

## **Vers un profil de fonction des infirmiers de pratique avancée aux urgences : analyse mixte des besoins, freins et leviers à l'implémentation**

**Auteur :** Petit, Virginie

**Promoteur(s) :** Paquay, Méryl

**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/2268.2/24045>

---

### *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.*

---

**VERS UN PROFIL DE FONCTION DES INFIRMIERS DE  
PRATIQUE AVANCEE AUX URGENCES : ANALYSE MIXTE  
DES BESOINS, FREINS ET LEVIERS A L'IMPLEMENTATION**

Mémoire présenté par Virginie PETIT  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences Infirmières  
Année académique 2024 - 2025

**VERS UN PROFIL DE FONCTION DES INFIRMIERS DE  
PRATIQUE AVANCEE AUX URGENCES : ANALYSE MIXTE  
DES BESOINS, FREINS ET LEVIERS A L'IMPLEMENTATION**

Mémoire présenté par Virginie PETIT  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences Infirmières  
Année académique 2024 - 2025  
Promotrice : Méryl PAQUAY  
Nombre de mots : 6710

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma promotrice, Meryl Paquay, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils avisés et son soutien précieux jusqu'à la dernière minute.

Je remercie également Cédric Taverne, pour son aide essentielle dans l'analyse statistique. Merci pour ton temps et ta patience.

Un grand merci à mes collègues de promotion, qui m'ont soutenue et accompagnée dès le début de ce master et dont la présence m'a particulièrement manqué cette année.

Merci à mes collègues des urgences pour leur compréhension, leur soutien et leurs encouragements. Merci pour l'aide que vous m'avez apportée pour que j'arrive au bout de ce parcours exigeant.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible, leur amour et le relais pris auprès de ma fille lorsque je devais me consacrer à mes études. Sans vous, rien de tout cela n'aurait pu être possible. Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre amour.

Mes derniers mots sont pour ma fille Jeanne, ma plus grande fierté, mon amour d'amour. Merci de ne pas m'avoir tenu rigueur pour toutes les fois où ce master m'a gardée loin de toi. Merci pour la joie et l'énergie que tu m'apportes chaque jour. Ce travail, cet investissement, il est pour toi.

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>Préambule</b>   | 1  |
| <b>1. Introduction</b>                                   | 2  |
| 1.1 Contexte et justification                            | 2  |
| 1.2 Implémentation des IPA : les obstacles               | 4  |
| 1.3 Implémentation des IPA : les leviers                 | 4  |
| 1.4 Objectifs de l'étude                                 | 6  |
| <b>2. Matériel et méthode</b>                            | 6  |
| 1. Type d'étude  | 6  |
| 2. Phase qualitative                                     | 7  |
| 2.1 Population étudiée                                   | 7  |
| 2.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon             | 7  |
| 2.3 Paramètres étudiés                                   | 7  |
| 2.4 Outils de collecte des données                       | 7  |
| 2.5 Organisation et planification de la collecte         | 7  |
| 2.6 Traitement des données et méthode d'analyse          | 8  |
| 3. Phase quantitative                                    | 9  |
| 2.1 Population étudiée                                   | 9  |
| 2.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon             | 9  |
| 2.3 Paramètres étudiés                                   | 9  |
| 2.4 Outils de collecte des données                       | 9  |
| 2.5 Organisation et planification de la collecte         | 9  |
| 2.6 Traitement des données et méthode d'analyse          | 9  |
| 4. Aspects éthiques                                      | 10 |
| <b>3. Résultats</b>                                      | 11 |
| 3.1 Résultats phase qualitative                          | 11 |
| 3.2 Résultats phase quantitative                         | 15 |
| <b>4. Discussion</b>                                     | 19 |
| 4.1 Analyse des freins et des leviers à l'implémentation | 19 |
| 4.2 Analyse des besoins aux urgences                     | 21 |
| 4.3 Les fonctions potentielles des IPA aux urgences      | 22 |
| 4.4 Limites et biais de l'étude                          | 22 |
| 4.5 Profil émergent et perspectives                      | 22 |
| <b>5. Conclusion</b>                                     | 23 |
| <b>Bibliographie</b>                                     | 24 |
| <b>Annexes</b>   | 27 |

## Résumé

**Introduction :** Les services d'urgences connaissent une saturation croissante, liée à la pénurie des médecins généralistes, au vieillissement de la population et à la complexité accrue des prises en charge. Ces facteurs engendrent une augmentation de la fréquentation, des temps d'attente et une pression importante sur les équipes médicales et infirmières. Dans ce contexte, l'introduction du rôle d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA), récemment reconnu par un cadre légal en Belgique, représente une opportunité pour répondre à certains besoins cliniques et organisationnels.

**Matériel et méthode :** Cette recherche exploratoire, inscrite dans le cadre du modèle PEPPA, a combiné une approche qualitative puis quantitative. Treize entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins et d'infirmiers ayant au moins cinq ans d'expérience aux urgences. Une questionnaire en ligne, basé sur les résultats qualitatifs, a ensuite été diffusé et a recueilli 78 réponses. L'analyse qualitative a été conduite selon le modèle du CFIR, tandis que les données quantitatives issues d'échelles de Likert ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et du test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

**Résultats :** Les analyses montrent que l'implémentation des IPA est perçue comme une réponse possible à plusieurs besoins des urgences, parmi lesquels la coordination interprofessionnelle et la continuité extra-hospitalière, le rôle de référent qualité et la participation à des projets transversaux et enfin l'amélioration de la fluidité des flux et la gestion des attentes.

Les fonctions jugées plus pertinentes pour les IPA aux urgences incluent la gestion de la traumatologie simple, la prescription ciblée d'examen et l'orientation vers la médecine générale. Les freins identifiés concernent principalement la crainte d'un chevauchement des compétences, la méconnaissance du rôle et l'absence d'un cadre partagé. Malgré cela, un haut niveau d'adhésion a été observé, même chez des participants peu familiers du rôle, suggérant un fort potentiel d'acceptabilité.

**Conclusion :** Cette étude met en évidence la pertinence d'un profil de fonction pour les IPA aux urgences belges. Elle confirme l'existence de besoins cliniques et organisationnels auxquels les IPA pourraient répondre et souligne l'importance du travail de clarification et de sensibilisation pour favoriser leur intégration. Ces résultats constituent une étape préparatoire utile pour l'implémentation future.

**Mots clés :** Infirmier de Pratique avancée ; urgences ; implémentation ; besoins ; leviers ; freins.

## Abstact

**Introduction** : Emergency departments face increasing saturation, driven by the shortage of general practitioners, population aging, and the growing complexity of care. These factors contribute to higher patient volumes, longer waiting times, and significant pressure on medical and nursing teams. In this context, the introduction of the Advanced Practice Nurse (APN) role, recently recognized by a legal framework in Belgium, represents an opportunity to address both clinical and organizational needs.

**Methods** : This exploratory study, guided by the PEPPA framework, combined a qualitative and a quantitative approach. Thirteen semi-structured interviews were conducted with physicians and nurses with at least five years of emergency experience. A web-based questionnaire, built on qualitative findings, was then disseminated and collected 78 responses. Qualitative data were analyzed using the CFIR framework, while quantitative data from five-point Likert scales were examined through descriptive statistics and the non-parametric Kruskal-Wallis test.

**Results** : The findings suggest that implementing APNs could meet several needs in emergency care, including interprofessional coordination and continuity of care beyond the hospital, quality management and involvement in transversal projects, as well as patient flow optimization and waiting time management. The functions perceived as most relevant for APNs in the emergency setting include the management of simple trauma cases, targeted prescription of diagnostic tests, and referral to primary care. The main barriers identified were concerns about overlapping roles, limited knowledge of the function, and the lack of a shared framework. Nevertheless, a high level of overall support was observed, even among participants with limited familiarity with the role, indicating strong potential for acceptability.

**Conclusion** : This study highlights the relevance of developing a functional profile for APNs in Belgian emergency departments. It confirms the existence of clinical and organizational needs that APNs could address and emphasizes the importance of clarification and awareness-raising to support their integration. These results represent a preparatory step for future implementation.

**Keywords**: Advanced Practice Nurse; emergency departments; implementation; needs; facilitators; barriers.

## Préambule

Infirmière aux urgences depuis plus de quinze ans, j'ai été confrontée à la complexité croissante des prises en charge et aux défis humains et organisationnels de ce milieu. Ces expériences m'ont conduite à élargir mes compétences en entreprenant ce Master en sciences infirmières à visée pratique avancée, dans l'objectif de répondre plus efficacement aux besoins des patients et de soutenir les équipes.

Le rôle d'IPA, encore récent et peu connu en Belgique, reste marqué par des incertitudes quant à ses contours et à son intégration, en particulier aux urgences. Ce flou m'a donné l'envie de mener cette étude pour explorer les besoins du terrain, identifier leviers et obstacles, et esquisser un profil de fonction pertinent.

J'espère que les résultats présentés pourront constituer une base utile pour l'élaboration de protocoles de coopération et, plus largement, pour la mise en œuvre concrète du rôle d'IPA aux urgences en Belgique.



# 1. Introduction

## 1.1 Contexte et justification

Les services d'urgences connaissent depuis plusieurs années une saturation croissante, résultant de causes multiples, tant structurelles que démographiques. En première ligne, la pénurie de médecins généralistes fragilise l'accessibilité aux soins. Ce phénomène s'explique par des conditions de travail difficiles et un désengagement progressif de la profession. En Belgique, on ne compte qu'un médecin généraliste pour mille habitants, soit moins que la moyenne européenne, avec des disparités marquées en zone rurale (1). Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé estime qu'il manquera 1500 généralistes en 2024, une situation qui pousse de nombreux patients à se tourner vers les urgences, même pour des problèmes relevant de soins primaires.

A cette pénurie s'ajoute le vieillissement de la population. Le taux de dépendance vieillesse (soit le rapport entre la population âgée de plus de 65 ans et celle en âge de travailler) est passé de 26% en 2011 à 30% en 2021 et un, indiquant une augmentation significative en soins complexes (2). Les personnes âgées présentent effectivement davantage de comorbidité et nécessitent des évaluations cliniques approfondies et une coordination interdisciplinaire rigoureuse.

Enfin, l'augmentation globale de la complexité des cas médicaux, observée à l'échelle internationale, participe, elle aussi, à la surcharge des services des urgences. Cette complexité accrue s'explique notamment par la prévalence croissante des maladies chroniques, les effets liés aux traitements au long cours, mais aussi par des facteurs environnementaux, tels que le réchauffement climatique (3). Les prises en charges complexes demandent des soins personnalisés, chronophages, mobilisant des compétences étendues et une approche collaborative soutenue.

Dans ce contexte, le développement du rôle d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) constitue une piste prometteuse pour répondre à ces problématiques. Aux Etats-Unis, les IPA prennent des décisions médicales fondées sur des données probantes, ils établissent des diagnostics différentiels, surveillent l'état de leurs patients, interprètent les résultats des tests diagnostiques, prescrivent des thérapies et développent des plans de prise en charge (4). Une revue systématique a démontré que l'implémentation des IPA aux urgences a un impact positif sur le temps d'attente, la satisfaction des patients (5) tout en fournissant des soins appropriés de qualité (4).

Au Canada, la formation et la législation favorable permettent aux IPA d'assumer des responsabilités, leur donnant une place cruciale dans la gestion des patients aux urgences. Des études canadiennes montrent notamment une réduction des réadmissions et une amélioration des soins continus grâce à l'impact des IPA.

En Belgique, l'arrêté royal (AR) relatif à la pratique avancée en Belgique (6) est d'application depuis le 1er janvier 2025. L'AR fixe les activités cliniques et actes médicaux autorisés pour les IPA dans un cadre défini, les conditions d'exercice de ces actes et les conditions d'agrément. L'IPA y est décrit comme un « *infirmier bénéficiant d'un cadre agréé, qui exerce des activités cliniques et/ou des actes médicaux en autonomie à condition :*

- *que ces actes fassent partie d'activités courantes de complexité limitée et de risque maîtrisable*
- *que l'exercice soit encadré par une convention de collaboration interprofessionnelle précisant les types d'actes, publics concernés et critères d'alerte. »*

Plus concrètement, l'AR précise que l'IPA peut, dans le cadre de la convention :

- poser un diagnostic
- prescrire des examens et des médicaments
- planifier des admissions et délivrer des certificats
- orienter les patients vers d'autres professionnels

L'IPA est un infirmier diplômé de niveau master qui développe une expertise clinique et organisationnelle avancée. Le référentiel de compétences élaboré par l'ARES en 2021 et cité par Baudewyns et al. (7) identifie six domaines d'intervention : l'expertise clinique, la collaboration interprofessionnelle, le leadership, la promotion de la santé, la qualité et la sécurité, et l'érudition. Ces compétences permettent à l'IPA d'agir comme un professionnel de santé autonome dans une pratique clinique complexe, tout en collaborant étroitement avec les médecins et les autres acteurs de soins.

## **1.2 Implémentation des IPA : les obstacles**

La littérature rapporte des exemples qui démontrent à quel point il est primordial d'anticiper l'implémentation des IPA. Dans son étude en 2015, Schober (8) a mis en évidence deux éléments qui ont été identifiés comme sources de difficulté ; le manque de clarté du rôle des IPA et l'absence de stratégie coordonnée. Cela a eu pour conséquence, à Singapour notamment, de biaiser l'intégration des IPA et freiner leur intégration dans le système de santé en limitant leur contribution potentielle à l'amélioration de la qualité des soins. (8)

L'absence de standardisation de la formation des infirmiers en pratique avancée est également un obstacle à leur implémentation, cela s'est vu au Royaume-Uni (9). Une étude sur la pratique et le développement des IPA a également montré que la culture organisationnelle locale favorise la fragmentation de la planification et du développement des effectifs, ce qui entraîne un manque de contrôle stratégique sur les rôles nouveaux et émergents. (10)

## **1.3 Implémentation des IPA : les leviers**

Les revues de littérature démontrent que la planification stratégique est un facilitateur pour l'intégration des IPA. Shober (2015) préconise trois étapes importantes pour l'implémentation des IPA (8). Tout d'abord, les parties prenantes doivent entamer une réflexion avant de mettre en œuvre le projet, afin de définir avec précisions le profil de fonction et son intégration dans l'institution. Ensuite il faut élaborer des descriptions de poste précisant leur rôle et clarifiant leurs relations fonctionnelles et hiérarchiques.

Toujours dans cette idée de faciliter l'introduction des IPA, l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), dans son rapport de 2017 (10), a analysé le développement de la pratique avancée dans les pays d'Europe. On y trouve des freins et des leviers à ce développement qui sont communs à tous les pays. Les principaux obstacles relevés sont l'opposition de certains acteurs du système de santé (notamment les médecins qui craignent une remise en question de leurs fonctions et prérogatives), les systèmes de financement inadaptés et une inertie au sein des organisations. Pour lever ces obstacles, des leviers politiques ont été identifiés ; la mise à jour des lois et réglementations, l'harmonisation des champs de pratique, l'adaptation des systèmes de financement. En parallèle des leviers politiques, des facteurs organisationnels, le soutien et l'engagement continu des gestionnaires et une communication

claire et transparente favorisent la réussite de l'implémentation des IPA dans des structures de santé existantes.

L'expérience de l'Australie est plus récente que celle du Canada ou des Etats-Unis, mais elle nous apporte néanmoins des éléments intéressants (11), par exemple sur l'importance d'une bonne communication pour introduire les IPA et d'une information du personnel médical et infirmier sur leur rôle aux urgences. Cela permet aussi que leurs compétences soient mieux utilisées, plutôt que de les cantonner à la zone fast-track par exemple (11).

Il existe un modèle qui est très couramment utilisé pour faciliter l'implémentation de la pratique avancée : le modèle Participatory Evidence-based Patient-focused Process for Advanced Practice Nursing rôle development (PEPPA). Ce modèle de Denise Bryuant-Lukosius (12) décrit les étapes à suivre pour une implémentation réussie. La méthode a déjà été utilisée à large échelle (13) ; elle est adoptée dans la littérature académique, les recherches et les milieux de pratique. Les auteurs ont souligné l'impact étendu de son utilisation dans de nombreux pays, ce qui signifie que cette méthode peut être utilisée dans différents systèmes de santé.

Pour la création, la mise en œuvre et l'évaluation de l'implémentation des IPA, la méthode PEPPA propose neuf étapes (un schéma explicatif se trouve en annexe 1) Les six premières sont axées sur la construction de l'IPA, la septième consiste à introduire le rôle de l'IPA, et les deux dernières consistent à évaluer l'implémentation de l'IPA et du nouveau modèle de soins à court et moyen terme (14).

Voici les étapes de la méthode PEPPA :

1. Définir la population de patients et décrire le modèle de soins actuels
2. Identifier les parties prenantes et recruter les participants
3. Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins
4. Identifier les problèmes et objectifs prioritaires
5. Définir le nouveau modèle de soin et le rôle de l'IPA
6. Planifier les stratégies de mise en œuvre
7. Lancer le plan de mise en œuvre
8. Evaluer de rôle de l'IPA et le nouveau modèle de soins
9. Surveillance à long terme du rôle de l'IPA et du modèle de soins

Ce modèle permet d'identifier clairement les besoins, les obstacles et les leviers pour la mise en place des IPA. Cela facilite les décisions pour leur introduction (14).

## 1.4 Objectifs de l'étude

Si nous avons maintenant un cadre légal pour la pratique avancée, il reste un gros travail de préparation à effectuer. La préparation sera primordiale pour une introduction réussie des IPA, particulièrement pour les urgences où le public et les pathologies sont multiples. En effet, les soins d'urgence dépassent toutes les limites étroites qui englobent la prestation de soins à tous les groupes démographiques et processus physiologiques (15).

Cette étude mixte a trois objectifs :

Objectif 1 : analyser les freins et leviers à l'implémentation de l'IPA aux urgences

Objectif 2 : identifier les besoins exprimés par les professionnels dans les services d'urgences

Objectif 3 : déterminer les fonctions potentielles de l'IPA aux urgences

L'hypothèse centrale de ce travail repose sur l'idée que le rôle d'IPA aux urgences peut répondre à des besoins cliniques, organisationnels et humains, aujourd'hui partiellement ou mal couverts. La création des conventions de collaboration interprofessionnelle sera une étape clé et un facilitateur pour l'implémentation des IPA aux urgences. Dans l'idée de préparer au mieux l'arrivée des IPA, en suivant les six premières étapes de la méthode PEPPA, cette étude a pour objectif final de contribuer à la définition d'un profil de fonction de l'IPA aux urgences qui répondrait aux besoins et perceptions du terrain.

## 2. Matériel et méthode

### 1. Type d'étude

Cette étude mixte débute par une phase qualitative dont l'objectif est d'explorer les besoins dans les services d'urgences, les freins et les leviers à l'implémentation, ainsi que les représentations des médecins et infirmier urgentistes concernant le rôle potentiel des IPA aux urgences. Les éléments relevés seront soumis à l'avis d'un panel plus large lors de la phase quantitative dans le but d'élaborer ensuite un profil de fonction de l'IPA aux urgences.

## **2. Phase qualitative :**

### **2.1 Population étudiée**

Lors de la phase qualitative, des professionnels des urgences ont été interrogés sur le fonctionnement de leur service. Dans une optique de diversité contextuelle, les professionnels interrogés étaient issus d'hôpitaux de types et tailles variées dans les trois régions. Les critères d'inclusion étaient d'être infirmier ou médecin aux urgences en Belgique avec un minimum de cinq ans d'expérience.

### **2.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon**

L'échantillonnage a été réalisé selon la méthode non probabiliste de type boule de neige. Les premiers participants ont été contactés via le réseau professionnel de la chercheuse, puis ont recommandé d'autres collègues répondant aux critères. L'échantillon final est constitué de treize professionnels : sept infirmiers (dont un chef et un chef adjoint) et six médecins (dont un chef adjoint). La collecte s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

### **2.3 Paramètres étudiés**

La phase qualitative visait à identifier les besoins des urgences, les fonctions potentielles des IPA et les freins/leviers à leur implémentation. Le guide d'entretien a exploré l'organisation des services, leurs forces/faiblesses, les besoins perçus et la manière dont les IPA pourraient y répondre.

### **2.4 Outils de collecte des données**

La collecte des données qualitatives a reposé sur un guide d'entretien semi-directif (Annexe 3) qui a été testé auprès de deux professionnels avant la phase de collecte. Les entretiens se sont déroulés en visioconférence et ont été enregistrés avec le consentement éclairé des participants puis retranscrits intégralement.

### **2.5 Organisation et planification de la collecte**

Les entretiens ont été réalisés entre décembre 2024 et avril 2025. La durée moyenne était de trente à quarante-cinq minutes. Les retranscriptions se sont faites d'abord en direct pendant l'entretien avec l'application Teams, puis elles ont été corrigées manuellement par la chercheuse.

## **2.6 Traitement des données et méthode d'analyse**

L'analyse des entretiens s'est déroulée en plusieurs phases. Les entretiens ont d'abord été retranscrits en verbatim, puis codés de manière inductive afin de faire émerger des catégories récurrentes. Ces codes ont été progressivement affinés et regroupés en thèmes plus larges, de manière à restituer de façon fidèle les besoins exprimés et les représentations des participants. Afin de renforcer la rigueur et la portée analytique, ces résultats ont ensuite été interprétés à travers le prisme du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). Ce modèle constitue un cadre conceptuel reconnu qui vise à identifier les facteurs influençant l'implémentation d'une innovation dans un contexte de soins. (16)

Le CFIR repose sur cinq domaines principaux :

1. Caractéristiques de l'intervention (clarté, complexité, adaptabilité)
2. Contexte interne (culture organisationnelle, ressources, leadership)
3. Contexte externe (politiques, réseaux, incitations)
4. Caractéristiques des individus (connaissances, attitude, confiance)
5. Processus d'implémentation (planification, engagement, pilotage, évaluation)

L'utilisation de ce cadre a permis de structurer l'analyse et d'organiser les résultats de manière cohérente et structurée pour faire émerger les freins et leviers à l'implémentation.

### **3. Phase quantitative**

#### **3.1 Population étudiée**

La population étudiée pour la phase quantitative rassemblait également des médecins et infirmiers issus d'hôpitaux de types et tailles variés dans les trois régions. Il n'y avait pas de minimum d'expérience requis.

#### **3.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon**

L'échantillonnage a été réalisé selon la méthode non probabiliste de type boule de neige. Les questionnaires ont été envoyés aux premiers participants qui ont été contactés via le réseau professionnel de la chercheuse, puis ont recommandé d'autres collègues répondant aux critères. Le questionnaire a également été envoyé aux chefs de service de plusieurs hôpitaux. Il y a eu 78 réponses au questionnaire. Dix médecins et soixante-six infirmiers.

#### **3.3 Paramètres étudiés**

La phase quantitative avait pour objectif de confronter les éléments qui sont ressortis lors des entretiens à un plus grand nombre de professionnels. Il s'agissait de confirmer les freins et leviers à l'implémentation d'un IPA aux urgences, mais aussi de déterminer les potentielles fonctions que celui-ci pourrait avoir. En introduction, les participants ont été amenés à encoder leur profession, le nombre d'années d'expérience ainsi que la capacité d'accueil de leur service. Ensuite, ils ont été soumis à une série d'énoncés auxquels ils devaient répondre sous forme d'échelle de Likert à 5 points. Allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».

#### **3.4 Outils de collecte des données**

Le questionnaire a été réalisé sous forme de Google Form, accessible pour les participants via un lien internet. Les réponses étaient anonymes. Le questionnaire est disponible en annexe 4.

#### **3.5 Traitement de données et méthode d'analyse**

Les réponses au questionnaire ont été encodées dans un fichier Excel pour créer une base de données. L'exploration statistique a ensuite été réalisée grâce au logiciel *R commander*. L'objectif était de confronter à plus large échelle les résultats du quali, de mettre en avant les éléments qui revenaient le plus dans le profil de fonction de l'IPA. Aussi, il est apparu lors des entretiens que la perception de l'IPA pouvait varier selon le contexte professionnel : la profession du répondant,



son expérience ou encore la capacité d'accueil de son service. Afin de vérifier cette hypothèse et quantifier ces impressions, l'analyse statistique a examiné l'influence de ces trois variables.

Choix du test statistique :

Les perceptions ont été mesurées à l'aide de l'échelle de Likert à 5 points, générant des données ordinales. Afin de comparer les réponses selon les trois facteurs, le **test non paramétrique de Kruskal-Wallis** a été utilisé. Ce choix se justifie par le fait que ce test ne requiert ni normalité des distributions ni homogénéité des variances, conditions rarement remplies pour ce type de données. Basé sur des rangs plutôt que des valeurs brutes, il offre une approche robuste pour détecter d'éventuelles différences significatives entre plus de deux groupes indépendants, tout en limitant l'influence des valeurs extrêmes.

#### **4. Aspects éthiques**

Ce travail a reçu une autorisation du comité d'éthique (Annexe 2) du CHU de Liège datant du 15/10/24 (Référence : 2024/370). La participation à l'étude s'est faite sur base volontaire. L'enregistrement des entretiens s'est fait avec le consentement éclairé des participants. Les données ont été anonymisées et traitées dans le respect du RGPD. Les enregistrements ont été supprimés une fois les retranscriptions vérifiées. Pour la phase quantitative, les participants ont répondu au questionnaire de manière totalement anonyme.

## 3 Résultats

### 3.1 Résultats phase qualitative

L'analyse qualitative avait trois objectifs ; dresser un état des lieux des besoins aux urgences, faire émerger les fonctions potentielles d'un IPA aux urgences et enfin d'identifier les freins et leviers à l'implémentation. Voici l'échantillon :

Tableau 1 : Echantillon phase qualitative

| Données socio-démographiques | Catégories           | Effectif (n=13) |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| Profession                   | Infirmier            | 7               |
|                              | Médecin              | 6               |
| Expérience                   | 5 – 10 ans           | 3               |
|                              | 10-15 ans            | 5               |
|                              | 15-20 ans            | 2               |
|                              | >20 ans              | 3               |
| Capacité du service          | <50 patients/24h     | 1               |
|                              | 50-100 patients/24h  | 2               |
|                              | 100-150 patients/24h | 5               |
|                              | 150-200 patients/24h | 3               |
|                              | >200 patients/24h    | 2               |
| Région                       | Bruxelles            | 8               |
|                              | Wallonie             | 5               |

#### **Objectif 1 : Analyse des entretiens à travers le prisme du modèle du CFIR**

L'analyse des entretiens a été réalisée selon le modèle CFIR, qui propose cinq domaines permettant d'explorer en profondeur les facteurs favorisant ou limitant l'implantation d'une innovation. Cette approche a permis de classer les propos recueillis en leviers, freins ou facteurs ambivalents, tout en attribuant un score de perception (de -2 à +2) pour chaque *construct*.

Les données émanant de chaque entretien ont été codées selon cette structure, ce qui a permis de mettre en évidence 8 incitants, 3 incitants majeurs, 4 freins, et 4 facteurs ambivalents à l'implémentation d'un IPA aux urgences. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Synthèse analyse constructs

| Domaine CFIR                                 | Construct                                    | Score global |
|--|--|--------------|
| <b>1. Caractéristiques de l'intervention</b> | Source de l'intervention                     | +1           |
|  | Force des preuves et qualité                 | +1           |
|  | Avantage relatif                             | +2           |
|  | Adaptabilité                                 | +1           |
|  | Complexité                                   | -1           |
| <b>2. Contexte externe</b>                   | Besoins des patients et ressources           | +2           |
|  | Pressions et incitations externes            | 0            |
|  | Réseaux de collaboration externes            | +1           |
| <b>3. Contexte interne</b>                   | Culture organisationnelle                    | 0            |
|  | Climat de mise en œuvre                      | +1           |
|  | Ressources disponibles                       | -1           |
| <b>4. Caractéristiques des individus</b>     | Connaissance et croyances sur l'intervention | -1           |
|  | Auto-efficacité                              | 0            |
|  | Identité professionnelle                     | -1           |
|  | Expérience professionnelle                   | 0            |
| <b>5. Processus</b>                          | Planification                                | +1           |
|  | Engagement                                   | +1           |
|  | Exécution                                    | +1           |
|  | Réflexion et évaluation                      | +2           |

### Les leviers majeurs :

Plusieurs éléments apparaissent comme des catalyseurs forts en faveur de l'intégration des IPA aux urgences. Tout d'abord la **reconnaissance d'un besoin organisationnel** : les répondants soulignent unanimement la nécessité de mieux coordonner les flux et de renforcer la qualité des prises en charge. « *Il faudrait quelqu'un qui puisse prendre les petites sutures ou les plâtres, comme ça les médecins se concentrent sur les urgences vitales.* » « *On sent que parfois il faudrait quelqu'un qui prenne du recul pour vraiment gérer le flux général des urgences* ».

Au niveau du **soutien à la qualité et la sécurité**, le rôle potentiel de l'IPA est perçu également comme un appui précieux pour structurer et suivre les projets transversaux, les débriefings, ou l'évaluation des pratiques. « *On a plein d'idées, mais on manque de temps et d'expertise pour les mettre en place et les suivre.* »

Un autre levier majeur perçu est le **soulagement médical ciblé** ; l'IPA est vu comme un intermédiaire, permettant de réduire la charge de travail médicale, notamment lors de pics d'activité.

### Les leviers :

D'autres éléments apparaissent comme favorables, bien que leur intensité ou leur portée semblent dépendre davantage du contexte local. L'**expertise clinique avancée** est un levier ; l'IPA pourrait apporter un soutien en première ligne pour certaines pathologies, prescrire les premiers traitements et examens après triage et améliorer l'orientation des patients.

Pour ce qui est de la **coordination interprofessionnelle**, certains témoignages insistent sur le fait que l'IPA pourrait servir de facilitateur à la collaboration interdisciplinaire entre l'inter et l'extrahospitalier. « *Quelqu'un qui connaît bien le réseau, qui sait qui appeler et ce qu'il faut lancer, ça ferait gagner un temps fou.* »

Enfin, la **formation et le transfert de compétences** sont également perçus comme un levier. L'IPA pourrait accompagner les professionnels les plus jeunes ou moins expérimentés pour combler un manque de suivi par la hiérarchie qui est déploré par plusieurs participants. « *Les jeunes sont lâchés dans la nature sans être vraiment suivis.* »

Ces leviers, bien que moins unanimement cités, témoignent d'une ouverture à l'innovation et d'une valorisation de l'apport clinique et organisationnel de l'IPA.

### Les freins à l'implémentation

Certains obstacles apparaissent comme susceptibles de freiner significativement l'implémentation. La **méconnaissance du rôle** est sans doute le plus flagrant. De nombreux participants reconnaissent avoir une vision floue du périmètre d'action de l'IPA, certains ne connaissaient pas cette nouvelle fonction. « *On ne sait pas exactement ce qu'ils feraient... alors c'est difficile de se prononcer.* » « *Moi je connaissais même pas ce master, alors je sais pas ce qu'ils peuvent faire.* »

Vient ensuite la  **Crainte de chevauchement de compétences** ; les zones grises entre l'IPA et les médecins, mais aussi avec les infirmiers expérimentés, suscitent des interrogations, voire de la méfiance. « *Si c'est pour faire pareil que les médecins, ils vont mal le prendre.* »

Enfin, le **cadre légal jugé insuffisant** représente également un frein. Bien que l'arrêté royal encadre la fonction, plusieurs participants estiment que son application concrète reste floue pour les urgences.

Ces freins traduisent à la fois des enjeux d'acceptabilité professionnelle et des incertitudes structurelles.

### **Facteurs ambivalents :**

La **culture organisationnelle du service** est un facteur ambivalent : les services les plus grands, habitués à des projets innovants se montrent plus réceptifs, tandis que d'autres privilégient des modèles plus traditionnels.

**L'expérience professionnelle** peut amener à soutenir l'innovation chez les participants ayant 10 à 15 ans d'expérience, alors que les plus expérimentés se montrent plus prudents, évoquant parfois la nécessité de préserver des équilibres établis.

**L'ambivalence de la charge de travail** tient au fait que si certains estiment que la surcharge justifie pleinement le renfort d'un IPA, d'autres craignent que ce rôle détourne des ressources infirmières déjà limitées.

Ces facteurs évoquent l'importance de prendre en compte la diversité des contextes lors de la conception des profils de fonction des IPA.

### **Objectif 2 : Etat des lieux des besoins aux urgences**

L'analyse des entretiens a permis de faire émerger les besoins exprimés par les participants. Ceux-ci se regroupent en cinq catégories synthétisées au tableau 3.

**Tableau 3 : Synthèse des besoins aux urgences**

| <b>Catégorie de besoin</b>  | <b>Description</b>  | <b>Verbatim</b>   |
|---|---|---|
| <b>Optimisation de la gestion des flux</b>  | Meilleure anticipation des ressources nécessaires, « deuxième triage » pour les patients chez qui on pourrait déjà prescrire les premiers examens et/ou traitements | « Les longues attentes sont parfois difficiles à gérer. Les gens, quand ça fait 3heures qu'ils sont là et qu'on leur fait seulement la radio, ils deviennent fous. »  |
| <b>Renforcement de la coordination interprofessionnelle et du relais extrahospitalier</b> | Un besoin clair de continuité des soins post-urgences est identifié, notamment pour éviter les ruptures de prise en charge.   | « Il manque un relais clair après la sortie des patients. » (médecin)<br>« Les médecins ne réalisent pas toujours, mais nous on sait d'avance que ça ne va pas aller quand on fait partir quelqu'un qui n'est pas capable de rentrer. » (infirmier) |
| <b>Optimisation de la prise en charge des cas simples</b>                                 | Permettre à un professionnel dédié de gérer les traumatologies simples et les plaintes mineures.  | « Si quelqu'un peut s'occuper des petits cas, ça libère les médecins. »   |
| <b>Soutien à la qualité et développement de projets transversaux</b>                      | Mettre en place, suivre et évaluer les protocoles et projets de qualité, analyser les incidents.  | « Il faudrait quelqu'un pour faire vivre les protocoles. »<br>« On a beaucoup d'idées, mais on manque de temps et de ressources pour les mettre en place (infirmier chef)   |

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| <b>Formation continue</b> | Renforcer les compétences des équipes en examen clinique, interprétation d'examens, etc. | « Ce serait un plus d'avoir quelqu'un qui forme directement sur le terrain, qui organise des débriefings. » |
|---------------------------|--|---|

### **Objectif 3 : Fonctions potentielles de l'IPA aux urgences**

A partir des besoins qu'ils ont exprimés pour leur service, les participants ont suggéré plusieurs fonctions potentielles pour l'IPA aux urgences. Celles-ci sont décrites dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Fonctions potentielles de l' IPA aux urgences**

| <b>Fonction potentielle</b>   | <b>Description</b>   | <b>Verbatim</b>   |
|---|--|---|
| <b>Gestion des cas simples en autonomie</b><br><b>Prise en charge de patients du Fact Track</b> | Prise en charge de la traumatologie simple, en particulier en période de forte activité                                    | « Si quelqu'un peut gérer les sutures, les entorses, les fractures simples, ça libère des médecins pour les cas les plus lourds. »  |
| <b>Coordination interprofessionnelle et relais extrahospitalier</b>                             | Rôle d'interface entre les urgences, la médecine générale, les maisons médicales,...                                       | « Le suivi après les urgences, c'est un vrai point faible... Un IPA pourrait améliorer ça. » (médecin)  |
| <b>Référent qualité et sécurité des soins</b>   | L'IPA pourrait gérer l'implémentation et le suivi des projets qualité, analyse incident, formation par simulation,...      | « Il faudrait quelqu'un pour faire vivre les protocoles, pas juste les écrire. » (infirmier chef)   |
| <b>Réévaluation des patients instables</b>  | Examen clinique, vérifier que les examens ont bien été lancés, prescrire ceux qui sont nécessaires, relais vers le médecin | « Parfois on a des gens qui restent des heures en box de réa. Ça traîne, nous on peut pas faire avancer les choses. » (infirmier)   |
| <b>Consultation post-urgences</b>   | Suivi de certains patients pour réévaluation   | « Quelques fois c'est difficile de décider de laisser sortir un patient, on sait pas si ça va bien évoluer, et quand son médecin est absent, c'est encore plus délicat. » (médecin) |

## **3.2 Résultats phase quantitative**

L'analyse qualitative a permis d'identifier leviers, freins, besoins et fonctions potentielles, servant de base au questionnaire quantitatif. Celui-ci, construit sur des échelles de Likert à 5 points et diffusé dans divers hôpitaux, visait à mesurer l'adhésion aux fonctions envisagées et l'influence de variables contextuelles. Nous avons reçu 78 réponses ; 10 des répondants sont médecins et 66 infirmiers.

**Table 5 : Echantillon phase quantitative**

| <b>Données socio-démographiques</b> | <b>Catégories</b> | <b>Effectif (n=78)</b> |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Profession                          | Infirmier         | 68                     |
|                                     | Médecin           | 10                     |
| Expérience                          | <5 ans            | 16                     |
|                                     | 5–10 ans          | 22                     |
|                                     | 10–15 ans         | 10                     |
|                                     | 15–20 ans         | 15                     |
|                                     | 20–25 ans         | 5                      |
|                                     | >25 ans           | 10                     |
| Capacité du service (patients/24h)  | <50               | 0                      |
|                                     | 50–100            | 15                     |
|                                     | 100–150           | 31                     |
|                                     | 150–200           | 16                     |
|                                     | >200              | 16                     |

### **Statistiques descriptives globales**

Les résultats quantitatifs présentés au tableau 6 reflètent les tendances générales observées dans l'échantillon et mettent en évidence les fonctions d'IPA aux urgences suscitant le plus fort consensus, ainsi que celles qui divisent davantage les répondants.

**Table 6 : Statistiques descriptives globales**

| <b>Question</b>                                   | <b>N</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> | <b>Médiane</b> | <b>Moyenne</b> | <b>Ecart-type</b> |
|---|----------|------------|------------|----------------|----------------|-------------------|
| <b>Cadre clair est essentiel</b>                  | 78       | 3          | 5          | 5.0            | 4.8205         | 0.4766            |
| <b>Référent qualité</b>                           | 78       | 2          | 5          | 5.0            | 4.4615         | 0.6968            |
| <b>Gestion patients trauma</b>                    | 78       | 1          | 5          | 5.0            | 4.3846         | 0.8563            |
| <b>Projets transversaux</b>                       | 78       | 2          | 5          | 5.0            | 4.3718         | 0.8235            |
| <b>Prescription examens</b>                       | 78       | 1          | 5          | 5.0            | 4.359          | 0.8675            |
| <b>Relais médecine générale</b>                   | 78       | 1          | 5          | 4.5            | 4.359          | 0.7891            |
| <b>Formation et encadrement</b>                   | 78       | 2          | 5          | 4.0            | 4.1795         | 0.9222            |
| <b>Fast Track</b>                                 | 78       | 2          | 5          | 4.0            | 4.1667         | 0.9176            |
| <b>Coordination interprof</b>                     | 78       | 2          | 5          | 4.0            | 4.1026         | 0.8914            |
| <b>IPA bénéfique pour votre service ?</b>         | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 4.0897         | 1.1071            |
| <b>Régulation flux</b>                            | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 4.0769         | 1.1255            |
| <b>Continuité pot-urgences</b>                    | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 4.0385         | 1.0122            |
| <b>Consultation post-urgences</b>                 | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 3.9359         | 1.0971            |
| <b>Surveillance patients instables</b>            | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 3.859          | 1.0158            |
| <b>Pénurie infi rend difficile engagement IPA</b> | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 3.7179         | 1.1498            |
| <b>Soutien clinique en cas de surcharge</b>       | 78       | 1          | 5          | 4.0            | 3.641          | 1.2165            |
| <b>Direction favorable si plus-value</b>          | 78       | 1          | 5          | 3.0            | 3.2821         | 1.1037            |
| <b>Relation médico-infi est favorable</b>         | 78       | 1          | 5          | 3.0            | 2.7949         | 1.2929            |
| <b>Culture managériale favorable</b>              | 78       | 1          | 5          | 2.0            | 2.5128         | 1.2247            |

Les résultats montrent un soutien élevé aux fonctions proposées pour les IPA, avec plus de la moitié des items ayant une médiane de 5. Les questions les mieux notées concernent la nécessité

d'un cadre clair (relatif à l'implémentation) et pour les fonctions, le rôle de référent qualité, la prise en charge de la traumatologie simple, des projets transversaux et la prescription de certains examens.

L'analyse des écarts-types met en évidence un consensus marqué pour le rôle de référent qualité, le relais vers la médecine générale et pour la nécessité d'un cadre clair. A l'inverse, une dispersion plus importante est observée pour le soutien clinique en cas de surcharge, la pénurie d'infirmière comme frein à l'engagement d'un IPA et la qualité des relations médico-infirmières, reflétant des points de vue divergents ou une compréhension variable des propositions.

### **Facteurs influençant la vision de la fonction d'IPA aux urgences**

Lors de l'analyse qualitative, il est apparu que la perception de l'IPA pouvait varier selon le contexte professionnel : la profession du répondant, son expérience ou encore la capacité d'accueil de son service. Afin de vérifier cette hypothèse et quantifier ces impressions, l'analyse statistique a examiné l'influence de ces trois variables grâce au test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

#### **a. Influence de la profession**

**Tableau 7 : Test de Kruskal-Wallis sur la profession**

| Item                              | p-value Kruskal-Wallis | Score moyen Infirmiers | Score moyen Médecins |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Gestion patients trauma           | 0.019                  | 4.309                  | 4.9                  |
| Direction favorable si plus-value | 0.056                  | 3.191                  | 3.9                  |
| Relais médecine générale          | 0.08                   | 4.412                  | 4.0                  |

Les médecins expriment une opinion significativement plus favorable que les infirmiers sur l'autonomie des IPA dans la gestion de la traumatologie simple. Ils sont également plus enclins (tendance) à penser que la direction soutiendrait l'intégration d'un IPA si une plus-value était démontrée.

A l'inverse, les infirmiers se montrent légèrement plus favorables (tendance) au rôle de relais vers la médecine générale ou d'autres structures.

#### **b. Influence de l'expérience professionnelle**



**Tableau 8 : Test de Kruskal-Wallis sur l'expérience professionnelle**

| Question                           | p-value<br>Kruskal-<br>Wallis | <5 ans | 5-10 ans | 10-15 ans | 15-20 ans | >20<br>ans |
|------------------------------------|-------------------------------|--------|----------|-----------|-----------|------------|
| Relais médecine générale           | 0.018                         | 4.5    | 4.455    | 4.7       | 4.4       | 3.8        |
| Continuité pot-urgences            | 0.022                         | 4.375  | 4.091    | 4.6       | 3.667     | 3.6        |
| Coordination interprof             | 0.074                         | 4.562  | 3.955    | 4.4       | 4.0       | 3.733      |
| Relation médico-infi est favorable | 0.092                         | 3.0    | 2.682    | 3.2       | 3.2       | 2.067      |

Les répondants ayant entre 10 et 15 ans d'expérience accordent les scores les plus élevés pour le relais vers la médecine générale et la continuité du suivi après les urgences, tandis que ces scores diminuent chez les répondants ayant plus de 20 ans d'expérience.

On observe également une tendance à la différence pour la coordination interprofessionnelle et pour la qualité perçue des relations médico-infirmières, avec des scores plus élevés chez les plus jeunes, ou en milieu de carrière, et plus faibles chez les plus expérimentés.

### c. Influence de la capacité d'accueil du service :

**Tableau 9 : Test de Kruskal-Wallis sur la capacité d'accueil**

| Item   | p-value Kruskal-<br>Wallis | 50-100<br>patients | 100-150<br>patients | 150-200<br>patients | >200<br>patients |
|--|----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Culture managériale de l'institution est favorable | 0.039                      | 2.4                | 2.129               | 2.688               | 3.188            |
| Gestion patients trauma                            | 0.028                      | 4.067              | 4.677               | 4.438               | 4.062            |
| Relation médico-infi est favorable                 | 0.071                      | 2.867              | 2.355               | 3.062               | 3.312            |
| Relais médecine générale                           | 0.046                      | 4.0                | 4.29                | 4.625               | 4.562            |
| Référent qualité                                   | 0.027                      | 4.067              | 4.581               | 4.562               | 4.5              |

Les services accueillant un volume plus important de patients tendent à évaluer plus positivement certains rôles. Ainsi, la gestion de la traumatologie simple, le relais vers la médecine d'urgence et le rôle de référent qualité obtiennent des scores plus élevés dans les services recevant plus de 150 patients par jour.

Une tendance apparaît également sur la relation médico-infirmière avec des scores plus élevés dans les structures de très grande capacité.

## 4. La discussion

Cette étude avait trois objectifs ; analyser les freins et leviers de l'implémentation, déterminer les besoins exprimés par les professionnels des urgences et faire émerger les fonctions potentielles de l'IPA aux urgences qui pourraient répondre à ces besoins.

### 4.1 Analyse des freins et des leviers à l'implémentation

L'implémentation d'un IPA se déroule dans un contexte contrasté : des leviers forts (coordination interprofessionnelle, qualité des soins, traumatologie simple, projets transversaux) coexistent avec des freins persistants (crainte de chevauchement, méconnaissance du rôle, absence de cadre). Certains facteurs, comme l'expérience ou la taille du service, ont une influence ambivalente.

#### **Coordination interprofessionnelle :**

La coordination interprofessionnelle, perçue comme un levier majeur dans les entretiens mais moins priorisée dans l'enquête, apparaît déterminante pour le rôle de l'IPA, en cohérence avec la littérature internationale.

Contrairement aux contextes nord-américains où la fonction d'*intermédiaire de flux* des APN est une fonction centrale dès l'implémentation (17) (18), nos résultats suggèrent qu'en Belgique la coordination n'est pas encore perçue comme prioritaire dans l'immédiat. Cette différence pourrait refléter la spécificité d'un système encore très centré sur la responsabilité médicale, où le rôle d'interface de l'IPA reste à construire.

Il sera indispensable de clarifier les responsabilités pour ne pas tomber dans la peur d'une perte d'identité professionnelle qui constitue un frein majeur à la collaboration (19).

#### **Crainte de chevauchement des compétences**

La crainte d'un chevauchement des compétences, liée à l'absence de cadre réglementaire clair en Belgique, constitue un frein récurrent. Les perceptions varient selon l'expérience et la profession, reflétant l'influence du vécu professionnel.

La littérature confirme que cette préoccupation est un obstacle fréquent lors de l'implémentation des IPA, surtout lorsque le contexte où les contours légaux et organisationnels

de la fonction ne sont pas suffisamment établis (20). L'absence de définition précise du rôle alimente les tensions interprofessionnelles et ralentit l'acceptation de la fonction (21).

Les résultats de l'étude confirment les données internationales, toutefois la crainte ici semble particulièrement marquée, sans doute en raison de la nouveauté de la fonction. Cela suggère que le contexte belge accentue certains freins connus.

Il a été démontré (22) que la clarification du périmètre d'action contribue à réduire ces tensions et installer un climat de confiance. Des études australiennes (23) et canadiennes (24) indiquent que si le rôle de l'IPA est explicitement posé en complémentarité et non en substitution, il présente une bien meilleure adhésion.

Dans ce contexte, le modèle PEPPA offre un cadre structuré qui préconise, en début de processus, de définir clairement les responsabilités et les limites de la pratique, en concertation avec toutes les parties prenantes. Cela réduit les ambiguïtés et les conflits (25).

## **4.2 Analyse des besoins aux urgences**

Les entretiens ont pu faire émerger les besoins ressentis par les professionnels des urgences. Les besoins prioritaires sont le soutien clinique en cas de surcharge, la coordination interprofessionnelle et la continuité des soins extrahospitaliers, le référent qualité et gestion de projet transversaux et l'amélioration des flux et la gestion des attentes.

Le besoin de référent qualité ressort comme l'un des plus soutenus par les répondants, tant en qualité qu'en quantité. Ce rôle est perçu comme un atout stratégique pour harmoniser les pratiques et impulser une culture de l'amélioration continue.

Pour certains participants, un IPA dédié à cette fonction pourrait coordonner la mise à jour et la diffusion des protocoles, assurer le suivi des analyses d'incidents, ou encore participer à des projets transversaux pluridisciplinaires.

Des travaux menés en Australie et au Canada montrent que l'intégration d'APN dans des missions de gestion de la qualité améliore la qualité des soins, réduit les erreurs médicamenteuses et renforce la satisfaction des équipes (26) (27).

Une étude suisse (28) a mis en évidence que les IPA chargés de la qualité aux urgences favorisent la structuration des pratiques, la cohérence des procédures et l'engagement des équipes dans des projets qualité.

Enfin, le rapport de l'American Academy of Emergency Nurse Practitioners (29) recommande que les APN aux urgences participent activement aux initiatives d'amélioration de qualité, soulignant

que ce rôle contribue à l'optimisation des processus et à la reconnaissance des APN au sein des équipes.

Alors que dans la littérature internationale les IPA sont intégrés aux démarches qualité, nos résultats montrent que cette mission est perçue comme une perspective prometteuse mais prudente face à une fonction encore absente du paysage belge.

### **4.3 Les fonctions potentielles des IPA aux urgences**

Ont été particulièrement mises en avant : la gestion de la traumatologie simple, la prescription d'examens ciblés, l'orientation et le relais vers la médecine générale ainsi que le soutien clinique en cas de surcharge. Ces propositions ont eu un taux d'adhésion élevé en quantitatif.

La possibilité pour un IPA de prescrire certains examens ciblés a suscité un soutien marqué. Les participants aux entretiens envisageaient cela dans le but de réduire les délais d'investigation.

Dans le contexte belge, cette proposition reste novatrice aux urgences et nécessiterait un cadre clair, mais elle s'inscrit dans une tendance internationale où les IPA disposent d'une autonomie diagnostique et thérapeutique partielle.

En Australie et au Royaume-Uni, l'introduction de protocoles leur permet de cadrer cette nouvelle fonction. Cela a eu pour effet de réduire le temps d'accès aux examens, d'améliorer la satisfaction des patients et optimiser le temps médical (30) (31).

Des études canadiennes soulignent également que cette compétence favorise la reconnaissance professionnelle des APN et renforce leur intégration dans l'équipe (32).

Nos résultats rejoignent ces observations, néanmoins, la différence majeure réside dans l'absence de cadre légal belge permettant cette autonomie. Cette divergence souligne que certaines fonctions identifiées comme prioritaires nécessiteraient une adaptation avant de devenir effectives.

### **4.4 Limites et biais de l'étude**

Sur le plan qualitatif, l'échantillon restreint et recruté par effet boule de neige peut avoir introduit un biais de sélection, limitant la transférabilité à d'autres contextes que les urgences belges. Bien

que la saturation des données ait été atteinte, certains aspects du rôle d'IPA ont pu ne pas émerger.

La phase quantitative comporte également des limites. Les échelles de Likert à cinq points réduisent la complexité des perceptions et reposent sur des données ordinales. L'échantillon, de taille limitée et volontaire, expose à un biais d'auto-sélection, tandis que certaines sous-catégories (médecins) étaient sous-représentées, restreignant la portée des comparaisons.

Concernant l'analyse, le test de Kruskal-Wallis, adapté aux données ordinales, ne renseigne pas sur l'ampleur des différences. L'interprétation qualitative reste en partie subjective malgré les efforts de rigueur. De plus, la discussion mobilise une littérature surtout issue de pays où le rôle des IPA est institutionnalisé, réduisant la comparabilité avec le contexte belge.

Enfin, la méconnaissance du rôle d'IPA a pu influencer certaines réponses, reposant à la fois sur des représentations hypothétiques plus que sur une connaissance précise.

En somme, cette recherche doit être considérée comme une étape exploratoire, mettant en évidence des tendances utiles, mais appelant à des études plus larges pour comparer et approfondir les résultats.

## **4.5 Profil émergent et perspectives**

L'analyse des résultats permet d'esquisser un profil de fonction de l'IPA aux urgences en distinguant des missions prioritaires et d'autres plus évolutives. Parmi celles jugées immédiatement pertinentes figurent :

- La gestion de la traumatologie simple
- La prescription ciblée d'examens
- Le relais vers la médecine générale
- Le soutien clinique en cas de surcharge
- La participation à des missions transversales de qualité et de gestion de projets

Ces missions, concrètes et centrées sur l'activité clinique, répondent directement aux besoins exprimés de fluidifier les flux, réduire les délais et améliorer la qualité et la continuité des prises en charge. Elles pourraient constituer le noyau initial d'un futur profil de fonction.

Enfin, les perspectives d'implémentation soulignent la nécessité d'un travail préparatoire :

- Sensibiliser les équipes au rôle d'IPA
- Clarifier le cadre légal et organisationnel
- Accompagner l'intégration par des projets pilotes

Le haut niveau d'adhésion observé témoigne d'un potentiel d'acceptabilité fort, qui pourra être consolidé par une bonne communication et une définition progressive des responsabilités.

## **5 Conclusion**

Cette étude exploratoire avait pour objectif d'analyser les freins et leviers à l'implémentation d'IPA aux urgences, d'identifier les besoins prioritaires exprimés par les professionnels et de faire émerger les fonctions potentiellement associées. L'approche mixte a permis de croiser les perceptions issues d'entretiens qualitatifs avec une enquête qualitative, offrant ainsi une vision nuancée et contextualisée de la faisabilité du rôle.

Les résultats montrent que, malgré un contexte marqué par des freins persistants, de nombreux leviers favorisent l'acceptation de cette fonction. Les missions les plus soutenues répondent directement aux besoins identifiés par les équipes, notamment l'amélioration de la continuité des soins et la structuration des pratiques.

En définitive, l'étude met en évidence un potentiel d'intégration important pour les IPA aux urgences belges, à condition d'accompagner leur déploiement par une clarification des rôles, une communication adaptée et un cadre institutionnel solide. Elle constitue une première étape de réflexion, appelant à des recherches complémentaires pour mesurer l'impact concret de ces fonctions sur la qualité des soins, l'efficacité organisationnelle et la satisfaction des professionnels.

## Bibliographie

1. Dulbea, P. (2024). La pénurie de médecins généralistes en Belgique. Policy Brief (No. 2024/1). Bruxelles: Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).  
[https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2024/02/DULBEA\\_PolicyBrief\\_Penuries\\_medecins\\_generalistes.pdf](https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2024/02/DULBEA_PolicyBrief_Penuries_medecins_generalistes.pdf)
2. Statbel (2021). Taux de dépendance vieillesse.  
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/census/population/age#figures>
3. Lancet Countdown(2023). The 2023 Global Report of the Lancet Countdown.  
<https://www.lancetcountdown.org/2023-report/>
4. American Academy of Emergency Nurse Practitioners (2022). Toolkit for Advanced Practice. Registered Nurses in Emergency Care.
5. Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15(63).
6. Belgique. Moniteur belge. Arrêté royal du 14 avril 2024 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. 30 avril 2024, n° 82.  
[https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/04/26\\_1.pdf#page=311](https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/04/26_1.pdf#page=311)
7. Baudewyns, V., & al. (2024). Référentiel de compétences pour le Master en Sciences Infirmières (MSI) élaboré par l'ARES [Document non publié]. Université Libre de Bruxelles.
8. Schober, M. (2015). Identification of the main factors favouring the integration of nursing roles in advanced practice: An ethnographic study. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1(1), 71-77.
9. Marsden, J., Dolan, B., & Holt, L. (2003). Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 595-605.
10. Maier, C. B. (2017). Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation . [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care\\_a8756593-en](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en)

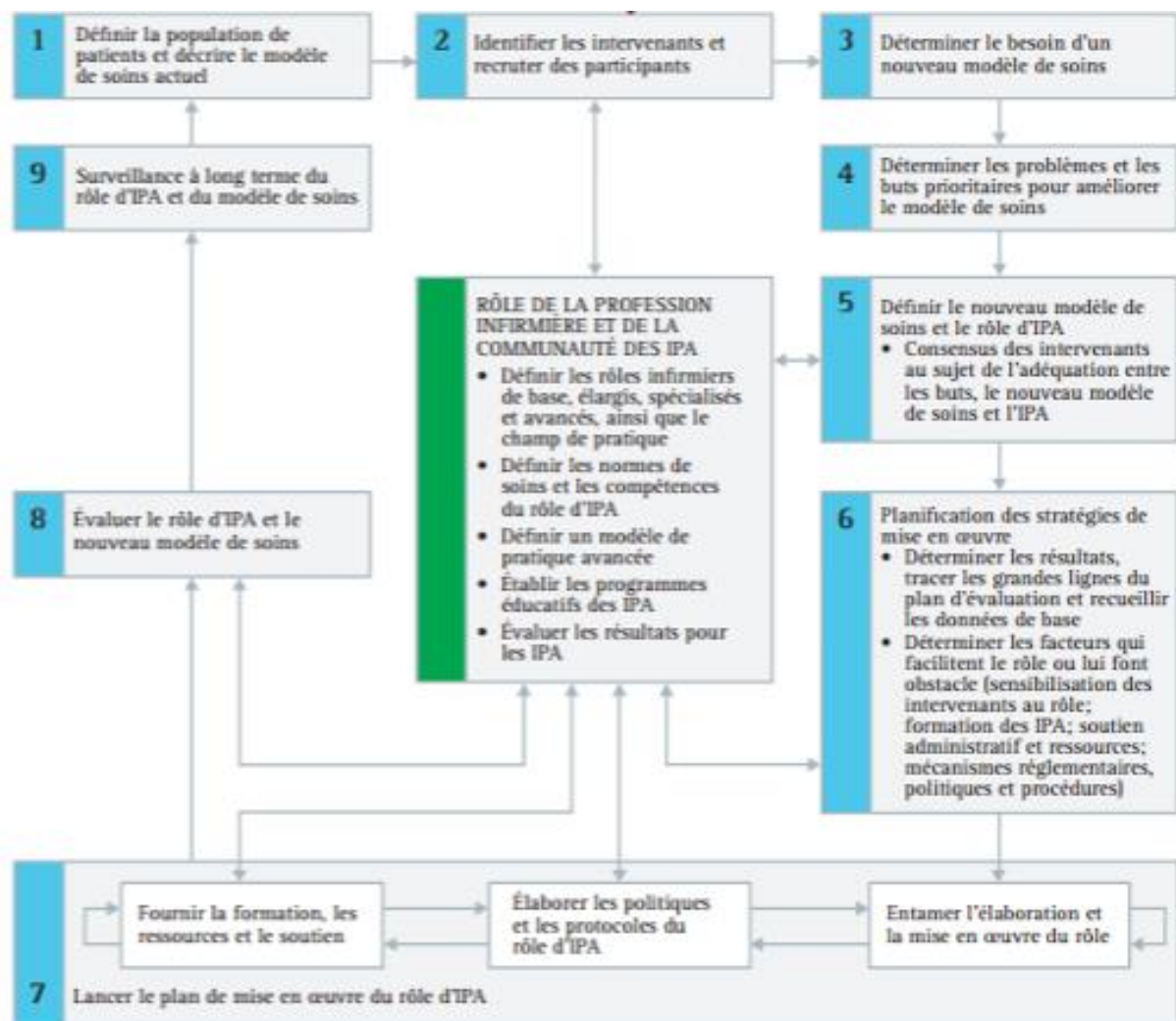
11. Lee, G., Jennings, N., & Bailey, M. (2007). An exploration of staff knowledge on the nurse practitioner's role in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 79–87.
12. Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x>
13. Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant Lukosius, D. (2016). Assessing the Spread and Uptake of a Framework for Introducing and Evaluating Advanced Practice Nursing Roles. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 13( 4), 277–284. <https://doi.org/10.1111/wvn.12160>
14. Schwingbrouber, J. (2021). Implantation et évaluation de la pratique avancée en France, Thèse de doctorat, Aix Marseille Université. Disponible sur : <https://theses.fr/2021AIXM0596>
15. McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L., & Boileau, J. (2009). Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing and Health Sciences*, 11, 318–325.
16. 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>
17. Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. J. W. (2016). Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: Their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1545–1556.
18. Lindblad, E., Hallman, E. B., Gillsjö, C., & Lindblad, U. (2010). Experiences of having an APN in primary health care in Sweden: A qualitative study. *BMC Nursing*, 9, 10.
19. Brom, H., Melnyk, B. M., Szalacha, L. A., & Graham, M. (2020). Evidence-based practice, nurse–physician collaboration, and patient safety culture: A cross-sectional survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 190–198
20. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540
21. Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (OECD Health Working Papers, No. 54). OECD Publishing



22. Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2018). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, No. 101. OECD Publishing.
23. Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & DiCenso, A. (2015). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 45–59
24. Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & DiCenso, A. (2015). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 45–59
25. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540
26. Middleton, S., Gardner, A., Della, P., Lam, L., & Kline, T. (2011). The status of Australian nurse practitioners: The first national census. *Australian Health Review*, 35(4), 448–454.  
<https://doi.org/10.1071/AH10926>
27. O'Rourke, N. C., Thompson, C., McMillan, K., & Johnston, A. N. B. (2019). Nurse practitioners as change agents in improving patient safety and quality of care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4314–4325. <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>
28. Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the Advanced Practice Nurse in the emergency department: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3359-6>
29. American Academy of Emergency Nurse Practitioners. (2022). Toolkit for Advanced Practice Registered Nurses in Emergency Care
30. Considine, J., Martin, R., & Stergiou, H. E. (2006). Accuracy and confidence in triage decisions made by emergency nurses. *Australian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 65–71.  
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2006.03.001>
31. Jennings, N., O'Reilly, G., Lee, G., Cameron, P., & Free, B. (2015). Nurse practitioner prescribing practices in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.07.003>
32. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

## Annexes

### Annexe 1 : Schéma explicatif du modèle PEPPA



Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nurse roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.

Figure X. Cadre conceptuel PEPPA pour l'introduction et l'évaluation du rôle d'IPA

Reproduit de Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nurse roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

## Annexe 2 : Avis 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 **Virginie PETIT**  
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**CHU B23**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: **2024/370**

**"Elaboration d'une convention de collaboration interprofessionnelle pour les IPA aux urgences. "**  
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](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

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

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b><br>Intensiviste, CHU   | <b>Président</b>      |
| Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b><br>Expert en Thérapie Cellulaire, CHU   | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b><br>Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU  | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b><br>Généraliste, membre extérieur au CHU  | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b><br>Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU   |                       |
| Madame <b>Viviane DESSOUROUX</b> / Monsieur <b>Pascal GRILLI</b> (suppléant)<br>Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU                               |                       |
| Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante)<br>Psychologue, CHU                      Psychologue, membre extérieure au CHU |                       |
| Madame <b>Isabelle HERMANS</b><br>Assistante sociale, CHU  |                       |
| Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b><br>Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU   |                       |
| Madame la Docteure <b>Marie-Paule LECART</b><br>Rhumato-gériatre, CHU  |                       |
| Madame <b>Marie LIEBEN</b><br>Philosophe, membre extérieure au CHU   |                       |
| Madame <b>Patricia MODANESE</b><br>Infirmière cheffe d'unité, CHU  |                       |
| Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b><br>Pédiatre, CHU   |                       |
| Monsieur le Professeur <b>Marc RADERMECKER</b><br>Chirurgien, CHU  |                       |
| Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b><br>Juriste, membre extérieur au CHU  |                       |
| Madame <b>Isabelle ROLAND</b> / Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b> (suppléant)<br>Pharmacien, CHU                      Pharmacologue, ULiège                 |                       |
| Madame la Docteure <b>Liliya ROSTOMYAN</b><br>Endocrinologue, membre extérieure au CHU   |                       |
| Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b><br>Radiothérapeute, membre extérieure au CHU   |                       |
| Madame <b>Cécile THIRION</b><br>Infirmière cheffe d'unité, CHU   |                       |

## Annexe 3 : Guide d'entretien

### Guide d'entretien mémoire

#### 1. Introduction

Tout d'abord, un grand merci d'accepter de participer à ce travail. Cet entretien va durer une trentaine de minute. Si vous y consentez, il sera enregistré. Cela me permettra de le retranscrire mot à mot. Les données seront anonymisées et je serai la seule à posséder les codes pour vous identifier. Après la publication de mon mémoire, ces données seront supprimées.

Sachez qu'il n'y a ici pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous allons simplement discuter de votre travail et du fonctionnement des urgences.

Objectifs de l'entretien :

- Etablir un état des lieux des besoins aux urgences
- Identifier les éléments qui peuvent nuire au bon déroulement du flux aux urgs
- Identifier ce qui peut être mis en place pour améliorer le flux
- Après tous les entretiens pouvoir établir un profil de fonction de l'IPA aux urgs

L'entretien abordera donc les besoins perçus, les difficultés rencontrées et les attentes par rapport aux IPA.

#### 2. Entretien

1. Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences et quelle est votre fonction ?
2. Pouvez-vous décrire l'organisation du travail dans votre service ?
3. Quelles sont les forces dans votre service qui permettent de garantir la qualité des prises en charge et la gestion du flux ?
4. Quelles sont selon vous les principales difficultés que vous rencontrez dans la gestion des soins au quotidien ? (organisation, fonctionnement d'équipe, management...)
5. Par quels moyens pensez-vous que ces difficultés pourraient être surmontées ?
6. Quels sont selon vous les besoins aux urgences pour améliorer les prises en charge et le flux des patients aux urgences ?
7. Connaissez-vous les IPA, leurs compétences et les actes qu'ils peuvent effectuer ?
8. Sachant cela, pensez-vous que les IPA pourraient répondre à certains besoins des urgences ? De quelle façon ? (soutien opérationnel, actes techniques, leadership,...)
9. Pour clôturer cet entretien, voulez-vous ajouter autre chose ?

## **Annexe 4 : Questionnaire phase quantitative**

### **Introduction au questionnaire**

Je réalise actuellement un master en sciences infirmières à orientation pratique avancée à l'Université de Liège. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, dont l'objectif est de réfléchir à la place que pourrait occuper un(e) Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA) dans un service d'urgences.

Lors d'une première phase qualitative, j'ai mené des entretiens avec des médecins et infirmiers travaillant aux urgences, afin d'identifier les besoins du service et d'explorer comment, selon eux, un(e) IPA pourrait y répondre. Ces échanges ont permis de dégager un certain nombre d'axes de réflexion.

Ce questionnaire constitue la deuxième phase de mon travail. Il vise à confronter les éléments identifiés à un plus large panel de professionnels, afin de mieux cerner la faisabilité et la pertinence du rôle IPA aux urgences. À terme, l'objectif est de dresser les contours d'un profil de fonction réaliste et adapté aux spécificités du terrain.

Le questionnaire est anonyme, prend environ 5 minutes, et les réponses seront traitées de manière strictement confidentielle.

Vous ne connaissez pas les IPA ? Pas de problème, en première question vous trouverez une explication de cette nouvelle fonction.

Je vous remercie vivement pour votre participation !

### **Informations sociodémographiques**

- Profession : Infirmier(ère) / Médecin
- Années d'expérience aux urgences : \_\_\_\_
- Nombre de patients accueillis par 24h dans votre service : \_\_\_\_
- Votre service est-il organisé par secteurs ? Oui / Non / Ne sait pas

### **Partie 1 – Secteurs d'activité de l'IPA aux urgences**

1. Un(e) IPA pourrait intervenir en soutien au Fast Track (prise en charge des pathologies simples).
2. Un(e) IPA pourrait être impliqué(e) dans le triage avancé (prescription des premiers examens et/ou traitements,...).
3. Un(e) IPA pourrait assurer un suivi clinique transversal pour certains patients complexes.
4. Un(e) IPA pourrait travailler en zone d'observation ou d'hospitalisation de courte durée.
5. Un IPA pourrait travailler en zone de traumatologie simple (4 membres ; prise en charge des fractures simples, sutures simples...)
6. Un(e) IPA pourrait jouer un rôle pivot dans les flux entre les urgences et les services hospitaliers.

### **Partie 2 – Compétences cliniques et techniques attendues**

7. L'IPA pourrait réaliser de manière autonome des actes techniques ciblés (sutures, plâtres...).
8. L'IPA pourrait participer à l'anamnèse et à l'examen clinique de patients.
9. L'IPA pourrait prescrire certains examens complémentaires selon des protocoles.
10. L'IPA pourrait formuler des hypothèses diagnostiques pour des situations courantes.
11. L'IPA pourrait contribuer à la surveillance et réévaluation des patients instables.

### **Partie 3 – Rôles transversaux et organisationnels**

12. L'IPA pourrait participer à l'encadrement et la formation clinique des jeunes professionnels.
13. L'IPA pourrait être référent pour la qualité des soins et les retours d'expérience.
14. L'IPA pourrait assurer un soutien clinique à l'équipe en cas de surcharge ou d'effectif médical réduit.
15. L'IPA pourrait faciliter la coordination entre les différents professionnels des urgences.
16. L'IPA pourrait contribuer à des projets transversaux (protocoles, outils cliniques, etc.).
17. Un(e) IPA pourrait assurer une continuité de suivi pour certains patients après leur passage aux urgences.
18. L'IPA pourrait participer à des consultations post-urgences (ex. suivi de plaies, pathologies chroniques décompensées, relecture d'examens).
19. L'IPA pourrait jouer un rôle de relais vers la médecine générale ou d'autres structures de soins.
20. Le développement d'un rôle IPA en post-urgences me semble pertinent dans mon contexte de travail.

### **Partie 4 – Conditions de réussite**

21. Un cadre légal clair est essentiel pour permettre l'intégration d'un(e) IPA aux urgences.
22. Une définition claire des responsabilités entre IPA, médecins et infirmiers est indispensable.
23. La connaissance du rôle IPA par l'ensemble de l'équipe est un prérequis.
24. L'adhésion des médecins est un facteur clé de succès.
25. Une phase pilote permettrait de faciliter l'intégration progressive de ce nouveau rôle.

### **Partie 5 – Perception globale**

26. Je suis favorable à l'intégration d'un(e) IPA dans mon service d'urgences.
27. Je pense que ce rôle pourrait améliorer la qualité des soins.
28. Ce rôle permettrait une meilleure répartition des compétences.
29. Je serais prêt(e) à collaborer activement avec un(e) IPA dans mon service.

