mise en place d'une convention de collaboration interprofessionnelle, qui définit les modalités de coopération, les critères de complexité des

actes médicaux ainsi que les critères d'alerte pour les risques. Cette convention doit être périodiquement évaluée et ajustée pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

En termes de responsabilités, l'IPA agit sous surveillance médicale en cas de survenue de certains critères d'alerte définis dans la convention. Il collabore également étroitement avec les médecins et autres professionnels de la santé pour assurer la continuité et la qualité des soins [12].

Ainsi, le rôle de l'IPA en Belgique vise à renforcer la qualité et la continuité des soins de santé en permettant aux infirmiers de pratiquer des actes médicaux sous certaines conditions de collaboration et de supervision, tout en répondant aux besoins croissants de soins, en particulier pour les patients atteints de maladies complexes et chroniques.

Néanmoins, il est important de noter que la nouvelle fonction d'IPA ne doit en aucun cas être comparée au corps médical mais bien considérée en tant que praticien à part entière [13].

Fast Track au CHU Brugmann

Une étude menée au CHU Brugmann a évalué l'impact d'une prise en charge holistique précoce aux urgences, assurée par un IPA jouant le rôle de case manager, auprès de patients de niveaux 3 à 5 selon l'échelle de Manchester. L'objectif principal était d'analyser les effets de l'intégration du case management dans ce contexte [14].

Pour structurer cette évaluation, l'utilisation du Synergy Model for Patient Care de l'American Association of Critical Care Nurses (AACN) , qui relie les compétences infirmières aux caractéristiques des patients dans des contextes de soins critiques a été mentionnée [15].

La méthodologie utilisée inclut une comparaison entre deux groupes de patients des urgences du CHU Brugmann : un groupe CM (case management) composé de patients pris en charge par un infirmier case manager et un groupe non-CM constitué de patients pris en charge un an plus tôt, sans intervention d'un case manager. Les variables mesurées comprennent la qualité des soins, le délai et la durée de prise en charge, le taux de réadmission, le pourcentage de patients quittant le service sans prise en charge, et l'impact sur le triage.

Les résultats de l'étude montrent que l'implémentation d'une fonction de case manager a un impact significatif sur plusieurs aspects des soins aux urgences, notamment le temps de contact avec les médecins, la durée de séjour aux urgences, le taux de patients référés vers un

service externe ainsi que les compétences mises en œuvre par les infirmiers en fonction de case manager.

Ces résultats suggèrent également que l'introduction d'IPA jouant un rôle de case manager peut améliorer l'efficacité et la qualité des soins aux urgences, contribuant ainsi à une meilleure gestion des flux de patients et à l'amélioration des résultats pour les patients.

Face à l'augmentation de la fréquentation aux urgences et aux défis opérationnels qui en découlent, la mise en place d'une stratégie de FT géré par des IPA émerge comme une solution prometteuse.

Cependant, malgré son potentiel pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins, cette approche soulève des questions essentielles quant à sa faisabilité, à son impact réel sur les pratiques cliniques, à l'expérience des patients mais aussi aux obstacles pouvant être rencontrés (résistance du personnel, culture d'organisation, manque de ressources en personnel) [16].

Question de recherche et objectifs

À partir d'une démarche réflexive et évolutive décrite précédemment, la question de recherche de cette étude s'énonce comme suit :

« Quelle perception les urgentistes ont-ils de la faisabilité d'un fast track co-géré par un binôme médecin-infirmier de pratique avancée au sein des services d'urgences du CHU de Liège ? »

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et les perceptions des professionnels de santé, médecins et infirmiers urgentistes, concernant la faisabilité de la mise en place d'un FT co-géré par un binôme médecin-IPA au sein des services d'urgences du CHU de Liège.

L'analyse s'appuie sur le modèle CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research), qui permet d'étudier les conditions d'implémentation d'une innovation organisationnelle dans un contexte donné [17].

Les objectifs secondaires sont :

- 1- Identifier les freins et les leviers perçus par les professionnels de santé à l'implémentation d'un FT médico-IPA au sein des urgences du CHU de Liège.
- 2- Formuler des recommandations pour soutenir la mise en œuvre de ce dispositif au sein du CHU de Liège.

III. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude et type de démarche de recherche

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, une approche de type pré-implémentation a été retenue. La science de l'implémentation vise à mobiliser des cadres théoriques et des méthodes spécifiques afin de mieux comprendre les conditions de mise en œuvre d'une innovation dans un contexte réel de soins.

Le modèle CFIR a été utilisé comme outil de référence pour structurer cette démarche permettant ainsi d'identifier les facteurs influençant l'implémentation [18]. Il s'agit ici non pas d'évaluer un système existant, mais de saisir comment une innovation est interprétée à travers les réalités du terrain, les dynamiques professionnelles et les enjeux cliniques identifiés par les soignants [19].

Les entretiens ont été menés de manière ouverte laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leur vision du fonctionnement actuel des urgences, leurs attentes, ainsi que leur perception d'un circuit de prise en charge rapide par un IPA.

Cette approche inductive a permis de faire émerger, à partir des discours recueillis, des éléments clés concernant l'acceptabilité du projet, tout en identifiant de manière progressive les freins potentiels évoqués par les professionnels.

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

La population ciblée par cette recherche se compose de médecins et d'infirmiers travaillant au sein d'un des services d'urgences du CHU de Liège : Sart-Tilman (ST) et Notre-Dame des Bruyères (NDB).

Les données ont été recueillies dans deux services d'urgences appartenant à un même hôpital universitaire belge, répartis sur deux sites distincts. Le site principal, situé en périphérie, est un hôpital de soins tertiaires, tandis que le site secondaire, en milieu urbain, est un hôpital général issu de la fusion avec une ancienne clinique privée.

Ensemble, les deux services enregistrent environ 100 000 passages annuels aux urgences, dont 57 % au sein du site principal. Le personnel comprend environ 50 médecins, qui interviennent sur les deux sites, et 120 infirmiers affectés à l'un ou l'autre selon leur lieu de travail [20].

Critères d'inclusion

- Superviseurs médicaux travaillant au sein du CHU de Liège
- Assistants médicaux travaillant au sein du CHU de Liège
- Infirmiers urgentistes travaillant au sein du CHU de Liège

Critères d'exclusion

- Expérience de moins de 3 mois au sein d'un service d'urgences du CHU de Liège

3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage a été faite de manière non probabiliste sur base volontaire par effet boule de neige. Les responsables d'unités des urgences du CHU de Liège ont été contactés en direct et par courrier électronique afin d'obtenir leur accord pour mener cette étude dans leurs unités. La sélection des participants a été guidée par une volonté de diversité maximale afin de recueillir une pluralité de points de vue. Cette diversité a été assurée en tenant compte de plusieurs critères :

- Le genre (homme ou femme)
- L'âge
- La profession (infirmier ou médecin)
- Le lieu d'exercice (ST ou NDB)
- Le nombre d'années d'expérience professionnelle aux urgences

Dans le cadre de cette étude de pré-implémentation, la taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance. L'objectif était d'atteindre une saturation des données, c'est-à-dire le moment où les thèmes abordés deviennent récurrents et n'apportent plus d'informations nouvelles, garantissant ainsi une complétude à la fois thématique et conceptuelle. Pour y parvenir, une approche itérative a été adoptée, impliquant des allers-retours réguliers entre la collecte des données et leur analyse [21].

3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Paramètres étudiés

Le CFIR regroupe cinq grands domaines comprenant 48 sous-dimensions, permettant d'examiner en profondeur les éléments facilitants ou freinants l'adoption d'une intervention dans un contexte organisationnel précis [22].

Dans le cas de cette recherche, ce modèle a été utilisé pour structurer la réflexion autour de la mise en place d'un FT médico-IPA aux urgences.

Ce dispositif étant encore à l'état de projet, l'objectif était de recueillir les perceptions des infirmiers et médecins urgentistes quant à sa faisabilité, son utilité, ses limites potentielles et son intégration au fonctionnement actuel du service. Le CFIR a servi de base à l'élaboration du guide d'entretien (Annexe 1), en s'appuyant sur les domaines les plus pertinents au regard du contexte de l'étude [17].

Quatre des cinq domaines du cadre ont été mobilisés :

Domaine de l'intervention	Les avantages perçus de l'innovation, sa capacité d'adaptation, sa mise à l'essai possible, ainsi que sa conception globale.
Contexte externe	Les facteurs comme les politiques en vigueur et les sources de financement pouvant influencer l'implémentation.
Contexte interne	Concerne la structure du service, les relations professionnelles, la culture organisationnelle, le besoin perçu de changement, la compatibilité avec les pratiques existantes, les ressources disponibles, et l'accès à l'information.
Domaine des individus	Englobe les personnes clés impliquées : décideurs, porteurs du projet et professionnels concernés par son application.

Figure 1 : Domaines du CFIR mobilisés

À noter que le domaine du «processus de mise en œuvre» du CFIR qui concerne l'évaluation d'un dispositif déjà en place n'a pas été utilisé, l'étude se situant en amont de l'implémentation.

Outils de collecte de données

Dans le cadre de cette étude, des entretiens semi-directifs ont été choisis afin de permettre aux participants de s'exprimer librement tout en suivant une ligne directrice liée à la thématique de recherche.

Ce type d'entretiens est particulièrement adapté aux études de pré-implémentation car il favorise l'émergence de discours riches et nuancés tout en offrant la possibilité de relancer ou de préciser certains points selon les réponses des participants. Il permet ainsi d'explorer en profondeur les représentations, les perceptions et les expériences individuelles liées à l'implémentation d'un FT médico-IPA aux urgences [23].

De plus, cette étude s'appuie sur le CFIR, un cadre reconnu pour analyser les facteurs qui influencent l'implémentation d'innovations dans les milieux de soins.

3.5. Organisation et planification de la collecte des données

La planification de la collecte des données a débuté en février 2024. Un appel à volontaires, accompagné d'une brève explication, a d'abord été diffusé via les newsletters infirmière et médicale.

Bien que les réponses par e-mail aient été peu nombreuses, le bouche-à-oreille au sein du service s'est révélé plus efficace.

Les entretiens ont été réalisés entre février et avril 2025. Chacun s'est déroulé sur l'un des deux sites (ST ou NDB), dans un local isolé, pour une durée d'environ 20 minutes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone sur tablette. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits mot à mot sur ordinateur, puis supprimés définitivement des deux appareils.

Pour organiser au mieux l'étude et structurer la collecte des données, un diagramme de Gantt (Annexe 2) et un flow chart (Annexe 3) ont été réalisés.

3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Une méthode rigoureuse a été suivie pour structurer le traitement des données et assurer la qualité de l'analyse [24].

Les entretiens enregistrés ont été réécoutés puis retranscrits intégralement, dans le respect de l'anonymat. Les verbatims ont été fidèlement reproduits afin de préserver la richesse des

propos recueillis. Une première lecture verticale a permis de se replonger dans les discours, suivie d'une lecture plus active accompagnée d'un carnet de bord pour noter impressions et idées. Une troisième lecture, dite horizontale, a ensuite permis d'identifier des mots, expressions ou phrases significatives servant de codes. Ces codes ont été classés selon les catégories proposées par le modèle CFIR, tout en tenant compte de la saturation des données [17]. Enfin, la présentation des résultats a été rédigée en suivant la structure du CFIR. Le processus d'analyse, itératif, a été affiné au fil des entretiens.

3.7. Critères de qualité

Afin de garantir la rigueur méthodologique, cette étude s'est appuyée sur la grille COREQ, qui structure l'analyse en 32 critères répartis en trois domaines : réflexivité, conception de l'étude, et analyse des résultats [25].

Les entretiens, menés dans un cadre confidentiel, ont été enregistrés avec consentement oral puis intégralement retranscrits.

L'analyse thématique, guidée par le cadre CFIR, s'appuie sur des verbatims anonymisés assurant la traçabilité. Faute de ressources humaines, une triangulation par second chercheur n'a pas pu être réalisée, ce qui constitue une limite à la validation croisée des interprétations [24].

3.8. Aspects réglementaires

Les aspects réglementaires de cette étude sont repris en annexes. Une demande d'avis éthique a été adressée et approuvée par le Comité d'Éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège pour sa réalisation et sa publication (Annexe 4). Les données ont été traitées conformément au RGPD (loi du 25 mai 2018), entièrement anonymisées, puis détruites à la fin de l'étude.

IV. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon se compose de 28 membres du personnel des urgences dont 7 infirmiers des urgences de NDB, 7 du ST et 14 médecins consultant sur les 2 sites.

Caractéristiques	Catégories	Effectif (n = 28)
Genre	Homme	14
	Femme	14
Âge	20-30 ans	8
	31-40 ans	10
	40 ans et plus	10
Profession	Infirmier	14
	Médecin	14
Lieu d'exercice	NDB	7
	ST	7
	Deux sites	14
Expérience professionnelle	Moins de 5 ans	11
	5-10 ans	4
	11-15 ans	5
	Plus de 15 ans	8

Figure 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

4.2. Analyse de la pré-implémentation par le CFIR

Le modèle CFIR permet de structurer et de synthétiser les résultats de l'analyse à travers un tableau récapitulatif. Celui-ci classe les facteurs identifiés selon leur influence sur la mise en œuvre de l'innovation, qu'elle soit positive (incitants), négative (freins) ou ambivalente.

L'ensemble des données a ainsi été codé selon les domaines et sous-domaines du cadre en tenant compte du contexte spécifique du service d'urgences concerné.

Au total, l'analyse a permis d'identifier :

- **8 incitants majeurs** à l'implémentation du dispositif FT médico-IPA
- **8 freins significatifs** susceptibles d'en compromettre la mise en place
- **9 éléments ambivalents**, dont l'influence dépend du contexte ou des modalités d'organisation

Enfin, un tableau reprenant l'ensemble des domaines illustrés par des verbatims se trouve en annexe 5 afin de garantir la transparence de l'analyse et d'illustrer concrètement les retours des professionnels.

Figure 3 : Tableau synthétique des résultats selon le modèle du CFIR

	Équipe infirmière	Équipe médicale
I. DOMAINE DE L'INNOVATION		
C. Avantage relatif de l'innovation	++	++
D. Adaptabilité de l'innovation	++	++
E. Capacité d'essai de l'innovation	/	-
G. Conception de l'innovation	-	-
II. DOMAINE DU RÉGLAGE EXTÉRIEUR		
E. Politiques et lois	--	--
F. Financement	/	+
III. DOMAINE DU RÉGLAGE INTÉRIEUR		
A. Caractéristiques structurelles		
3. Infrastructure de travail	-	++
B. Connexions relationnelles	++	++
D. La culture		
2. Centrage sur le bénéficiaire	-	-
3. Centrage sur le donateur	--	-
E. Tension pour le changement	++	+
F. Compatibilité	+	-
J. Ressources disponibles		
1. Le financement	--	--
2. Espace	--	--
K. Accès à la connaissance et à l'information	--	/
IV. DOMAINE DES PERSONNES		
A. Dirigeants de haut niveau		
1. Besoin	--	--
H. Les porteurs d'innovation		
2. La capacité	++	++
4. La motivation	-	+
I. Bénéficiaires de l'innovation		
1. Besoin	++	++

Légende :

- ++ : Leviers majeurs à l'implémentation d'un FT médico-IPA
- + : Influence relativement positive à l'implémentation d'un FT médico-IPA
- 0 : Influence neutre à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- - : Influence relativement négative à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- -- : Frein majeur à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- / : Pas de verbatims à propos de cette catégorie.

Freins majeurs à l'implémentation du FT médico-IPA

Parmi les freins identifiés à l'implémentation du FT médico-IPA, le manque de clarté du cadre légal apparaît comme une difficulté majeure. Bien qu'un arrêté royal récent précise certains actes que les IPA peuvent accomplir, celui-ci reste peu diffusé et insuffisamment compris sur le terrain. Cette incertitude alimente une insécurité juridique, notamment en matière de responsabilité en cas d'erreur, et freine la délégation des tâches ainsi que l'autonomisation effective des IPA.

En parallèle, le contexte de pénurie de personnel tant médical qu'infirmier aggrave la situation. Les équipes déjà sous tension peinent à envisager une réallocation des ressources, alors même que la mise en œuvre d'un FT requiert du temps, des moyens humains et de l'espace. Les contraintes architecturales existantes, qui empêchent de dédier un lieu distinct au dispositif, renforcent ce frein logistique.

À cela s'ajoutent des résistances institutionnelles, avec une culture managériale parfois perçue comme peu favorable à l'innovation.

Le projet FT est souvent porté « par le terrain », sans vision stratégique clairement définie à l'échelle de la gouvernance hospitalière, ce qui fragilise la confiance dans sa faisabilité.

Par ailleurs, certaines tensions statutaires émergent du côté infirmier. La redéfinition des rôles engendrée par l'arrivée des IPA suscite des inquiétudes identitaires, notamment autour d'une potentielle hiérarchisation implicite ou d'une médicalisation des soins infirmiers, perçue comme une menace pour le cœur du métier.

D'autres obstacles concernent le besoin de formation. Plusieurs professionnels, infirmiers comme médecins, soulignent l'inadéquation de l'échelle de tri ELISA pour un circuit FT, ainsi qu'un déficit global de compréhension du rôle de l'IPA, nuisant à une collaboration fluide. Le manque d'espace physique clairement identifié pour accueillir le FT est également mentionné, rendant difficile la lisibilité du circuit et sa distinction des urgences classiques.

Enfin, des réticences sont anticipées du côté des patients. Certains usagers s'attendent systématiquement à être vus par un médecin et la méconnaissance du rôle de l'IPA pourrait, dans certains cas, nuire à la satisfaction perçue, en particulier si elle n'est pas accompagnée d'une communication explicite sur la compétence et la qualité de la prise en charge.

Incitants majeurs à l'implémentation du FT médico-IPA

Parmi les leviers les plus marquants en faveur de l'implémentation du FT médico-IPA, les professionnels interrogés soulignent en premier lieu une perception largement positive des avantages relatifs du dispositif. Celui-ci est perçu comme une réponse organisationnelle pertinente, capable de réduire significativement les temps d'attente, de désengorger les zones d'accueil, d'améliorer le tri initial et de permettre aux médecins de se recentrer sur les cas complexes. Cette convergence de vues entre infirmiers et médecins constitue un puissant facteur de mobilisation.

L'adaptabilité du modèle est également saluée. Le FT médico-IPA est jugé suffisamment souple pour être déployé selon les besoins et les périodes d'affluence, sans bouleverser les circuits de soins classiques. Il peut s'inscrire de manière fluide dans le fonctionnement existant, les IPA pouvant exercer en autonomie relative avec le soutien d'un médecin référent. Cette flexibilité est perçue comme un atout majeur pour son acceptabilité par les équipes.

Du côté médical, une réelle volonté de transformation se manifeste. Plusieurs médecins reconnaissent la nécessité de mieux répartir la charge clinique en déléguant certains cas simples à un professionnel qualifié, ce qui leur permettrait de se recentrer sur la médecine d'urgence dans ses dimensions les plus critiques. Le FT apparaît ainsi comme un outil structurant pour réajuster les missions au sein des équipes.

Le climat de collaboration interprofessionnelle constitue un autre incitant déterminant. Les liens déjà établis entre médecins et infirmiers sont décrits comme solides, basés sur la confiance et la reconnaissance mutuelle des compétences. Cette qualité relationnelle favorise l'intégration d'un nouveau profil comme l'IPA, dans une logique de complémentarité plutôt que de substitution. Le binôme médecin-IPA est vu comme un modèle cohérent, reproductible et propice à l'efficacité collective.

La légitimité des IPA est également reconnue. Leur formation avancée, leur expérience clinique, principalement dans les services d'urgences, ainsi que leur posture professionnelle rassurent les équipes. Cette crédibilité individuelle facilite l'acceptation du rôle, en particulier lorsqu'elle est associée à une expertise technique et à une capacité à agir avec discernement dans des situations complexes.

La dynamique de changement portée par les équipes constitue en elle-même un levier important. De nombreux professionnels, notamment du côté infirmier, expriment un besoin de transformation dans l'organisation des urgences. Le FT médico-IPA est perçu non pas

comme une contrainte supplémentaire, mais comme une opportunité d'améliorer concrètement le fonctionnement, en réponse à des dysfonctionnements bien identifiés.

Les bénéfices attendus pour les patients sont aussi fréquemment mis en avant. Les soignants estiment que ce nouveau dispositif permettra une meilleure réactivité, une écoute plus attentive et une diminution de l'agressivité souvent liée à l'attente. Le caractère patient-centré du modèle renforce son attractivité, tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires.

Enfin, certains médecins soulignent que le FT médico-IPA pourrait contribuer à valoriser l'image du service et du CHU dans son ensemble.

En incarnant une approche innovante, pragmatique et centrée sur l'efficience, le projet pourrait positionner l'institution comme un acteur engagé dans les réponses aux enjeux structurels des systèmes de soins, notamment en matière de surcharge chronique et de pénurie de personnel.

Facteurs ambivalents à l'implémentation du FT médico-IPA

Parmi les éléments d'analyse, plusieurs facteurs apparaissent ambivalents dans leur influence sur l'implémentation du FT médico-IPA. Leur effet dépend étroitement des modalités concrètes de mise en œuvre, du contexte institutionnel et de la manière dont les acteurs s'en saisissent collectivement.

Certains professionnels plaident pour une intégration progressive, en introduisant d'abord l'IPA seule dans les équipes avant d'ajouter le circuit FT, afin de permettre une acculturation douce et de ménager les dynamiques internes. D'autres, au contraire, estiment que le binôme IPA-FT doit être opérationnel dès le départ pour renforcer la cohérence du modèle et montrer d'emblée sa complémentarité. Cette divergence révèle une tension entre prudence organisationnelle et volonté d'innovation structurelle.

Le niveau d'autonomie de l'IPA constitue un autre point de débat. Si l'autonomie est vue comme un levier d'efficience et de fluidité dans la prise en charge, elle suscite également des inquiétudes notamment liées à la perte de contrôle perçue du côté médical. Le bon équilibre entre autonomie professionnelle et supervision médicale reste à définir collectivement en fonction des réalités du terrain et des profils en présence.

Les réactions au changement ne sont pas uniformes au sein des équipes. Certains professionnels apparaissent comme moteurs, portés par une volonté d'amélioration des

pratiques, tandis que d'autres expriment une forme de lassitude face aux réformes successives ou un profond attachement aux routines existantes.

Le succès du projet dépendra donc en grande partie de la qualité de l'accompagnement au changement, de l'implication des leaders cliniques et de la capacité à créer un consensus autour du sens de l'innovation.

La catégorisation des cas confiée à l'IPA soulève aussi des interrogations. Bien que le tri soit perçu comme un levier organisationnel, des professionnels redoutent des erreurs d'évaluation ou un « effet tunnel » où certaines situations seraient sous-estimées à tort. Ces craintes pourraient être atténuées par la co-construction de protocoles précis, partagés et validés par les équipes médicales et infirmières.

Le partage de l'expertise clinique entre IPA et médecins n'est pas exempt de tensions, en particulier chez les praticiens les plus expérimentés, qui peuvent voir dans cette évolution une remise en question implicite de leur rôle. Ainsi, sera nécessaire de sécuriser le positionnement de chacun en clarifiant les complémentarités, pour éviter toute confusion ou conflit de légitimité.

Le degré d'encadrement attendu pour les IPA fait également débat : Trop de supervision risquerait d'annuler l'intérêt du modèle en limitant son impact sur les flux, alors qu'une supervision trop faible pourrait générer des risques cliniques. L'ajustement du cadre de supervision en fonction de l'expérience, de la formation et du contexte spécifique du service, apparaît comme une voie médiane à privilégier.

La question des outils de tri, et plus largement des moyens d'orientation des patients, fait aussi partie des éléments à clarifier. L'échelle ELISA, actuellement en usage, est jugée peu adaptée aux logiques du FT. La nécessité de former les équipes à des outils plus précis est largement reconnue, mais représente une contrainte organisationnelle non négligeable à intégrer dans le calendrier de mise en œuvre.

Du côté infirmier, certaines voix minoritaires évoquent l'hypothèse d'un binôme IPA-infirmier, notamment pour gérer des situations intermédiaires ou non critiques. Bien que marginale, cette proposition ouvre un champ de réflexion sur les évolutions possibles du rôle infirmier dans un modèle de soins plus différencié. Elle met également en lumière des interrogations sur la place du nursing face à l'émergence des pratiques avancées.

Enfin, la mise en œuvre de projets pilotes est perçue à la fois comme une opportunité et comme un test de faisabilité. Ces expérimentations peuvent faciliter l'appropriation du modèle, ajuster les procédures et rassurer les équipes. Leur utilité dépendra toutefois de la capacité de l'institution à en tirer des enseignements stratégiques et à transformer l'essai en changement durable.

V. Discussion

Cette étude de pré-implémentation, fondée sur le modèle CFIR, s'est penchée sur la perception des professionnels de santé quant à la faisabilité d'un dispositif FT co-géré par un binôme médecin-IPA au sein des urgences du CHU de Liège.

À travers l'analyse des représentations et attentes des médecins et infirmiers urgentistes, plusieurs facteurs facilitants et freins majeurs ont été identifiés, mettant en lumière à la fois la pertinence de l'implémentation et les contraintes spécifiques de celle-ci.

La dynamique interprofessionnelle : un levier d'implémentation

Un des résultats les plus marquants de cette étude est la reconnaissance d'une collaboration de qualité entre les infirmiers et les médecins des urgences. Cette relation professionnelle, fondée sur la confiance mutuelle et le respect des compétences de chacun, constitue un facilitateur essentiel à l'implémentation du FT médico-IPA. Le binôme est perçu comme complémentaire : l'IPA n'est pas considéré comme un substitut mais comme un appui clinique contribuant à fluidifier les prises en charge sans remettre en question la supervision médicale. Ces constats rejoignent la littérature qui souligne l'importance du consensus d'équipe et de la négociation des rôles pour assurer l'intégration des IPA [26-28].

La collaboration interprofessionnelle, en particulier avec les médecins, apparaît comme un levier central. Elle repose autant sur les structures organisationnelles que sur la reconnaissance des qualités personnelles de l'IPA (expérience, compétence, fiabilité) qui renforcent l'adhésion au rôle au sein des équipes.

Cependant, plusieurs études alertent sur les effets d'un manque de clarté quant aux champs d'action des IPA [26, 29, 30]. Des ambiguïtés persistantes peuvent générer des tensions, notamment dans des environnements où les rôles sont historiquement bien définis. Ces

situations fragilisent la coopération, en particulier si la distribution des responsabilités reste floue ou contestée.

Cette problématique est illustrée par le concept de « brouillage des rôles », issu de la sociologie des professions. Dans les équipes où les compétences se chevauchent, une mauvaise répartition des tâches peut engendrer un sentiment d'usurpation ou d'épuisement, augmentant les risques de conflit si aucune régulation n'est mise en place [31].

En arrière-plan, ces tensions s'inscrivent parfois dans des logiques de tribalisme professionnel. Appuyé sur la théorie de l'identité sociale, ce phénomène désigne la tendance des membres d'un groupe à défendre leur territoire professionnel, parfois au détriment de l'intégration de nouveaux rôles comme celui d'IPA [32,33].

Ainsi, la collaboration interprofessionnelle ne peut être considérée comme acquise. Elle suppose d'être soutenue dès la conception du dispositif à travers des temps de formation communs, la co-construction de protocoles et des espaces d'échanges réguliers.

La littérature recommande également d'intégrer des formations interdisciplinaires dès la formation initiale des professionnels de santé afin de limiter les effets de cloisonnement et de favoriser une culture de coopération plus durable [31, 34].

En vue de consolider cette dynamique interprofessionnelle favorable, le partenariat existant entre le CHU de Liège et le Centre de simulation médicale interdisciplinaire de l'ULiège constitue un levier stratégique.

Le développement de séances de simulation interprofessionnelle réunissant médecins, IPA et infirmiers autour de scénarios cliniques représentatifs du fonctionnement du FT, offrirait un cadre concret pour clarifier les rôles, renforcer la confiance et prévenir les tensions liées à une mauvaise répartition des responsabilités.

Au-delà de ce contexte local, il semble également nécessaire de décloisonner les formations initiales et de favoriser des parcours d'apprentissage mixtes permettant aux futurs professionnels de développer dès la formation une culture commune de collaboration et une compréhension mutuelle de leurs champs de compétences respectifs.

Par ailleurs, une piste intéressante à explorer sur le plan de la recherche consisterait à analyser dans quelle mesure l'implémentation du rôle d'IPA, dans le contexte spécifique belge ou international, vient questionner ou redéfinir les frontières traditionnelles entre les professions médicales et infirmières. Une telle étude permettrait de mieux comprendre les dynamiques

professionnelles à l'œuvre et d'anticiper les effets organisationnels d'un changement de cette ampleur.

Des freins macrostructurels persistants : cadre juridique et incitations absentes

Un frein majeur relevé dans cette étude concerne l'incertitude institutionnelle et juridique entourant le rôle des IPA en Belgique.

Bien que l'Arrêté royal du 14 avril 2024 encadre certains actes [12], ce texte reste peu connu et difficilement mobilisable. Les professionnels évoquent une insécurité persistante autour des responsabilités légales, de l'autonomie réelle des IPA et des modalités de collaboration avec les médecins. À cela s'ajoute l'absence de financement dédié, rendant toute initiative locale peu soutenable dans un environnement hospitalier déjà sous tension.

Cette situation reflète une tendance observée dans plusieurs pays. Malgré l'expansion du rôle d'IPA à l'échelle internationale, son intégration reste entravée par des environnements réglementaires peu adaptés, des mécanismes de facturation rigides et une compréhension limitée de sa fonction [35]. Ces freins, plus structurels que ponctuels, traduisent un manque de stratégie politique cohérente pour intégrer durablement le rôle dans les systèmes de santé. Les comparaisons internationales permettent d'éclairer cette problématique [36].

Des pays comme le Royaume-Uni, le Canada ou les États-Unis ont appuyé le déploiement des IPA sur des réformes législatives progressives, un soutien politique continu et des dispositifs de financement dédiés. Ils ont élargi leur champ d'action, notamment en matière de prescription, tout en encadrant ces évolutions par des exigences de formation et de sécurité. À l'inverse, les pays qui, comme la Belgique, s'engagent plus récemment dans cette voie ont l'opportunité d'apprendre de ces expériences, à condition d'en adapter les enseignements au contexte national [36].

Par ailleurs, peu d'attention est accordée aux politiques d'intégration et aux travaux de recherche permettant de guider cette transition. Sans données concrètes pour appuyer les décisions, les politiques risquent de rester symboliques et de limiter l'impact réel des IPA sur la performance des systèmes de santé. Il est nécessaire de développer un modèle d'intégration basé sur les besoins en soins et les réalités professionnelles afin d'en maximiser l'efficacité [37].

En somme, la Belgique se trouve à une étape charnière : un cadre juridique existe, mais il reste insuffisamment opérationnalisé. La réussite de cette transformation dépendra non seulement de la clarification réglementaire et du financement, mais aussi d'un engagement politique et scientifique à construire une vision partagée et structurée de l'intégration des IPA dans les organisations de soins.

Face aux incertitudes réglementaires et au manque de soutien institutionnel, il est essentiel de renforcer les efforts de structuration, de diffusion et de production de connaissances autour du rôle d'IPA. Clarifier le cadre légal, par le biais de documents synthétiques ou de formations continues à destination des institutions, permettrait de lever certains freins liés à la méconnaissance du rôle.

Cette nécessité s'inscrit dans les enjeux des sciences de l'implémentation qui soulignent qu'il faut en moyenne 17 ans pour qu'une innovation soit intégrée en pratique [38]. Or, peu d'hôpitaux disposent des ressources, outils méthodologiques ou compétences en gestion du changement pour accompagner efficacement ce type de transformation organisationnelle.

Parallèlement, des études exploratoires sur les représentations et les stratégies de mise en œuvre dans les institutions belges permettraient d'identifier les leviers contextuels facilitant l'intégration. Ces travaux contribueraient aussi à nourrir une réflexion stratégique nationale sur les conditions nécessaires à une transformation durable des pratiques professionnelles.

Les avantages perçus du FT médico-IPA : un levier organisationnel fort

Les professionnels de santé interrogés perçoivent le dispositif FT médico-IPA comme une réponse organisationnelle pertinente face à la surcharge chronique des urgences. Ils soulignent son potentiel à fluidifier les parcours, optimiser l'allocation des ressources et recentrer les compétences médicales sur les cas les plus complexes.

Les infirmiers mettent en avant une meilleure catégorisation des patients, un désengorgement des zones d'attente et une relation soignant-soigné renforcée par la disponibilité accrue de l'IPA. Les médecins, quant à eux, considèrent que ce modèle permettrait d'alléger leur charge cognitive, tout en maintenant la qualité des prises en charge via une orientation structurée des cas simples.

Ces perceptions rejoignent les résultats de la littérature internationale [39,40]. Les modèles de soins d'urgence mobilisant des IPA et incluant le FT ont montré des améliorations significatives sur des indicateurs clés : réduction de la durée totale de séjour, des temps d'attente avant évaluation, des taux de départ sans avoir été vu et meilleure prise en charge de la douleur. Ces modèles sont également associés à une utilisation plus efficiente des ressources et à une réduction des coûts, tout en offrant des résultats cliniques équivalents, voire supérieurs à ceux obtenus par d'autres prestataires [39].

Du côté des patients, la satisfaction reste constante même dans des contextes où le rôle d'IPA est encore peu connu. Les soins dispensés par ces professionnels sont perçus comme fiables, adaptés aux besoins, et de qualité équivalente à ceux fournis par les médecins [40].

Ces résultats confirment la pertinence du FT médico-IPA comme levier d'ajustement structurel pour des services d'urgences sous pression.

D'autre part, ils invitent à envisager la mise en place du FT médico-IPA non comme une simple adaptation locale, mais comme un modèle organisationnel à part entière, à même de répondre à des enjeux systémiques.

Afin de confirmer son potentiel, il serait pertinent de tester ce dispositif dans le cadre de projets pilotes ciblés, dotés de critères d'évaluation clairs et multidimensionnels. L'analyse de variables telles que le temps de prise en charge, la fluidité du tri, la satisfaction des usagers et des professionnels, ou encore l'impact sur les ressources mobilisées, permettrait d'objectiver les bénéfices perçus par les équipes.

À terme, ces données pourraient constituer une base solide pour soutenir une généralisation du modèle fondée sur des résultats concrets et sur une dynamique de transformation portée collectivement.

Limites

Cette étude présente une validité interne solide grâce à la rigueur méthodologique et à l'appui du modèle CFIR.

Sa validité externe est en revanche limitée : les points de vue recueillis proviennent uniquement de deux services d'urgences d'une même région, ce qui empêche toute généralisation à l'ensemble du territoire belge. La saturation des données a été atteinte pour la majorité des thématiques, mais pas pour tous les codes.

De plus, la richesse du CFIR a nécessité des choix d'analyse, rendant difficile l'exploration exhaustive de tous les items dans le format d'entretien choisi.

Ces limites appellent à des études complémentaires, incluant un échantillon plus large et diversifié pour renforcer la transférabilité des résultats.

VI. Conclusion

L'étude menée dans les services d'urgences du CHU de Liège met en évidence des perceptions globalement favorables à l'implémentation d'un dispositif Fast Track médico-IPA.

Trois axes majeurs ressortent de l'analyse : une dynamique interprofessionnelle solide, des freins institutionnels encore marqués et une valorisation partagée des bénéfices organisationnels attendus. Ces éléments soulignent que l'acceptabilité du modèle repose autant sur les relations professionnelles et la confiance dans les compétences que sur l'existence de conditions systémiques claires et soutenantes.

Les résultats indiquent que le FT médico-IPA répond à des enjeux concrets de réorganisation des soins d'urgence en offrant une solution à la saturation des flux, à la surcharge des équipes médicales et à l'exigence croissante d'accessibilité pour les patients. Pour autant, l'absence de stratégie institutionnelle, de financement dédié et de reconnaissance pleinement intégrée du rôle d'IPA constitue un frein réel à sa mise en œuvre.

En définitive, ce travail confirme que l'innovation ne peut se limiter à la création d'un nouveau rôle mais doit s'inscrire dans une dynamique de transformation collective, structurée, et partagée. Le FT médico-IPA représente une opportunité organisationnelle forte à condition qu'il bénéficie d'un cadre clair, d'un engagement interprofessionnel durable et d'un accompagnement institutionnel à la hauteur de ses ambitions.

Bibliographie

1. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med.* 2017 Sep;24(9):1137–49. doi:10.1111/acem.13216. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28791785/>
2. Belgique. Direction générale de l'Évaluation et de la Surveillance de la Santé. Analyse des données relatives à l'activité hospitalière en 2010-2018 : données hospitalières basées sur les diagnostics et les procédures. Brussels: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement; 2021. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/analyse_2010_2018_fr.pdf
3. Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Rapport d'activités, 2020 à 2022. Available from : <https://www.chuliege.be/books/RA2021/4/>
4. Direction d'Évaluation, Service des Méthodes d'Évaluation et de Recherche, KCE. Organisation et financement des services d'urgence [Internet]. Brussels: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2021 Nov [cited 2024 May]. Report No.: KCE Reports 263Bs. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_263_Bs_Organisation_et_financement_des_services_durgence.pdf
5. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr.* 2021;133(5–6):229–33. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33146646/>
6. Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Présentation de l'ELISA: un nouvel algorithme de triage adapté pour le service des urgences [Internet]. Liège: Centre Hospitalier Universitaire de Liège; [date unknown] [cited 2024 May]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/235365609_Presentation_of_Elisa_a_new_triage_algorithm_suitable_for_emergency_department

7. Jobé J, Ghuysen A, Gérard P, Hartstein G, D'Orio V. Validation of a new French-language triage algorithm: the ELISA scale. *Crit Care.* 2010;14(Suppl 1):P277. doi: 10.1186/cc8509. Epub 2010 Mar 1. PMID: PMC2934541.
8. Fitzgerald K, Pelletier L, Reznek MA. A Queue-Based Monte Carlo Analysis to Support Decision Making for Implementation of an Emergency Department Fast Track. *J Healthc Eng.* 2017;2017:6536523.
9. De Freitas L, Goodacre S, O'Hara R, Thokala P, Hariharan S. Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review. *Emerg Med J.* 2018 Oct;35(10):626-637.
10. Hwang CE, Lipman GS, Kane M. Effect of an emergency department fast track on Press-Ganey patient satisfaction scores. *West J Emerg Med.* 2015 Jan;16(1):34-8.
11. Gasperini B, Pierri F, Espinosa E, Fazi A, Maracchini G, Cherubini A. Is the fast-track process efficient and safe for older adults admitted to the emergency department? *BMC Geriatr.* 2020 Apr 28;20(1):154.
12. Ministère de la Santé, Belgique. Arrêté royal fixant les activités cliniques et les actes médicaux que l'infirmier de pratique avancée peut exercer et les conditions selon lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut les exercer. 14 avril 2024.
13. Thompson W, McNamara M. Constructing the advanced nurse practitioner identity in the healthcare system: A discourse analysis. *J Adv Nurs.* 2022 Mar;78(3):834-846. doi: 10.1111/jan.15068. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34622473.
14. Maule, Y. Quel est l'impact d'une évaluation holistique précoce du patient aux urgences qui présente une plainte de niveau 3 à 5 selon l'échelle de Manchester, par un infirmier

exerçant dans le cadre de pratiques avancées un rôle de case manager, en termes de qualité, délai et durée de prise en charge ? [Mémoire de fin d'études]. Université de Liège; 2018. Available from : <https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/5351/1/mémoire%20Yves%20MAULE%20910917%20MA%20PASI%202017-2018.pdf>

15. American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN Synergy Model for Patient Care. AACN. Available from: <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>
16. Facilitators and Barriers to the Implementation of Patient Flow Improvement Strategies | Article | NursingCenter [Internet]. [cited 2024 May 29]. Available from: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1191791&Journal_ID=515679&Issue_ID=1191651
17. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009 Aug 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50. PMID: 19664226; PMCID: PMC2736161.
18. Warner G, Lawson B, Sampalli T, Burge F, Gibson R, Wood S. Applying the consolidated framework for implementation research to identify barriers affecting implementation of an online frailty tool into primary health care: a qualitative study. *BMC Health Services Research.* 2018 May 31;18(1):395.
19. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. 2022 Sep 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29262162.
20. Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, Servotte JC, Ghuyzen A. "Debriefing and Organizational Lessons Learned" (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Front*

Med (Lausanne). 2022 Jun 24;9:882326. doi: 10.3389/fmed.2022.882326. PMID: 35814768; PMCID: PMC9263566.

21. Morse JM. The Significance of Saturation. Qualitative Health Research. 1995 May;5(2):147–9.
22. CFIR Updated : Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implement Sci. 2022 Oct 29;17(1):75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0. PMID: 36309746; PMCID: PMC9617234.
23. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech En Soins Infirm [Internet]. 2010 [cited 2025 may 7];N° 102(3):23. Available from : <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
24. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Volery I. Chapitre 9 : L'analyse qualitative en santé. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17872937.
26. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, Bottone H, Polson R, Maxwell M. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings : A scoping review. Int J Nurs Stud [Internet]. Avril 2020 [cited 2025 may 9];104:103443. Available from : <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>.
27. Choi M, De Gagne JC. Autonomy of nurse practitioners in primary care: An integrative review. J Am Assoc Nurse Pract. 2016 Mar;28(3):170-4. doi: 10.1002/2327-6924.12288. Epub 2015 Jul 14. PMID: 26172850.

28. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract.* 2016 Jul 29;17:99. doi: 10.1186/s12875-016-0503-2. PMID: 27473745; PMCID: PMC4966821.
29. Lindblad E, Hallman EB, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care--a qualitative study. *Int J Nurs Pract.* 2010 Feb;16(1):69-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x. PMID: 20158551.
30. Weiland SA. Understanding nurse practitioner autonomy. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015 Feb;27(2):95-104. doi: 10.1002/2327-6924.12120. Epub 2014 Apr 4. PMID: 24700608.
31. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care.* 2005 May;19 Suppl 1:188-96. doi: 10.1080/13561820500081745. PMID: 16096155.
32. Eppich WJ, Schmutz JB. From 'them' to 'us': bridging group boundaries through team inclusiveness. *Med Educ.* 2019 Aug;53(8):756-758. doi: 10.1111/medu.13918. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31236982.
33. Braithwaite J, Clay-Williams R, Vecellio E, Marks D, Hooper T, Westbrook M, Westbrook J, Blakely B, Ludlow K. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open.* 2016 Jul 29;6(7):e012467. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012467. PMID: 27473955; PMCID: PMC4985874.
34. Eppich WJ, Schmutz JB. From 'them' to 'us': bridging group boundaries through team inclusiveness. *Med Educ.* 2019 Aug;53(8):756-758. doi: 10.1111/medu.13918. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31236982.
35. Poghosyan L, Nannini A, Smaldone A, Clarke S, O'Rourke NC, Rosato BG, Berkowitz B. Revisiting scope of practice facilitators and barriers for primary care nurse

practitioners: a qualitative investigation. *Policy Polit Nurs Pract.* 2013 Feb;14(1):6-15. doi: 10.1177/1527154413480889. Epub 2013 Mar 25. PMID: 23528433.

36. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries [Internet]. 2010 Jul [cited 2025 May 20]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en.html
37. Porat-Dahlerbruch J, Poghosyan L, Ellen M. Nurse Practitioner Integration: Insights Into the Next Generation of Policy and Research. *Int J Health Policy Manag.* 2023;12:7411. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7411. Epub 2023 Jun 6. PMID: 37579374; PMCID: PMC10461900.
38. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med.* 2011 Dec;104(12):510-20. doi: 10.1258/jrsm.2011.110180. PMID: 22179294; PMCID: PMC3241518.
39. Horvath S, Visekruna S, Kilpatrick K, McCallum M, Carter N. Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2023 Dec;148:104608. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104608. Epub 2023 Sep 18. PMID: 37801938.
40. Jennings N, Lee G, Chao K, Keating S. A survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *Int J Nurs Pract.* 2009 Jun;15(3):213-8. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01746.x. PMID: 19531080.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

1. Introduction

Présentation

Alix, infirmière aux urgences des Bruyères, M2 en sciences infirmières.

Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et les perceptions des professionnels de santé, médecins et infirmiers urgentistes, concernant la faisabilité de la mise en place d'un FT co-géré par un binôme médecin-IPA au sein des services d'urgences du CHU de Liège.

Format de l'entretien :

L'entretien dure 30 min maximum, ce seront des questions ouvertes afin de favoriser un échange libre.

Question de confidentialité :

Est-ce que vous me permettez d'enregistrer l'échange afin de faciliter la retranscription ? Ceux-ci resteront confidentiels et seront effacés par la suite.

Clarification de certains termes

- Qu'est-ce qu'un IPA ?

L'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) en Belgique est un infirmier autorisé à réaliser certains actes médicaux sous conditions spécifiques. Cela inclut le diagnostic, la prescription de traitements, et la prise de décision pour l'admission ou la sortie de patients. Ces activités sont limitées aux soins courants et encadrées par une convention avec les médecins, qui précise les modalités de collaboration et les critères de sécurité. L'IPA ne remplace pas le médecin, mais joue un rôle complémentaire pour renforcer la qualité et la continuité des soins, surtout pour les patients avec des pathologies complexes ou chroniques.

- Qu'est-ce qu'un Fast Track ?

Le Fast Track aux urgences est un système visant à accélérer la prise en charge des patients moins graves (niveau 3 à 5 de l'échelle de triage de Manchester) en leur offrant une évaluation rapide et globale. Dans une étude menée au CHU Brugmann, un infirmier de pratique avancée, jouant le rôle de « case manager », prend en charge ces patients en collaboration avec les médecins. Les résultats montrent que ce système réduit le temps passé aux urgences, améliore la qualité des soins, et diminue le taux de réadmissions, ce qui fluidifie la gestion des urgences et répond mieux aux besoins des patients.

2. Déroulement de l'entretien

Question 1:

- « Comment percevez-vous l'idée de l'implémentation d'un fast track médico-IPA au sein de votre service des urgences ? »

Questions de relance :

- Quelles pourraient être les opportunités ou les difficultés associées ?
- Avez-vous déjà eu une expérience ou un retour d'expérience sur un système similaire ?

Question 2:

- « Comment percevez-vous l'intégration d'un infirmier de pratique avancée au sein de votre service d'urgences ? »

Questions de relance :

- Quels seraient les avantages et inconvénients d'avoir un IPA dans votre équipe ?
- Comment envisagez-vous la collaboration entre IPA et médecins/infirmiers ?

Question 3:

- « Comment percevez-vous l'idée d'un fast track co-géré par un binôme médico-IPA au sein du service des urgences ? »

Questions de relance :

- Quels sont, selon vous, les besoins des patients qui pourraient être pris en charge par un fast track médico-IPA ?
- Quelles compétences spécifiques pensez-vous que les IPA doivent avoir pour faire partie d'un fast track médico-IPA ?
- Quelle est votre perception du rôle des IPA dans ce contexte ?

Question 4:

- « Quels sont pour vous les éléments qui faciliteraient ou entraveraient la mise en place de ce fast track médico-IPA ? »

Questions de relance :

- Pouvez-vous expliquer pourquoi cet élément faciliterait/entraverait l'implémentation ?
- Quel ordre d'implémentation serait le plus optimal ?
- Comment décrivez-vous le climat général concernant les nouvelles initiatives comme celle-ci ?
- Quelles seraient les étapes clés pour implémenter ce dispositif ?
- Quels types de soutien ou de ressources seraient nécessaires pour cette mise en œuvre ?

Question 5:

- « Quels impacts anticipiez-vous ? positifs et négatifs »

Question de relance :

- Y-a-t-il des aspects de cet impact qui vous inquiètent ?

3. Conclusion (2-3 min)

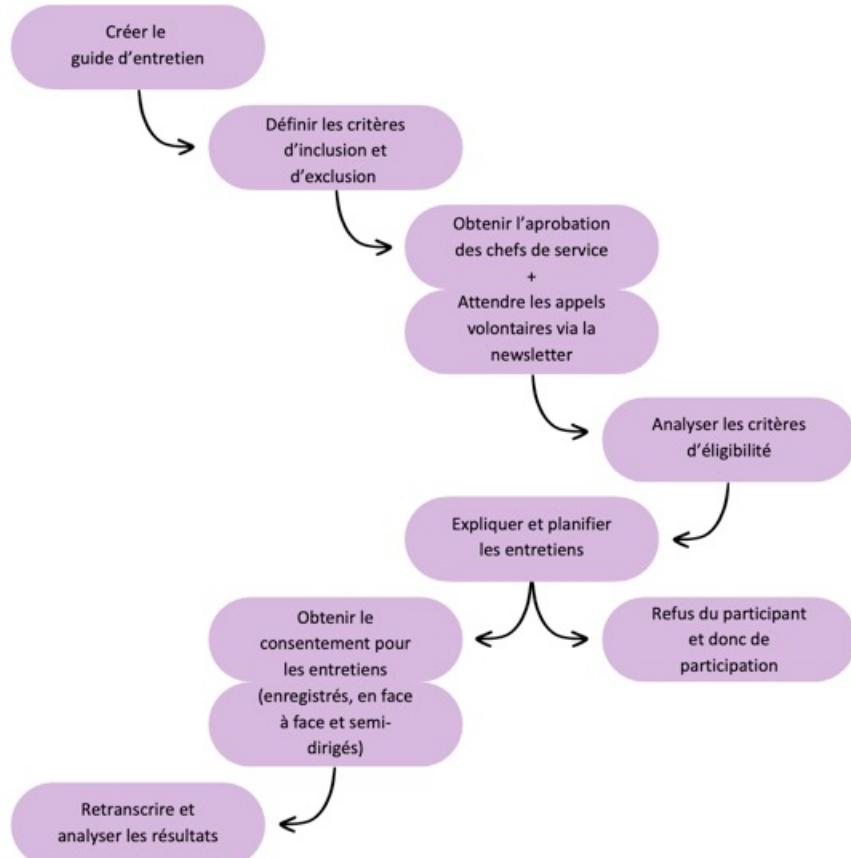
- Souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose ?
- Remerciement pour son temps et sa contribution.

Annexe 2 : Diagramme de Gantt

Diagramme de Gantt



Annexe 3 : Flow Chart



Annexe 4 : Accord du comité d'éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 15/10/2024

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame Alix DAWANS
Service de SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2024/362

"Optimisation des soins aux urgences : analyse de la faisabilité d'un fast-track sous la gestion des infirmiers de pratique avancée au CHU de Liège."
Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des influences à la mise en œuvre de l'innovation

	Équipe infirmière	Verbatims	Équipe médicale	Verbatims
I. DOMAINE DE L'INNOVATION				
C. Avantage relatif de l'innovation	+2	« Je le perçois comme une possibilité de désengorger le service et aussi d'améliorer le flux et d'améliorer la satisfaction patient » (Infi13).	+2	« Ça nous permettrait à nous de voir vraiment que ce qui est urgent et de nous concentrer dessus, sans perdre de temps pour des futilités ou de s'énerver sur les cas que la médecine générale aurait pu gérer. Surtout que les sutures, les plâtres, ça prend de l'énergie, ça prend du temps, et donc ça fait encore augmenter le temps d'attente de certains patients qui sont vraiment de l'urgence » (Med5).
D. Adaptabilité de l'innovation	+2	« Et cette possibilité également, si ce fast track a été mal évalué au départ, de repasser très vite dans la filière classique» (Infi12).	+2	« L'idée, c'est, en tout cas dans un premier temps, pour moi, de confier des tâches médicales simples qui peuvent se faire sans supervision permanente. (...) si c'est pour faire un super stagiaire, ça ne sert à rien. De toute façon, le médecin doit tout refaire derrière. Donc, l'idée ce serait que l'IPA puisse faire, avec une validation médicale, au travers d'une convention, de protocoles, en autonomie certaines démarches » (Med6).
E. Capacité d'essai de l'innovation		Absent	-1	« Je pense qu'au début il pourrait y avoir une certaine lenteur et un retard dû à l'accumulation des cas (...) qui va se résorber après avec l'expérience, mais au début, le temps de commencer à travailler, ça risque de faire une surcharge. Il faudra peut-être limiter le nombre de cas au début et puis agrandir progressivement » (Med3).
G. Conception de l'innovation	-1	« Non, on met les deux ensemble pour évoluer ensemble, justement pour créer quelque chose. Parce que c'est quelque chose de nouveau qui n'existe pas. Le fait de faire ensemble, ça montre que vraiment, ces deux-là sont complémentaires. Chacun se nourrit de l'autre pour pouvoir étoffer le programme et faire grandir et améliorer les prises en charge aux urgences » (Infi6).	-1	« Voilà, au niveau avantages, je crois que c'est plein de choses qui peuvent être faites. Moi, je suis moins convaincu par contre par les prescriptions médicales, hormis antalgies basiques et peut-être anti-nauséaux, etc. Et les certificats médicaux, je crois qu'il y a des trucs qui doivent rester médicaux. C'est que mon avis. Mais tout ce qui est suture, tout ce qui est petit acte technique, peut-être une démarche diagnostique dans les cas simples, avec un algorithme très bien défini, je pense que ça peut être une grande aide » (Med8).
II. DOMAINE DU RÉGLAGE EXTÉRIEUR				
E. Politiques et lois	-2	« Je pense que la première chose qu'il faudrait, c'est avoir une législation qui est claire. Si elle n'est pas cadée (...), pour que les médecins soient au courant de ce que peut faire ou pas un IPA, je pense que tout va démarrer de là » (Infi9).	-2	« Ce qui, moi, me stresse et m'embête un peu plus, c'est le fait de savoir qui prend cette responsabilité (...) parce que je n'ai pas envie de prendre la responsabilité que certains voient et libèrent des patients alors que finalement, si c'est moi qui dois, par après, assumer s'il y a un souci ou une erreur, ça, ça me dérange » (Med10).
F. Financement		Absent	+1	« (...) notre système fait que, par l'habitude, par le caractère universitaire, on déploie énormément de ressources (...). Avec le fast track on aura un patient qui est plus vite vu, plus vite pris en charge, et donc séjour hospitalier plus court, avec une limitation de la surconsommation des ressources de soins de santé (...) » (Med6).

III. DOMAINE DU RÉGLAGE INTÉRIEUR				
A. Caractéristiques structurelles				
3. Infrastructure de travail	-1	« Une des réticences c'est de se dire : on est en manque de nursing et en fait on va faire des mini-médecins donc en fait on va aider les médecins mais on va pas aider le nursing qui crève. C'est un peu déplacer le problème. Donc de nouveau c'est aider la charge médicale au détriment du nursing et en même temps c'est contradictoire ce que je vais dire mais ça permet aussi de donner une belle évolution au nursing » (Infi13).	+2	« Je pense que ça peut améliorer vu que ça réduirait en tout cas le flux, la charge de travail, et le délai en tout cas de la prise en charge ici dans la filière classique » (Med1).
B. Connexions relationnelles	+2	« Je pense qu'aux urgences, on travaille déjà en collaboration étroite avec les médecins et les infirmiers. Et donc, je pense que ça ne peut que renforcer cette collaboration. Et du coup, de créer un binôme encore plus efficace » (Infi2).	+2	« J'ai découvert dans ma formation principalement pendant la spécialisation que la complémentarité médico-infirmière c'est ce qui faisait vraiment l'excellence, je pense, des soins. Donc je crois qu'un médecin sans infirmier n'est rien du tout, et vice-versa » (Med11).
D. La culture				
2. Centrage sur le bénéficiaire	-1	« Ce qu'il y a c'est qu'il faudrait que le patient puisse intégrer ça, qu'il ne verra pas de médecin. Et donc il y a beaucoup de patients qui veulent voir un médecin. Donc à voir l'impact que ça aura sur la prise en charge et sur la vision que le patient à de sa prise en charge, puisqu'il n'aura pas vu de médecin » (Infi13).	-1	« Maintenant, voilà, vous vous présenterez, je pense, comme IPA, donc pas comme médecin et ils vont se dire, je ne vais pas être vu par le médecin. Enfin, je n'en sais rien, mais certains patients vont remettre ça en question, je pense. C'est la hantise que j'ai, à tort parce que l'IPA est tout à fait capable » (Med10).
3. Centrage sur le donneur	-2	« La chose qui me fait un peu peur, c'est d'avoir des tensions, du coup, dans	-1	« Moi, je ne vais pas le laisser faire un plâtre, enfin si, ou des sutures ou des trucs, tu vois, un peu plus
E. Tension pour le changement	+2	l'équipe avec un super infirmier qui pourrait se transformer en donneur d'ordres » (Infi7). « Et tu penses que ça pourrait changer la pratique quotidienne ici aux urgences ? Oui 100%, franchement, c'est ce qu'il manque » (Infi13).	+1	techniques. J'aime bien de le voir. S'il passe à mon nom, je veux que ce soit fait à ma façon. Et donc, j'ai du mal à déléguer certaines choses » (Med12). « J'ai l'impression que si on rappelle qu'on n'a pas toujours fonctionné comme ça et que l'évolution a toujours existé, ça ira tout seul. Et c'est le bienvenu, je pense » (Med11).
F. Compatibilité	+1	« Moi je pense que ça pourrait être vraiment chouette. En sachant que maintenant, il y a beaucoup de gens qui ne vont plus chez leur médecin traitant pour de multiples raisons. Et ce n'est pas vraiment des cas d'urgence. Mais ils se présentent ici, en fait pas parce que la situation est urgente mais parce qu'ils veulent consulter un médecin. Et donc c'est un peu comme une garde médicale permanente. Ils viennent plus pour ça. Donc au final, si c'est une espèce de médecine générale qui pourrait les prendre H24, ça pourrait désengorger les vraies urgences. Et qu'on puisse vraiment cibler, mieux prendre en charge les vraies urgences » (Infi2).	-1	« Je pense que ce serait une bonne chose. Maintenant, il ne faut pas prioriser ça par rapport aux urgences. Enfin, il ne faudrait pas que ce soit plus vite vu que les urgences des médecines internes et des trucs comme ça » (Med12).

J. Ressources disponibles					
1. Le financement	-2	« Maintenant il faut voir avec quel budget, on n'arrive déjà pas à avoir des aides-soignants le week-end, comment est-ce qu'on pourrait caser une infirmière de pratique avancée en plus ? » (Infi10).		-2	« Ce qui pourrait l'entraver c'est clairement les aspects financiers. Parce que c'est ce qui pose problème dans le milieu hospitalier pour le moment donc si ça engendre des surcoûts, ça pourrait être compliqué évidemment » (Med11).
2. Espace	-2	« Je pense qu'au niveau structurel, je pense que ce serait bien de vraiment scinder, des locaux vraiment différents, pour vraiment scinder les deux mondes, entre guillemets, la filière fast track et filière d'urgence normale » (Infi2).		-2	« Ici et au CHU, les infrastructures qui sont mal foutues. Il n'y a aucun espace ici pour l'ambulatoire, en fait. On se rend compte que la salle d'attente des A, elle est même, par rapport au A, elle est finalement mal foutue. Il faut sortir du service, retourner dans le service. Et ici, au B, il n'y a rien qui est prévu pour absorber la masse de patients qu'on a dans le couloir. C'est les infrastructures, pour moi, qui sont mal foutues. C'est le gros point noir. Il n'y a pas de bureau de consultation et c'est ça dont on aurait besoin. C'est avoir des bureaux, des locaux où on peut voir les gens et les renvoyer vers une salle d'attente ou même un espace fauteuil où ils peuvent attendre » (Med8).
K. Accès à la connaissance et à l'information	-2	« Ça peut être compliqué au début parce que comme on n'est pas du tout habitué à ça au tri, ben du coup ça va peut-être être compliqué de réorienter complètement les gens. L'échelle ELISA, actuellement, n'est pas forcément très adaptée à ce genre de fast track parce qu'elle est quand même fort subjective » (Infi11).		Absent	

IV. DOMAINE DES PERSONNES

A. Dirigeants de haut niveau					
1. Besoin	-2	« Au niveau des freins, c'est difficile au niveau du CHU d'implémenter des nouvelles choses, ce qu'il y a c'est une réticence au niveau du nursing par rapport à quelque chose qui est méconnu par rapport à quelque chose qui, au niveau en tout cas belge, n'est pas du tout encore réalisé » (Infi13).		-2	« Je sais que la direction nursing et tout ça, a toujours été plutôt réticente (...) dans l'installation de la filière et même du master. J'imagine mal qu'on puisse fonctionner comme ça sans que l'institution, donc direction administrative, direction médicale et direction de nursing valident le truc. Je ne dis pas que c'est impossible, il faut essayer, mais ça ne roulera peut-être pas tout seul » (Med6).
H. Les porteurs d'innovation					
2. La capacité	+2	« Les avantages, c'est déjà votre connaissance, votre bagage. Votre bagage théorique et pratique parce que vous faites quand même deux années d'études en plus. Vous avez une valorisation de master. Je pense que vos cours sont quand même très bien faits, sont très complexes. Et ici, en plus, sur l'ULiège, on n'a que des bons échos de cette formation-là. Donc, je pense que fondamentalement, vous pouvez nous apprendre beaucoup de choses et améliorer notre sens clinique » (Infi13).		+2	« C'est l'expérience qui prime. Alors, une IPA, certes, connaît plein de choses mais le problème, c'est qu'il (...) y a une part d'expérience qui doit jouer, et ça, IPA ou pas, il faut l'expérience » (Med4).
4. La motivation	-1	« Il ne faut pas qu'on abuse de vous non plus, quoi, et qu'on vous refile tout et n'importe quoi. Il faut un salaire aussi qui suive » (Infi1).		+1	« Ce qui faciliterait, ce serait de valoriser le métier d'une manière ou d'une autre. Que ce soit financièrement, que ce soit dans les méthodes de recrutement » (Med11).

I. Bénéficiaires de l'innovation				
<i>1. Besoin</i>	+2	« Un gain de temps et peut-être qu'ils auront l'impression d'être plus écoutés, plus entendus. Qu'ils aient aussi l'impression qu'on les prend mieux en charge, plus en considération, entre guillemets » (Infi10).	+2	« Les avantages, c'est clairement un gain de temps (...) et la possibilité pour un patient d'avoir une satisfaction dans sa prise en charge dans la mesure où il a le sentiment d'avoir été entendu très vite et d'avoir trouvé une solution rapidement à son motif d'admission » (Med11).

Légende :

- +2 : La catégorie est décrite de manière détaillée par les participants comme ayant une influence positive à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- +1 : La catégorie est énoncée comme ayant une influence relativement positive à l'implémentation d'un FT médico-IPA
- 0 : Neutre : Les participants décrivent des points positifs et négatifs sur l'influence de cette catégorie à pouvoir influencer l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- -1 : La catégorie est énoncée comme ayant une influence relativement négative à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- -2 : La catégorie est décrite de manière détaillée par les participants comme ayant une influence négative à l'implémentation d'un FT médico-IPA.
- Absent : Pas de verbatims à propos de cette catégorie.