



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2022/2024

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Urgences

**PLACE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE MENTION
URGENCES AU SEIN DES URGENCES, POINTS DE VUES DES
MEDECINS URGENTISTES**

Sous la direction de Mme DEHAUT Hélène

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 12H00 au pôle formation

Par TAAMALLAH Yasin

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur PUISIEUX François

Enseignant Infirmier :

Monsieur QUINDROIT Paul

Directrice de Mémoire :

Madame DEHAUT Hélène

« Lorsque deux forces sont jointes, leur efficacité est double »

Issac Newton.

Remerciements :

Je tiens, à remercier en premier lieu Mme Dehaut Hélène, ma directrice de mémoire, pour sa précieuse aide, ses conseils pertinents et sa contribution active à ce travail.

Mes remerciements personnels vont à mon groupe de promo, Mmes Callens Charlotte et Iera Rosa, mes mères de master, merci à Allan, Greg, Julie, Annabelle et Chapatou pour ses deux années formidables à leurs côtés, merci pour ces fous rires, ces moments de partages et de soutien.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude à ma famille pour leur soutien indéfectible tout au long de mon cursus. Merci à mes parents pour leurs encouragements et leur motivation infaillible qui ont rythmé l'ensemble de ma formation.

De plus, je tiens à remercier du fond du cœur mon meilleur ami, Bendaoui Iliess pour son soutien inébranlable à toutes les étapes de ce master. Je tiens également à remercier ses parents pour m'avoir offert la convivialité et la chaleur d'une famille.

Enfin, remerciements également à Mme Birour Linda, avec qui nous formions un trio fort et encouragements pour nos diplômes respectifs.

Table des matières

Introduction générale :	1
1. Introduction et cadre théorique	2
a. Situation d'urgence et Service d'Accueil des Urgences (SAU)	2
b. Notion de parcours patients.....	3
c. Le parcours patient aux Urgences	4
d. État des lieux.....	6
d. Le circuit court aux Urgences.....	7
e. L'IPAU	8
2. Matériel et méthode	10
3. Résultats	12
a. Population de l'étude	12
b. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	12
c. Analyse des données.....	13
4. Discussion	26
a. Résultats principaux	26
b. Comparaison avec la littérature	33
c. Forces limites et biais de l'étude :	35
d. Perspectives	36
5. Conclusion	37

Abréviations :

ANAP	Agence NAtionale de la Performance sanitaire et médico-sociale
ARS	Agence Régionale de Santé
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des libertés
CRRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
DES	Diplôme d'Étude Spécialisé
DESC	Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPO	Délégué de protection des données
DREES	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
ISP	Infirmier Sapeur-Pompier
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IPA PCS	Infirmier en Pratique Avancée mention Pathologies Chroniques Stabilisées
IPAU	Infirmier en Pratique Avancée Urgence
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORU	Observatoire Régional des Urgences
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SAU	Service d'Accueil des Urgences

Introduction générale :

La problématique du déficit de médecins traitants se pose au cœur du système de santé français. Un rapport d'informations sénatorial (2022) stipule que « *11% de la population de plus de 17 ans* » n'as pas de médecin traitant. En 2022, « *5 959 000* » français n'en ont pas. Selon la Direction de la Recherche des Études de l'évaluation et des Statistiques (DREES), entre 2012 et 2021, le nombre de médecins généralistes a baissé de « *5,6%* » faisant passer la densité de *153* médecins pour 100 000 habitants en 2012 à *140* en 2021. Les « *besoins de soins de la population ont crû plus vite que le nombre de médecins* », augmentant les difficultés pour la population à trouver des rendez-vous médicaux.

Selon un rapport du sénat du (2022), ce « *double phénomène* » a pour conséquence la difficulté d'accès aux médecins traitants dans des délais courts. Les patients se tournent vers les services d'urgence devant des symptômes nécessitant un avis médical rapide. Ce service étant parfois la seule porte d'entrée vers un parcours de soins.

Selon l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) Haut de France, 1 968 478 patients ont franchi la porte des urgences en 2022, soit une augmentation de 6,9% en comparaison à l'année 2021 et 81,6% de ces passages aux urgences se soldaient par un retour à domicile.

Ce déficit de médecins traitants a donc des répercussions de plus en plus lourdes sur les services d'urgences.

1. Introduction et cadre théorique

a. Situation d'urgence et Service d'Accueil des Urgences (SAU)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (s.d.) définit une situation urgente comme *“un évènement soudain, généralement imprévu qui nécessite de prendre des mesures immédiates pour minimiser ses conséquences néfastes”*. D'un point de vue médical, l'urgence se décompose en deux situations cliniques, l'urgence relative et l'urgence absolue. L'académie de médecine (s.d.) définit une urgence absolue, comme nécessitant une prise en charge immédiate, sous peine de mettre en péril le pronostic vital du patient, tandis que l'urgence relative ne nécessite pas d'action immédiate.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (2020), le SAU est défini comme étant : *“service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique”*

b. Notion de parcours patients

La HAS (2022) définit le parcours patient comme étant « *l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux tant en ville qu'en établissements de santé* ». Cette définition requiert l'existence d'une coordination entre les différents professionnels permettant d'offrir aux usagers « *les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment* ». La coordination permet « *le juste enchaînement au bon moment* » de ces différentes compétences professionnelles. Les parcours de soins coordonnés des patients permettent d'assurer une continuité dans les soins par une approche globale et organisée des interventions visant à l'amélioration la « *qualité et l'efficacité des soins* ». Ils permettent également de minimiser les délais de prise en charge, et, pour les urgences, les délais de mise en place des aides à domicile de patient non hospitalisé.

Parmi les organismes les plus connus, acteurs actifs de l'organisation des parcours de soins, les Dispositifs d'appuis à la Coordination (DAC), faisaient partie d'une des réformes du système de santé initiée en 2019. Ces dispositifs viennent en aide à tout professionnel de santé en difficulté face à un parcours de soins complexe permettant une « *réponse coordonnée* » (2022). Ils réunissent l'ensemble des professionnels et ressources disponibles sur le territoire et permettent « *l'organisation d'un plan d'action personnalisé* » (2022) pour les patients complexes.

Tous les professionnels peuvent solliciter les services de la DAC pour répondre aux besoins des patients et tenter de remédier aux difficultés rencontrées pour coordonner les soins.

Nous allons nous intéresser au parcours de soins des usagers des urgences

Selon une étude publiée en 2013 par Moulay Ali El Oualidi et Janah Saadi, l'organisation du parcours de soins des patients aux urgences en zones de soins « *sans avoir besoin d'être déplacé* » aurait un impact « *significatif* » sur le temps de consultation aux urgences. Cette organisation du parcours patient peut être retrouvée dans les Urgences françaises.

En 2022, un projet de recherche initié par l'AP-HP fait également référence aux parcours patients aux urgences. Partant du constat que les services d'Urgences sont « *encombrés* », le projet d'étude cherche à revoir les organisations des parcours aux urgences permettant un gain de temps et d'efficacité. L'étude souligne également des conséquences de la saturation des urgences sur les « *professionnels qui ressentent de la frustration, des insatisfactions et de l'épuisement* ».

c. Le parcours patient aux Urgences

Le parcours de soins des patients aux urgences est le suivant :

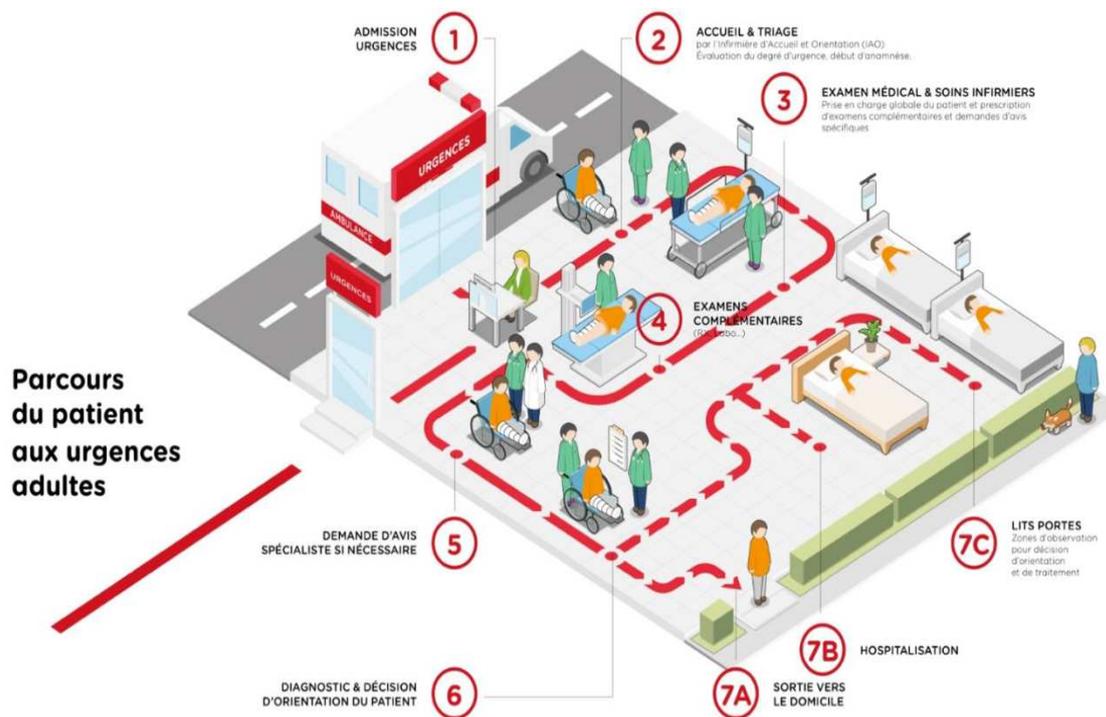


Schéma 1 : Parcours du patient aux urgences adultes

Les patients se présentent au secrétariat des entrées, si leur état de santé le permet, afin de renseigner leurs données personnelles et de réaliser une entrée administrative. À la suite de cela, les patients attendent l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) pour une première évaluation. Cet infirmier diplômé d'état a bénéficié d'une formation de tri légiférée par le code de santé publique (2021), article 4311-5 qui explique que l'infirmier fait un *“recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance [...] installation du patient en rapport avec sa pathologie”*

Les patients sont ensuite répartis dans différentes zones de soins. Selon le code de santé publique (2006), l'article D6124-5 stipule qu'un service d'urgence se décompose en 3 zones principales qui sont, la zone d'accueil, une zone de soins permettant entre autres des moyens de déchocage et enfin une zone d'hospitalisation de courte durée. La zone de soins susmentionnée se décompose quant à elle en trois différentes sous-parties.

Pour donner suite à leur admission aux Urgences, ils sont répartis selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) modifiée qui classe selon 7 degrés de gravité les

patients de l'urgence préhospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré.

Cette échelle se décompose de la sorte :

CCMU P	Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
CCMU 1	État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
CCMU 2	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (bilan sanguin, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, immobilisation).
CCMU 3	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
CCMU 5	Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

A leur sortie des Urgences, les patients reçoivent un RPU (Résumé de Passage aux Urgences). Selon l'ORU Haut de France, parmi les 1 969 304 RPU transmis en 2023, 18,3% sont classés CCMU 1. En d'autres termes, plus de 18% des passages aux urgences des Hauts de France ne nécessitent pas d'actes complémentaires autre qu'une évaluation clinique par un médecin.

Les effectifs humains aux urgences peuvent varier d'un établissement à un autre en fonction des besoins, de la période de l'année et de la localisation. Selon le code de santé publique (2006), la sous-section 1 de l'article D62124 indique l'obligation qu'au moins 1 médecin et 2 infirmiers soient présents 24h sur 24 pour qu'un service d'urgence reste ouvert.

Même si à la date de parution de cet article, il semblait improbable qu'un service d'urgence ferme par carence de personnel, nous allons voir ensemble, que la réalité de 2023 en est tout autre.

d. État des lieux

L'actuelle crise des services d'urgence est de plus en plus évoquée. SAMU urgences de France (2023) publie une étude sur les tensions des structures d'urgences lors de l'été 2023. Ces données sont non exhaustives et reflètent cette situation.

Faute de moyens médicaux et paramédicaux, 57% des services d'urgences déclarent être contraint de fermer une ligne de SMUR en l'absence d'un médecin ou d'un infirmier tandis que 43% ont eu recours à la gestion du flux des entrées par régulation du centre 15. Cette régulation, permet la réorientation en amont des patients ne nécessitant pas un passage par les Urgences. 54% des services d'urgences participants à cette enquête réorientent leurs patients vers d'autres services d'urgences ou vers les centres de consultations non programmées en ville. 163 services d'urgences ont fermé leurs portes au moins une fois durant l'été 2023 étant dépourvus de la présence d'un médecin ou de deux infirmiers. Ces chiffres dressent un visuel sur la problématique rencontrée par les services d'urgences, sans mettre le flux de patient dans l'équation.

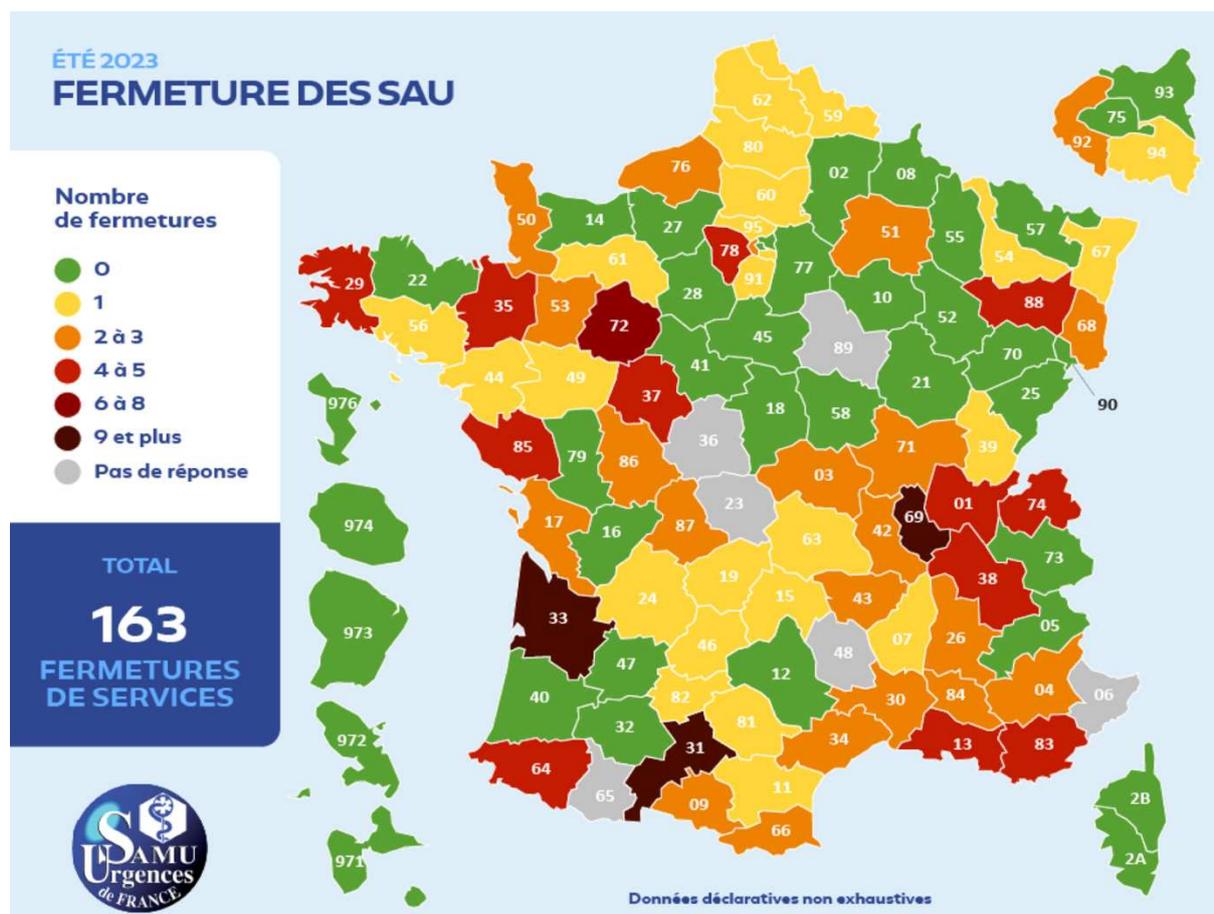


Schéma 2 : Illustration de la fermeture des SAU pour l'été 2023, SAMU Urgences de France.

Cette carte mettant en avant le nombre de fermeture de SAU, les départements de notre étude, à savoir le 59 et le 62 ne dénombrent qu'une seule fermeture lors de la période estivale 2023. D'un point de vue local, les établissements inclus dans cette étude n'ont pas fermé leurs portes mais ont subi certaines carences en effectifs paramédicaux.

Le site officiel des débats publics français, Vie publique (2022), confirme que 29% des Français se sont déjà présenté aux urgences pour un motif ne nécessitant par un passage par ce service. Ces chiffres sont confirmés par la Cour des comptes (2019), 20% des patients accueillis aux urgences "n'auraient pas dû s'y rendre". L'ORU Hauts de France stipule que plus de 18% des RPU étaient classé CCMU1. Tous ces écrits démontrent les "difficultés d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin".

Ces patients consultants aux Urgences pour des motifs de recours non urgents sont placés au circuit court.

d. Le circuit court aux Urgences

Le circuit court aux Urgences draine la majeure partie du flux des entrées. Il permet l'accueil et la prise en charge des patients avec des motifs de consultations jugés comme ayant un moindre degré de gravité (CCMU P,1 et 2) et un état de santé jugé stable par un médecin. Ces patients peuvent bénéficier d'examens complémentaires paracliniques tels qu'un bilan sanguin ou une radiographie, afin d'étayer les observations du médecin et de confirmer ou infirmer l'hypothèse diagnostic. Au circuit court, les patients peuvent avoir accès à des soins infirmiers, de la gypso thérapie ou des sutures. A la fin de la prise en charge, un courrier de sortie, et une prescription médicale de sortie leurs sont souvent remis avec des conseils de surveillance et une consigne de consulter leur médecin traitant pour la suite de la prise en charge.

L'ANAP (Agence Nationale de la Performance sanitaire) en 2022, publiait une étude mettant en avant la valeur ajoutée d'une filière courte aux Urgences. Le circuit court permet une réduction du temps d'attentes aux Urgences en limitant « l'impact des prises en charges des patients légers sur la prise en charge des patients lourd ». Cette étude met en avant la nécessité d'organiser au sein même des urgences la réponse aux besoins des patients en termes de soins.

Cette zone dédiée aux motifs de recours jugés de moindre gravité a un intérêt tout particulier pour la fonction de l'Infirmier en Pratiques Avancées mention Urgences (IPAU).

e. L'IPAU

En 2014 paraissait déjà un ouvrage de Galichon, portant sur la situation aux urgences mettant en avant la nécessité « *d'impérativement évoluer* ». L'état des lieux des problématiques des Urgences et la partie dédiée au circuit court font rapidement comprendre que des solutions doivent être mises en place afin de pallier ces difficultés.

Le Conseil International des Infirmiers (CII) (s.d.) caractérise l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) comme celui qui « *a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé à exercer* ». Cette définition met en avant les compétences cliniques, l'aspect technique de la pratique avancée mais également le leadership dont fait preuve ce professionnel. Cette nouvelle spécialisation de la profession infirmière fait partie des leviers permettant de répondre aux enjeux de santé publique. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), décrit cette spécialisation comme étant une évolution des carrières paramédicales par le « *développement approfondi des compétences et connaissances.* »

Le décret du 18 juillet 2018 introduit l'exercice IPA pour les mentions pathologies chroniques stabilisée. Trois ans plus tard, le décret du 25 octobre 2021 légifère l'exercice en pratique avancée aux urgences. L'IPA est autorisé à exercer après 3 années d'expérience infirmière à temps complet ainsi qu'une formation diplômante de deux ans reconnus au grade master.

L'exercice aux Urgences peut intervenir dans la phase aiguë des patients. L'IPAU collabore avec les médecins selon deux parcours bien définis : le parcours « *paramédical* » où l'IPAU est en autonomie et « *établit des conclusions cliniques dès lors qu'un médecin de la structure de médecine d'urgence intervient.* » Le parcours « *médico-paramédical* » pour lequel l'IPAU participe à la prise en soins des patients sous la conduite diagnostic du médecin urgentiste. L'article 2 de l'arrêté du 25 octobre 2021 fixe les pathologies pour lesquelles l'IPAU est compétent pour prendre en charge le patient selon les deux parcours définis précédemment. L'IPAU est autorisé à réaliser des gestes techniques mentionnés dans l'arrêté du 11 mars 2022.

Les IPAU peuvent intervenir dans le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), soit en Centre de Réception et Régulation des Appels (CRRA) soit en pré hospitalier dans les Structures Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Ce champ de compétence est calqué sur les

différents domaines de l'urgence et permet aux IPAU d'intervenir à toutes étapes du parcours du patient.

Face à l'augmentation exponentielle de l'affluence des patients aux Urgences, et aux difficultés rencontrées par ces services, le gouvernement cherche à trouver des solutions. Le pacte de refondation des urgences édité le 9 septembre 2019 stipule des leviers pour accroître les prises en charge des patients en « amont » de leur arrivée aux Urgences. La mesure 2 de ce pacte tend à « *renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé* ». On observe la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les Centres de Soins Non Programmés (CSNP) et même des centres de consultations d'urgence avec, une infirmière et un plateau technique hors du centre hospitalier. Ces Points d'Accueil de Soins Immédiats (PASI) permettent la prise en charge des patients sans rendez-vous et disposent de matériel permettant la réalisation d'actes techniques ou diagnostics. Ils accueillent des patients, ne nécessitant pas de passage par un service d'urgence. Alors que ces stratégies ont vu le jour et sont de plus en plus présentes sur le territoire, une dernière mesure de ce pacte peine à se développer.

La mesure 4 du Pacte de refondation des Urgences indique : « *offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients* ». Cette mesure a pour but d'élargir les compétences des professionnels paramédicaux permettant une plus grande autonomie dans les soins. Même si la création des infirmiers en pratique avancée date de juillet 2018, ce n'est seulement qu'en octobre 2021 qu'apparaît le décret introduisant une cinquième mention urgence. Ces professionnels sont affectés aux Urgences pour participer à la réponse face à cette hausse de l'affluence. Le modèle PEPPA de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA) donne des pistes pour l'implantation des IPA en milieu hospitalier.

Pour autant, en 2023, seulement 5 étudiants en pratiques avancées ont fait le choix de cette spécialisation d'urgence à l'Université de Lille et il n'existe aucune étude sur la place des IPAU malgré les recommandations citées ci-dessus.

Les médecins urgentistes sont des témoins clés de l'implantation des IPAU dans les urgences, et leurs avis sont indispensables dans les pratiques cliniques aux Urgences. Pour qualifier les perspectives d'implantation des IPAU, il m'est paru indispensable de comprendre leurs points de vue en lien avec l'arrivée de ce nouveau métier dans les parcours patients aux Urgences.

2. Matériel et méthode

a. Type d'étude

L'étude menée était une recherche qualitative exploratoire multicentrique.

b. Population de l'étude

Des médecins urgentistes des Centres Hospitaliers de Saint-Vincent de Paul (Lille 59) et d'Arras (62) ont été interrogés dans le cadre de cette étude.

c. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de recueillir les perceptions et opinions des médecins urgentistes sur les rôles et missions des IPAU dans les parcours des patients aux urgences.

L'objectif secondaire est d'observer une corrélation entre les besoins des services d'urgences et les compétences de l'IPAU.

d. Recueil de données

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, en respectant les temps de pause, les rires ou autres émotions et d'être sûr de bien comprendre les informations apportées par les médecins.

Un guide d'entretien (Annexe 2) a été préalablement rédigé pour permettre à l'investigateur de garder une ligne conductrice identique avec une certaine flexibilité dans les idées et thèmes non prévus initialement et qui pouvaient être abordés par les médecins urgentistes interrogés.

L'ensemble des urgentistes ayant participé à cette étude ont été sélectionné en fonction de leurs disponibilités. En effet, des difficultés logistiques sont apparues pour s'entretenir avec chaque médecin sur rendez-vous. Les entretiens ont eu lieu lors des gardes des médecins urgentistes, sur leurs lieux d'exercice respectif.

Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone avec une autorisation préalable des participants. Une retranscription fidèle des enregistrements a été rédigée sur Word.

e. Analyse des données :

La retranscription des entretiens semi-directifs s'est faite par verbatim afin de produire des données complètes, d'assurer l'intégrité, la profondeur et la précision de l'analyse en recherche qualitative.

Après une première analyse, j'ai repris point par point les éléments apportés par chaque participant, intriquant ainsi l'ensemble des données correspondantes sous forme d'une temporalité dans les parcours des patients aux Urgences.

f. Aspects éthiques et réglementaires

Conformément à la loi Jardé, cette étude qualitative avec un recueil d'informations sur les professionnels de santé n'a pas nécessité un accord de comité éthique. Les données recueillies n'ont pas nécessité de déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Toutefois, une demande au Délégué de Protections des données (DPO) de l'Université de Lille a été réalisée pour appuyer la nécessité de ces autorisations. (Annexe 3)

g. Biais :

Le biais d'auto-référence : compte tenu de ma position d'Infirmier Étudiant en Pratique Avancée mention Urgence (IePAU) en stage dans les différents terrains où ont été réalisés les entretiens semi-directifs, les résultats pourraient être biaisés par cette posture et les différents échanges qui ont eu lieu au fil de mon stage. Ce même biais pouvait amener les médecins urgentistes à aborder la question de l'IPAU avant que cette thématique ne soit amenée par le guide d'entretien.

Le biais d'expérience est à prévoir compte tenu des caractéristiques différentes des pôles de chaque participant, certains ayant eu l'expérience d'une collaboration avec un IPA et d'autres non.

3. Résultats

a. Population de l'étude

Huit médecins urgentistes ont été inclus dans cette étude. Deux médecins avaient un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) médecine d'urgence et six un DES médecine générale suivis d'un Diplôme d'Études Spécialisées complémentaires (DESC) médecine d'urgence. Deux chefs de service de SAU, un chef de service de SMUR, un chef de service de régulation médicale ainsi qu'un chef de pôle Urgence ont été interrogés.

Les établissements inclus dans l'étude sont deux CH, possédant chacun une structure d'urgence. L'établissement A permet à ces urgentistes la possibilité de travailler en SAU, en Unité de Surveillance Continue (USC) ainsi que la présence d'un « SMUR interne » pour les prises en charges vitales des patients en urgences vitales dans les différents services de l'hôpital. L'établissement B offre à ces praticiens la possibilité d'exercer en SAU, en SMUR et en régulation médicale.

b. Caractéristiques de l'échantillonnage

Age	Sexe	Poste aux urgences	Expérience aux urgences	Présence d'un IPA ou non.	Établissement
36 ans	M	Médecin	1,5 ans	Oui	A et B
35 ans	F	Médecin	1,5 ans	Oui	A
36 ans	F	Médecin	5 ans	Oui	A
47 ans	F	Chef de Service du SAU	10 ans	Oui	A
32 ans	F	Médecin	3 ans	Non	B
39 ans	M	Chef de service SMUR	11 ans	Non	B
45 ans	M	Médecin (ancien chef de pôle SAMU)	18 ans	Non	B
63 ans	M	Chef pôle SAMU	36 ans	Non	B

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillonnage.

c. Analyse des données

Pour donner suite à l'analyse de ces entretiens, 5 thématiques principales se démarquent.

Afin de visualiser l'analyse des résultats de cette étude, un tableau récapitulatif a été dressé résumant les thématiques principales et les sous thèmes abordés par les participants de l'étude.

Thématique	Sous-Thème	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Difficultés liées à la gestion du flux	En amont		X	X	X	X	X		X
	Dans les urgences	X	X	X	X	X	X	X	X
	En aval			X	X	X	X	X	
Les urgences : un lieu sécurisé pour les patients	Besoin d'assurance/réassurance	X	X		X	X	X		
	Isolement social			X	X				
La médecine d'urgence : une solution à défaut de médecine de ville	Une solution de secours au manque de médecins généralistes	X	X	X	X	X	X		X
	La porte d'entrée vers un parcours de soins		X		X				
	Transfert de responsabilités			X			X	X	
L'IPA : une ressource face à la saturation des soins	Fluidification des urgences et gestion du flux	X	X	X		X	X		X
	Économie de temps médical	X	X	X		X	X	X	
	Complémentarité et expertise spécifique	X	X	X		X	X	X	X
Réflexion autour de l'aspect légal	Responsabilités		X	X	X	X	X		
	Modalités de collaboration		X	X	X	X			X
	Acculturation sur le sujet		X	X		X			

Tableau 2 : Synthèse des résultats de l'étude

→ **Difficultés liées à la gestion du flux**

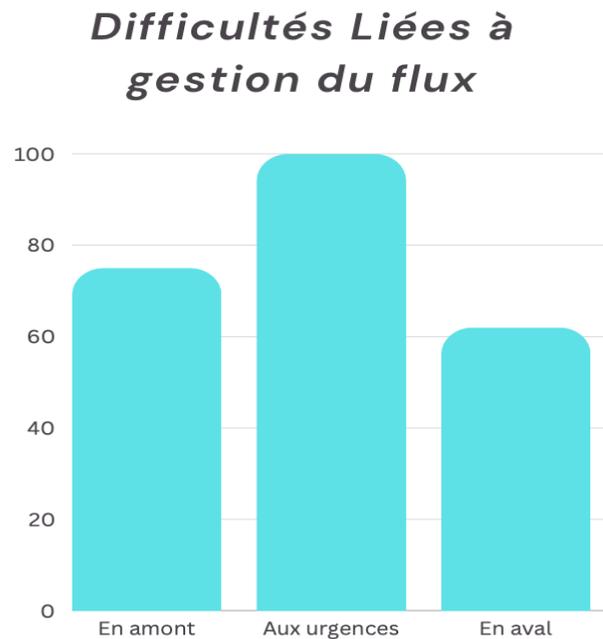


Diagramme 1 : Données liées aux difficultés de gestion du flux.

→ En amont des urgences.

Une problématique résidait en amont des urgences, les médecins urgentistes évoquaient une évolution de la société actuelle qui tendait vers un “stress” (médecin 3) et “mal-être général de la société” (médecin 4). En conséquent, la population “veut avoir des réponses rapides [...] immédiates à leurs questions et la médecine en fait partie” selon la médecin 4.

Le motif de recours aux Urgences était soulevé par les médecins urgentistes : “Beaucoup de gens qui consultent pour pas beaucoup de trucs graves” (médecin 3), ainsi qu’“un recours facile à la médecine” (médecin 4) compte tenu de la disponibilité des professionnels, et de la possibilité d’un accès à un ensemble complet de soins car les patients ont “tout sur place” (médecin 3). Les médecins urgentistes se posaient la question de l’“éducation thérapeutique” (médecins 1 et 4) faite auprès des usagers des urgences concernant leurs motifs de recours.

→ Dans les urgences :

Tous les médecins urgentistes interrogés ressentait des difficultés liées à la gestion du flux des patients à l'intérieur même du SAU. Ils pointaient du doigt les incessantes interruptions de tâches qui, d'une manière ou d'une autre, ralentissaient l'avancement du flux dans les urgences.

Les difficultés en lien avec la récurrence de "l'agressivité des patients" (médecins 2, 3, 4, 5) étaient également évoquées, parfois justifiée comme étant une expression du stress (médecins 3, 4) et d'une "anxiété" (médecin 1) chez le patient, liée à l'attente d'une réponse ou d'une consultation médicale dans le service. Ces éléments reflétaient une réelle souffrance dans leur exercice aux urgences comme nous le confirme clairement la cheffe de service du SAU A car pour elle, il était "difficile de continuer à faire son métier et en contrepartie se prendre l'agressivité des gens" (médecin 4).

Le facteur temps était très préoccupant pour une majorité des médecins urgentistes. Chaque acte, chaque consultation prends du temps et ce temps se répercutait sur les autres soins et autres patients à évaluer.

L'aspect médico-légal était également considéré comme important pour une majorité de médecins urgentistes qui évoquaient une "peur de ne pas être couvert en cas de problème" (médecin 3). Face à des motifs de recours qui ne nécessitaient pas spécialement de consultation par les Urgences, nombre de médecins préféraient tout de même recourir à des examens paracliniques afin d'écarter toute responsabilité. Il était devenu "difficile de faire sortir les gens sans examens même si ce n'est pas spécialement utile" (médecin 3). Certains médecins évoquaient l'aspect chronophage des soins car "beaucoup de petits gestes qui prennent du temps" (médecin 5).

Enfin, des difficultés étaient liées à la gestion des dossiers complexes faisant intervenir plusieurs spécialités et plusieurs professionnels de santé est à noter. L'"imbriquement de pathologies et de spécialités" (médecin 7) engendrait une "complexification" (médecin 7) des prises en charge rendant chronophage la gestion de ce type de dossiers et posant la question du post urgence. Dans cette thématique, "la problématique du sujet âgé" (médecin 8) aux Urgences est mise en lumière ainsi que de leurs nombres : "beaucoup beaucoup beaucoup de patients âgés" (médecin 5). Cette population, avec des parcours de soins très complexes nécessitant une coordination chronophage selon les médecins urgentistes.

→ En aval

Les médecins urgentistes exprimaient clairement des difficultés liées au post-urgences avec comme principal problème les places en aval, que ce soit pour une hospitalisation en médecine, en psychiatrie ou un retour en institution pour les personnes âgées. Ce problème de places en aval générait une saturation des services d'urgences et des difficultés à gérer le flux général du service. Cette problématique du drainage des urgences résidait également dans l'hospitalisation des patients polypathologiques. En effet, selon le médecin 7, la coordination entre les différents spécialistes reste difficile car le patient polypathologique n'est pas "chimiquement pur" dans une seule pathologie, ce qui rendait fastidieux son hospitalisation dans un service bien défini. Encore une fois, la problématique du temps était évoquée, avec une grande partie chronophage de l'exercice qui est attribuée à la recherche de solutions d'aval. "L'urgentiste passe du temps au téléphone [...] pour chercher des lits" (médecin 7).

Enfin, cette problématique de la solution d'aval devenait de plus en plus présente dans les services avec une nette croissance des passages itératifs aux urgences de patients pour lesquels il n'y a pas forcément de solution d'aval : "des patients qui reconsultent souvent pour lesquels on n'a pas toujours de solutions" (médecin 4). Ces patients, à défaut de prise en charge, revenaient systématiquement aux urgences.

Les urgences : un lieu sécurisé pour les patients.

Les urgences, un lieu sécurisé pour les patients

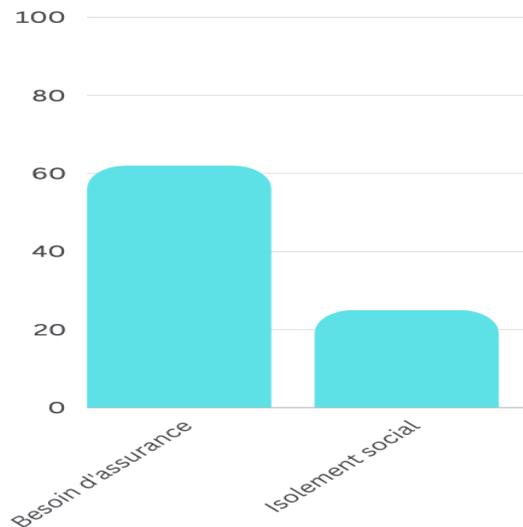


Diagramme 2 : Données inhérentes aux besoins des patients des Urgences.

→ Un besoin d'assurance et de réassurance

Dans un contexte d'affluence croissante dans les services d'urgences, le besoin d'assurance et de réassurance était mis en lumière par les médecins interrogés.

On observait que face aux symptômes, les patients se présentaient aux urgences majoritairement pour avoir une "évaluation médicale première" (médecin 2) et bénéficier d'un regard "professionnel" (médecin 3) pour apaiser leurs inquiétudes. En effet, selon plusieurs participants, cette nécessité de réassurance, de consultation médicale était exacerbée par une "société actuelle qui stress les gens" (médecin 3), amplifiant leurs "appréhensions et interrogations vis-à-vis de la médecine" (médecin 4). Un recours de "plus en plus facile à la médecine" (médecin 4) était majoritairement perçu par les médecins, "beaucoup de gens qui consultent pour pas beaucoup de trucs graves" (médecin 3). La fréquence croissante des consultations motivées par de l'inquiétude ou de la désinformation sur la médecine était également soulignée par les participants. Ces besoins d'assurance, d'avoir des réponses à des questions était verbalisé, la médecin 3 disait que : « beaucoup de gens qui ont peur de globalement beaucoup de choses et parfois tu les regardes et tu leur dis que tu es pas du tout inquiet et ça va ils peuvent partir » (médecin 3). Il s'agissait donc de rassurer les patients avec un « œil expert ».

→ Isolement social

Dans la continuité de l'évolution de la société suggérée par certains médecins urgentistes, l'isolement social était un fait marquant. En effet, un chef de service stipulait bien avoir vu une croissance des consultations des populations isolées. « L'isolement des gens, surtout de la personne âgée » (médecin 4) traduirait un « véritable mal-être » (médecin 4) dans notre société actuelle. Ainsi, les Urgences devenaient un refuge pour ses personnes isolées qui venaient y chercher de l'attention, « être compris et rassurées » (médecin 1). Face à cet isolement, « Les urgences et l'hôpital peuvent être un endroit où on leur parle » (médecin 4), sans parfois le verbaliser concrètement. Cette même cheffe de service évoquait une recrudescence des motifs de recours psychiatriques, « beaucoup de psychiatrie aux urgences » (médecin 4) et ainsi l'arrivée d'un « rôle d'accompagnement » supplémentaire de la part des professionnels de l'urgence pour cette population en détresse.

Enfin, la question de l'isolement de la personne âgée était soulevée par de nombreux médecins, avec le sentiment d'une plus importante part de personnes âgées isolées qui franchissaient le seuil des urgences.

Ce constat faisait suite à la question posée sur les besoins des patients.

La médecine d'urgence : une solution à défaut de médecine de ville

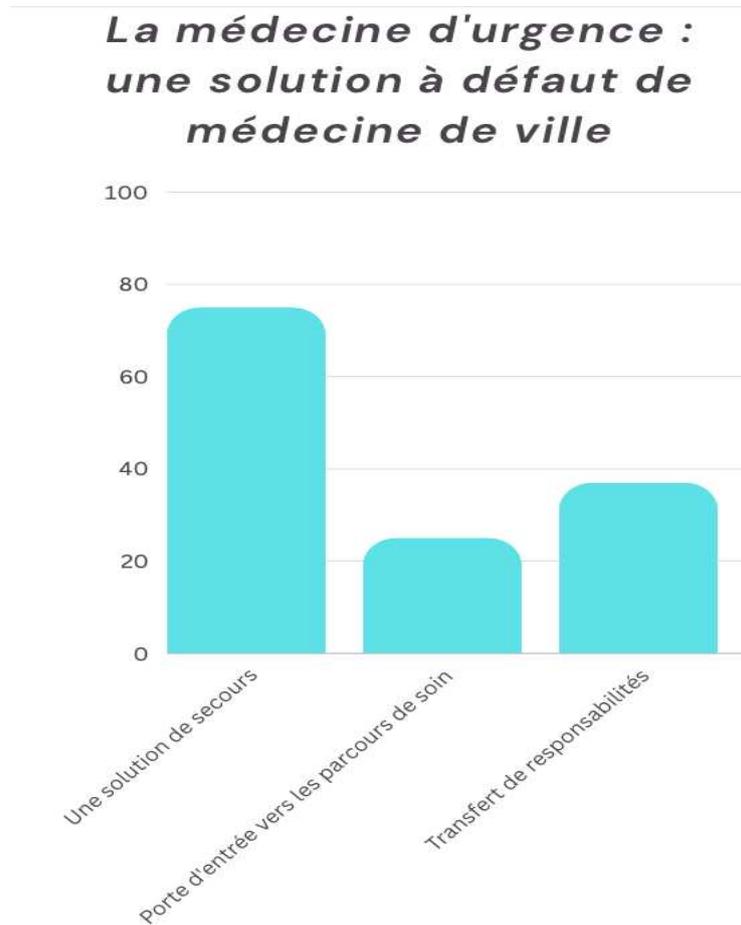


Diagramme 3 : Différentes thématiques évoquées concernant les motifs de consultation.

« On pallie la médecine générale clairement » (médecin 5), cette phrase reflétait concrètement l'actuelle situation des services d'urgences. Cet avis était partagé par 7 des 8 médecins interrogés. Les Urgences étaient devenues, selon le médecin 6, un « mode de prise en charge par défaut d'autre chose ». Tous évoquaient une désertification croissante de la médecine de ville qui se répercutait sur les services d'urgence. La facilité d'accès et la disponibilité du service étaient mises en avant. « On se sert des urgences à défaut de médecine de ville » (médecin 6). Cependant, une compréhension générale à l'égard des patients était présente chez les professionnels. Face à une douleur ou une inquiétude, et à défaut de médecine générale disponible, les patients se dirigeaient vers les urgences pour avoir un avis « professionnel » (médecin 5) sur leurs problèmes. « En fait quand tu as mal et que tu n'as pas de ressources de médecine générale [...] tu finis forcément par atterrir aux urgences » (médecin 5). Sur cette thématique, les participants à l'étude évoquaient encore une fois l'aspect « facile » (médecin

4) des urgences où tout était présent sur place « Ils sortent après avoir attendu avec le package complet » (médecin 3).

Les urgences étaient la porte d'entrée vers les parcours de soins de nombreux patients sans médecins traitants attirés. « Tout passe par les urgences, c'est une question d'accès aux soins » (médecin 6). Il était très difficile d'avoir un avis ou une consultation spécialisée et parfois le passage par un service d'urgence permettait d'avoir accès à une offre de soins non disponible en ville et « sans accès aux spécialités » (médecin 8)

→ Un transfert de responsabilités.

Dans la conjoncture actuelle, les médecins urgentistes observaient « du manque de médicalisation des structures médico-sociales » (médecin 6), le passage par le service des urgences permet un transfert de responsabilités. Cet aspect de l'utilisation des urgences a été largement porté par les médecins urgentistes interrogés. « On se sert des Urgences comme d'une salle d'attente » (médecin 6). Ces passages aux urgences étaient explicitement cités comme étant « une question de décharge de responsabilités » (médecin 6)

« Envoyer aux urgences ça couvre un peu tout le monde » (médecin 6), il s'agissait bien d'une question de responsabilité que l'on transférait vers le service des urgences. Cette pratique permettait selon les médecins de transférer toute la gestion du problème, même lorsqu'il n'est pas véritablement urgent. Le médecin 6 nous disait même « une des façons de se débarrasser d'une situation, d'un problème c'est de dire qu'il est urgent ».

Globalement, un mal-être était ressenti au sein de la profession concernant les problématiques rencontrées, certains médecins parlaient « d'épuisement professionnel » (médecin 6).

L'IPA : Une ressource face à la saturation des soins

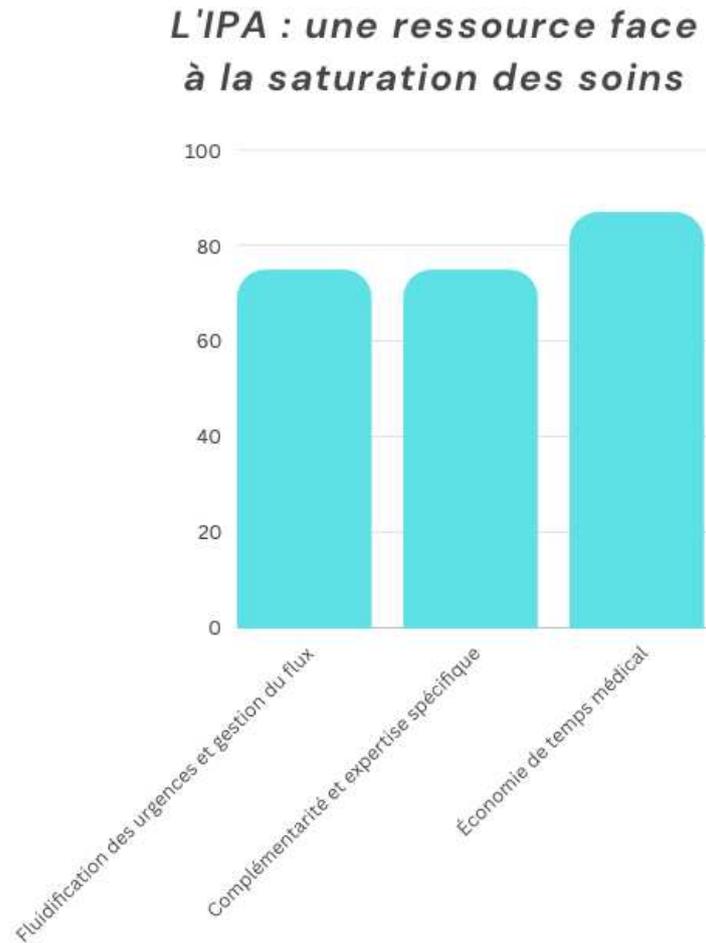


Diagramme 4: Données concernant le rôle de l'IPA selon les urgentistes

→ Fluidification des urgences et gestion du flux

Cette idée a été verbalisée par les médecins inclus dans cette étude. Qu'ils aient collaborer ou non avec un IPAU, ces médecins étaient convaincus que l'aide d'un IPA peut considérablement alléger la charge de travail aux Urgences. Le terme « décharger les médecins » (médecin 4) a été employé à plusieurs reprises par différents médecins. Les IPAU permettraient donc de « suppléer le médecin, le flux des urgences sur des protocoles » (médecin 1). Les compétences élargies des IPAU, telles que l'évaluation des patients et la réalisation de gestes techniques permettraient aux IPAU de « soulager l'urgentiste » et de « faire avancer le flux en voyant des patients » (médecin 8). En outre, les IPAU peuvent prendre en charge, avec l'aval des médecins, des consultations de médecine de ville, de traumatologie et de « petite chirurgie » (médecin 5) ce qui permet de faire avancer les prises en charge et de libérer du temps aux médecins.

→ Économie de temps médical

La question posée aux participants sur le rôle d'un IPAU dans nos urgences actuelles a fait ressortir cette notion d'économie de temps médical. En effet, des participants estimaient qu'un IPAU permettrait une économie de temps médical significative dans un contexte où un « besoin de récupérer du temps médical » (médecin 6) était ressenti.

Selon le médecin 4, l'IPAU est un « poste qui a un intérêt particulier et qui peut décharger les médecins ». Le médecin 2 décrivait les IPAU comme des « super-infirmiers avec des compétences permettant de gagner en efficacité et en temps » soulignant encore une fois cette notion d'économie de temps.

En pratique, les IPAU peuvent voir des patients confiés par le médecin et anticiper les besoins en examens paracliniques, en gestes techniques simples tels que les sutures ou les plâtres ce qui représenterait un réel « gain de temps » (médecin 5). Cette capacité à réaliser des gestes et tâches parfois chronophage permet aux médecins de se concentrer sur des cas plus complexes.

La coordination et l'organisation des parcours de soins complexes ont été une nouvelle fois évoquées, un point mis en avant par plusieurs médecins, permettant un « gain de temps et d'efficacité » (médecin 8).

→ Complémentarité et expertise spécifique.

Les résultats des entretiens présentent une appréciation notable du rôle et de la contribution active dans les prises en charge aux urgences par les IPAU : « Les IPA ça nous aide beaucoup en vérité » (médecin 1). Une majorité de médecins soulignaient que la prise en charge conjointe, en collaboration avec les IPAU, complète le travail du médecin « ça ne remplace pas un toubib, c'est complémentaire » (médecin 1) par des « prises en charge conjointes » (médecin 3). Selon les praticiens, les IPAU apportent une expertise particulière, notamment dans l'évaluation des patients : « j'ai été surpris par leur sens clinique, leurs capacités à évaluer des patients même avec une sémiologie fine » (médecin 1). Plus d'une fois, le terme « plus-value » a été utilisé pour décrire la collaboration avec les IPA. Que ce soit pour des gestes techniques tel que les ponctions veineuses difficiles, les gestes chronophages et pour l'aspect théorique des prises en charges, les médecins reconnaissent une réelle « plus-value de connaissance et de rapidité » (médecin 5) avec cette nouvelle profession. La formation théorique des IPAU permettrait au médecin de « brainstormer » (médecin 5) devant des cas difficiles. Le confort lié à l'anticipation

des soins dans les prises en charges a également été évoqué « ils nous servent les patients sur des plateaux d'argent » (médecin 2).

Les médecins urgentistes exerçant en régulation médicale évoquaient le rôle potentiel des IPAU en préhospitalier. En effet, pour un certain nombre d'intervention du SAMU, la présence du médecin n'est pas considérée comme ayant une réelle « plus-value » (médecin 6).

Enfin, l'aspect coordination du champ de compétence IPA a été appréciée par les médecins sur la « prise en charge de dossiers compliqués avec coordination » (médecin 5) qui permettrait encore une fois de « décharger les médecins » (médecin 4) dans un système de soins où « la coordination entre les différentes spécialités est difficile » (médecin 7). « En préhospitalier avec euh probablement [...] du temps alloué à l'exercice infirmier plutôt qu'à l'exercice médical » (médecin 6). Une notion de délégué des tâches est évoquée pour cette discipline de l'urgence. En effet, le médecin 8 dit bien « il y a des tâches en SMUR qui peuvent être clairement déléguées à des médecins seuls. »

Réflexion autour de l'aspect légal

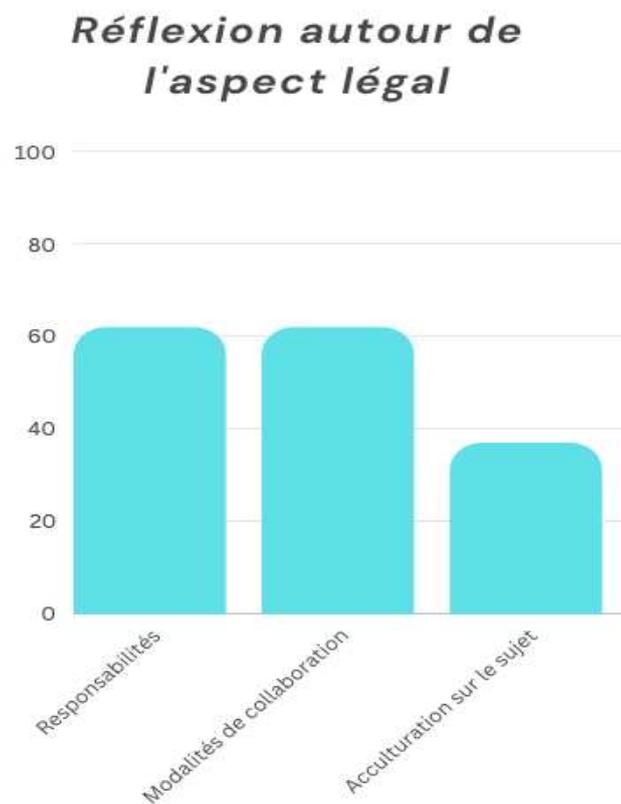


Diagramme 5 : Données inhérentes aux craintes des urgentistes vis-à-vis des IPAU

→ Responsabilités

La responsabilité autour de l'exercice coordonné avec un IPAU revient régulièrement dans les différents échanges. « Ça reste sous la supervision de quelqu'un [...] finalement c'est notre responsabilité » (Médecin 3). De nombreuses questions se posent sur cet aspect de la collaboration. Qui porte la responsabilité en cas de problème, à qui revient le dernier mot. Une partie des professionnels pensaient que l'IPA sera un professionnel, « un collègue qui fait le même travail que moi mais sous ma responsabilité » (Médecin 6) compétent mais dont la responsabilité porte à confusion.

→ Modalités de collaboration

Les résultats de cette étude mettent en avant plusieurs interrogations et remarques concernant les modalités de collaboration. Parmi les médecins interrogés, 5 exprimaient des interrogations quant aux modalités de cette collaboration, en particulier en termes de limites du champ de compétence des IPA. La question de ses limites se posait régulièrement « jusqu'où peut aller l'IPA » (médecin 1). En effet certains professionnels évoquaient avoir déjà entendu parler de la pratique avancée aux urgences sans avoir « lu de littérature sur le sujet » (médecin 2) et découvrent les modalités de collaboration en accueillant les premiers stagiaires. Il existe aussi des préoccupations concernant les situations hypothétiques qui ne se sont pas encore présentées sur le terrain.

Outre les craintes concernant les champs de compétences, se posent également les questions de l'intégration des IPAU dans les schémas d'équipe et de soins déjà construites. « Ma seule crainte ça reste l'intégration de l'IPAU au sein de l'équipe parce que ça rajoute euh une entité à part entière » (médecin 5).

Une partie des médecins s'interrogent sur le contenu de la formation que ce soit du côté valorisant pour la profession « question sur les 6 ans d'études plus l'internat des médecins quand en 5 ans on peut avoir les bases » (médecin 1) que sur le plan craintif « on n'a pas notre mot à dire sur la formation » (médecin 3).

Dans la majorité des cas, ces craintes étaient alimentées par des interrogations sur les aspects spécifiques de cette nouvelle profession tels que les responsabilités partagées et les protocoles parfois complexes à respecter. Malgré cela, une fois la collaboration mise en place, de nombreuses réponses émergent naturellement, facilitant ainsi la collaboration et la réduction des appréhensions initiales. Les échanges réguliers et l'expérience pratique sur le terrain

permettent de dissiper les doutes et d'assurer une collaboration efficace et harmonieuse, décrite comme bénéfique pour le service. « Finalement on a qu'à oublier la formation et quelqu'un qui est à l'aise et dynamique dans les prises en charge c'est hyper efficace » (médecin 3). Une notion de confort a été soulevée par le médecin 2 lorsque la collaboration est efficiente « L'IPA cible bien ce qu'il sait faire et ce qu'il ne sait pas faire et c'est confortable ».

Enfin, « une question sur la reconnaissance du statut » (médecin 1) était évoquée par certains médecins, compte tenu du champ de compétences et de l'efficacité perçue de la collaboration entre urgentistes et IPAU. Le chef de pôle interrogé compare le binôme IPA/urgentiste avec le binôme sage-femme/obstétricien qui collabore étroitement pour une prise en charge optimale et coordonnée des patientes.

L'ensemble de ces questions et la nouveauté de la profession dans les services d'urgences est vue comme une « opportunité d'évolution majeure pour les IDE » (médecin 4) et qui ont « l'avantage et l'inconvénient d'avoir une page blanche à écrire » (médecin 6)

→ Acculturation sur le sujet

Plusieurs défis et préoccupations ont été évoqués par les médecins interrogés. Une majorité de médecins estimaient ne pas avoir reçu de littérature sur le sujet de l'IPA aux urgences ce qui génère un manque d'informations concrètes. Les interrogations se concentrent principalement sur les limites des compétences de l'IPA et leurs intérêts sur le terrain. Ces préoccupations intègrent des questions sur la place de l'IPAU craignant que ceux-ci empiètent sur les compétences d'autres professionnels de santé « ça pique la place de » (médecin 3).

Le médecin 3 nous dit également avoir ressenti des « réticences » lors de la réception de la candidature de stage de l'IPAU accueilli. Le fait de ne pas avoir eu d'informations claires sur le sujet, de ne pas avoir eu de modalités de collaborations clairement explicitées.

L'expérience des médecins de l'établissement A, montre que finalement, les inquiétudes initiales tendent à se dissiper avec le temps et la confiance mutuelle qui s'installe entre les professionnels. Les médecins sont satisfaits de la collaboration et y voient quelque chose de positif une fois les informations et conditions de collaborations transmises.

4. Discussion

Cette étude qualitative avait pour objectif de recueillir les perceptions et opinions des médecins urgentistes sur les rôles et missions des IPAU dans les parcours des patients aux urgences. Les réponses des 8 médecins interrogés ont été recueillies grâce à des entretiens semi-dirigés. Suite de leur analyse, des axes communs ont été mis en lumière par les récits des professionnels de chaque établissement, ils ont été classés dans cinq thématiques :

- Difficultés liées à la gestion du flux
- Les urgences : un lieu sécurisé pour les patients
- La médecine d'urgence : une solution à défaut de médecine de ville
- L'IPA : une ressource face à la saturation du flux.
- Réflexion autour de l'aspect légal de la profession

Nous avons vu précédemment et savons de manière générale que le recours à la médecine d'urgence est de plus en plus disproportionné. Après avoir fait un état des lieux, nous avons fait le lien entre ces difficultés exprimées et les compétences des IPAU afin d'avoir une idée plus précise des missions que peut jouer ce nouveau maillon dans la chaîne des soins d'urgence.

a. Résultats principaux

Difficultés liées à la gestion du flux

Les participants de l'étude mettent en avant de nombreuses difficultés liées à la gestion du flux des patients aux urgences. Cette problématique trouve son origine en amont des urgences. On observe qu'un nombre croissant de patients franchissant la porte des urgences avec des motifs ne relevant pas toujours d'une situation d'urgence. Que ce soit à défaut d'une autre solution pour trouver une consultation médicale, à cause de symptômes anxiogènes ou par confort d'un service accessible 24h/24, les urgences sont devenues la solution pour tout recourt en soins de santé. Les médecins urgentistes soulignent une société de plus en plus anxieuse et en quête de réponses rapides. Cette évolution de la consommation en soins de santé par la société contribue à une utilisation de plus en plus inappropriée des services d'urgence. La question se pose sur la sensibilisation des usagers des urgences aux motifs justifiant une consultation aux Urgences ainsi que sur les solutions disponibles en amont de ce service.

Ces problématiques d'amont se répercutent à l'intérieur même du service des urgences. Un flux croissant de patients franchis tous les jours les portes des urgences entraînant l'accumulation d'un retard dans les consultations médicales. Cette multitude de patients ne nécessitant pas de

soins d'urgence s'ajoute à la complexité existante des prises en charge urgentes. L'ensemble des médecins signalent de réelles difficultés à exercer dans leurs services.

L'interruption des tâches est souvent évoquée. Ces interruptions, de quelques secondes parfois, portent atteinte à la concentration des médecins faisant perdre de précieuses minutes, le temps de reprendre là où ils s'étaient arrêtés.

Le contexte médico-légal est évoqué à plusieurs reprises, pas tant pour les patients graves, mais pour les patients jugés comme ne nécessitant pas de passer par les urgences. Une réelle crainte est ressentie par les médecins les poussant à réaliser des examens paracliniques afin de s'affranchir de toute responsabilité si un problème venait à se produire. Comme on le comprend rapidement, ces prises en charge très chronophages participent à la saturation des services d'urgence.

Un ensemble de soins, présenté comme « simples » par les médecins interrogés, tels que des sutures ou des plâtres pour la traumatologie par exemple, sont très nombreux et prennent beaucoup de temps. Pour exemple, l'évaluation d'une plaie, le choix d'un type de fil à suture à utiliser, la réalisation de la désinfection, de la suture, le pansement ainsi la prescription médicale de sortie et de surveillance sont très chronophages et ne nécessite pas la présence d'un médecin à chaque étape.

Cette notion de délégation de tâches permet de rebondir sur les compétences de l'IPAU. En effet, ces soins médicaux peuvent être délégués à des IPAU par l'arrêté du 11 mars 2022 qui confère à ces professionnels la possibilité de réaliser ces gestes. Outre les gestes techniques, de nombreuses compétences, perçues comme très utiles par les médecins interrogés, figurent parmi les compétences de l'IPAU. Ainsi, l'évaluation clinique des patients confiés par le médecin, comme décrit dans l'arrêté du 22 octobre 2021, « *l'observation, le recueil et l'interprétation des données dans le cadre de motifs de recours ou du suivi d'un patient dans son domaine d'interventions* » octroie au IPAU la possibilité d'évaluer les patients consultant aux urgences pour des motifs de recours jugés comme non urgents. Ces compétences permettraient aux médecins de confier des patients aux IPAU en vue d'être évalués et de concourir à des conclusions cliniques (décret du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences). Ce gain de temps pourrait significativement « alléger » les médecins et l'avancement du flux des urgences. De plus amples détails sur les compétences de l'IPAU et ce qu'elles permettent seront abordés dans la partie dédiée.

Des compétences inhérentes à la coordination des parcours de soins complexes sont également présentes dans le champ de compétence de l'IPA, permettant une fluidification du parcours du patient. Cet aspect très administratif de la profession permettrait de libérer du temps médical aux professionnels médecins qui pourront ainsi se concentrer sur d'autres prises en charge.

Les urgences : un lieu sécurisé pour les patients.

Les résultats de l'étude menée auprès des médecins urgentistes révèlent que les principaux besoins des patients tournent autour d'un besoin de « *rassurance* », pour se sécuriser et avoir une tranquillité d'esprit, et sont souvent en lien avec un isolement social.

En effet, les urgences sont perçues comme le lieu de sécurité pour des besoins ayant besoin de réponses immédiates dans des problématiques médicales comme psychiatriques. Ce besoin de se sécuriser intervient dans un contexte où la population est décrite comme de plus en plus isolée et anxieuse faisant parfois des urgences un refuge pour ces personnes. Un rôle supplémentaire d'accompagnement voit alors le jour avec ses motifs de consultations, mettant parfois à mal les équipes sur le terrain.

Sur le plan purement médical, ces consultations nécessitent bien souvent qu'une simple évaluation par un « *œil expert* » pour rassurer le patient sur son état de santé. Cette expertise médicale pourrait être faite par un IPAU, sur décision du médecin, qui pourrait aller évaluer les patients en question et « *établir des conclusions cliniques dès lors qu'un médecin de la structure intervient au cours de la prise en charge* ». Cette dérogation aux dispositions légales octroyées à la seule spécialité urgence de la profession IPA permet à ces professionnels l'évaluation complète des patients consultant pour un moindre degré de gravité aux urgences. L'IPAU permettrait donc de répondre à ce besoin de se rassurer des patients, leurs apportant un regard professionnel sur leur état de santé. Par corrélation, une gestion plus rapide du flux des urgences par un allègement de la charge de patients à évaluer est à noter.

La médecine d'urgence : une solution à défaut de médecine de ville

Nous l'évoquons en contexte général de ce travail, les médecins interrogés le confirment, les urgences sont une solution qui pallie les carences de médecine de ville. Nous avons mis en lumière une désertification de la médecine de ville avec cet alarmant constat que 11% de la population n'avait pas de médecin traitant attitré. En conséquence, les patients se trouvent sans alternative pour obtenir des soins médicaux et se tournent vers les services d'urgences. Pour rappel un médecin urgentiste interrogé verbalise : « on se sert des urgences à défaut de médecine de ville ». Cette tendance est exacerbée par la perception des Urgences comme un lieu où les patients peuvent être évalués rapidement et, si nécessaire, bénéficier d'un panel de soins sur place. Ce service répond effectivement à toute heure avec des professionnels disponibles et une accessibilité facile aux soins.

Un autre constat est celui de l'accès aux spécialistes par le biais des Urgences. Les Urgences sont décrites comme étant la porte d'entrée vers les parcours de soins de nombreux patients.

En découle une autre problématique évoquée par un des médecins urgentiste, les prises en charge tardives de cas qui auraient pu être traités plus tôt en médecine de ville. Ces pathologies ou symptômes parfois minimes finissent par s'avérer graves par les délais de prise en charge.

Enfin, comme nous l'avons lu dans les résultats, un certain nombre de consultations liées au transfert de responsabilités s'observe, notamment en raison du manque de médicalisation des structures médico-sociales. Ainsi, en l'absence de médecin sur place, les patients sont systématiquement envoyés aux urgences pour être médicalement évalués. Tous les professionnels de l'Urgence ont déjà pris en charge un patient venant d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) par exemple où en dehors des heures ouvrables il n'y a plus de médecin et où les paramédicaux ne peuvent se permettre de laisser le patient sans évaluation de son état de santé. Ce type de consultation impose une charge supplémentaire aux Urgences en termes de soins et surveillances médicales et paramédicales ainsi qu'en terme de coordination entre les différents acteurs pour le retour au domicile.

Cette analyse nous amène à évoquer le champ de compétences de l'IPA. En effet, comme nous l'avons précédemment justifié, les IPAU ont les compétences nécessaires à l'évaluation des patients et la réalisation de soins médicaux confiés par le médecin. Ayant connaissance de cela et au vu du contexte de tension actuel sur les urgences, nous pourrions nous dire que l'IPA aurait une place légitime dans nos services d'urgences, permettant l'évaluation et la prise en charge d'un certain nombre de patients déchargeant ainsi le médecin urgentiste.

L'IPAU : une ressource face à la saturation des soins

Pour rappel, les résultats de notre étude révèlent que la majorité des médecins reconnaissent un intérêt particulier à la pratique avancée infirmière dans les soins d'urgence. Ils affirment que l'IPAU permettrait une maîtrise supplémentaire sur la gestion du flux et une économie de temps médical. Nous avons évoqué précédemment que par dérogation, la loi permettait aux IPAU l'évaluation et la prise en charge, en autonomie, d'un certain nombre de patients. Cette dérogation permet donc à ces nouveaux professionnels d'augmenter le nombre de patients pris en charge et ainsi de fluidifier l'ensemble des consultations jugées comme étant à moindre degré de gravité. Qui plus est, grâce à l'arrêté du 11 mars 2022 élargissant les compétences techniques de l'IPAU, les gestes simples mais jugés chronophages par les médecins tels que les sutures, les poses de gypso thérapie etc, peuvent être réalisés en autonomie permettant une réelle économie de temps médical. On peut évoquer la partie coordination des parcours de soins complexe qui peut être réalisée par l'IPAU comme le précise le code de santé publique (2018), article R4301-1 « organisation des parcours entre les soins de premiers recours [...] et les établissements et services de santé ou médicaux-sociaux ». Cette partie moins médicale, mais tout aussi importante, de la prise en charge des patients, permettant une continuité des soins peut être déléguée à un IPAU, qui par sa connaissance du système de santé et des solutions d'aval existantes permettra d'organiser la suite de la prise en charge avec l'ensemble des professionnels intervenant au chevet du patient.

Enfin, les compétences techniques et théoriques sont reconnues comme étant d'une réelle aide pour les médecins urgentistes dans les prises en charge plus graves. En effet, pour rappel, l'IPAU peut, dans le cadre du parcours médico-paramédical, réaliser une série d'actes techniques tels que la pose de voies veineuses profondes, etc ce qui octroie aux médecins une ressource supplémentaire. De plus, au vu de la formation théorique, les médecins perçoivent les IPAU comme une « plus-value » en déchocage permettant d'apporter des idées supplémentaires dans les prises en charges parfois compliquées, amenant une réelle expertise infirmière.

La question de l'IPAU dans les SMUR a plusieurs fois été soulevée par les médecins urgentistes. Que ce soit en compagnie des médecins pour une complémentarité ou en sortie purement paramédicale, tout comme les Infirmiers Sapeur Pompier (ISP), cette aide des IPAU est perçue comme très utile. Cette comparaison avec les ISP est due à la présence d'un protocole permettant aux ISP d'engager des soins sur protocoles tels que la pose de voies veineuses périphériques et d'antalgies. Ces infirmiers permettent une réponse graduée pour certaines

interventions, par exemple sur une chute ne nécessitant pas de médicalisation mais seulement une antalgie permettant le relevage et le transport du patient. En effet les médecins régulateurs évoquent de plus en plus d'interventions, ne nécessitant pas forcément l'engagement d'un SMUR médicalisé. Les IPAU pourraient donc faire partie de la réponse graduée aux soins préhospitaliers tout en gardant des SMUR médicalisés pour « *upgrader* » la réponse. Cette compétence en préhospitalier allouée aux IPAU permettrait également de favoriser l'économie de temps médical évoquée par les médecins. En effet selon le médecin qui nous verbalise : « du temps médical récupérer au niveau des équipes de transfert », une économie de temps médical pourrait être envisagée en envoyant sur les transferts secondaires ou Transport Infirmier Inter Hospitalier (TIHH) des IPAU capable de surveiller de manière accrue les patients et intervenir sur un certain nombre de paramètres si besoin.

Réflexion autour de l'aspect légal de la profession

Malgré un ensemble de thématiques très encourageantes pour la profession IPA aux urgences, de nombreuses préoccupations sur l'aspect légal demeurent. La question centrale porte sur la responsabilité légale dans l'exercice coordonné avec un IPAU. Bien que l'infirmier travaille sous la supervision du médecin, un flou sur la répartition des responsabilités en cas de problèmes persiste. Plusieurs médecins ont exprimé une crainte concernant la collaboration avec un IPA, s'inquiétant d'une retombée des responsabilités. L'exercice IPA ne peut être possible qu'après signature d'un protocole d'organisation entre l'IPAU et l'ensemble des médecins urgentistes de la structure. Il est important de préciser que l'IPA se doit de faire apparaître dans son protocole les modalités « *et la régularité des échanges d'informations entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.* » (Légifrance, 2018). Ainsi, des échanges constants avec le médecin sont nécessaires et obligatoires pour chaque IPA. Ce même protocole précise également les « *conditions de retour du patient vers le médecin.* » (Légifrance, 2018). On comprend donc que légalement, l'IPAU a des compétences mais aussi des limites qu'il se doit de connaître et de reconnaître. De même, il est important de préciser que l'IPAU intervient selon 2 parcours de soins bien précis. Le premier, le parcours paramédical, permet à l'IPA de prendre en charge un patient consultant pour un motif de recours de moindre gravité, tant qu'un médecin de la structure intervient dans la prise en charge. Dans ce type de parcours de soins, l'IPAU est en autonomie et va jusqu'aux conclusions cliniques pour les motifs de consultations décrits dans les arrêtés susmentionnés. Dans le deuxième

parcours, médico-paramédical, l'IPA participe à la prise en charge du patient. L'IPAU pourra prendre en charge les patients ou participer aux prises en charge dans la limite du champ de compétences qui lui est conféré. En effet, selon les apports théoriques apportés lors de la formation IPA, « *Compétences = responsabilités* ». On comprend que l'IPAU engage sa responsabilité dans les limites de son champ de compétences. La responsabilité du médecin pourra, quant à elle, être engagée sur les actes de prises en charges classiques. L'IPAU engage sa responsabilité comme pour tout infirmier, les actes et soins réalisés restent sous la responsabilité de ceux qui les font.

L'IPAU étant un nouveau maillon des Urgences, se pose donc la question de son intégration dans les équipes de soins. Une partie des médecins craignent que cette intégration ne perturbe le dynamisme des équipes établies. La médecin 4 nous disait que la mise en place d'IPAU devait se « construire en bonne intelligence, avec tous les professionnels ». On comprend par cette phrase qu'une communication en amont et des informations claires sur les différents aspects de cette collaboration à l'ensemble des professionnels du service devait être préalablement réalisée. Durant les entretiens, la question controversée, à savoir si l'IPAU pourrait prendre la place d'un autre professionnel, persiste. On remarque que ces résistances et ces préoccupations sont souvent liées à un manque d'informations sur la profession. Aguilard, Colson, & Inthavong (2017), auteurs d'une revue de la littérature portant sur les stratégies d'implantations des infirmiers en pratique avancée en milieu hospitalier stipulent que « *c'est l'incompréhension du rôle, des compétences et des missions de l'IPA qui semblerait être la principale barrière à l'implantation, car elle était la plus fréquente décrite* ». Néanmoins, l'expérience d'un IPAU sur le terrain démontre que finalement, ce professionnel ne prend la place de personne, mais complémente le travail de chacun, soulignant l'importance d'une bonne communication autour du sujet. L'IPAU pourrait même être vu comme un professionnel permettant de faire le lien entre les différents professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient. Son statut de paramédical aux compétences élargies en fait une entité à part entière ayant connaissances des difficultés rencontrés par chaque professionnel.

À contrario, de nombreuses remarques sur la reconnaissance de ce nouveau statut sont également présente. En effet, la majorité des médecins ont évoqué un intérêt certain à la pratique avancée aux urgences notant une plus-value théorique et technique « surprenante ». En revanche, les débats et stéréotypes sur les IPA tels que « super-infirmiers » ou « super-interne » sont encore enracinés dans les esprits et freine la reconnaissance des IPA.

Nous terminerons cette partie sur les interrogations pratiques autour de cette profession en citant un des médecin inclus dans l'étude : « je pense que pour valoriser les IPA, il faut simplement dire qu'ils sont IPA, c'est leur métier. » (Médecin 1). Cette citation reflète l'importance pour chaque IPAU, de construire une solide identité professionnelle et une légitimité qu'il sera à même de prouver lors de l'installation.

b. Comparaison avec la littérature

En cadre théorique de cette étude nous évoquons les chiffres de l'ORU et de la DREES stipulant que 29% des patients admis aux urgences n'auraient pas dû s'y rendre et que 18% des RPU étaient classés CCMU1. Ces données sont mentionnées par les différents médecins interrogés qui expriment tous un mésusage des urgences et donc une augmentation d'utilisateurs pour lesquels seulement un simple examen clinique non urgent était requis. Dans cette optique, comme nous l'ont évoqué les médecins, ses évaluations peuvent être réalisées par un IPAU. Comme nous l'avons étudié dans le cadre théorique, la loi confère aux IPA le droit d'examiner un certain nombre de patients et d'apporter des conclusions cliniques. Ces évaluations par les IPAU permettent d'ajouter un professionnel supplémentaire au sein des urgences et ainsi d'avoir une meilleure gestion du flux. Qui plus est, comme amené par plusieurs médecins les compétences cliniques de l'IPA peuvent être utilisées pour évaluer des patients en attente de soins, écarter les urgences vitales cachées dans le flux de patients, et discuter des prises en charges compliquées en déchocage par exemple. Dans un contexte où plusieurs services d'urgences et lignes de SMUR ont dû fermer leurs portes en période estivale, l'apport d'un IPA permettrait de pouvoir garder une réponse en préhospitalier pour graduer la réponse et permettre un début de prise en charge dans l'attente de l'arrivée des SMUR médicaliser d'autres secteurs. Une augmentation de patients poly pathologiques avec des parcours de soins complexes est mise en avant par les médecins de l'étude. La participation active des IPA à la coordination de parcours de soins peut-être un levier à une économie de temps médical mais également à un confort pour les patients. Ces compétences en matière de coordination des parcours de soins vont permettre de faire un lien entre le passage aux urgences et le reste de la prise en charge du patient, assurant ainsi une continuité des soins et une logique dans les différentes interventions. L'ensemble de ses observations et ressentis recueillis concordent avec les constatations des chercheurs de l'AP-HP tels que mentionnés en introduction. On ressent dans les résultats de cette analyse une réelle frustration et un sentiment d'épuisement exacerbés par la saturation des urgences.

c. Synthèse des résultats

Cette recherche qualitative exploratoire, centrée sur les difficultés rencontrées par les services d'urgence et sur l'apport potentiel d'IPAU a révélé, à travers les témoignages des huit médecins, de réels défis liés à la gestion du flux de patients. Les résultats démontrent que les urgences sont en permanence submergées, ce qui porte atteinte à la qualité des soins mais aussi aux ressentis des professionnels. Les IPAU peuvent jouer un rôle clé en prenant en charge un certain nombre de patients, réalisant des évaluations cliniques et des gestes médicaux ce qui permet d'alléger la charge de travail des médecins. Bien que des préoccupations légales subsistent, l'étude démontre que l'exercice IPA aux urgences est perçu comme une « plus-value » qui contribue à une meilleure répartition des tâches.

La pratique avancée aux urgences est encore nouvelle, son implantation et son expérience sur le terrain sont encore aux prémices de ce que peut offrir cette profession. Néanmoins, les résultats de cette recherche sont très encourageants et révèlent de réels défis à relever pour les pionniers de cette discipline. Les IPAU ont l'avantage et l'inconvénient d'avoir une page blanche à écrire.

En somme l'étude a établi un premier ressenti de la collaboration mettant en lumière le potentiel d'évolution de la pratique avancée infirmière aux urgences.

d. Forces limites et biais de l'étude

L'une des principales forces de cette étude réside dans son caractère novateur. À notre connaissance, aucune recherche antérieure n'a abordé le sujet spécifique des IPAU sur le terrain, ce qui confère un caractère original et pourrait attiser la curiosité des intéressés. Ce thème revêt effectivement une importance compte tenu de l'actualité des discussions autour de l'IPAU. De plus, notre étude a permis de transposer sur le terrain, des débats et concepts qui étaient jusqu'à présent simplement théoriques. En confrontant les résultats de l'étude avec les hypothèses et discussions antérieurs, nous avons pu apporter une compréhension pratique de l'exercice IPA aux urgences et offrir de nouvelles perspectives de développer de telles recherches au niveau national. L'attrait particulier de l'investigateur autour du sujet de l'étude a été un élément facilitateur à la réalisation de cet écrit.

Cependant, malgré de nombreux atouts, plusieurs faiblesses sont présentes. Tout d'abord, la principale faiblesse rencontrée par l'investigateur a été la construction de ce travail. En effet, malgré des apports théoriques sur la recherche scientifique, la conception et la mise en œuvre d'une méthodologie appropriée à ce type d'écrit a été un défi majeur pour l'investigateur, cette recherche étant sa première. Le respect des délais impartis à la rédaction et au rendu de ce travail a restreint la possibilité de mener une étude de plus grande envergure, ce qui aurait permis l'obtention de résultats plus robustes et étoffés. Le caractère novateur de l'étude, a représenté une limite par l'absence de données antérieurs et par les débats et polémiques actuelles entourant le sujet principal qui ont parfois rendu certaines phases de l'enquête délicates à mener.

Enfin, il nous est impossible de parler des forces et faiblesses de l'étude sans parler des biais qu'elle comporte. Le premier biais porte sur l'investigateur de l'étude qui est lui-même infirmier étudiant en pratique avancée aux urgences. Cette position pourrait influencer son objectivité face aux différentes thématiques abordées. Un autre biais significatif est que la moitié des participants de l'étude ont déjà collaboré avec l'investigateur ce qui aurait pu biaiser leurs réponses compte tenu de la confiance qui s'est installée.

Ce biais de confiance, bien que problématique pour l'objectivité de l'étude peut également être interprété comme une force pour le développement de la pratique avancée. Il démontre qu'une fois la confiance installée entre les deux professions, une collaboration confortable et efficiente voit le jour, collaboration mise à profit des patients des urgences.

e. Perspectives

Nous avons mis en valeur les perspectives d'évolution des IPAU du point de vue des médecins urgentistes. Nous avons éclairci quelques zones d'ombres notamment sur les aspects légaux de collaboration et de responsabilité pour arriver à évoquer de réels leviers à l'implantations d'IPAU. Néanmoins, cette étude est basée sur les ressentis et vécu des médecins qui évoquent tous une plus-value dans la gestion du flux. Il serait donc intéressant d'évaluer l'efficacité des solutions que peuvent apporter les IPAU en réalisant une étude comparative sur l'impact de cette implantation entre des SAU disposants d'IPAU et les services conventionnels. Cette recherche serait à même d'examiner différentes variables telles que le temps d'attente aux Urgences, la qualité de prise en charge ainsi que les ressentis des professionnels médicaux et paramédicaux. En effet, pour valoriser et valider la profession d'IPAU, une évaluation de l'efficacité de la collaboration par les médecins est essentielle.

Le préhospitalier est un thème plusieurs fois évoqué par les médecins inclus dans cette étude et qui suscite encore de nombreuses interrogations. Les avis sont multiples et les divergences tout autant, ainsi, une étude examinant les besoins des SAMU permettrait de comprendre le rôle que pourraient jouer les infirmiers en pratique avancée Urgence dans les différentes missions du SAMU. Cette étude permettrait d'offrir une vision plus claire des IPAU en préhospitalier, que ce soit en intervention SMUR pour graduer la réponse qu'en Transfert Infirmier Inter-Hospitalier (T2IH).

L'initiation à la recherche dont ont bénéficié les IPA durant leurs formations en font des acteurs actifs de recherche en santé publique et sciences infirmières. De ce fait ces études susmentionnées pourraient être réalisées avec la collaboration active d'un infirmier en pratique avancée, mettant en valeur ses compétences de recherche et de contribution à la reconnaissance de leur profession.

5. Conclusion

Cette étude nous a permis de dresser un état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins urgentistes, mettant en lumière le rôle qu'un IPAU pourrait adopter aux Urgences. À travers une recherche qualitative, basée sur les témoignages des huit médecins, nous avons identifiés les problématiques majeures telles que la gestion du flux, l'utilisation des urgences en l'absence de médecine de ville, et le besoin accru des patients en termes de sécurité et d'assurance.

Les résultats nous ont montré que les IPAU peuvent contribuer aux prises en charge aux seins des urgences et coordonner les parcours des soins des patients. Nous avons pu voir les intérêts et les limites perçus de cette nouvelle profession et en écrire une première expérience issue du terrain.

Nous avons également mis en exergue l'importance d'une communication claire pour garantir une installation et une collaboration efficace des IPAU face aux préoccupations et aux débats animant ce sujet.

En conclusion, cette étude souligne la contribution qu'un IPAU pourrait apporter d'un point de vue des médecins ainsi que le potentiel d'évolution de la pratique avancée aux urgences.

Cette étude ainsi que l'expérience d'un IPA dans un service d'urgence a permis d'ouvrir cette thématique autour de la prise en charge des patients âgés. En effet, on observe que certains médecins évoquent la problématique des patients gériatriques aux urgences et à l'expertise que nécessite cette discipline. Avec une population vieillissante et des besoins de santé de plus en plus complexes, un IPA Pathologies Chroniques Stabilisées- Prévention et Polyopathologies Courantes en Soins Primaires (PCS PPCSP) spécialisé en gériatrie pourrait apporter une expertise en améliorant la qualité des prises en charge et la coordination des parcours de de santé. L'IPA PCS PPCSP, par sa connaissance des parcours de santé et des solutions d'aval permettrait de prendre en charge de façon holistique la population gériatrique. Cet IPA interviendrait en amont des urgences afin de créer un réseau permettant d'intervenir directement auprès des personnes âgées en situation d'urgence non vitale. Il pourrait, par exemple améliorer l'accès direct aux services de gériatrie sans passage aux urgences et prévenir l'usage itératifs des urgences pour le confort des patients.

Bibliographie :

- Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale. (2022). Opportunité et modalités de mise en place d'un circuit court aux urgences. <https://www.anap.fr/s/article/urgences-publication-1760>
- Agence Régionale de Santé. (2019). Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique infirmier (IPA). Dans Guide D'implantation de L'exercice Infirmier En Pratique Avancée En Milieu Hospitalier. Recommandations et Illustrations. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/201912/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
- Assemblée Nationale. (2003) Proposition de loi n°4837 visant à redéfinir la pratique avancée infirmière. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b4837_proposition-loi.
- Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, consulté le 3 mai 2024 depuis : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044293333>
- Code de santé publique, partie réglementaire, consultée le 07 mai 2024 à partir de : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2024) Urgence <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence>
- Direction de l'information légale et administrative. (2021). Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de points d'accueil pour soins immédiats. Dans Vie Publique. République Française. <https://www.vie-publique.fr/loi/272124-loi-creation-de-points-daccueil-pour-soins-immediats>
- El Oualidi, M. & Saadi, J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. Santé Publique, 25, 433-439. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>
- Fédération des Observations Régionaux des Urgences. (2022) Activité des services d'urgences – Découvrez les chiffres clés de 2022 <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>
- Galichon, B. (2014). Le service des Urgences aujourd'hui. Laennec, 62, 25-35. <https://doi.org/10.3917/lae.141.0025>
- HAS. (2020) Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf

- Legifrance. (2005) Code de la santé publique - Sous-section 1 : Accueil et traitement des urgences. (Articles D6124-1 à D6124-26)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196697/
- Legifrance. (2021) Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044293333>
- Legifrance. (2021) Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044250143>
- Legifrance. (2021) Code de la santé publique, Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893
- Legifrance. (2021) Code de la santé publique, Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancé (Articles R4301-1 à R4301-8-1)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/
- Legifrance. (2021) Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044245734>
- Legifrance. (2022) Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045358705>. Consulté le 20 octobre 2023.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019) Pacte de refondation des urgences. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf
- Ministère travail, de la santé et des solidarités. (2022). Parcours de santé, de soins et de vie. Une Approche Globale Au Plus Près des Patients.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
- Mesnier. (2018). Organiser les soins non programmés dans les territoires. Assurer le Premier Accès Aux Soins.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- Mesnier. (2049). Organiser les soins non programmés dans les territoires. Assurer le Premier Accès Aux Soins.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- Moraes. (2023) Responsabilités juridiques de l'IPA, mention urgence, responsable des affaires juridiques, CH Armentière

- Organisation Mondiale de la Santé (s.d.) Maladies non transmissibles au cours des situations d'urgence <https://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/publications/questions-and-answers-on-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-emergencies.html>
- Samu Urgences de France. (2023) La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement – Résultats de l'enquête SUDF été 2023 : Quel bilan pour les urgences et les SMUR ? https://www.samu-urgences-de-france.fr/media/bilan_ete_2023_sudf_vf.pdf
- Sénat. (2023) Pénurie de médecins traitants <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230406098.html#:~:text=Rendu%20public%20le%2029%20mars,ont%20pas%20de%20médecin%20traitant>
- Société Française de Médecine d'Urgence. (2020) Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA https://www.sfmur.org/upload/referentielsSFMU/IOA_référentiel_SFMU2020.pdf
- Sorbonne Université. (2022). Projet URGE : analyser et optimiser les parcours patients aux urgences. <https://www.sorbonne-universite.fr/actualites/projet-urge-analyser-et-optimiser-les-parcours-patients-aux-urgences>
- Urgences Adultes | CHL. (s. d.). <https://www.chl.lu/fr/service/urgences-adultes>
- Vie publique. (2022) Crise des urgences médicales : un malaise persistant <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>

Annexe 1 : Activité régionale ORU hauts de France.

34

Tous âges - analyse détaillée (données RPU)

ACTIVITÉ RÉGIONALE

	2018	2019	2020	2021	2022					
Nombre de RPU transmis	1 860 804	1 913 135	1 570 494	1 801 090	1 968 478					
Évolution* par rapport à l'année précédente		2,8 %	-17,9 %	14,7 %	9,3 %					
Sex-ratio (H/F)	1,02	1,01	1,03	1,03	1,04					
Âge moyen	37,7 ans	37,7 ans	40,8 ans	38,5 ans	38,0 ans					
Part des -1 an (%)	3,4 %	28,9 %	3,4 %	28,9 %	2,7 %	23,9 %	3,3 %	27,7 %	3,7 %	29,4 %
Part des [65 ; 75 ans[(%)	7,2 %	12,4 %	7,5 %	12,3 %	8,7 %	13,8 %	8,2 %	12,6 %	8,0 %	12,9 %
Part des 75 ans et + (%)										
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[26,9 %	27,1 %	27,0 %	26,1 %	27,1 %					
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[10,9 %	11,0 %	11,2 %	10,6 %	11,0 %					
Part d'arrivée en horaire PDS	45,9 %	45,4 %	44,9 %	43,9 %	44,9 %					
Part d'arrivée le week-end	27,5 %	27,4 %	27,0 %	26,9 %	27,0 %					
Taux d'exploitabilité du mode de transport	75,6 %	79,6 %	80,6 %	83,9 %	84,2 %					
Part d'arrivée avec un moyen personnel	68,5 %	70,2 %	66,1 %	68,7 %	69,8 %					
Part d'arrivée en SMUR (dont hélicoptère)	1,7 %	1,4 %	1,5 %	1,3 %	1,0 %					
Part d'arrivée en VSAV	12,8 %	12,2 %	12,6 %	12,8 %	12,2 %					
Part d'arrivée en ambulance	16,3 %	15,5 %	18,9 %	16,4 %	16,2 %					
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %					
Taux d'exploitabilité CCMU	69,9 %	68,0 %	72,8 %	71,8 %	79,2 %					
Part des passages avec CCMU 1	15,7 %	15,1 %	15,6 %	16,7 %	17,5 %					
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,2 %	1,1 %	1,5 %	1,3 %	1,4 %					
Taux d'exploitabilité du DP	66,9 %	64,4 %	68,5 %	75,3 %	80,6 %					
Part des passages médico-chirurgicaux	59,5 %	60,0 %	60,6 %	61,2 %	62,4 %					
Part des passages traumatologiques	31,0 %	30,2 %	29,2 %	29,3 %	28,1 %					
Part des passages psychiatriques	3,4 %	3,3 %	3,6 %	3,4 %	3,3 %					
Part des passages toxicologiques	2,0 %	1,9 %	2,1 %	1,9 %	1,8 %					
Part des autres types de recours	4,3 %	4,6 %	4,4 %	4,2 %	4,4 %					
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	98,5 %	98,7 %	98,5 %	97,3 %	98,7 %					
Durée moyenne de passage	04h09	04h11	04h11	04h24	04h23					
Part des passages dont la durée est < à 4h	64,9 %	64,8 %	63,8 %	62,3 %	61,8 %					
Lors d'une hospitalisation post-urgence	38,3 %	37,5 %	37,6 %	35,4 %	33,6 %					
Lors d'un retour à domicile	72,9 %	73,1 %	72,7 %	70,2 %	68,5 %					
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	93,5 %	94,2 %	94,3 %	93,9 %	93,5 %					
Part des passages avec mutation interne	21,2 %	20,1 %	21,8 %	19,8 %	17,1 %					
Part des passages avec transfert externe	1,1 %	1,2 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %					
Part des retour à domicile	77,6 %	78,7 %	76,7 %	78,9 %	81,6 %					
Part des décès	0,05 %	0,05 %	0,11 %	0,08 %	0,10 %					

* Évolution calculée à SU non constants (+1 SU en 2018 dans l'Oise, +2 SU en 2019 dans l'Aisne, +1 SU en 2020 dans le Nord, -1 SU depuis 2020 dans la Somme et +1 SU pédiatrique dans l'Oise en 2021). L'évolution entre 2017 et 2018 n'a pas été calculée car la période d'étude s'étend du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Q1. Présentez-vous.

Relance : âge, sexe, expérience aux urgences.

Q2 : Dans les prises en charge des patients aux urgences, décrivez-moi les difficultés que vous rencontrez.

Q3 : Décrivez-moi les besoins des patients qui se présentent aux urgences.

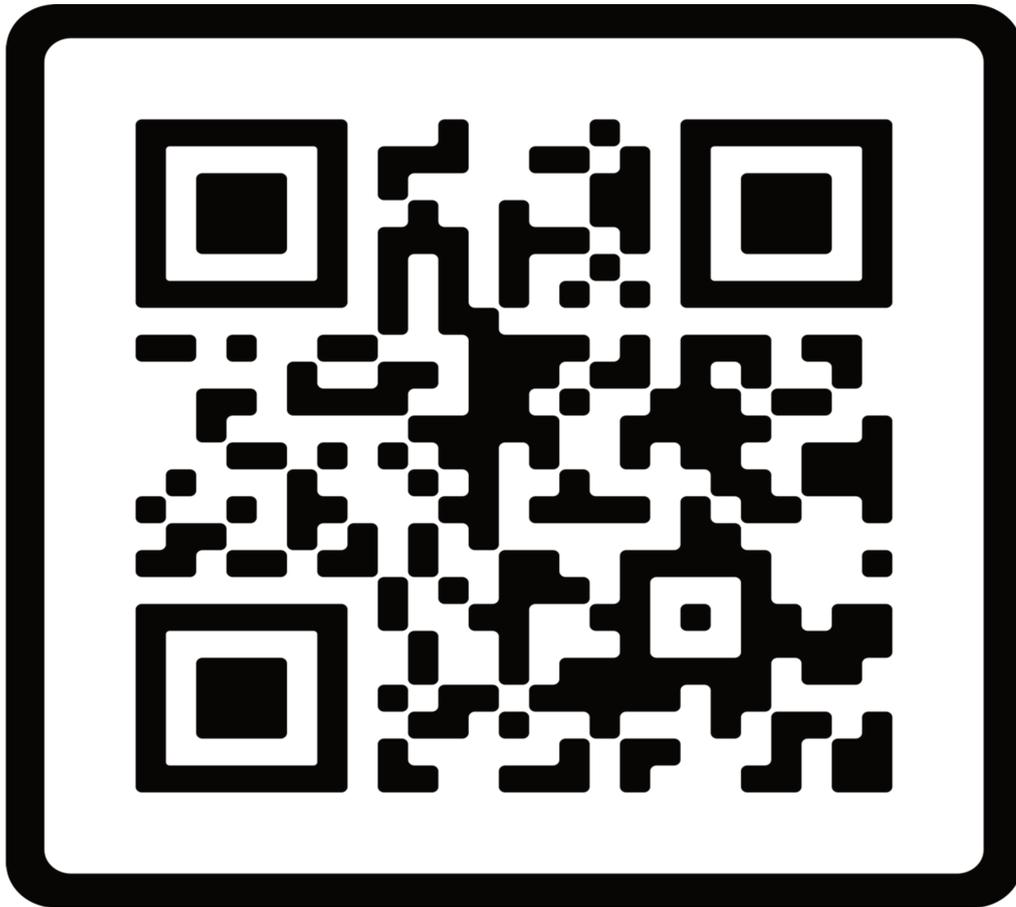
Q4 : Racontez-moi les rôles de Infirmiers en Pratiques Avancées mention Urgence dans le service d'urgences

Q5 : Selon que vous ayez travaillé ou non avec un I(e)PAU,

- Racontez-moi votre collaboration avec une IPAU dans votre pratique professionnelle
- Racontez-moi quelle pourrait-être votre collaboration avec une IPAU dans votre pratique professionnelle

Q6 : Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 3 : QR code d'accès aux retranscriptions des entretiens.



Auteur : Mr TAAMALLAH Yasin

Soutenance : Le 24 Juin 2024

Titre du mémoire : Place de l'infirmier en pratique avancée mention urgence, point de vue des médecins.

Mots clés : Urgences, IPA, IPAU

Keys Words: Emergency, NPA, ENPA

Résumé :

- **Contexte :** Dans une société où les médecins traitants se font de plus en plus rares, les urgences deviennent une solution par défaut.
- **Méthode :** recherche qualitative exploratoire basée sur des entretiens semi-directifs en vue de recueillir les ressentis des médecins urgentistes.
- **Résultats :** Les récits des huit professionnels inclus ont mis en lumière des axes communs que nous avons classés en cinq thématiques : Difficultés liées à la gestion du flux, Les urgences : un lieu sécurisé pour les patients, La médecine d'urgence : une solution à défaut de médecine de ville, L'IPA : une ressource face à la saturation du flux, Réflexion autour de l'aspect légal de la profession.
- **Discussion :** Les IPAU peuvent jouer un rôle clé en prenant en charge un certain nombre de patients, réalisant des évaluations cliniques et des gestes médicaux ce qui permet d'alléger la charge de travail des médecins. Bien que des préoccupations légales subsistent, l'étude démontre que l'exercice IPA aux urgences est perçu comme une « plus-value » qui contribue à une meilleure répartition des tâches.

Directeur de mémoire : Mme DEHAUT Hélène

Abstract :

- **Context:** We know that a lot of patients don't have family physicians and that the emergency department became a default solution
- **Method:** Exploratory qualitative study through semi structured interviews with emergency doctors.
- **Results:** The eight doctors including in the study highlighted common themes that we have classed on five principal headings: difficulties related to the patient flow management, the emergency department as a safe place for patients, emergency is the solution for the lack of family physicians, NPA: an added value in the patient flow management, and a reflection on the legal aspect of the NPA profession.
- **Discussion:** NPA can have an important role in evaluating patients and making their medical assessments