

Faculté de santé publique

Délégation de l'acte suture cutanée : étude mixte de son implémentation dans des services d'urgence bruxellois et wallons

Mémoire réalisé par

Ana Filipa Carvalho Pessa de Oliveira

Promoteur

Hélène Garin

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice, Hélène Garin, pour son accompagnement, sa disponibilité ainsi que ses conseils éclairés tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des participants de cette étude qui, d'une manière ou d'une autre, ont consacré de leur temps et partagé la richesse de leurs expériences permettant ainsi la réalisation de ce travail.

Enfin, je souhaite adresser un remerciement particulier à ma famille pour son soutien, sa patience et ses encouragements tout au long de mon parcours durant ce master.

Le plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Je souhaite déclarer l'utilisation de l'intelligence artificielle (ChatGPT®) de manière régulière comme aide à la correction orthographique et, de manière occasionnelle, pour améliorer la formulation de certains passages du texte. Les idées, les choix méthodologiques, les analyses ainsi que la rédaction du contenu demeurent entièrement de mon ressort. L'outil a uniquement été utilisé pour m'aider à corriger des aspects linguistiques et à améliorer la fluidité de certaines phrases dans la mesure où le français n'est pas ma langue maternelle. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des Abréviations :

- *AR - Arrêté Royal*
- *AFIU – Association francophone des infirmiers d’urgence*
- *CFAI- Conseil Fédérale de l’Art Infirmier*
- *CIP- Collaboration Interprofessionnelle*
- *EBP - Evidence-Based Practice*
- *ETP - Équivalent Temps Plein*
- *EPIS - Exploration, Préparation, Implémentation, Soutien (modèle)*
- *OMS – Organisation Mondiale de Santé*
- *PIT - Paramédical Intervention Team*
- *SLAMU – Soins Intensif et Aide Médicale Urgente*

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Cadre Théorique	3
2.1. Le paysage actuel des soins de santé.....	3
2.1.1. L'enjeu des ressources humaines	4
2.1.2. La situation en Belgique.....	6
2.1.3. « Overcrowding » dans les services d'urgences.....	7
2.2. La délégation d'actes : enjeux, formes et perspectives	8
2.2.1. La collaboration interprofessionnelle	11
2.2.2. Les actes délégués en Belgique : Le cas particulier des urgences et de la suture cutanée	12
2.3. Implémentation.....	18
2.3.1. Modèle EPIS et indicateurs d'implémentation de Proctor	20
2.4. Synthèse du cadre théorique.....	23
3. Méthode	25
3.1. Introduction de la partie méthodologique	25
3.2. Question de recherche et objectifs spécifiques et secondaires de la recherche.....	25
3.3. Dispositif de Collecte de données	26
3.3.1. Outils de collecte de données et leur élaboration	26
3.3.2. Technique de collecte de données	27
3.3.3. Public cible, critères de sélection et échantillonnage	27
3.3.4. Processus de Recrutement.....	28
3.4. Dispositif d'analyse des données	29
3.4.1. Approche qualitative	29
3.4.2. Approche quantitative	30
3.5. Limites.....	30
4. Résultats.....	32
4.1. Questionnaire	32
4.1.1. Caractéristiques socio-démographique et professionnels	32
4.1.2. Cadre légal.....	34
4.1.3. Perception du soutien hiérarchique et médical concernant la délégation de la suture cutanée.....	35
4.1.4. Niveau d'implémentation de la suture cutané par les infirmiers dans les services d'urgences.....	36
4.1.5. Facteurs interprofessionnels et contexte organisationnel.....	36

4.1.6.	Modèle Epis et indicateurs de Proctor.....	38
4.1.7.	Corrélation entre perception organisationnelle et acceptabilité de la suture....	47
4.1.8.	Facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée : analyse par régression logistique	48
4.1.9.	Lien entre la pratique de la suture et la province d'exercice.....	51
4.1.10.	Déterminants de l'intention d'adoption : analyse des corrélations et régression linéaire	51
4.2.	Entretiens semi – directifs	53
4.2.1.	Analyse des résultats	54
4.2.2.	Synthèse de la partie qualitative : analyse des freins et leviers à l'implémentation de la suture cutanée.....	63
5.	Discussion.....	65
5.1.	Acceptabilité de la suture : ambivalence et conditionnelle	65
5.2.	Une implémentation top-down insuffisamment préparée	68
5.3.	Une pratique très dépendante du contexte local.....	70
5.4.	Les déterminants de faisabilité et d'adoption de la suture cutanée : entre enjeux organisationnels et professionnels	72
5.5.	Synthèse des déterminants du positionnement infirmier.....	74
5.6.	Pistes d'amélioration dégagés	74
5.7.	Limites de l'étude.....	75
5.8.	Perspectives.....	76
6.	Conclusion	77
7.	Bibliographie	79
8.	Annexes	85
	Annexe 1 : Questionnaire auto-administré	85
	Annexe 2 : Guide des entretiens semi-directifs	91

Table des graphiques

Graphique 1 : Niveau d'implémentation.....	36
Graphique 2: Positionnement des infirmiers concernant la suture comme un acte confié.....	42

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de l'échantillon (N=224)	32
Tableau 2: Age et Ancienneté aux urgences	33
Tableau 3: Connaissance cadre légal (N=224)	34
Tableau 4: Déterminants liés au cadre légal (N=224).....	34
Tableau 5: Perception du soutien hiérarchique et médical (N=224).....	35
Tableau 6: Déterminants interprofessionnels et organisationnels (N= 224).....	37
Tableau 7: Déterminants d'adéquation (N= 224)	39
Tableau 8: Description score d'adéquation (N=224).....	39
Tableau 9: Perception sur d'autres actes plus pertinents à la délégation (N=224)	40
Tableau 10: Déterminants d'acceptabilité (N= 224).....	41
Tableau 11: Description score d'acceptabilité(N=224)	42
Tableau 12: Déterminants de faisabilité (N= 224).....	43
Tableau 13: Description score de faisabilité (N=224)	44
Tableau 14: Déterminants d'adoption (N= 224).....	45
Tableau 15: Description score d'adoption (N=224)	45
Tableau 16: Déterminants de fidélité (N= 32)	46
Tableau 17: Déterminants de pénétration (N= 32)	47
Tableau 18 : Corrélation de Spearman entre acceptabilité de la suture et dimensions organisationnelles.....	48
Tableau 19: Régression logistique des facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée.....	49
Tableau 20: Régression logistique des facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée.....	50
Tableau 21: Table de contingence	51
Tableau 22: Test exact de Fisher (N=224).....	51
Tableau 23: Matrice de corrélations entre les scores d'adéquation, d'acceptabilité, de faisabilité et d'adoption, ainsi que l'âge et l'ancienneté	52

1. Introduction

Les systèmes de santé actuels font face à des transformations majeures liées, entre autres, au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à la pression constante exercée sur les structures hospitalières ainsi qu'à une pénurie importante de professionnels de santé. À cela s'ajoutent des niveaux élevés d'absentéisme et de burn-out parmi ces mêmes professionnels. Dans ce contexte, les services d'urgences apparaissent comme des services particulièrement touchés par ces tensions organisationnelles et humaines, confrontés à une augmentation constante de la demande de soins, comme en témoigne le phénomène d'« overcrowding » largement documenté au cours de la dernière décennie.

Face à ces enjeux, les décideurs politiques cherchent à développer des solutions permettant de rendre les systèmes de santé plus efficaces et durables, notamment à travers une meilleure utilisation des ressources disponibles. Ces stratégies passent, entre autres, par une réorganisation des rôles au sein des équipes multidisciplinaires, notamment via la délégation de certains actes habituellement du ressort médical vers les infirmiers. L'arrêté royal du 14 avril 2024, qui élargit la liste des actes pouvant être confiés par les médecins aux infirmiers, notamment avec l'intégration de la suture cutanée, témoigne précisément de cette évolution. Cette évolution semble d'autant plus importante à questionner dans le contexte actuel de réflexion autour de la restructuration future du paysage hospitalier belge, notamment avec la fermeture envisagée de certains services d'urgences. Ces réorganisations pourraient entraîner une augmentation supplémentaire du flux de patients dans les services restant ouverts, renforçant ainsi les enjeux liés à l'organisation des soins et à la répartition des rôles professionnels.

Mon expérience professionnelle au sein d'un service d'urgences depuis neuf ans m'a conduite à questionner les conditions et les enjeux entourant l'implémentation de cette nouvelle pratique. Même si la suture cutanée réalisée par les infirmiers est déjà implémentée dans certains pays, notamment en France, son introduction en Belgique soulève plusieurs questionnements. Au-delà de sa simple faisabilité technique, cette pratique interroge les conditions organisationnelles de sa mise en œuvre, les enjeux liés à la formation, à la sécurité clinique, à la reconnaissance professionnelle ainsi qu'aux dynamiques de collaboration interprofessionnelle.

Dans ce contexte, ce mémoire s'intéresse au positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de cet acte confié. Plus précisément, il cherche

à répondre à la question suivante : « Quels sont les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de l'acte confié de suture cutanée prévu par l'arrêté royal du 14 avril 2024 ? »

2. Cadre Théorique

2.1. Le paysage actuel des soins de santé

La Belgique, à l'image d'autres pays dits développés, connaît une transformation profonde du paysage des soins de santé. Ce changement comporte d'énormes défis liés, entre autres, à « *la transition épidémiologique des maladies aiguës vers les maladies chroniques, au vieillissement de la population, à la multimorbidité* » ainsi qu'à la « *pénurie de personnel médical* ». (Franco et al., 2025) Dans un monde en constant changement, il est important de repenser les systèmes de santé, repenser l'organisation des services disponibles, toujours en prenant en compte le point de vue de la durabilité. La définition même du concept de durabilité semble ambiguë, n'existant pas dans la littérature un consensus pour arriver à une seule et unique définition. Cependant, il renvoie à l'idée que les systèmes de santé doivent être conçus pour « *durer, avec une capacité d'adaptation et résilience* », tout en veillant à une bonne utilisation et répartition des ressources non seulement financières mais aussi humaines. Ces ressources « *doivent être utilisées de manière efficiente et responsable afin de maintenir ou d'améliorer la santé et le bien-être des individus et des populations* » (Zurynski et al., 2022). Dans la même optique, en 2008, l'Institut of healthcare improvement, introduit l'idée du « Triple aim », un concept qui place l'amélioration de l'expérience du patient, ainsi que l'amélioration de la santé des populations et une réduction de coûts comme étant les objectifs clés pour la transformation des systèmes de santé (Berwick et al., 2008). Cependant, la réussite du « Triple aim » dépend de l'existence d'organisations de santé hautement efficaces. Or, « *l'épine dorsale de tout système efficace est une main-œuvre engagée et productive* » (Sikka et al., 2015). C'est dans cette perspective qu'en 2014, un quatrième objectif a été proposé, « Quadruple Aim » qui vient ajouter le bien-être des professionnels comme condition essentielle à la qualité et durabilité des soins. Plus récemment, une cinquième dimension, centrée sur l'équité dans l'accessibilité aux soins a conduit à l'émergence du « Quintuple aim » (Nundy et al., 2022).

Ce modèle, initialement développé dans le contexte du système de santé américain, a progressivement acquis une portée internationale et inspire aujourd'hui les réflexions stratégiques de nombreux systèmes de santé. La Belgique s'inscrit également dans cette dynamique. Cela se reflète notamment dans le rapport de l'INAMI relatif à la trajectoire budgétaire de l'assurance soins de santé pour la période 2022-2024, qui vise le développement d'une politique de santé plus cohérente, plus résiliente et mieux adaptée aux besoins de la

population, en plaçant le « *modèle du Quintuple Aim au cœur des orientations stratégiques* » (INAMI, 2022). Les actions qui y sont programmées reposent sur des objectifs prioritaires de santé et sont mises en œuvre en fonction des marges budgétaires disponibles, avec l'ambition d'améliorer l'efficacité du système, de mieux répondre aux besoins de la population et de renforcer le bien-être des professionnels de santé. Cette orientation se retrouve également dans les recommandations d'experts relatives à la réforme du paysage hospitalier belge pour la période 2026-2036. Dans ce document, le Quintuple Aim est explicitement présenté comme une « boussole » destinée à guider la transformation du système hospitalier et à contribuer à un système de santé plus durable, plus humain et plus équitable (FPS Public Health, 2025). Ainsi, le modèle du Quintuple Aim constitue aujourd'hui un cadre de référence pour penser la transformation des systèmes de santé vers davantage d'intégration, de pertinence et de durabilité.

Concernant l'objectif lié au bien-être des professionnels, ce modèle reconnaît le « *défi croissant de l'épuisement professionnel (fatigue, cynisme et insatisfaction) chez les professionnels de santé* » (Nundy et al., 2022). Parallèlement, plusieurs études soulignent que « *la charge du soin représente un véritable fardeau* » pour les soignants (Provident & Lape, 2020). Dans ce contexte, Sikka et al. (2015) indiquent que le cœur de l'engagement du personnel repose sur le sentiment de « *joie et de sens dans le travail en santé* », entendu comme un sentiment d'accomplissement et de contribution utile. De manière complémentaire, le National Health Service au Royaume-Uni définit l'engagement comme un état psychologique et une attitude positive traduisant la satisfaction, l'implication et la motivation des professionnels envers leur travail et leur organisation (Robinson et al., 2014). Ainsi, l'engagement des professionnels apparaît comme un déterminant central de la capacité des systèmes de santé à faire face aux tensions actuelles, en influençant directement la rétention du personnel, la qualité des soins et la durabilité des organisations de santé.

2.1.1. L'enjeu des ressources humaines

Comme souligné précédemment, la qualité et la performance d'un système de santé reposent, en grande partie, sur la disponibilité, la répartition et l'engagement des ressources humaines. Maintenir un effectif suffisant de médecins, infirmiers et autres professionnels de santé constitue l'un des principaux enjeux pour garantir la viabilité et la durabilité de tous les systèmes. Figueras et al. (2024) renforcent cette idée en affirmant qu'un système de santé ne peut fonctionner sans disposer d'un personnel non seulement suffisant, mais également motivé et compétent. Ces auteurs soulignent également le caractère mondial de cette problématique,

idée renforcée par Haegdorens et al. (2025), qui indiquent que les systèmes de santé sont confrontés à des défis majeurs liés au besoin croissant non seulement de recruter, mais aussi de fidéliser les professionnels de santé. Selon les projections de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il pourrait manquer environ 18 millions de professionnels de santé dans le monde d'ici 2030 (WHO,2016). Une telle pénurie risque de compromettre l'accessibilité et l'efficacité des soins avec des conséquences directes sur la santé des populations et sur la capacité des systèmes de soins à atteindre les objectifs du « Quintuple aim » mentionnés précédemment.

Concernant les médecins, les données issues de la base de données de l'OMS indiquent qu'en 2023, la densité moyenne de médecins à l'échelle mondiale était d'environ 17,2 pour 10 000 habitants. Au niveau européen, cette densité s'élève à 37,6 médecins pour 10 000 habitants. En Belgique, la situation est particulièrement favorable, le pays compte près de quatre fois plus de médecins que la moyenne mondiale, avec une densité de 65,3 médecins par 10 000 habitants. La même source souligne l'amélioration significative depuis 1990 passant d'environ 32,7 médecins pour 10000 habitants aux chiffres actuels, ce qui peut traduire un investissement constant dans la formation et le maintien du personnel médical au fil du temps. (*Organisation Mondiale de la Santé - Données, 2025*)

Au niveau du personnel infirmier les constatations sont similaires. En 2022, la densité moyenne mondiale d'infirmières et de sage-femmes était de 37,7 pour 10 000 habitants, tandis qu'au niveau européen, elle atteignait 82,6 pour 10 000 habitants. A l'image du nombre de médecins, la Belgique en 2021 présentait une densité moyenne de 128,8 infirmières et sage-femmes pour 10 000 habitants, soit un niveau nettement supérieur aux moyennes mondiale et européenne (*Organisation Mondiale de la Santé - Données, 2025*). Ces données apparaissent, à première vue, très encourageantes pour la Belgique. Toutefois, cette apparente abondance interroge : Comment expliquer que la question de la pénurie de personnel médical y demeure pourtant d'actualité ? Cette situation met en évidence qu'une densité globale élevée ne garantit pas une répartition homogène de ces ressources sur le territoire. Par ailleurs, ces chiffres ne tiennent pas compte des éléments déterminants tels que le vieillissement du personnel médical, l'intensification de la charge de travail ni des phénomènes d'absentéisme et d'abandon professionnel, qui fragilisent durablement les effectifs en place.

2.1.2. La situation en Belgique

Analysons à présent la situation en Belgique. En 2022, le nombre total de professionnels de la santé, toutes disciplines confondues, s'élevait à environ 670.000 dont 60.494 médecins et 206.444 infirmiers. L'âge moyen des médecins atteignait 50 ans, contre 49 ans pour les infirmiers (SPF santé publique, 2022). Les données de l'INAMI, reprises dans le rapport du KCE (2024) indiquent qu'en 2021, la densité de médecins en activité en Belgique était de 32 médecins pour 10 000 habitants. Ce chiffre interpelle lorsqu'il est comparé aux données issues de la base de données de l'OMS présentées précédemment. En effet, malgré une progression de 11% entre 2011 et 2021(KCE, 2024), cette croissance reste insuffisante au regard de l'augmentation des besoins, liée elle-même à des facteurs tels que le vieillissement, la chronicité des pathologies, entre autres. Par ailleurs, la densité en termes d'équivalents temps plein (ETP) est nettement plus faible, 22 médecins pour 10 000 habitants, mettant en évidence une réalité importante : tous les médecins n'exercent pas à temps plein et une partie importante exerce une activité réduite ou partagée dans d'autres domaines. Au niveau géographique, la Belgique présente, en 2021, une répartition inégale des ressources entre les régions. Bruxelles affichait la densité la plus élevée, comprise entre 38 à 40 médecins par 10 000 habitants, suivie de la Wallonie, avec environ 33 médecins par 10 000 habitants. La Flandre, quant à elle, reste en dessous de la moyenne nationale, avec environ 30 médecins par 10 000 habitants. Une constatation particulièrement intéressante c'est que Bruxelles, bien qu'en tête en nombre absolu, atteint seulement 21 ETP pour 10 000 habitants contre 23 en Flandre et Wallonie ce qui fait ressortir une préférence des praticiens par une activité à temps réduite. Enfin, contrairement à ce que pouvaient laisser supposer les données de l'OMS, la Belgique présentait en 2020, une densité de médecins pratiquants inférieure à la moyenne européenne, avec 32 pour 10 000 habitants contre 40 pour les pays de l'UE-14 et 38 pour la moyenne de l'UE-27 (KCE, 2024).

Du point de vue infirmier, les données du SPF santé publique indiquent qu'en 2021, en Belgique, 223.624 personnes étaient habilitées à exercer la profession infirmière mais 32% d'entre elles étaient classées comme non-actives. Parmi les 68% des infirmiers actifs, seuls 60% travaillent effectivement dans le secteur des soins de santé : 59% en milieu hospitalier, 18% en maison de repos et soins, 19% en soins au domicile et 10% en santé communautaire (Lavergne & Janssens, 2024). Une autre problématique non négligeable concerne le recul du nombre d'admissions en formation en soins infirmier depuis 2013, ainsi qu'une baisse du taux d'étudiants achevant leurs études, estimé entre 30 à 35% tant en brevet que pour le bachelier (Lavergne & Janssens, 2024). Cette situation risque de s'aggraver avec la suppression

annoncée du brevet en soins infirmiers en 2026 décidée par le gouvernement. Par ailleurs, la profession est également confrontée à des taux d'absentéisme et de risque de burn-out importants. Dans les hôpitaux, l'absentéisme global atteint 11,2% de l'ensemble personnel (tout personnel confondu) dont 4% d'absentéisme de longue durée. Déjà en 2019, une étude du KCE mettait en évidence des constats préoccupants : dans les services hospitaliers, 36% des infirmiers présentaient un risque élevé d'épuisement professionnel, 32% déclaraient avoir l'intention de changer d'emploi, et 27% se disaient insatisfaits de leur travail (Lavergne & Janssens, 2024). Plus récemment, Haegdorens et al. (2025) soulignent que cette problématique s'est accentuée au cours des dernières années, notamment à la suite de la crise sanitaire liée à la COVID-19.

En conclusion, malgré une densité de médecins et infirmiers globalement élevée, la Belgique fait face à une pénurie « fonctionnelle » de personnel de santé, alimentée par plusieurs facteurs : un vieillissement des populations médicales et infirmières, dont une importante proportion exerce leur métier à temps partiel, une répartition géographique déséquilibrée des ressources médicales, ainsi qu'une insatisfaction professionnelle à l'origine de taux d'absentéisme et d'abandon non négligeables parmi le personnel infirmier. Cette pénurie de professionnels de santé, associée à une demande de soins en constante augmentation, exerce une pression croissante sur les structures hospitalières, en particulier sur les services d'urgences, comme nous allons le voir au point suivant.

2.1.3. « Overcrowding » dans les services d'urgences

Au cours des dernières décennies, la demande de services de santé a connu une évolution notable, marquée par un déplacement progressif des affections aiguës vers les maladies chroniques. Pourtant, de manière paradoxale, le nombre de visites dans les services d'urgences n'a cessé d'augmenter, faisant de ces derniers l'un des pôles d'activité les plus chargés des hôpitaux. (Levaggi et al., 2025). La surpopulation, ou « overcrowding » en anglais, peut être définie comme une situation « où la demande en soins d'urgence dépasse la capacité des médecins et des infirmiers à fournir des soins de qualité dans un délai raisonnable » (Sinclair, 2007). Ce phénomène, en constante progression, représente aujourd'hui un enjeu majeur pour les services d'urgences et ceci à l'échelle mondiale. Aux États-Unis, le nombre de passages aux urgences est passé de 51,9 millions en 1987 à 136,9 millions en 2015, soit une augmentation de près du triple. En France, les visites ont doublé entre 1996 et 2015, atteignant 20,3 millions contre 10,5 millions auparavant. En Suisse, entre 2007 et 2011, le volume des consultations d'urgence a progressé de 26% (Chastonay et Bodenmann, 2021). A l'image de cette tendance

mondiale, la Belgique n'échappe pas à cette problématique. D'après le rapport de l'INAMI (2023), les hôpitaux belges ont enregistré une hausse de 8% du nombre d'admissions aux services d'urgence entre 2013 et 2021. En moyenne, près d'un Belge sur cinq (18,9%) se rend chaque année aux urgences, avec une fréquentation particulièrement marquée dans certaines provinces, notamment le Hainaut. Plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène, mais ses conséquences suscitent des nombreuses préoccupations : augmentation de la charge de travail du personnel soignant, détérioration de la qualité globale des soins due à des temps d'attente prolongés, retards de diagnostic et de traitement, et par conséquent, une diminution de la satisfaction des patients (Levaggi et al., 2025). Dans ce contexte, la pression croissante exercée sur les services d'urgence conduit à s'interroger sur l'organisation des soins et la répartition des rôles entre les différents professionnels de santé. Ces réflexions s'inscrivent dans un mouvement plus large de réorganisation des pratiques professionnelles visant une utilisation plus efficiente des ressources humaines en santé, et ce au-delà du seul cadre des services d'urgence. À cet égard, des experts soulignent que le cadre légal actuel, structuré autour de la loi sur l'exercice des professions des soins de santé, demeure relativement rigide et peu propice au partage des tâches entre professions, conduisant notamment à « *mobiliser les infirmiers pour des tâches non-infirmières et à une reconnaissance insuffisante de leurs responsabilités* » (FPS Public Health, 2025).

Dans cette perspective, le partage ou la délégation de certaines tâches au sein des équipes de soins apparaît comme une piste organisationnelle susceptible de contribuer à améliorer l'organisation du travail.

2.2. La délégation d'actes : enjeux, formes et perspectives

Face aux transformations du paysage sanitaire, il devient nécessaire de réévaluer les rôles et responsabilités des professionnels de santé, afin de répartir de manière optimale les compétences et les ressources humaines. Cette réflexion vise à assurer une utilisation durable et efficace des compétences disponibles. Dans ce cadre, la délégation d'actes médicaux vers les infirmiers suscite un intérêt croissant chez les décideurs politiques, notamment pour des raisons économiques. Les infirmiers sont non seulement moins coûteux à former et à employer que les médecins, mais représentent également une proportion importante de la main-d'œuvre qualifiée (Martínez-González et al., 2015). Selon ces auteurs, ce transfert peut réduire la charge de travail des médecins, leur permettant de se concentrer sur les cas les plus complexes, et ainsi améliorer

l'efficacité, la capacité de service et l'accès aux soins, tout en réduisant les coûts. La Commission européenne (2019) identifie, elle aussi, plusieurs bénéfices potentiels à la délégation d'actes. Elle peut contribuer à la durabilité du personnel de santé, à la viabilité financière des systèmes de soins et à la durabilité sociale, en renforçant la confiance et l'adhésion des communautés. Le transfert de tâches peut également améliorer la qualité des soins et accroître la résilience du système, notamment lorsque différents groupes professionnels peuvent se substituer les uns aux autres en situation d'urgence.

La délégation d'actes se définit comme le processus par lequel certaines tâches habituellement réalisées par des professionnels hautement qualifiés sont confiées, lorsque cela est approprié, à des professionnels disposant d'une formation plus courte ou de qualifications différentes (WHO, 2008). Wit et al. (2024) ajoutent qu'il ne s'agit pas seulement d'une redistribution des tâches mais que la délégation d'actes englobe également une redistribution de responsabilités et des compétences entre professionnels de santé. Selon Saga et al. (2024), le processus de délégation peut prendre deux formes : d'un côté, le transfert vertical, lorsque les actes sont délégués entre professionnels ayant des niveaux de formation différents (par exemple, des médecins vers des infirmiers) et de l'autre, le transfert horizontal, lorsque la délégation s'effectue entre professionnels ayant un niveau de formation similaire, mais issus de disciplines différentes, comme les médecins généralistes reprenant certaines tâches normalement réalisées par des spécialistes.

Dans ce mémoire, nous nous concentrerons sur le transfert vertical. Dans ce transfert de tâches dit vertical, les infirmiers reprennent des tâches médicales, soit sous la supervision de médecins, ce qu'on appelle « délégation », soit de manière autonome, dite aussi « substitution » (Maier et al., 2018). Historiquement, ce mécanisme a été reconnu pour la première fois lors de la pandémie de VIH/Sida en Afrique, puis étendu à d'autres contextes, tels que, par exemple, la délégation de la vaccination aux pharmaciens ou le suivi des grossesses par les sages-femmes qui s'opère aujourd'hui en Belgique. Si le transfert d'actes constitue une réponse pertinente aux besoins évolutifs des systèmes de santé, il soulève néanmoins plusieurs enjeux. Ceux-ci concernent notamment la qualité des soins, la formation des professionnels, la hiérarchie clinique, ainsi que la redéfinition des rôles et la mise en place de politiques adaptées (Saga et al., 2024). Les mêmes auteurs soulignent également que le contexte de soins détermine en grande partie les tâches pouvant être déléguées. L'analyse de ces transferts doit donc prendre en compte la perception des professionnels concernés et les conséquences organisationnelles potentielles. Selon De Munck et al. (2012), les infirmières se montrent favorables à

l'élargissement de leurs compétences et à la réalisation d'actes « classiquement réservés aux médecins ». Toutefois, cette ouverture n'est acceptable que si elle ne les confine pas à un rôle subalterne ou purement exécutant, c'est-à-dire ne pas devenir de simples auxiliaires « pour faire ce que ces derniers ne peuvent ou ne veulent plus faire ». De manière similaire, Dispas et Bouret (2016) soulèvent dans leur étude la crainte exprimée par certains infirmiers de se voir confier « les tâches dont les médecins se débarrassent » et de perdre le sens de leur métier, à savoir le « prendre soin ». En outre, les mêmes auteurs relèvent plusieurs freins exprimés par le personnel de terrain concernant le transfert d'actes médicaux : le manque de ressources humaines lié à la pénurie, ainsi que des contraintes d'ordre politique, comme une législation et une formation jugées inadaptées. Ils insistent également sur l'importance d'une répartition claire et optimale des tâches, qui ne peut se réduire à une simple liste descriptive de qui fait quoi. Ce processus complexe exige une réflexion approfondie et un dialogue entre décideurs et professionnels du terrain. Dans la même optique, Karam et al. (2021) indiquent que dans leur étude, la lourde charge de travail des infirmiers et la faible reconnaissance financière de leurs activités actuelles ont été citées comme des freins majeurs à la prise en charge de nouvelles responsabilités. De Munck et al. (2012) soulignent par ailleurs « qu'il y a manifestement une aspiration et une revendication à plus de reconnaissance et de valorisation de leur métier et de leurs fonctions ». D'autres auteurs mettent en avant que ces transferts de tâches des médecins vers les infirmiers peuvent renforcer l'autonomie de ces derniers, accroître leur prise de décision clinique et augmenter l'attractivité de la profession infirmière (Wit et al., 2024). Enfin, d'autres travaux montrent que la réglementation, les frontières professionnelles, ainsi que les environnements organisationnels et institutionnels peuvent constituer, selon les contextes, soit des obstacles, soit des facilitateurs à la mise en place de cette délégation (Maier, 2015).

Cette analyse du transfert d'actes met en évidence à la fois son potentiel et la complexité de sa mise en œuvre. Elle montre surtout que la délégation dépend toujours du contexte dans lequel elle s'inscrit : cadre légal, organisation des services, culture professionnelle et acceptabilité par les acteurs concernés. Dans cette perspective, il apparaît essentiel de considérer la collaboration interprofessionnelle comme un levier majeur de réussite, cette délégation d'actes ne pouvant être effective que si les professionnels impliqués partagent une compréhension commune de leurs rôles, objectifs et responsabilités.

2.2.1. La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est considérée comme une condition préalable à la prestation de soins globaux et de qualité. Il est largement reconnu que la collaboration entre médecins et infirmiers constitue un pilier essentiel du système de soins et un levier majeur pour garantir l'efficacité et la qualité des soins apportés aux patients. Franco et al. (2025) définissent la collaboration interprofessionnelle comme une « coopération intégrative entre différents professionnels de santé, dans laquelle des compétences complémentaires sont mobilisées afin d'offrir les meilleurs soins possibles ». D'Amour et al. (2005) proposent quant à eux une définition fondée sur cinq dimensions : le partage, le partenariat, le pouvoir, l'interdépendance et le processus. Ils décrivent la CIP comme un espace commun et une relation d'interdépendance, au sein desquels les professionnels sont amenés à dépasser les frontières de leur discipline.

Dans le contexte spécifique des services d'urgence, caractérisé par de nombreux enjeux organisationnels et humains, une collaboration interprofessionnelle optimale peut accroître la satisfaction des professionnels et des patients, réduire les coûts des traitements, améliorer la culture de sécurité des soins et diminuer le taux d'erreurs cliniques au sein des équipes interprofessionnelles (Batista & Peduzzi, 2019). Les mêmes auteurs soulignent que, pour être efficace, la collaboration interprofessionnelle doit réunir un certain nombre de conditions. Au niveau individuel, elle repose sur des qualités personnelles telles que la patience, le respect et la tolérance, la compréhension et le respect des règles, la confiance, la qualité des relations entre pairs, une délégation appropriée des activités, ainsi qu'une volonté de partager et de développer de nouvelles compétences (Batista & Peduzzi, 2019). Au niveau collectif, elle nécessite une diversité adéquate des compétences au sein de l'équipe, un respect mutuel, une flexibilité des individus et du collectif, une communication efficace, ainsi qu'une clarté des rôles et des domaines d'intervention propres à chaque profession (Batista & Peduzzi, 2019). Dispas et Bouret (2016) renforcent cette analyse en soulignant que la collaboration interprofessionnelle « nécessite un apprentissage à la fois individuel et collectif, ainsi qu'une remise en question des pratiques ». Batista et Peduzzi (2019) identifient également plusieurs obstacles à une CIP optimale, notamment le manque de connaissances, les difficultés à collaborer avec d'autres professionnels et une faible reconnaissance entre les domaines de pratique. Karam et al. (2021) mettent par ailleurs en évidence le rôle historique des médecins en tant que principaux leaders cliniques et décideurs, ainsi que la méfiance de certains médecins à l'égard des compétences et des connaissances infirmières, comme deux freins supplémentaires à une collaboration

interprofessionnelle efficace. Les mêmes auteurs identifient plusieurs menaces pesant sur la CIP, parmi lesquelles figurent :

- Une volonté politique insuffisante en matière de mise en œuvre de mesures favorisant la collaboration interprofessionnelle, telles que la clarification des rôles et une répartition éclairée des tâches entre professionnels ;
- La pénurie de main-d'œuvre ;
- Des contraintes économiques, notamment une nomenclature infirmière perçue comme restrictive et des inégalités de reconnaissance économique et de statut social entre les professions ;
- L'absence de représentation professionnelle forte, telle qu'un ordre infirmier ou un syndicat suffisamment structuré, capable de représenter et de défendre la profession infirmière auprès des décideurs politiques.

Ainsi, loin de constituer un simple idéal organisationnel, la collaboration interprofessionnelle représente un enjeu stratégique majeur. Son développement conditionne non seulement l'efficacité des équipes et la sécurité des patients, mais également la réussite de toute démarche de transformation du système de santé. Elle s'impose comme un fondement essentiel pour accompagner ces évolutions, garantir une répartition cohérente et respectueuse des pratiques entre professionnels et, dans le cadre de la délégation d'actes, en assurer la sécurité, la reconnaissance et l'intégration pleine et pérenne au sein des organisations.

2.2.2. Les actes délégués en Belgique : Le cas particulier des urgences et de la suture cutanée

Comme mentionné précédemment, l'arrêté royal du 18 juin 1990 constitue le cadre fondateur de l'exercice de l'art infirmier en Belgique. Il définit les prestations techniques de l'art infirmier, organise la compétence professionnelle des infirmiers et introduit une classification des actes infirmiers selon leur niveau d'autonomie et de responsabilité (actes B1, B2 et C). Les actes confiés (catégorie C) se subdivisent entre ceux pouvant être réalisés par les infirmiers responsables de soins généraux, tels que le remplacement de la canule trachéale externe, le débridement d'escarres de décubitus ou le prélèvement de sang par ponction intra-artérielle et ceux réservés aux infirmiers titulaires d'un titre particulier, comme les infirmiers SISU, autorisés par exemple à placer un cathéter par voie intra-osseuse.

Sur le plan de la responsabilité de ce type d'acte, celle-ci est partagée. L'article 4 bis du même arrêté stipule qu'il est seulement autorisé au praticien de l'art infirmier de réaliser les actes pouvant être confiés par un médecin, s'il dispose « *de la compétence, de la formation et/ou de l'expérience nécessaires pour les exécuter correctement et en toute sécurité* » (Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2024). De plus, les actes confiés doivent être réalisés sur la base de procédures définissant les modalités d'exécution. Ces procédures sont établies en concertation entre le médecin et le praticien de l'art infirmier. La législation n'explicite pas clairement la responsabilité du médecin au-delà de la validation de ces procédures. Autrement dit, le médecin n'a légalement pas la responsabilité de vérifier que l'acte délégué a été correctement réalisé ou que la personne à qui l'acte a été confié dispose des compétences requises pour sa réalisation. Cette limitation de responsabilité au stade de la protocolisation du transfert d'acte soulève certaines interrogations quant à l'encadrement effectif de ces pratiques.

La législation a récemment évolué. L'arrêté royal du 14 avril 2024 a modifié la liste des actes pouvant être confiés, en y ajoutant trois nouveaux actes délégués :

1. La mise en place d'un cathéter veineux central à insertion périphérique (PICC) ;
2. La ponction d'ascite et la ponction de lymphœdème, à réaliser sous forme d'assistance ou en présence du médecin dans le bâtiment ;
3. La suture cutanée post-traumatique ou post-chirurgicale ;

Dans le cadre de ce travail, nous porterons une attention particulière à la suture cutanée, et plus précisément à la mise en œuvre de cette délégation au sein des services d'urgences.

Les plaies traumatiques figurent parmi les motifs les plus fréquents de recours aux services d'urgences, représentant environ 5,4 % de l'ensemble des consultations (Prevaldi et al., 2016). Les auteurs attribuent ce phénomène aux caractéristiques intrinsèques des services d'urgences, à leur accès libre 24 h/24, ainsi qu'à la diminution de la disponibilité des soins de première ligne. La suture cutanée constitue une méthode de fermeture primaire des plaies, qu'elles soient chirurgicales ou traumatiques. Elle permet de réparer la peau et les tissus sous-jacents, avec des avantages tels qu'un faible taux de désunion et une résistance mécanique supérieure à d'autres méthodes (Rose & Tuma, 2025). Traditionnellement, cette technique est réalisée par les médecins mais, comme évoqué précédemment, l'Arrêté Royal du 14 avril 2024 autorise désormais la délégation de cet acte aux infirmiers, à l'image de ce qui se pratique déjà dans

plusieurs pays tels que le Royaume-Uni, les États-Unis ou encore la France. Bien que la littérature reste limitée, il a été démontré que le développement de compétences avancées telles que la suture peut accroître la satisfaction professionnelle des infirmières tout en améliorant plusieurs indicateurs de qualité (Middleton, 2006). Des études montrent également une satisfaction élevée de la part des patients comme des médecins lorsque les sutures sont réalisées par des infirmières (Bonadio et al., 1994). Charles et al. (1999) mettent en évidence que la délégation de l'acte de suture aux infirmiers permet de réduire les coûts de santé, d'améliorer l'efficacité organisationnelle des médecins en libérant du temps pour d'autres problématiques médicales, de réduire les temps d'attente ainsi que la durée globale de séjour aux urgences, autant d'éléments qui influencent positivement la satisfaction des usagers. Ces auteurs rapportent également des résultats favorables en matière de cicatrisation. Ils soulignent enfin que cette délégation pourrait contribuer à désengorger les urgences et à fluidifier le parcours des patients. Les différentes études soulignent que la formation du personnel infirmier constitue le levier principal de réussite de cette délégation. Les infirmiers ayant suivi une formation réglementée en suture sont capables d'assurer une prise en charge de qualité. La formation garantit l'acquisition et l'application des principes théoriques et pratiques de la fermeture des plaies, et permet également d'assurer un suivi et des conseils adaptés au patient (Middleton, 2006 ; Bonadio et al., 1994 ; Charles et al., 1999).

Pour mieux comprendre les enjeux liés à la délégation de la suture, il est utile de comprendre plus largement la dynamique de délégation d'actes au sein des services d'urgence en Belgique.

Bien que les études portant spécifiquement sur la délégation d'actes des médecins vers les infirmiers dans les services d'urgence restent limitées, les travaux disponibles montrent que ces pratiques peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins tout en réduisant les coûts (Saga et al., 2024). Ce constat revêt une importance particulière dans un contexte où les services d'urgence sont confrontés à une pression croissante, notamment en raison du phénomène d'overcrowding mentionné ci-dessus, ce qui impose une organisation efficiente et un travail interprofessionnel étroit. Les urgences constituent en effet des espaces où la délégation d'actes est pratiquée de longue date, souvent de manière pragmatique, pour garantir la continuité des soins et répondre à l'afflux de patients. Dans le contexte belge, cette dynamique s'illustre également en contexte préhospitalier, à travers le développement du Paramedical Intervention Team (PIT). Dans ce modèle, la présence du médecin est substituée par celle d'un infirmier autorisé à réaliser un ensemble d'actes et à administrer des médicaments sur base d'ordres permanents validés par le corps

médical, illustrant une évolution progressive du “tout pouvoir médical” vers une autonomie accrue des infirmiers. Cependant, la délégation d’actes ne suscite pas une adhésion uniforme parmi les professionnels concernés. Les perceptions restent contrastées quant aux motivations réelles de ces transferts et à leurs implications.

S’appuyant sur mon expérience d’infirmière aux urgences, j’ai pu observer une évolution dans l’acceptabilité de ces pratiques, ainsi qu’une forme de résistance émergente au sein du personnel infirmier. Cette résistance semble s’inscrire dans une dynamique générationnelle, les infirmiers plus expérimentés tendent à maintenir une posture traditionnelle, parfois marquée par une relation de hiérarchie forte avec les médecins, tandis que les générations plus jeunes, et souvent ayant suivi la spécialisation de soins intensifs et aide médical urgente, revendiquent davantage de reconnaissance, de collaboration interprofessionnelle et de valorisation de leurs compétences cliniques. Par ailleurs, la question de la valorisation financière constitue un point de tension récurrent. La prise en charge de nouvelles responsabilités et l’augmentation du niveau d’expertise attendue ne s’accompagnent pas toujours d’une rémunération perçue comme proportionnelle, ce qui nourrit des interrogations quant à l’équité et à la reconnaissance professionnelle. Karam et al. (2021) renforcent cette même idée en affirmant que la faible reconnaissance financière constitue un frein majeur à la prise en charge de nouvelles responsabilités.

Ainsi, si la délégation d’actes aux urgences représente une réponse potentielle aux défis organisationnels contemporains, sa mise en œuvre dépend étroitement des dynamiques interprofessionnelles, de la reconnaissance des rôles, et des conditions institutionnelles qui encadrent ces pratiques. Une compréhension fine de ces enjeux est indispensable pour envisager le développement futur de la délégation d’actes dans le contexte belge.

Dans le cadre de la suture cutanée, prenons l’exemple français relatif à la modification législative autorisant la réalisation de sutures de plaies simples par les infirmiers, en lieu et place des médecins. Le 6 mars 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a publié un texte autorisant officiellement la réalisation de sutures par les infirmiers, accompagné d’un protocole de coopération décrivant en détail les types de sutures pouvant être effectuées, les critères d’inclusion et d’exclusion, les modalités de formation et les objectifs d’apprentissage, ainsi que les rôles du délégant (médecin) et du délégué (infirmier) (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Toutefois, l’exemple français n’a pas servi de source d’inspiration aux décideurs belges. L’Arrêté Royal a bien été publié, mais sans aucune explication ni cadre structurant pour encadrer cette délégation. Aucun arrêté d’exécution, aucune circulaire ministérielle, ni aucun

protocole national de référence n'a suivi sa publication. Cela a suscité de nombreuses interrogations de la part des associations infirmières belges, dont l'Association francophone des infirmiers urgentistes (AFIU). Une demande de clarification a donc été adressée au Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI). Sur base de ce document, les précisions apportées par le Conseil fédéral de l'art infirmier sont les suivantes :

- « Nous pouvons comprendre par *suture* l'acte consistant en une fermeture cutanée faisant suite à une plaie d'origine traumatique : coupure, déchirure, lacération, etc. Elle peut aussi s'appliquer à une suture post-chirurgicale, si elle est confiée dans le même cadre. »
- Il n'existe aucune restriction prévue par la loi concernant la technique à utiliser (fils résorbables, non résorbables, colle cutanée, etc.), ni aucune restriction concernant les zones anatomiques à suturer.
- Concernant l'anesthésie locale couramment réalisée avant l'acte de suture, celle-ci est considérée comme un acte B2, au même titre que n'importe quelle administration d'un traitement sous-cutané préalablement prescrit par le médecin. Néanmoins, quelques conditions doivent être respectées : l'infirmier doit être formé pour le faire, l'anesthésie doit être prévue dans le protocole de délégation et la traçabilité de cette injection doit apparaître dans le dossier du patient.
- Concernant la responsabilité de l'infirmier, le CFAI précise que celui-ci est soumis à une obligation de moyens impliquant le suivi d'une formation, le respect du protocole, la traçabilité de l'acte et une pratique prudente et compétente. Sur ce même point, le CFAI rappelle que l'article 4b de l'AR du 18 juin 1990 constitue le socle légal de tout acte délégué et qu'en cas de problème ou de plainte, il appartient au juge d'évaluer la situation et d'attribuer la responsabilité.
- De son côté, le médecin déléguant est responsable de la délégation formelle de l'acte à un infirmier identifié, et doit s'assurer en amont de sa compétence. Sa responsabilité peut être engagée en cas de délégation inadéquate.
- Une dernière demande de précision concerne la formation, pour laquelle le CFAI indique l'inexistence, à ce stade, d'une formation réglementée concernant la suture cutanée pour les infirmiers. Toutefois, il insiste sur l'exigence de compétence de la part de l'infirmier pour pouvoir exécuter cet acte, même en l'absence d'une obligation

formelle de suivre une formation. (Association francophone des infirmiers urgentistes, 2024)

Il est néanmoins interpellant que ces précisions aient été divulguées de manière non officielle, par l'AFIU, sous forme de mail envoyé exclusivement aux membres de cette association.

L'analyse de la littérature et du cadre réglementaire autour de la délégation de la suture cutanée en Belgique met en évidence une volonté d'évolution dans l'organisation des soins aux urgences et une reconnaissance du rôle avancé de l'infirmier. Toutefois, cela s'inscrit paradoxalement dans un paysage normatif qui apparaît lacunaire au regard des exigences d'encadrement observées dans d'autres systèmes de santé. Alors que de nombreux pays ont encadré cette pratique de manière officielle, en Belgique, l'absence de directives, de formation réglementée et de protocoles nationaux servant de guides opérationnels, crée des incertitudes majeures tant pour les infirmiers que pour les médecins.

Cette situation peut représenter un risque pour la qualité des soins, la sécurité des patients et des professionnels ainsi que pour l'uniformité des pratiques. Sur le plan de la qualité se pose par exemple la question de la garantie des compétences des infirmiers et de l'homogénéité des pratiques dans un contexte où ni la formation, ni l'évaluation, ni les limites de l'acte ne sont définies par les autorités. Les institutions se voient contraintes de combler elles-mêmes ces lacunes, ce qui renforce les disparités et fragilise la garantie d'une qualité de soins homogène dans l'ensemble du pays. Cette situation illustre un paradoxe : alors que la délégation de la suture cutanée est désormais légalement autorisée, son encadrement opérationnel demeure largement laissé à l'initiative des institutions et des professionnels de terrain. Les précisions apportées par le CFAI, diffusées de manière non officielle et limitée, accentuent encore la confusion, laissant les acteurs face à des zones d'incertitude quant à leurs responsabilités respectives ainsi qu'au caractère légal de ces précisions, qui ne font pas partie d'un document officiel comme c'est le cas en France. De son côté, L'infirmier est soumis à une obligation de moyens, mais sans référence normative lui permettant de situer la limite de sa compétence, tandis que du côté médical, le médecin déléguant demeure responsable de la pertinence de la délégation, mais sans outil standardisé d'évaluation, il ne peut que se fier simplement à la parole de l'infirmier se déclarant compétent.

Ces constats m'ont conduit à ce mémoire avec la conviction que la délégation de la suture ne peut pas être envisagée uniquement sous l'angle de l'acte technique, dont la faisabilité et

l'efficacité sont pourtant démontrées. Elle interroge en profondeur les processus organisationnels, la gestion des responsabilités et la capacité du système de santé à soutenir cette évolution des pratiques telle qu'elle est actuellement présentée. Finalement, ce n'est pas seulement l'acte qui soulève des questions, mais surtout les conditions de son implémentation, principalement dans un service d'urgence qui fait déjà face à plusieurs enjeux comme mentionné antérieurement. Il apparaît donc nécessaire, dans la suite de ce mémoire, de s'intéresser aux fondements théoriques de l'implémentation : le déploiement des changements organisationnels, les modèles existants permettant d'analyser ce processus ainsi que les déterminants susceptibles de l'influencer. Le rôle des dynamiques décisionnelles Top-down et Bottom-up dans l'adoption ou la résistance à une nouvelle pratique professionnelle sera également essentiel à examiner. Autant d'éléments indispensables, à mes yeux, pour comprendre l'ensemble des enjeux liés à la mise en œuvre effective de la suture cutanée comme acte délégué aux infirmiers dans les services d'urgences, dont le mien.

2.3. Implémentation

La réflexion menée jusqu'à présent sur la délégation de la suture cutanée aux infirmiers permet de la considérer comme une pratique fondée sur des données probantes, dans la mesure où elle est soutenue par la recherche et conforme au cadre légal. Toutefois, des lacunes subsistent quant à son encadrement, notamment en ce qui concerne l'existence de formations structurées et de protocoles validés, ce qui soulève des enjeux importants en matière d'implémentation. Un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) définit l'Evidence-Based Practice (EBP) comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques récentes lors des choix concernant les soins de patients individuels » (Adriaenssens et al., 2017). Ce même rapport identifie quatre composantes essentielles à la mise en œuvre de l'EBP par les soignants : l'expertise clinique propre au professionnel, les données probantes issues de la littérature scientifique, les préférences et valeurs du patient, ainsi qu'une dimension contextuelle intégrant notamment les coûts et la disponibilité des ressources. Cette dernière dimension revêt une importance particulière dans le contexte actuel, marqué par une pénurie de ressources financières et humaines, en particulier dans les services d'urgence. Le KCE souligne en effet que cette dimension comprend « des éléments sur lesquels on a peu de prise, mais qui peuvent affecter la force d'une recommandation et entraver sa mise en œuvre » (Adriaenssens et al., 2017). Dans le champ des politiques de santé, comme c'est le cas pour la délégation d'actes des médecins vers les infirmiers, l'EBP est considérée comme un levier majeur d'amélioration de l'efficacité, de

l'efficacité et de la qualité des soins, pouvant dans certains cas contribuer à « maintenir sous contrôle les dépenses en soins de santé » (Adriaenssens et al., 2017). Le KCE propose une structuration du processus d'EBP en trois grandes phases :

- la génération et la distillation des connaissances,
- la diffusion et la dissémination des résultats,
- l'adoption, l'implémentation et l'institutionnalisation des nouvelles connaissances.

Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse se concentre sur cette troisième phase, et plus particulièrement sur le processus d'implémentation.

L'implémentation peut être définie comme « un ensemble d'activités qui visent à mettre en œuvre, au sein d'un certain contexte, un dispositif ou un programme bien déterminé » (Tabak et al., 2012), comme « un processus de transformation d'une politique en une pratique ou une action » (Buse et al., 2012), ou encore comme « ce qui se passe entre les attentes politiques et les résultats » (DeLeon, 1999, cité dans Buse et al., 2012). Ces définitions soulignent le caractère dynamique, contextuel et non linéaire de l'implémentation.

Le rapport du KCE attire l'attention sur le fait que « l'implémentation repose sur le bon vouloir des acteurs de terrain ». Les soignants, en tant qu'utilisateurs finaux de l'EBP, sont influencés par des motivations telles que l'efficacité perçue, la facilité d'utilisation, la commodité ou certains incitants financiers, mais également par des freins tels que l'anxiété, la méfiance, les contraintes de temps ou la résistance au changement. Ces éléments sont regroupés par le KCE sous le terme de « fossé des contraintes culturelles » (Adriaenssens et al., 2017). Dès lors, la réussite de l'implémentation nécessite de tenir compte de ces facteurs humains et organisationnels et d'adapter en permanence les stratégies mises en œuvre, ceux-ci pouvant conditionner la réussite ou l'échec du processus.

Les travaux sur l'implémentation des politiques de santé distinguent classiquement deux grandes approches analytiques : les approches dites *top-down* et *bottom-up*. Les approches *top-down* considèrent l'implémentation comme un processus principalement linéaire, au cours duquel une décision prise au niveau central est traduite en actions au niveau local. La réussite de ce processus repose sur la clarté des objectifs, la disponibilité des ressources, l'existence de mécanismes de contrôle et la conformité des acteurs de terrain. À l'inverse, les approches *bottom-up* mettent l'accent sur le rôle central des acteurs locaux et des professionnels de première ligne, en soulignant que l'implémentation constitue un processus dynamique, façonné

par les contextes organisationnels et les interactions entre acteurs (Buse et al., 2012). À première vue, la délégation de la suture cutanée aux infirmiers peut être considérée comme une politique de santé relevant principalement d'une approche *top-down*, dans la mesure où elle résulte d'une décision réglementaire prise au niveau politique. Toutefois, dans le contexte actuel des soins de santé, marqué par de nombreux enjeux organisationnels, humains et financiers, il convient de s'interroger sur la pertinence de ce type d'approche. En particulier, il importe de comprendre le ressenti des acteurs de terrain face à cette décision, d'évaluer son adéquation avec la réalité des services, sa faisabilité organisationnelle, ainsi que l'acceptabilité de la suture cutanée en tant qu'acte délégué du point de vue des infirmiers. Enfin, cette réflexion invite à questionner si cet acte correspond effectivement aux priorités et aux attentes des professionnels, ou si d'autres actes auraient pu être perçus comme plus pertinents et plus acceptables. Ces interrogations mettent en évidence la nécessité de disposer de cadres théoriques permettant d'analyser non seulement la décision politique en elle-même, mais également les conditions concrètes de sa mise en œuvre et son appropriation par les acteurs de terrain.

Plusieurs cadres théoriques permettent aujourd'hui d'analyser et d'évaluer l'implémentation des pratiques fondées sur des données probantes. Dans le cadre de cette étude portant sur la délégation de la suture cutanée aux infirmiers, il apparaît pertinent de mobiliser des modèles capables de rendre compte à la fois de la dynamique du processus et de la qualité de sa mise en œuvre. Ainsi, ce travail s'appuie sur le modèle EPIS d'Aarons et al. (2010), auquel sont associés les indicateurs d'implémentation proposés par Proctor et al. (2010). L'articulation de ces deux cadres offre une approche intégrée permettant d'analyser de manière cohérente les facteurs influençant la mise en œuvre et les résultats qui en découlent.

2.3.1. Modèle EPIS et indicateurs d'implémentation de Proctor

Face à la complexité du processus d'implémentation des pratiques fondées sur les données probantes, Aarons et al. (2010) proposent le modèle EPIS, qui identifie des variables susceptibles d'influencer l'implémentation à différentes étapes du processus. Ce modèle distingue quatre phases : l'exploration, la préparation, l'implémentation et le soutien, chacune étant influencée par des facteurs internes et externes.

La phase d'exploration correspond au moment où une organisation (décideurs politiques, établissements de soins, équipes professionnelles) prend conscience d'un problème nécessitant une attention particulière ou identifie une nouvelle pratique susceptible d'y apporter une réponse efficace. Cette phase est fortement influencée par des facteurs externes, tels que les

politiques publiques, les exigences réglementaires, les mécanismes de financement ou les pressions sociopolitiques. Le contexte interne joue également un rôle majeur, notamment à travers les valeurs des acteurs, leur ouverture à l'innovation, leurs réseaux professionnels et leur perception du besoin de changement. Globalement, la phase d'exploration vise à comprendre un problème, à évaluer l'intérêt potentiel d'une EBP et à déterminer si celle-ci peut répondre aux besoins identifiés dans un contexte donné.

La phase de préparation constitue une étape clé, située entre l'exploration et l'implémentation effective de la pratique. Une fois la décision d'adopter une innovation prise, cette phase vise à préparer concrètement l'organisation et les acteurs concernés à sa mise en œuvre. Elle comprend des activités de planification telles que la définition des rôles et responsabilités, l'élaboration ou l'adaptation de protocoles, l'allocation des ressources humaines et matérielles, ainsi que le renforcement des compétences par des formations spécifiques. Cette phase implique également un travail sur l'adhésion des acteurs, l'anticipation des résistances potentielles et l'évaluation de la faisabilité de la pratique dans le contexte organisationnel réel. Parmi les facteurs internes identifiés par Aarons et al. (2010) figurent le leadership, le climat organisationnel et la résistance au changement, tandis que les facteurs externes incluent notamment le cadre réglementaire, les mécanismes de financement et les politiques de santé. Une préparation adéquate constitue une condition essentielle à une implémentation de qualité et à la pérennité de la pratique.

La phase d'implémentation active correspond au moment où l'innovation est effectivement mise en œuvre dans les services. Il s'agit d'une étape complexe, mobilisant des ressources importantes et nécessitant une coordination étroite entre les décideurs, les organisations et les professionnels de terrain. Cette phase est déterminante, car elle conditionne la qualité réelle de l'intervention dans la pratique. Elle requiert des ressources financières suffisantes et stables, un leadership actif, des réseaux organisationnels efficaces, une culture interne ouverte au changement et un alignement entre les valeurs organisationnelles et la pratique à implanter.

La phase de soutien, telle que décrite par Aarons et al. (2010), correspond à la dernière étape du processus et renvoie à la capacité de la pratique à se maintenir de manière stable dans le temps. Elle correspond au moment où la pratique devient routinisée et durablement intégrée dans le fonctionnement de l'organisation ou du système de soins, tout en conservant un niveau suffisant de qualité, de fidélité et d'efficacité.

Proctor et al. (2010), confrontés au défi de définir et de mesurer la réussite de l'implémentation, introduisent le concept de « résultats d'implémentation ». Ceux-ci se distinguent des résultats cliniques et des résultats des systèmes de soins et visent à refléter l'effet des actions délibérées mises en œuvre pour implanter une nouvelle pratique. Ces résultats permettent d'évaluer la réussite de l'implémentation, de suivre l'avancement du processus et de servir de résultats intermédiaires avant l'observation d'effets cliniques ou organisationnels. Les auteurs soulignent l'importance de distinguer l'échec d'une intervention de l'échec de son implémentation. Ils proposent huit indicateurs : acceptabilité, adoption, pertinence, faisabilité, coûts, fidélité, pénétration et pérennité.

L'acceptabilité correspond à la perception qu'ont les parties prenantes du caractère satisfaisant, adéquat ou agréable d'une pratique nouvellement mise en place. Cet indicateur reflète l'adhésion initiale et la disposition psychologique à utiliser la pratique et constitue un élément essentiel, car une innovation perçue comme peu acceptable risque d'être peu utilisée, même si elle est efficace. L'adoption désigne la décision initiale, intention ou l'action de commencer à utiliser une innovation ou une pratique fondée sur des données probantes. L'adoption correspond au moment où les parties prenantes choisissent effectivement d'essayer ou de mettre en œuvre une nouvelle intervention. Celle-ci peut être mesurée à plusieurs niveaux : individuel (prestataire), organisationnel ou institutionnel. L'adoption représente un passage critique entre l'intérêt pour une innovation et son utilisation réelle dans la pratique. La pertinence correspond à la perception du degré d'adéquation entre une innovation et le contexte dans lequel elle est envisagée. Elle reflète dans quel mesure une pratique est perçue comme adaptée, compatible ou utile pour un type de service, problème spécifique, entre autres. Cet indicateur est particulièrement important dans les phases précoces de l'implémentation, car un faible sentiment d'adéquation peut conduire à une résistance au changement ou à une non-adoption. L'indicateur Coûts concerne l'ensemble de ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'intervention, incluant le coût financier direct, le temps, les ressources humaines et les infrastructures mobilisées. Les coûts exercent une influence majeure dans la décision d'adopter et de maintenir une innovation. La faisabilité désigne la mesure dans laquelle une nouvelle pratique peut être effectivement mise en œuvre dans un contexte donné. Elle renvoie à la capacité réelle d'un service ou organisation à appliquer l'intervention en tenant compte des ressources disponibles, des compétences nécessaires, des contraintes organisationnelles et des exigences organisationnelles. Ainsi la faisabilité peut être compromise par un manque de ressources, une formation insuffisante, des contraintes de temps, entre autres. La fidélité est le

degré auquel l'intervention est appliquée conformément au modèle d'origine ou au protocole de référence. Une fidélité élevée augmente la probabilité d'obtenir les effets attendus de l'intervention. La pénétration désigne le degré d'intégration d'une intervention ou pratique fondée sur des données probantes au sein d'un service, d'une organisation ou d'un système. Mesure à quel point l'innovation est effectivement utilisée par les professionnels concernés et combien de patients ou situation elle touche. Une forte pénétration indique que la pratique ne se limite plus à quelques professionnels motivés, mais qu'elle est adoptée par l'ensemble ou une grande partie du service. Finalement la pérennité concerne la capacité de l'intervention à être maintenue dans le temps après la phase initiale d'implémentation. C'est le réflexe de la stabilité de l'usage, de l'ancrage organisationnel et la capacité d'adaptation aux changements contextuels. Cet indicateur est essentiel pour évaluer si une innovation apporte un bénéfice durable plutôt qu'un changement ponctuel (Proctor et al., 2010).

Dans le cadre de ce mémoire, et conformément aux pratiques courantes en science de l'implémentation, le modèle EPIS est utilisé comme une structure temporelle d'analyse du processus, tandis que les indicateurs de Proctor et al. (2010) sont mobilisés comme critères d'évaluation spécifiques à chaque phase. Ainsi, les indicateurs d'acceptabilité et de pertinence seront mobilisés lors de la phase d'exploration, ceux d'adoption et de faisabilité lors de la phase de préparation, les indicateurs de coûts et de fidélité lors de la phase d'implémentation active et enfin les indicateurs de pénétration et de pérennité lors de la phase de soutien.

Cette analyse conjointe permettra de déterminer à quelle phase du processus d'implémentation se situent les différents services d'urgence de Belgique francophone concernant la mise en œuvre de la suture cutanée en tant que nouvel acte pouvant être délégué aux infirmiers depuis l'entrée en vigueur, il y a environ un an, de l'arrêté royal du 14 avril 2024. Elle permettra également d'identifier et de mieux comprendre les freins et les leviers à une implémentation active et pérenne de cette nouvelle pratique par les infirmiers.

2.4. Synthèse du cadre théorique

Le système de santé belge est actuellement marqué par une augmentation des besoins en soins, une pénurie fonctionnelle de professionnels de santé et une pression accrue sur les services d'urgence. Dans ce contexte, la délégation d'actes médicaux vers les infirmiers apparaît comme une stratégie organisationnelle prometteuse pour améliorer l'efficacité et la durabilité des soins, mais dont la réussite dépend fortement des conditions de mise en œuvre.

La délégation récente de la suture cutanée aux infirmiers, rendue possible par l'arrêté royal du 14 avril 2024, illustre cette complexité. Si l'acte et sa délégation est soutenu par des données probantes, son implémentation s'inscrit dans un cadre normatif encore peu structuré, soulevant des enjeux importants en matière d'acceptabilité, de faisabilité, de formation, de reconnaissance professionnelle et de collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, des questionnements émergent quant au recours à une approche principalement *top-down*, au regard de la conjoncture actuelle des soins de santé et des réalités du terrain. Afin d'analyser ces enjeux, ce mémoire s'appuie sur le modèle EPIS, articulé aux indicateurs d'implémentation de Proctor, permettant d'appréhender de manière structurée le processus d'implémentation et ses déterminants. Ce cadre théorique m'a conduit à la question de recherche suivante : « *Quels sont les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de l'acte confié de suture cutanée prévu par l'arrêté royal du 14 avril 2024 ?* »

Dans cette optique s'inscrit la suite de ce travail, qui présente la démarche méthodologique mise en œuvre afin d'explorer cette problématique au sein des services d'urgence de Belgique francophone.

3. Méthode

3.1. Introduction de la partie méthodologique

Afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche et de mieux appréhender les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences concernant la délégation de l'acte de suture cutanée, ce travail s'appuie sur une méthode mixte à design séquentiel explicatif. Ce choix méthodologique se justifie par la complexité du sujet, qui mobilise des dimensions à la fois légales, organisationnelles, interprofessionnelles et humaines. Les méthodes mixtes, par leur caractère combinatoire, « apportent des ressources pour la compréhension et l'analyse de problèmes complexes » (Nagels, 2022). Dans une approche séquentielle explicative, le chercheur cherche à « approfondir ou à développer les résultats d'une méthode à l'aide d'une autre méthode » (Creswell, 2003, cité dans Perron, 2018). La méthodologie de ce mémoire repose donc d'abord sur une collecte et une analyse de données quantitatives, suivies d'une collecte et d'une analyse de données qualitatives, les deux volets étant intégrés lors de la phase d'interprétation afin d'expliquer et d'enrichir les résultats principalement quantitatifs (Perron, 2018). Dans cette logique, la phase de discussion du mémoire articulera donc les résultats issus des deux approches afin de proposer une lecture nuancée et complémentaire de la problématique, permettant d'approfondir la compréhension globale.

3.2. Question de recherche et objectifs spécifiques et secondaires de la recherche

Le développement du cadre théorique m'a conduit à définir la question de recherche “Quels sont les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de l'acte confié de suture cutanée prévu par l'Arrêté royal du 14 avril 2024 ?”. La méthodologie de recherche retenue tient en compte le point de vue des infirmiers travaillant aux urgences d'une part avec le questionnaire qui va permettre de recueillir des données chiffrées et d'une autre part les entretiens semi-directifs permettront la meilleure compréhension de ces mêmes données.

Objectifs spécifiques :

- Évaluer le niveau d'acceptation des infirmiers à la délégation de l'acte de suture cutanée par les médecins.

- Identifier les facteurs sociodémographiques, professionnels et organisationnels associés à cette acceptation.
- Explorer les représentations et expériences liées à ce nouvel acte.
- Comprendre les attentes et besoins des infirmiers pour intégrer cet acte dans leur pratique quotidienne.

Objectifs complémentaires :

Proposer des pistes d'amélioration possibles pour optimiser l'organisation des services d'urgences permettant la bonne implémentation de la délégation de la suture cutané

3.3. Dispositif de Collecte de données

3.3.1. Outils de collecte de données et leur élaboration

Le questionnaire a été élaboré sur base du cadre théorique de la recherche ainsi que de mon expérience professionnelle. Il comprend des questions fermées et des échelles de type Likert visant à explorer plusieurs dimensions en lien avec la question de recherche, notamment : les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants, la connaissance du cadre légal, le positionnement personnel vis-à-vis de la délégation de la suture cutanée, les déterminants individuels, organisationnels et interprofessionnels, ainsi que différents indicateurs de l'implémentation tels que l'acceptabilité, la faisabilité, l'adoption, la pérennité. Dans le but de garantir la clarté, la compréhension et la pertinence de l'instrument de collecte, le questionnaire a fait l'objet d'un prétest auprès d'un échantillon composé de cinq infirmiers exerçant dans un service d'urgences. Cette phase de prétest a permis d'adapter le vocabulaire utilisé, notamment en remplaçant l'expression « cadre infirmier » par « supérieur hiérarchique (N+1) », afin d'employer un langage commun aux différentes institutions hospitalières.

Par ailleurs, les questions 20, 21 et 22 ont également été adaptées à la suite des suggestions formulées par les participants au prétest. L'échelle de Likert initialement utilisée a été remplacée par des modalités de réponse « oui », « non », « je ne sais pas » et « je ne souhaite pas répondre ». En effet, trois des testeurs ont indiqué ne pas connaître la position de leurs supérieurs hiérarchiques, des médecins ou de la direction sur les éléments abordés dans ces questions. Dès lors, une échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » ne semblait pas adaptée.

En complément du questionnaire, des entretiens semi-directifs seront réalisés afin d'approfondir la compréhension des perceptions, des expériences et du positionnement des

infirmiers face à la délégation de la suture cutanée. Le guide d'entretien a été élaboré selon une structuration thématique comprenant plusieurs dimensions, en cohérence avec le questionnaire et le cadre théorique. Il aborde notamment la perception générale de la délégation d'actes médicaux aux urgences, le point de vue spécifique sur la suture cutanée, la faisabilité dans le service, la collaboration médico-infirmière, les prérequis à la délégation, les leviers et obstacles perçus, les enjeux de responsabilité professionnelle, ainsi que la motivation à acquérir des compétences avancées.

3.3.2. Technique de collecte de données

Afin de faciliter la diffusion et la collecte des données, le questionnaire destiné au personnel soignant sera administré via la plateforme en ligne LimeSurvey®. Les entretiens seront réalisés individuellement, avec l'accord préalable des participants. Ils feront l'objet d'un enregistrement audio, après obtention du consentement éclairé, afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Les données recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymisée.

La collecte des données quantitatives se déroulera sur une période définie, allant du 16 février au 13 mars 2026 et la collecte de données qualitative du 30 Mars au 10 avril 2026.

3.3.3. Public cible, critères de sélection et échantillonnage

La population cible de cette étude est les infirmiers des urgences francophones de Belgique. Les participants seront recrutés sur base volontaire et dans le respect de leur anonymat. Ceci nous amène à parler d'un échantillonnage non probabiliste avec un échantillon dit de confort. L'échantillonnage de commodité est une technique d'échantillonnage non probabiliste par laquelle les chercheurs sélectionnent les participants en fonction de leur disponibilité.

Le recrutement des participants, tant pour le questionnaire que pour les entretiens semi-directifs, reposera sur le volontariat et concernera les infirmiers exerçant au sein des services d'urgences de Belgique francophone. Une communication écrite sera diffusée par voie électronique auprès du personnel infirmier afin de présenter les objectifs de la recherche, les modalités de participation ainsi que les garanties relatives à l'anonymat et à la confidentialité des données recueillies.

L'étude inclura les infirmiers répondant aux critères suivants :

- Être titulaire du diplôme d'infirmier
- Exercer au sein d'un service d'urgences francophone en Belgique.

Seront exclus de l'étude les infirmiers travaillant uniquement de manière occasionnelle dans les services d'urgences, tels que les infirmiers appartenant aux équipes mobiles de remplacement immédiat (EMRI) ou les intérimaires, afin de garantir que les participants disposent d'une expérience suffisante du fonctionnement et de l'organisation du service.

3.3.4. Processus de Recrutement

La première phase du processus de recrutement a consisté à contacter l'ensemble des services d'urgence de la Région wallonne ainsi que ceux de la Région bruxelloise dont le nom l'institution est francophone. Lors de chaque prise de contact téléphonique avec les infirmiers en chef, une brève présentation de l'étude a été réalisée, accompagnée d'une sensibilisation à l'importance de sa diffusion auprès des équipes. Au total, 55 services d'urgence ont été sollicités. Parmi ceux-ci, 38 chefs de service ont donné une réponse favorable à la diffusion de l'étude. Un courriel contenant le lien vers le questionnaire leur a ensuite été envoyé, et celui-ci a été relayé auprès de leurs équipes par leurs soins. Cependant, des difficultés d'accès et d'autorisation ont été rencontrées dans 17 services d'urgence. Parmi ceux-ci, 5 services exigeaient l'obtention préalable d'un accord du comité d'éthique avant toute diffusion de l'étude. Compte tenu des délais nécessaires à cette procédure, ces sites ont été exclus de l'étude. Par ailleurs, malgré plusieurs tentatives de prise de contact téléphonique, les 12 autres services n'ont pas pu être joints et n'ont donc pas pu être inclus dans le processus de recrutement. Afin d'augmenter le nombre de réponses, un courriel de relance a été envoyé le 8 mars à l'ensemble des 55 chefs de service initialement contactés. Parallèlement, une diffusion complémentaire a été réalisée via les réseaux sociaux, notamment sur la page Facebook de l'AFIU.

Dans le cadre du recrutement pour l'approche qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels exerçant dans différents services d'urgence. Une partie des participants a été recrutée via des contacts personnels. Afin de limiter les biais potentiels, ces professionnels travaillaient dans des contextes variés, incluant des hôpitaux situés dans différentes provinces ainsi que des structures hospitalières de types distincts (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux). En complément, dans une démarche visant à recueillir des retours d'expérience concrets, un entretien a été réalisé avec l'infirmier en chef d'un hôpital

bruxellois où la pratique de la suture par les infirmiers est déjà implémentée. Ce participant a été recruté à la suite d'un premier contact par e-mail, au cours duquel un intérêt marqué pour l'étude a été exprimé.

3.4. Dispositif d'analyse des données

3.4.1. Approche qualitative

Comme dit précédemment, les entretiens seront enregistrés avec l'accord des participants. Une retranscription complète sera réalisée dans un second temps afin de permettre l'analyse des données. Les fichiers audios seront transcrits à l'aide du logiciel TurboScribe®. Afin d'assurer la fidélité des propos recueillis, les enregistrements feront l'objet de plusieurs écoutes et les transcriptions seront systématiquement vérifiées et ajustées manuellement. Au total, 8 entretiens individuels ont été transcrits, représentant 4 heures et 37 minutes d'enregistrement, avec une durée moyenne de 35 minutes par entretien, le plus long étant de 51 minutes et le plus court de 25 minutes. L'analyse des données issues des retranscriptions sera conduite selon une démarche en cinq étapes successives, familiarisation avec les données, élaboration du cadre analytique initial, indexation, mise en tableau, puis abstraction et interprétation, inspirée de l'approche de la *Framework Analysis* développée par Ritchie et Spencer en 1994 (Srivastava & Thomson, 2009). La première étape de l'analyse consistera en une lecture approfondie des données recueillies afin de repérer les éléments récurrents présentant un lien direct avec la question de recherche. Ces éléments seront ensuite regroupés et structurés en catégories thématiques et sous-thématiques. Un travail de codage sera réalisé sous forme d'annotations permettant d'indexer les données, lesquelles feront ensuite l'objet d'une mise en correspondance au sein de tableaux analytiques. La structuration de ces tableaux s'appuiera sur les thématiques dégagées au cours de l'analyse. Dans un second temps, une interprétation des résultats sera menée en tenant compte du discours et de l'expérience rapportés par les participants, en veillant à limiter l'influence de la subjectivité du chercheur, conformément aux recommandations méthodologiques du *KCE Process Book* (s. d.). Afin de renforcer la rigueur méthodologique et la crédibilité de l'analyse, le processus de codage sera réalisé en collaboration avec une collègue récemment diplômée du master en santé publique et formée aux méthodes qualitatives ainsi qu'aux techniques de codage.

L'identification et le regroupement des thèmes suivront une approche inductive, permettant aux catégories analytiques d'émerger directement à partir des propos des participants, sans recours à un cadre théorique préétabli.

3.4.2. Approche quantitative

Les données recueillies à partir du questionnaire destiné aux infirmiers seront encodées dans un tableau Microsoft Excel, puis analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS. L'analyse combinera des approches descriptives et analytiques, en cohérence avec les objectifs de la recherche. Après avoir procédé à un nettoyage des données pour éliminer les réponses incomplètes, nous avons obtenu un échantillon final de 224 participants.

L'analyse descriptive constituera la première étape et permettra de décrire les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants ainsi que la distribution des réponses relatives au positionnement des infirmiers face à la délégation de la suture cutanée. Les résultats seront présentés sous forme de tableaux présentant des fréquences, pourcentages, moyennes et écarts-types.

Dans un second temps, des analyses bivariées seront réalisées afin d'explorer les relations entre le positionnement des infirmiers et différents déterminants individuels, organisationnels et interprofessionnels identifiés dans le cadre théorique. Selon la nature des variables, des tests du chi carré, des corrélations de Spearman, des tests exacts de Fisher, des régressions linéaires ainsi que des régressions logistiques seront utilisés. L'ensemble des analyses tiendra compte des conditions d'application des tests statistiques ainsi que du traitement des données manquantes.

Conformément aux recommandations méthodologiques relatives aux études mixtes, celles-ci doivent inclure une phase quantitative solide, clairement articulée aux hypothèses et aux objectifs, en s'appuyant sur des tests statistiques appropriés à la nature des données (O'Cathain et al., 2008).

3.5. Limites

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques qu'il est important de considérer lors de l'interprétation des résultats :

- **Biais de sélection dû au caractère volontaire du recrutement :** Les personnes ayant accepté de participer pourraient être davantage intéressées ou sensibilisées à la

thématique étudiée pouvant influencer leurs réponses et d'une certaine forme limiter la représentativité de l'échantillon.

- **Généralisation (étude réalisée seulement en belgique francophone) :** Conclusions ne pouvant pas être étendues à d'autres contextes géographiques, culturelles ou linguistiques. Limite encore plus importante dans un pays comme la Belgique avec cette diversité bien présente dans son territoire.
- **Biais de désirabilité sociale :** Les participants peuvent avoir tendance à fournir des réponses perçues comme attendues, plutôt que de refléter leur opinion réelle.
- **Risque de biais de confirmation :** l'analyse des données peut être influencée par les attentes et hypothèses initiales.
- **Taille de l'échantillon :** Influence sur la puissance statistique de la démarche quantitative limitant la robustesse ce qui impacte également leur généralisation.
- **Absence du point de vue des autres acteurs impliqués** qui restreint la compréhension globale du phénomène et leur complexité.
- **Manque d'expérience en tant que chercheuse (première étude) :** Particulièrement dans le cadre de la démarche qualitative. Un manque d'expérience peut influencer la conduite des entretiens et l'analyse des données.

Il semble également pertinent de proposer une réflexion sur ma position de chercheuse et l'influence potentielle sur le processus de collecte et d'analyse des données. En tant qu'infirmière exerçant aux urgences, je possède une connaissance du terrain ainsi qu'une opinion personnelle concernant la délégation de la suture. Cette proximité avec le sujet d'étude constitue à la fois une richesse, en facilitant la compréhension du contexte et l'accès à certains participants, mais également une source potentielle de biais. Au cours de certains entretiens, des sollicitations visaient à connaître mon opinion personnelle. Dans ces situations, j'ai veillé à maintenir une position de neutralité en rappelant mon rôle de chercheuse et en précisant que je m'abstiendrais de partager mon point de vue afin de ne pas influencer les réponses des participants.

4. Résultats

4.1. Questionnaire

4.1.1. Caractéristiques socio-démographique et professionnels

La première partie de notre questionnaire est consacrée à la collecte de données sociodémographiques et professionnelles des répondants. Les résultats, synthétisés dans le tableau 1, permettent de caractériser l'échantillon et de contextualiser les analyses, tandis que le tableau 2 présente les indicateurs de tendance centrale et de dispersion relatifs à l'âge et à l'ancienneté des participants.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de l'échantillon (N=224)	
Variable	N (%)
Age	
• < 24 ans	5 (2.2%)
• 25-34 ans	100 (44.6%)
• 35-44 ans	60 (26.8%)
• 45-54 ans	26 (11.6%)
• > 55 ans	33 (14.7%)
Ancienneté aux urgences	
• < 4 ans	61 (27.2%)
• 5-9 ans	41 (18.3%)
• 10-14 ans	40 (17.9%)
• 15-19 ans	25 (11.2%)
• > 20 ans	57 (25.4%)
Genre	
• Masculin	86 (38.4%)
• Féminin	138 (61.6%)
Formation complémentaire	
• SIAMU	209 (93.3%)
• Aucune	12 (5.4%)
• Autre	3 (1.3%)
Type d'hôpital	
• Général	163 (72.8%)
• Universitaire	61 (27.2%)
Province	
• Bruxelles	29 (12.9%)
• Brabant Wallon	7 (3.1%)
• Hainaut	123 (54.9%)
• Liège	29 (12.9%)
• Luxembourg	20 (8.9%)
• Namur	16 (7.1%)

Statut • Temps Plein • Temps Partiel	150 (67%) 74 (33%)
Fonction • Infirmier • Infirmier chef de service • Infirmier chef adjoint	202 (90.2%) 17 (7.6%) 5 (2.2%)

Tableau 2: Age et Ancienneté aux urgences		
	Âge	Ancienneté aux urgences
Moyenne	38,29	13.10
Mode	27 ¹	2
Ecart Type	11.159	10.616

¹ Distribution multimodale : 27,29 et 60 ans

L'âge moyen des répondants est de 38,29 ans, suivant une distribution multimodale, avec des modes observés à 27, 29 et 60 ans. L'analyse de la répartition par âge met en évidence une prédominance des participants âgés de 25 à 34 ans (44,6 %), constituant ainsi le groupe majoritaire, suivis des 35 à 44 ans (26,8 %). Au total, près de la moitié des participants est âgée de moins de 34 ans (46,8 %), ce qui témoigne d'un échantillon relativement jeune. Néanmoins, la représentation des participants âgés de plus de 45 ans (11,6 % pour les 45–54 ans et 14,7 % pour les plus de 55 ans) reste non négligeable, traduisant une certaine diversité générationnelle au sein de l'échantillon. Une sous-représentation des professionnels en début de carrière est également observée, avec seulement 2,2 % de participants âgés de moins de 24 ans.

Concernant l'ancienneté aux urgences, les résultats suggèrent la coexistence de profils à la fois novices et très expérimentés parmi les participants : en effet, on retrouve une proportion importante de professionnels ayant moins de 4 ans d'expérience (27,2 %) ainsi que de ceux ayant plus de 20 ans d'ancienneté (25,4 %). La moyenne d'ancienneté est de 13,10 ans, avec un mode de 2 ans. Cette différence suggère une asymétrie de la distribution, caractérisée par une proportion importante de participants ayant une faible ancienneté. L'écart-type élevé (10,62 ans) confirme cette grande variabilité des niveaux d'expérience.

Concernant les caractéristiques décrites au premier tableau, l'échantillon est majoritairement féminin (61,6 %), avec une proportion minoritaire d'hommes (38,4 %). Par ailleurs, la majorité des participants (93,3 %) possède une spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU), témoignant d'un niveau de qualification élevé. La plupart des répondants exerce dans des hôpitaux généraux (72,8 %), tandis que 27,2 % travaillent dans un

hôpital universitaire. La répartition géographique montre une forte représentation de la province du Hainaut (54,9 %), suivie de Bruxelles et de Liège (12,9 % chacune), puis de la province du Luxembourg (8,9 %) et de Namur (7,1 %). Le Brabant wallon, avec 3,1 % des participants, reste la province la moins représentée. Enfin, la majorité des participants travaille à temps plein (67 %) et occupe une fonction d’infirmier (90,2 %). Les postes à responsabilité sont moins représentés, avec 7,6 % d’infirmiers chefs de service et 2,2 % d’infirmiers chefs adjoints.

4.1.2. Cadre légal

La suite du questionnaire porte sur la connaissance du cadre légal (tableau 3), ainsi que sur les déterminants qui y sont associés. Ces derniers sont évalués à partir de plusieurs affirmations portant sur la compréhension du contexte réglementaire, la clarté des responsabilités et l’accès à l’information (tableau 4).

Tableau 3: Connaissance cadre légal (N=224)	
Variable	N (%)
Connaissance du nouvel acte pouvant être confié aux infirmiers (suture cutanée) avant la participation à cette étude	
• Oui	201 (89.7%)
• Non	23 (10.3%)

La majorité des participants de l’étude (89,7 %) déclarent connaître les modifications de la liste des actes pouvant être confiés par les médecins aux infirmiers, notamment la suture cutanée, introduites par l’arrêté royal du 14 avril 2024. Néanmoins, il est interpellant de constater que, deux ans après cette modification, il reste encore 10,3 % des participants qui déclarent ne pas en avoir connaissance.

Tableau 4: Déterminants liés au cadre légal (N=224)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants					Catégorie modale
	N (%)					
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Compréhension du cadre légal	35 (15.6%)	33 (14.7%)	54 (24.1%)	52 (23.2%)	50 (22.3%)	3
Responsabilités individuels claires	147 (65.6%)	29 (12.9%)	23 (10.3%)	10 (4.5%)	15 (6.7%)	1
Informations suffisantes	115 (51.3%)	43 (19.2%)	27 (12.1%)	14 (6.3%)	25 (11.2%)	1

En ce qui concerne la compréhension du cadre légal, 45,5 % des participants estiment avoir une bonne connaissance du cadre encadrant la délégation de la suture des médecins aux infirmiers, tandis que 30,3 % considèrent que leur compréhension est insuffisante. Par ailleurs, 24,1 % des répondants adoptent une position neutre, ce qui peut traduire une certaine hésitation ou un manque de clarté quant à ce cadre réglementaire. Toutefois, cette perception apparaît plus nuancée lorsqu'il s'agit de la clarté des responsabilités entre l'infirmier et le médecin délégant. En effet, 78,5 % des participants estiment que les rôles et responsabilités de chacun ne sont pas clairement définis au sein des institutions en ce qui concerne la délégation de la suture cutanée. Dans le même sens, 70,5 % des infirmiers déclarent ne pas disposer d'informations suffisantes concernant ce qui leur est autorisé ou non de réaliser dans le cadre de cet acte pouvant être confié. Dans l'ensemble, les résultats présentés dans le tableau 4 mettent en évidence une perception contrastée du cadre légal, avec des niveaux variables de compréhension, de clarté des responsabilités et d'accès à l'information.

4.1.3. Perception du soutien hiérarchique et médical concernant la délégation de la suture cutanée

Dans la continuité du questionnaire, les infirmiers ont été interrogés sur leur perception du soutien de leur supérieur hiérarchique direct (N+1), de leur direction ainsi que des médecins concernant la délégation de la suture cutanée aux infirmiers. Les résultats correspondants sont présentés dans le tableau 5.

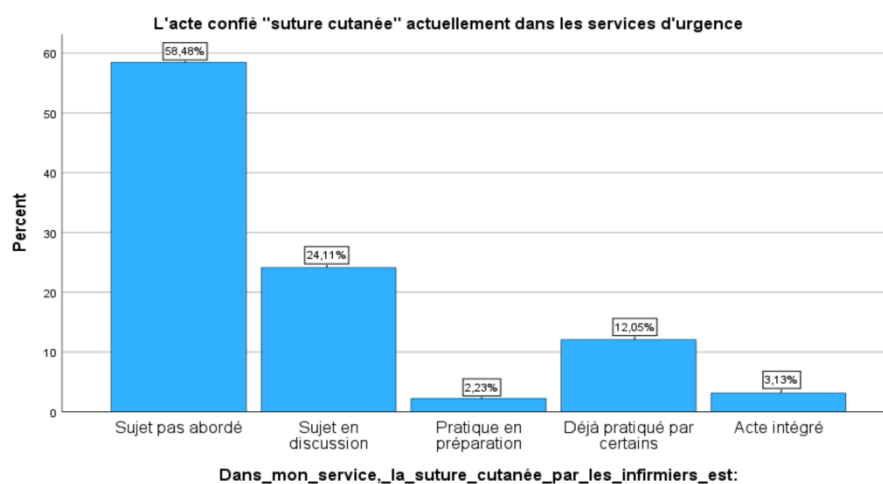
Tableau 5: Perception du soutien hiérarchique et médical (N=224)			
	N (%)		
	N+1	Direction	Médecins
Oui	30 (13.4%)	14 (6.3%)	43 (19.2%)
Non	49 (21.9%)	38 (17%)	36 (16.1%)
Je ne sais pas	144 (64.3%)	171 (76.3%)	145 (64.7%)
Je ne souhaite pas répondre	1 (0.4%)	1 (0,4%)	0(0%)

La majorité des participants déclare ne pas connaître l'avis de leur supérieur hiérarchique direct (64,3 %), ni de leur direction (76,3 %) ainsi que du corps médical (64,7 %). Seule une minorité des répondants perçoit que ces acteurs sont favorables à la délégation d'actes, avec respectivement 13,4 % pour le supérieur hiérarchique direct (N+1), 6,3 % pour la direction et 19,2 % pour les médecins. À l'inverse, une proportion non négligeable des infirmiers estime que ces acteurs ne soutiennent pas cette délégation (21,9 % pour le supérieur hiérarchique

direct, 17 % pour la direction et 16,1 % pour les médecins), ce qui peut traduire une perception défavorable du contexte institutionnel.

4.1.4. Niveau d'implémentation de la suture cutané par les infirmiers dans les services d'urgences

Les participants ont été interrogés sur le niveau d'implémentation de la suture cutanée réalisé par les infirmiers au sein de leur service d'urgences, afin d'évaluer le degré d'intégration de cette pratique dans les organisations. Les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous.



Graphique 1 : Niveau d'implémentation

Les résultats montrent que, deux ans après la publication de l'arrêté royal modifiant la liste des actes pouvant être confiés aux infirmiers et autorisant la réalisation de la suture cutanée, l'implémentation de cet acte dans les services d'urgences francophones reste très limitée. En effet, 58,5 % des participants indiquent que la suture cutanée réalisée par les infirmiers n'est pas pratiquée dans leur service. Par ailleurs, 24,1 % des répondants déclarent que ce sujet est actuellement en discussion, tandis que 2,2 % mentionnent qu'il s'agit d'une pratique en cours de préparation. Seuls 12 % des participants affirment que cette pratique est déjà réalisée par certains infirmiers, et 3,1 % indiquent qu'elle est pleinement intégrée dans l'organisation de leur service.

4.1.5. Facteurs interprofessionnels et contexte organisationnel

Le tableau 6 décrit la perception des participants concernant plusieurs déterminants interprofessionnels et organisationnels susceptibles d'influencer la mise en œuvre de la délégation de la suture cutanée, notamment les dynamiques de collaboration, la communication

au sein de l'équipe, la clarté des rôles et les préoccupations liées à la responsabilité professionnelle.

Tableau 6: Déterminants interprofessionnels et organisationnels (N= 224)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Existence de craintes	22 (9.8%)	16 (7.1%)	50 (22.3%)	57 (25.4%)	79 (35.3%)	5
Confiance mutuel	14 (6.3%)	27 (12.1%)	87 (38.8%)	62 (27.7%)	34 (15.2%)	3
Communication	21 (9.4%)	42 (18.8%)	59 (26.3%)	72 (32.1%)	30 (13.4%)	4
Clarté rôles et limites de chacun	27 (12.1%)	29 (12.9%)	71 (31.7%)	63 (28.1%)	34 (15.2%)	3
Tensions liées à la délégation de la suture	92 (41.1%)	36 (16.1%)	66 (29.5%)	21 (9.4%)	9 (4%)	1
Existence de procédure/proto cole	181 (80.8%)	17 (7.6%)	7 (3.1%)	7 (3.1%)	12 (5.4%)	1

Sur le plan des responsabilités professionnelles, la majorité des infirmiers (60,7 %) exprime des craintes en cas de complication liée à un acte qui leur est confié par un médecin. En ce qui concerne la perception de la confiance des médecins envers les compétences infirmières, les réponses apparaissent plus nuancées. Une proportion importante des participants adopte une position neutre (38,8 %), tandis que 42,9 % estiment que les médecins leur font globalement confiance et 18,4 % considèrent que ce n'est pas le cas. La communication entre médecins et infirmiers est globalement perçue comme positive, avec 45,5 % des participants exprimant un accord, contre 28,2 % en désaccord et 26,3 % adoptant une position neutre. Concernant la clarté des rôles et des limites de chacun, les résultats montrent une répartition relativement équilibrée : 43,3 % des infirmiers estiment que les rôles sont clairs, contre 25 % qui ne sont pas d'accord et 31,7 % qui adoptent une position neutre, traduisant une perception partagée sur cette question. En ce qui concerne les tensions liées à la délégation de la suture, une majorité des participants (57,2 %) considère que cette pratique n'est pas génératrice de conflits au sein de l'équipe. Toutefois, 29,5 % des répondants adoptent une

position neutre, ce qui peut s'expliquer par le stade encore précoce de mise en œuvre ou par une absence d'expérience directe, liée au fait que cet acte n'est pas encore confié aux infirmiers dans de nombreux services. L'analyse de la question ouverte « Sur quoi portent ces tensions ? » met en évidence plusieurs thématiques principales. Les tensions évoquées concernent d'abord la responsabilité professionnelle, avec des craintes liées aux complications potentielles et au risque de plaintes. Elles portent également sur la charge de travail, les participants soulignant un sentiment de surcharge dans un contexte déjà contraint, notamment en raison d'un manque de temps et d'effectifs. Par ailleurs, plusieurs répondants mentionnent un manque de formation, de supervision et de protocoles clairs, constituant une source d'insécurité dans la pratique. Les relations interprofessionnelles apparaissent également comme un facteur de tension, notamment en lien avec la confiance entre médecins et infirmiers, la collaboration au sein des équipes et la répartition des tâches. À titre d'exemple, certains participants soulignent que « à l'image d'autres actes pouvant être confiés, il arrive que les médecins ne réalisent plus ces actes même lorsqu'ils en ont le temps ». Enfin, certaines tensions reflètent des divergences de perception quant à l'évolution du rôle infirmier, opposant une vision d'élargissement des compétences à celle d'une augmentation de la charge de travail non compensée sur le plan salarial.

Concernant l'existence de procédures ou protocoles encadrant cette pratique, une très large majorité des infirmiers (88,4 %) exprime un désaccord, suggérant l'absence d'un cadre clair dans la plupart des services.

4.1.6. Modèle Epis et indicateurs de Proctor

Les dernières questions du questionnaire ont été regroupées de manière à analyser les résultats selon les différentes phases du modèle EPIS (Exploration, Préparation, Implémentation et Maintien). Cette structuration permet d'interpréter les données en fonction du stade d'avancement de l'implémentation de la délégation de la suture cutanée aux infirmiers. Par ailleurs, cette analyse est complétée par l'utilisation des indicateurs de Proctor, permettant d'évaluer différents aspects de la mise en œuvre en lien avec chaque phase, comme présenté dans le cadre théorique.

Phase d'exploration : Adéquation et Acceptabilité

La présente section se concentre sur la phase d'exploration, correspondant au stade initial du processus d'implémentation. Les participants ont été invités à évaluer l'adéquation de la délégation de la suture cutanée à travers des questions portant sur leur perception de la

pertinence de cette pratique au regard des besoins du service et des pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'acceptabilité de cette délégation a été évaluée afin d'apprécier le degré d'adhésion des infirmiers à cette évolution de leur rôle, en lien notamment avec leur perception de leurs compétences.

Tableau 7: Déterminants d'adéquation (N= 224)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Perception d'amélioration du travail	75 (33.5%)	33 (14.7%)	51 (22.8%)	31 (13.8%)	34 (15.2%)	1
Perception de réponse à un besoin réel	82 (36.6%)	57 (25.4%)	46 (20.5%)	28 (12.5%)	11 (4.9%)	1
Cohérence avec les priorités actuelles des urgences	65 (29%)	52 (23.2%)	50 (22.3%)	35 (15.6%)	22 (9.8%)	1

Le tableau 7 présente les résultats relatifs aux déterminants d'adéquation. Ils ont été évalués à travers la perception des participants concernant l'impact de la délégation de la suture cutanée sur leur travail, son adéquation en tant que réponse à un besoin réel du service, ainsi que sa cohérence avec les priorités actuelles des services d'urgences, notamment en termes de flux de patients et de qualité des soins. Concernant l'impact sur le travail quotidien, 48,2 % des infirmiers estiment que la réalisation de la suture cutanée par les infirmiers n'améliore pas leur activité, contre 29 % qui considèrent que cette pratique peut constituer une amélioration. Par ailleurs, 62 % des participants ne considèrent pas que cette délégation répond à un besoin réel du service, tandis que 17,4 % estiment qu'elle y répond. Enfin, s'agissant de la cohérence de ce changement avec les priorités actuelles des services d'urgences en termes de gestion de flux et de qualité des soins, plus de la moitié des participants (52,2 %) ne perçoivent pas de lien, contre 25,4 % qui considèrent que cette délégation est cohérente avec ces priorités.

Tableau 8: Description score d'adéquation (N=224)			
Variable	Moy ±DS	Médiane	Mode
Adéquation (Score sur 15)	7.40 ± 3.58	7	3

De manière à affiner l'analyse de la perception de l'adéquation des participants, un score d'adéquation a été calculé sur un maximum de 15. Les résultats présentés dans le tableau 8 montrent un score moyen de 7,40 et une médiane de 7, indiquant une distribution centrée autour de valeurs intermédiaires. Le mode de 3, correspondant à une valeur faible du score, suggère qu'un nombre non négligeable de participants présente une perception faible de l'adéquation. Par ailleurs, l'écart-type de 3,58, traduit une dispersion notable des réponses au sein de l'échantillon, témoignant d'une hétérogénéité des perceptions.

Une dernière question, également considérée comme reflétant la perception de l'adéquation de la délégation de la suture cutanée, invitait les participants à se positionner sur la pertinence de déléguer d'autres actes, actuellement réservés aux médecins, plutôt que la suture.

Tableau 9: Perception sur d'autres actes plus pertinents à la délégation (N=224)		
	N (%)	
Variable	Non	Oui
Autres actes plus pertinents à déléguer	164 (73.2%)	60 (26.8%)

Le tableau 9 montre que 73,2 % des participants considèrent qu'il n'existe pas d'autres actes, plus pertinents que la suture, à déléguer aux infirmiers dans le cadre des services d'urgences. Néanmoins, 26,8 % des répondants estiment qu'il existe d'autres actes, actuellement du ressort des médecins, qui pourraient être plus pertinents à déléguer que la suture cutanée. L'analyse des réponses à la question ouverte, proposée aux 60 infirmiers ayant déclaré que d'autres actes seraient plus pertinents à déléguer aux urgences, met en évidence que ces actes concernent principalement : les demandes de radiologie et la mise en place de cathéters artériels (cités chacun 20 fois), suivis de la prescription d'analyses biologiques (12 citations) et, dans une moindre mesure, de la prescription de certains médicaments (6 citations). D'autres actes, tels que l'intubation, la mise en place de voies centrales, l'échographie, la réduction de fractures ou encore le drainage d'abcès, ont été mentionnés de manière plus marginale. Il convient toutefois de nuancer ces résultats, ceux-ci devant être interprétés à la lumière de la diversité des pratiques organisationnelles entre les services d'urgences. Par exemple, la prescription d'analyses biologiques peut déjà être réalisée de manière routinière dans certains services, sur base d'ordres permanents, tandis que dans d'autres, une validation préalable des médecins reste nécessaire avant la réalisation et l'envoi des prélèvements.

Le tableau 10 présente les résultats relatifs aux déterminants d'acceptabilité de la délégation de la suture cutanée aux infirmiers.

Tableau 10: Déterminants d'acceptabilité (N= 224)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Perception de vision positive de l'évolution du métier	26 (11.6%)	23 (10.3%)	57 (25.4%)	51 (22.8%)	67 (29.9%)	5
Réalisation de suture perçue comme acceptable	27 (12.1%)	30 (13.4%)	52 (23.2%)	53 (23.7%)	62 (27.7%)	5
Confort perçue par rapport à la délégation de la suture aux urgences	39 (17.4%)	39 (17.4%)	48 (21.4%)	50 (22.3%)	48 (21.4%)	4

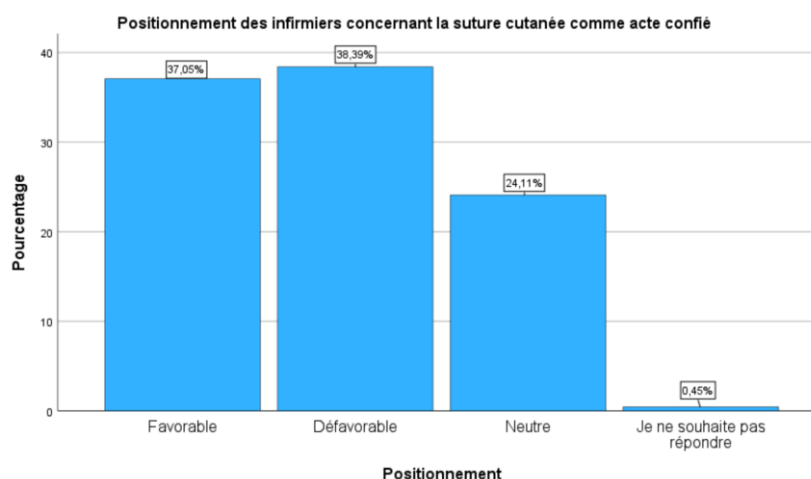
Concernant la perception de la réalisation de la suture comme une évolution positive du rôle infirmier, une majorité des infirmiers exprime un accord (52,7 %). À l'inverse, 21,9 % des répondants considèrent que la réalisation de sutures cutanées ne correspond pas à leur vision d'une évolution positive de leur métier, tandis que 25,4 % adoptent une position neutre. Interrogés directement sur l'acceptabilité de la réalisation des sutures cutanées par les infirmiers, les résultats montrent également une tendance favorable, avec une majorité des participants (51,4 %) exprimant une position positive, contre 25,5 % en désaccord et 23,2 % adoptant une position neutre. Enfin, 43,7 % des participants déclarent se sentir à l'aise avec cette pratique de transfert de la suture cutanée dans le contexte des urgences, tandis que 34,8% expriment un désaccord et 21,4 % adoptent une position neutre. Ces résultats, plus nuancés en ce qui concerne le confort perçu, peuvent être liés à la perception des compétences et des connaissances actuelles des infirmiers concernant cet acte, notamment en lien avec une absence de formation adaptée à leurs besoins.

A l'image de l'adéquation, un score d'acceptabilité a été calculé sur un maximum de 20 (Tableau 11).

Tableau 11: Description score d'acceptabilité(N=224)			
Variable	Moy $\pm$DS	Médiane	Mode
Acceptabilité (Score sur 20)	11.17 $\pm$ 3.52	11	16

Les résultats présentés dans le tableau 11 montrent un score d'acceptabilité moyen de 11,17 avec une médiane de 11, indiquant une distribution centrée autour de valeurs intermédiaires. Le mode de 16, correspondant à une valeur élevée du score, suggère qu'un nombre non négligeable de participants présente une perception positive de l'acceptabilité. Par ailleurs, l'écart-type de 3,52, traduit une dispersion importante des réponses, témoignant d'une variabilité des perceptions au sein de l'échantillon. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une acceptabilité globalement modérée à favorable de la délégation de la suture cutanée, avec une hétérogénéité des perceptions parmi les participants.

Une question complémentaire visait à évaluer le positionnement global des participants vis-à-vis de la délégation de la suture cutanée et son acceptabilité. Les résultats (graphique 2) montrent une répartition relativement équilibrée des opinions : 37,1% des participants se déclarent favorables à cette délégation, tandis que 38,4% se positionnent de manière défavorable. Par ailleurs, 24,1% des répondants adoptent une position neutre et un des participants n'a pas souhaité répondre à cette question. Ces résultats complètent l'analyse de l'acceptabilité en mettant en évidence une absence de consensus clair parmi les participants, malgré une tendance globalement favorable observé dans les items précédents.



Graphique 2: Positionnement des infirmiers concernant la suture comme un acte confié

Phase de préparation : Faisabilité et adoption

Dans le cadre de la phase de préparation du modèle EPIS, cette section vise à analyser la faisabilité de la délégation de la suture cutanée ainsi que les déterminants de son adoption par les professionnels, en s'appuyant sur l'étude de facteurs organisationnels, structurels et individuels.

Tableau 12: Déterminants de faisabilité (N= 224)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Manque de temps/ charge de travail	20 (8.9%)	6 (2.7%)	33 (14.7%)	52 (23.2%)	113 (50.4%)	5
Sous-effectif infirmier	16 (7.1%)	11 (4.9%)	31 (13.8%)	43 (19.2%)	123 (54.9%)	5
Ensemble des conditions réunis	30 (13.4%)	22 (9.8%)	28 (12.5%)	58 (25.9%)	86 (38.4%)	5
Conditions actuelles	82 (36.6%)	50 (22.3%)	46 (20.5%)	27 (12.1%)	19 (8.5%)	1
Disponibilité médicale	33 (14.7%)	43 (19.2%)	52 (23.2%)	69 (30.8%)	27 (12.1%)	4
Pas de formation	169 (75.4%)	25 (11.2%)	16 (7.1%)	10 (4.5%)	4 (1.8%)	1
Formation d'un jour	65 (29%)	37 (16.5%)	50 (22.3%)	44 (19.6%)	28 (12.5%)	1
Absence de ressources supplémentaires	1 (0.4%)	2 (0.9%)	20 (8.9%)	50 (22.3%)	151 (67.4%)	5

Le tableau 12 présente les résultats relatifs aux déterminants de faisabilité de la délégation de la suture cutanée, évalués à travers différents facteurs organisationnels, structurels et individuels. Une large majorité des participants (73,6 %) considère que le manque de temps et la charge de travail actuels constituent un frein à l'intégration de la suture cutanée dans leur pratique quotidienne. De même, le sous-effectif infirmier est perçu comme un obstacle par 74,1 % des infirmiers. Par ailleurs, lorsque les conditions nécessaires sont réunies (protocole, formation et soutien), une majorité des infirmiers (64,3 %) se déclare prête à réaliser des sutures. En revanche, dans les conditions actuelles, 58,9 % des participants estiment qu'il n'est pas réaliste d'intégrer cet acte dans leur activité quotidienne, contre 20,6 % qui considèrent que cela

est possible. Concernant la disponibilité médicale, les réponses apparaissent plus nuancées : 42,9 % des participants estiment que celle-ci est suffisante pour permettre la réalisation des sutures par les infirmiers en toute sécurité, tandis que 33,9 % expriment un désaccord et 23,2 % adoptent une position neutre. En ce qui concerne les besoins de formation, 86,6 % des infirmiers ne considèrent pas pertinent de réaliser des sutures sans avoir suivi une formation préalable. Par ailleurs, 45,5 % estiment qu'une formation unique d'une journée ne suffit pas à répondre à leurs besoins pour se sentir capables d'assumer cet acte, tandis que 32,1 % la jugent adéquate. Enfin, 67,4 % des participants considèrent que, sans ressources supplémentaires, cette délégation entraînerait une augmentation de la charge de travail infirmier. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence plusieurs contraintes importantes à la faisabilité de la délégation de la suture cutanée, notamment en lien avec la charge de travail, les ressources humaines et les besoins en formation, malgré une disposition favorable des infirmiers lorsque les conditions nécessaires sont réunies.

A l'image des autres indicateurs, un score de faisabilité a été également calculé sur un maximum de 40.

Tableau 13: Description score de faisabilité (N=224)			
Variable	Moy $\pm$DS	Médiane	Mode
Faisabilité (Score sur 40)	25.91 $\pm$ 4.10	26	26

Le tableau 13 montre un score de faisabilité moyen de 25,91 avec une médiane et un mode identique de 26, indiquant une distribution centrée autour de valeurs intermédiaires à légèrement élevées. La proximité entre la moyenne, la médiane et le mode suggère une distribution homogène des réponses. Par ailleurs, l'écart-type de 4,10 traduit une dispersion modérée des réponses, témoignant encore une fois une variabilité des perceptions au sein de l'échantillon. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent une perception modérée de la faisabilité de la délégation de la suture cutanée, en cohérence avec les contraintes organisationnelles et structurelles mises en évidence précédemment.

Les déterminants d'adoption ont été évalués à travers des facteurs personnels tels que la perception des compétences, le sentiment de sécurité, la motivation à acquérir de nouvelles compétences ainsi que le besoin de reconnaissance statutaire, financière ou autre. Les résultats sont résumés dans le tableau 14.

Tableau 14: Déterminants d'adoption (N= 224)

Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Compétence	11 (4.9%)	14 (6.3%)	43 (19.2%)	81 (36.2%)	75 (33.5%)	4
Sécurité	15 (6.7%)	9 (4%)	34 (15.2%)	73 (32.6%)	93 (41.5%)	5
Motivation	9 (4%)	11 (4.9%)	27 (12.1%)	58 (25.9%)	119 (53.1%)	5
Reconnaissance	1 (0.4%)	3 (1.3%)	13 (5.8%)	36 (16.1%)	171 (76.3%)	5

Concernant la perception de leurs compétences, 69,7 % des répondants estiment être capables d'évaluer une plaie simple et d'identifier les situations nécessitant une exclusion ou une orientation vers le médecin, contre 11,2 % qui considèrent ne pas disposer des compétences nécessaires pour le faire. S'agissant du sentiment de sécurité, 74,1 % des infirmiers déclarent se sentir en sécurité pour réaliser une suture, à condition d'avoir suivi une formation dédiée à cette pratique. Par ailleurs, une large majorité des répondants (79 %) se déclare motivée à acquérir et à renforcer des compétences avancées au sein de leur service. Néanmoins, 92,4 % estiment que l'ajout de nouvelles responsabilités à leur pratique devrait s'accompagner d'une reconnaissance statutaire, financière ou autre. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent un potentiel d'adoption favorable de la délégation de la suture cutanée, soutenu par une perception positive des compétences et une forte motivation des professionnels, bien que conditionné par des attentes importantes en termes de reconnaissance.

Le tableau 15 présente le score d'adoption calculé à partir des différents items évalués sur un maximum de 20.

Tableau 15: Description score d'adoption (N=224)

Variable	Moy $\pm$ DS	Médiane	Mode
Adoption (Score sur 20)	16.71 $\pm$ 2.72	17	18

Le score d'adoption moyen est de 16,71 avec une médiane de 17 et un mode de 18, indiquant une distribution centrée autour de valeurs élevées. La proximité entre la moyenne, la

médiane et le mode suggère une distribution relativement homogène des réponses. Par ailleurs, l'écart-type de 2,72, traduit une dispersion limitée des réponses, témoignant d'une relative homogénéité des perceptions au sein de l'échantillon. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence un niveau d'adoption élevé de la délégation de la suture cutanée parmi les participants, conditionné par la mise en place d'une reconnaissance appropriée et d'une formation adaptée.

Phase d'implémentation : Fidélité

La fidélité au protocole légal a été évaluée. À ce titre, une question spécifique a été adressée exclusivement aux participants travaillant dans des structures où cet acte est déjà confié et réalisé par les infirmiers.

<u>Tableau 16:</u> Déterminants de fidélité (N= 32)						
Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Respect du cadre initial	6 (18.8%)	6 (18.8%)	5 (15.6%)	3 (9.4%)	12 (37.5%)	5

Parmi les 32 répondants, 46,9 % considèrent que cette pratique est déployée fidèlement au cadre initialement établi, tandis que 37,6 % estiment qu'elle ne l'est pas. Ces résultats suggèrent que la réalisation des sutures cutanée par les infirmiers est appliquée et pratiquée différemment au sein des services qui l'exercent, restant soit proche des guidelines légales ou plutôt éloignée.

Phase de Maintien : Pénétration

À l'image de la phase d'implémentation active, la phase de maintien a été explorée à travers une question spécifiquement adressée aux participants travaillant dans des services où la suture cutanée est déjà mise en œuvre. Cette approche vise à évaluer le niveau de pénétration de cette pratique au sein des services concernés.

Tableau 17: Déterminants de pénétration (N= 32)

Déterminants	Catégorie de l'échelle de Likert et nombre de répondants N (%)					Catégorie modale
	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	
Taux d'utilisation	6 (18.8%)	7 (21.9%)	13 (40.6%)	5 (15.6%)	1 (3.1%)	3

Les résultats relatifs à la pénétration de la délégation de la suture cutanée montrent que 40,7 % des participants expriment un désaccord avec l'affirmation selon laquelle la majorité des infirmiers de leur service réalisent des sutures, tandis que 18,7 % se déclarent en accord. Une proportion importante de répondants (40,6 %) adopte une position neutre. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence un niveau de pénétration limité de cette pratique, suggérant une intégration encore partielle et hétérogène au sein des services. Une autre analyse peut être discernée en lien avec le caractère non obligatoire de la réalisation de cet acte. En effet, même lorsqu'une activité est déléguée, les infirmiers conservent la possibilité de refuser de la réaliser, notamment s'ils estiment ne pas disposer des compétences suffisantes ou s'ils ne souhaitent pas s'engager dans cette pratique. Cet élément peut contribuer à expliquer la variabilité observée dans l'appropriation de l'acte de la suture cutanée au sein des équipes.

4.1.7. Corrélation entre perception organisationnelle et acceptabilité de la suture

Afin d'approfondir l'analyse des résultats, nous avons exploré les liens entre acceptabilité de la réalisation de la suture cutanée par les infirmiers et plusieurs dimensions organisationnelles notamment des questions de disponibilité médical, la perception de charge de travail ainsi que sa faisabilité perçue dans les conditions actuelles de travail. Pour ce faire, des corrélations de Spearman ont été calculées et les résultats sont présentées dans le tableau suivant.

L'analyse des résultats du tableau 18 met en évidence plusieurs associations significatives entre l'acceptabilité de ce nouvel acte pouvant être confiée, la suture cutanée, et les dimensions organisationnelles étudiées. Une corrélation négative et faible est observée entre l'acceptabilité et la perception d'une augmentation de la charge de travail ($r_s = -0,339$, $p = <0,001$), suggérant que plus la charge de travail est perçue comme importante, moins la réalisation de sutures par les infirmiers est jugée acceptable. A l'inverse, une corrélation positive forte ($r_s = 0,550$; $p < 0,001$) existe entre l'acceptabilité de la suture cutanée et la

perception d'une disponibilité médicale suffisante permettant la réalisation de cet acte en toute sécurité par les infirmiers. Ceci suggère que l'accessibilité et disponibilité d'un médecin constitue un facteur favorisant à la meilleure acceptation de la suture réalisée par les infirmiers. Enfin, une corrélation positive forte ($r_s = 0,624$; $p < 0,001$) est observée entre l'acceptabilité de la suture par les infirmiers et la perception de sa faisabilité dans les conditions actuelles donc, plus la perception de la faisabilité augmente, plus l'acceptabilité augmente également.

Ces résultats suggèrent que l'acceptabilité de la suture repose largement sur des facteurs organisationnels et contextuels. Toutefois, ces corrélations ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre les variables étudiées.

Tableau 18 : Corrélation de Spearman entre acceptabilité de la suture et dimensions organisationnelles			
	Acceptabilité		
	N	Coefficient de corrélation (s_r)	p-valeur
Perception charge de travail	224	-0.339	< 0.001
Disponibilité médicale	224	0.550	< 0.001
Faisabilité dans les conditions actuelles de travail	224	0.624	< 0.001

4.1.8. Facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée : analyse par régression logistique

Une première analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'une régression logistique afin d'identifier les facteurs associés à une opinion favorable à la réalisation de sutures cutanées par les infirmiers. La variable dépendante était l'opinion vis-à-vis de la suture, codée en « favorable » ou « défavorable ». Les variables explicatives comprenaient la faisabilité perçue dans les conditions actuelles de travail, les compétences individuelles perçues, la disponibilité médicale, considérée comme un élément contribuant au sentiment de sécurité dans la réalisation de l'acte, la perception d'une augmentation de la charge de travail en l'absence de ressources supplémentaires, ainsi que la perception de la clarté des rôles et des limites de chacun. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, facilitant l'interprétation des associations indépendamment de l'effet des autres variables.

Tableau 19: Régression logistique des facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée

	Opinion vis-à-vis de la suture (Favorable = 1 ; défavorable = 0 ; N = 169)			
	β	p-valeur	OR	IC 95%
Faisabilité	1,653	<0,001	5,225	[2,865 ; 9,529]
Disponibilité médicale	0,402	0,060	1,495	[0,983 ; 2,274]
Ressources	0,390	0,357	1,476	[0,644 ; 3,384]
Compétences	0,665	0,013	1,944	[1,151 ; 3,285]
Clarté rôles et limites	0,056	0,783	1,058	[0,709 ; 1,579]
Constante	-9,691			
OR= Odds ration et IC = Intervalle de confiance				

Après analyse du tableau 19, la perception de la faisabilité dans les conditions actuelles apparaît comme le facteur le plus fortement associé à une opinion favorable (OR = 5,23 ; IC95% [2,865 ; 9,529] ; $p < 0,001$). Ainsi, chaque augmentation d'un point sur l'échelle de faisabilité est associée à une multiplication par 5,23 des chances d'être favorable à la réalisation de la suture. Le sentiment de compétence, notamment dans la capacité à évaluer les différentes plaies à suturer, est également significativement associé à une opinion favorable (OR = 1,94 ; IC95% [1,151 ; 3,285] ; $p = 0,013$), indiquant que les infirmiers se percevant comme plus compétents sont davantage susceptibles à accepter la réalisation de cet acte. En revanche, aucune association significative n'a été retrouvée entre la perception d'une augmentation de la charge de travail entraîné par la réalisation de sutures en l'absence de ressources supplémentaires et une opinion favorable à la suture ($p = 0,357$). Des résultats similaires sont observés pour la perception de la clarté des rôles et des limites de chacun ($p = 0,783$), ainsi que pour la disponibilité médicale ($p = 0,060$). Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'acceptabilité de la suture cutanée repose principalement sur la perception de sa faisabilité et sur les compétences individuelles des professionnels, plutôt que sur les facteurs organisationnels étudiés.

L'équation du modèle est la suivante :

$$\text{Positionnement} = -9,691 + 1,653 * \text{Faisabilité} + 0,402 * \text{Disponibilité médical} + 0,390 * \text{Ressources} + 0,665 * \text{Compétences} + 0,056 * \text{Définition des rôles}$$

Une seconde analyse multivariée a également été réalisée à l'aide d'une régression logistique. Dans cette analyse, les variables explicatives ont été modifiées. Elles comprenaient

la motivation personnelle à acquérir de nouvelles compétences, l'ancienneté dans les services d'urgence, la perception selon laquelle l'ajout de nouvelles compétences devrait s'accompagner d'une reconnaissance (statutaire, financière ou autre), ainsi que les besoins en formation.

Tableau 20: Régression logistique des facteurs associés à une opinion favorable à la suture cutanée				
	Opinion vis-à-vis de la suture (Favorable = 1 ; Défavorable = 0 ; N = 169)			
	β	p-valeur	OR	IC 95%
Motivation	1,547	<0,001	4,700	[2,430 ; 9,089]
Ancienneté	-0,041	0,051	0,922	[0,922 ; 1,000]
Reconnaissance	-1,254	0,003	0,285	[0,125 ; 0,654]
Formation	0,636	<0,001	1,889	[1,383 ; 2,581]
Constante	-2,081			

Le tableau 20 montre que la motivation à développer ses compétences est fortement associée à une opinion favorable à la réalisation de sutures cutanées (OR = 4,70 ; IC95% [2,430 ; 9,089] ; $p < 0,001$). Ainsi, chaque augmentation d'un point sur l'échelle de motivation est associée à une multiplication par 4,7 des chances d'être favorable à la suture. De même, la perception de la nécessité d'une formation est significativement associée à une opinion favorable (OR = 1,89 ; IC95% [1,383 ; 2,581] ; $p < 0,001$), suggérant que les infirmiers reconnaissant le besoin de formation sont davantage enclins à accepter la réalisation de cet acte. À l'inverse, la perception selon laquelle l'ajout de nouvelles responsabilités doit s'accompagner d'une reconnaissance est significativement associée à une opinion moins favorable (OR = 0,285 ; IC95% [0,125 ; 0,654] ; $p = 0,003$), indiquant que ces infirmiers ont des chances plus faibles d'être favorables à la délégation de la suture cutanée. Enfin, l'ancienneté apparaît associée à une diminution des chances d'être favorable (OR = 0,922), suggérant que les infirmiers les plus expérimentés sont moins susceptibles à accepter cette pratique. Toutefois, cette association n'atteint pas le seuil de significativité statistique ($p = 0,051$). Ces résultats suggèrent que l'acceptabilité de la suture cutanée repose sur des facteurs individuels, notamment la motivation mais aussi d'un cadre de formation adéquat, tandis que les attentes en matière de reconnaissance peuvent constituer un frein et limiter l'adhésion à ce nouvel acte.

L'équation du modèle est la suivante :

$$\text{Positionnement} = -2,081 + 1,547 * \text{Motivation} - 0,041 * \text{Ancienneté} - 1,254 * \text{Reconnaissance} + 0,636 * \text{Formation}$$

4.1.9. Lien entre la pratique de la suture et la province d'exercice

Une analyse bivariée a été réalisée afin d'examiner l'association entre la réalisation de sutures et la province d'exercice. En raison de la présence d'effectifs faibles dans certaines cases du tableau de contingence (Tableau 21), le test exact de Fisher (avec simulation de Carlo) a été utilisé.

Tableau 21: Table de contingence			
	Suture		
Province	Oui	Non	Total
Bruxelles	14	15	29
Brabant wallon	1	6	7
Hainaut	2	122	124
Liège	1	28	29
Luxembourg	16	4	20
Namur	0	15	15
Total	34	190	224

Tableau 22: Test exact de Fisher (N=224)	
	p
Test exact de Fisher	< 0,001 ¹

¹ *Simulation de Monte Carlo*

Les résultats mettent en évidence une association statistiquement significative entre la pratique de la suture aux urgences par les infirmiers et la province d'exercice ($p < 0,001$), suggérant que cette pratique varie significativement selon la province. Cette variation est illustrée par le tableau de contingence (Tableau 21). Une proportion plus élevée d'infirmiers déclarant réaliser des sutures est observée dans la province du Luxembourg (16/20), suivie de Bruxelles (14/29). À l'inverse, cette pratique apparaît beaucoup moins fréquente dans certaines provinces, notamment le Hainaut (2/124) et Namur (0/15). Ces résultats suggèrent une hétérogénéité des pratiques selon les contextes géographiques.

Une analyse de sensibilité a été réalisée en excluant les participants issus de la province du Hainaut, en raison de leur surreprésentation dans l'échantillon. Les résultats obtenus restent statistiquement significatifs ($p < 0,001$), ce qui confirme la robustesse de l'association observée.

4.1.10. Déterminants de l'intention d'adoption : analyse des corrélations et régression linéaire

Pour terminer, nous avons examiné les relations entre les différents scores calculés précédemment (adéquation, acceptabilité, faisabilité et intention d'adoption), ainsi que les

variables sociodémographiques : l'âge et l'ancienneté. Dans un premier temps, une analyse des corrélations a été réalisée afin d'identifier les associations significatives entre ces variables (Tableau 22). Dans un second temps, une régression linéaire a été menée afin de déterminer les facteurs contribuant le plus à l'explication de l'intention d'adoption (Tableau 23).

		Corrélations					
		Âge	Ancienneté_urgences	Score_adequation	Score_acceptabilité	Score_faisabilité	Score_adoption
Âge	Corrélation de Pearson	1	,889**	-,199**	-,278**	-,156*	-,165*
	Sig. (bilatérale)		<,001	,003	<,001	,020	,013
	N	224	224	224	224	224	224
Ancienneté_urgences	Corrélation de Pearson	,889**	1	-,237**	-,308**	-,152*	-,153*
	Sig. (bilatérale)	<,001		<,001	<,001	,023	,022
	N	224	224	224	224	224	224
Score_adequation	Corrélation de Pearson	-,199**	-,237**	1	,775**	,467**	,378**
	Sig. (bilatérale)	,003	<,001		<,001	<,001	<,001
	N	224	224	224	224	224	224
Score_acceptabilité	Corrélation de Pearson	-,278**	-,308**	,775**	1	,556**	,549**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001		<,001	<,001
	N	224	224	224	224	224	224
Score_faisabilité	Corrélation de Pearson	-,156*	-,152*	,467**	,556**	1	,524**
	Sig. (bilatérale)	,020	,023	<,001	<,001		<,001
	N	224	224	224	224	224	224
Score_adoption	Corrélation de Pearson	-,165*	-,153*	,378**	,549**	,524**	1
	Sig. (bilatérale)	,013	,022	<,001	<,001	<,001	
	N	224	224	224	224	224	224

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau 23: Matrice de corrélations entre les scores d'adéquation, d'acceptabilité, de faisabilité et d'adoption, ainsi que l'âge et l'ancienneté

L'analyse du tableau 23 met en évidence plusieurs relations significatives entre les variables étudiées. Nous constatons une relation linéaire faible et négative entre l'âge et l'intention d'adoption de ce nouvel acte par les infirmiers ($r = -0,165$; $p = 0,013$) ce qui suggère que plus l'âge des répondants augmente, plus leur intention d'adopter le changement tend à diminuer. L'âge est également négativement corrélé aux scores d'adéquation ($r = -0,199$; $p = 0,003$), acceptabilité ($r = -0,278$; $p < 0,001$) et de faisabilité ($r = -0,156$; $p = 0,020$). Ces résultats indiquent que les répondants plus âgés perçoivent le changement comme moins adéquat, moins acceptable et moins faisable que les répondants plus jeunes. Le même type de tendance se vérifie pour la variable ancienneté. L'ancienneté présente également une corrélation faible et négative avec l'intention d'adoption ($r = -0,153$; $p = 0,022$), suggérant qu'une ancienneté plus élevée est associée à une moindre intention d'adopter le changement. Ce résultat est cohérent avec le fait que l'âge et l'ancienneté sont très fortement corrélés entre elles ($r = 0,889$; $p < 0,001$), indiquant une évolution conjointe.

En ce qui concerne les variables liées aux perceptions, les résultats montrent que le score d'adéquation est positivement et faiblement corrélé à l'intention d'adoption ($r = 0,378$; $p < 0,001$). Les scores d'acceptabilité ($r = 0,549$; $p < 0,001$) et de faisabilité ($r = 0,524$; $p < 0,001$) présentent quant à eux des corrélations fortes et positives avec l'intention d'adoption ce qui suggère que plus le changement est perçu comme acceptable et faisable plus l'intention de l'adopter est élevée.

Par la suite, passons à une analyse de régression multivariée des plusieurs variables indépendantes et la variable dépendante : l'intention adoption. Dans ce modèle, les variables indépendantes utilisées permettent d'expliquer 36,8% de la variable Y (l'intention d'adoption). Les variables dont le coefficient est significatif sont l'acceptabilité ($\beta_3 = 0,371$; $p < 0,001$) et la faisabilité ($\beta_4 = 0,214$; $p < 0,001$). En revanche, l'âge ($\beta_1 = -0,003$; $p = 0,845$) et l'adéquation ($\beta_2 = -0,111$; $p = 0,084$) n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur l'intention d'adoption.

L'équation du modèle est la suivante :

$$\text{Adoption} = 7,936 - 0,003 * \text{Age} - 0,111 * \text{Adéquation} + 0,371 * \text{Acceptabilité} + 0,214 * \text{Faisabilité}$$

Le modèle met en évidence une relation positive entre l'intention d'adoption et les variables d'acceptabilité ($\beta_3 = 0,371$) et de faisabilité ($\beta_4 = 0,214$), indiquant qu'une augmentation de ces variables est associée à une augmentation de l'intention d'adoption. En revanche, les coefficients associés à l'âge ($\beta_1 = -0,003$) et à l'adéquation ($\beta_2 = -0,111$) sont négatifs, suggérant une relation inverse. Toutefois, ces effets ne sont pas statistiquement significatifs, ce qui ne permet pas de conclure à une influence réelle de ces variables sur l'intention d'adoption.

4.2. Entretiens semi – directs

Une dimension importante de cette recherche porte sur la manière dont les infirmiers des services d'urgence perçoivent la délégation d'actes traditionnellement réalisées par les médecins, et plus spécifiquement la suture cutanée introduite par l'AR du 14 avril 2024. Afin de compléter et d'approfondir les résultats issus de l'analyse quantitative, une approche qualitative a été mobilisée via les entretiens semi-directifs. Cette méthode nous a permis d'explorer de manière plus fine les expériences, les représentations et les logiques sous-jacents aux réponses des questionnaires quantitatifs. Ces entretiens ont ainsi permis d'identifier les perceptions des infirmiers quant à la pertinence, la faisabilité et les implications de cette délégation dans leur pratique, mais aussi de mettre en lumière les leviers, les freins et les conditions nécessaires à son implémentation effective dans les services d'urgences de Belgique francophone. L'échantillon est composé de huit participants ($n = 8$) provenant de trois provinces différentes (Namur, Bruxelles et Hainaut). Il comprend des infirmiers exerçant dans des hôpitaux généraux et universitaires. Parmi les participants, trois occupent une fonction d'infirmier en chef, tandis que les autres travaillent comme infirmiers au sein des services. Une

hétérogénéité est également observée en termes d'ancienneté (variant de 2 ans d'expérience à plus de 30 ans de carrière aux urgences), ainsi qu'en termes de genre.

4.2.1. Analyse des résultats

Les données ont été analysées de manière inductive, conduisant à l'identification de plusieurs thématiques principales. Chaque thématique a été illustrée par une sélection de quelques verbatims choisis par leur représentativité et leur capacité à rendre compte de la diversité des points de vue exprimés. Dans un souci de synthèse, seuls les extraits les plus significatifs ont été retenus. Chaque thématique a fait objet d'une interprétation sur base des différentes phases du processus d'implémentation avec un appui sur les indicateurs proposés par Proctor et al. permettant ainsi de situer les perceptions des participants dans une perspective d'implémentation de cette pratique.

Thème : Perception globale des actes médicaux déjà confiés

Les résultats montrent que les actes médicaux déjà confiés aux infirmiers dans les services d'urgence, tels que les gazométries artérielles ou les plâtres, sont aujourd'hui largement intégrés dans la pratique quotidienne. Plusieurs participants soulignent que ces actes font désormais partie intégrante du rôle infirmier, mettant en évidence une normalisation progressive des actes confiés au cours des dernières années. Un participant exprime ainsi que « *ces actes sont implémentés depuis des années et donc ça ne perturbe pas* ». Cette idée est renforcée par d'autres propos tels que « *c'est bien rentré dans les mœurs, en tout cas* » ou encore « *quand on a fait nos études, ces actes faisaient déjà partie de nos pratiques (...) on ne se posait pas la question du cadre ou de la législation* ». Néanmoins, cette normalisation s'accompagne d'un sentiment de perte de la notion de délégation, traduisant une possible dérive dans les pratiques. La majorité des participants considère que « *ce n'est plus comme si c'était un acte à eux, que c'est plutôt à nous* ». Certains vont plus loin en soulignant que « *les actes confiés (...) sont très confiés, en fait ils ne sont que confiés (...) il n'y a plus de médecins qui les réalisent, en tout cas très peu* ». Dans cette continuité, un participant exprime également : « *j'ai parfois l'impression qu'on les délègue parce qu'ils n'ont pas envie de les faire* ». Dans certains cas, cette évolution semble aller jusqu'à une forme d'inversion des rôles, comme l'illustre le verbatim suivant : « *qui forme les médecins à faire des gazométries ? Ce sont les infirmiers* ». Cette situation amène certains participants à questionner le statut de ces actes et à envisager une évolution de leur reconnaissance, notamment en suggérant que certains actes actuellement classés comme actes confiés pourraient devenir des actes sous prescription, voire autonomes :

« il faut passer le cap (...) la gazométrie, c'est un acte C confié (...) ça devrait passer en acte B1 pour l'infirmier SISU ».

Ces résultats traduisent une forte acceptabilité et une adoption avancée des actes déjà confiés, aujourd'hui pleinement intégrés dans les routines professionnelles. Toutefois, cette implémentation semble avoir été faite sans encadrement formel structuré, ce qui peut favoriser certaines dérives et susciter des questionnements quant à l'introduction de nouvelles pratiques, telles que la suture cutanée.

Thème : Ambivalence entre valorisation professionnelle et surcharge

Les discours mettent en évidence une ambivalence marquée dans la perception des actes confiés. D'une part, ceux-ci sont perçus comme une source de valorisation professionnelle, permettant de renforcer l'autonomie et la reconnaissance du rôle infirmier : *« Ça amène une certaine part d'autonomie dans le rôle d'infirmier »*. Cette perception est également soutenue par d'autres propos tels que *« C'est une sorte de reconnaissance de leurs compétences et de leurs connaissances. »* ou encore *« C'est en tout cas positif dans le sens où ça peut que crédibiliser peut-être plus la profession »*. L'évolution du niveau de formation est également mobilisée pour justifier cette progression du rôle infirmier. À ce titre, un participant souligne que *« une infirmière qui fait une spécialisation SIAMU fait 5 ans d'études (...) Donc ça me semble tout à fait logique une augmentation et amélioration de la reconnaissance dans le cas de l'activité infirmier »*. Cependant, cette valorisation est contrebalancée par un sentiment de surcharge de travail et un manque de reconnaissance concrète. Plusieurs participants expriment un mécontentement face à l'accumulation des tâches, comme en témoignent les propos suivants : *« un moment donné, on fait toujours plus, et derrière, il n'y a rien »* ou encore *« Ce sont des responsabilités en plus, pour le même salaire »*.

Ainsi, l'acceptabilité de la délégation apparaît conditionnelle. Si elle est perçue positivement sur le plan identitaire et professionnel, elle reste fortement limitée par des facteurs organisationnels et structurels, tels que la charge de travail et l'absence de reconnaissance, notamment d'un point de vue pécuniaire.

Thème : Perception des tensions (organisationnelles et liées à la collaboration interprofessionnelle)

Les tensions évoquées par les participants ne concernent pas directement les actes en eux-mêmes, mais plutôt leur répartition et leur gestion dans un contexte de surcharge de travail.

Un manque d'implication de la part des médecins est souligné à plusieurs reprises par les participants : « *Les médecins pourraient y mettre aussi de leur côté pour pouvoir nous aider quand on est débordé* » ou encore « *Moi, je suis occupé. Lui, visiblement, s'il vient me le demander dans un autre box, c'est qu'il ne l'est pas. Donc, pourquoi il ne le fait pas directement ?* ». Un autre participant souligne également que « *les tensions viennent parce qu'il y a un manque de collaboration dans le sens où on se repose un peu sur le fait que (...) l'infirmier le fera* ». Ces tensions semblent donc liées à un déséquilibre dans la répartition des tâches ainsi qu'à un manque d'ajustement en fonction de la charge de travail réelle de chacun. Elles renvoient également à des difficultés dans la collaboration interprofessionnelle, où la délégation est parfois perçue comme implicite et non négociée, plutôt que comme un processus collaboratif structuré.

Au regard des indicateurs de Proctor, ces résultats mettent en évidence plusieurs points importants. L'acceptabilité de la délégation semble diminuer lorsque celle-ci est perçue comme un simple transfert de tâches vers les infirmiers, plutôt que comme un réel partage des responsabilités et de collaboration entre professionnels. De plus, la faisabilité organisationnelle paraît limitée dans des contextes de surcharge, où l'absence de répartition claire des rôles complique la mise en pratique des actes confiés. Ces tensions peuvent également freiner l'adoption de ces pratiques, en suscitant certaines résistances au sein des équipes. Enfin, ces éléments montrent que la qualité de la collaboration interprofessionnelle joue un rôle central dans la mise en œuvre de ces pratiques. Une communication claire, une meilleure répartition des tâches et une coordination efficace entre les professionnels apparaissent comme des éléments essentiels pour favoriser leur intégration dans les services d'urgence.

Thème : Perception du besoin réel de ce partage de compétences

Un désaccord existe entre les participants concernant la perception de la délégation d'actes comme réponse à un besoin réel des services. Certains estiment que cette évolution ne répond pas à un besoin identifié, mais qu'elle s'est plutôt installée progressivement au fil du temps : « *Ce n'est pas un besoin réel de service en soi. Ça s'est instauré comme ça au fur et à mesure des années (...) c'est rentré dans les mœurs que c'était le personnel infirmier qui le faisait, alors que ce n'est pas un besoin de service.* » À l'inverse, d'autres participants justifient cette délégation par des contraintes organisationnelles, notamment la pénurie médicale ou l'augmentation de la charge administrative des médecins : « *ça répond à un besoin dans le sens où il y a aussi une pénurie au niveau médical. Les médecins ont de plus en plus de charges administratives* » ou encore « *cette délégation permet vraiment de répartir le travail et de*

limiter les temps d'attente chez les personnes. ». Cependant, même lorsque ce besoin est reconnu du côté médical, certains participants soulignent que cette logique reste discutable, dans la mesure où les infirmiers font eux-mêmes face à une surcharge importante et à une pénurie : *« Je crois qu'ils répondent oui à un besoin réel, parce qu'ils n'ont pas le temps, mais nous non plus, en fait c'est mitigé. »* Ces résultats montrent que la perception du besoin est hétérogène et nuancée.

Au regard des indicateurs de Proctor, cette variabilité influence directement plusieurs dimensions de l'implémentation. Tout d'abord, la pertinence de la délégation apparaît ici comme incertaine : lorsque les professionnels ne perçoivent pas clairement le besoin, ils peuvent remettre en question la légitimité même de la pratique. Ensuite, cette absence de consensus peut également freiner l'acceptabilité, dans la mesure où une pratique perçue comme non nécessaire sera moins facilement acceptée. Par ailleurs, la perception du besoin influence également l'adoption. Dans les contextes où la délégation est perçue comme utile (par exemple pour compenser une pénurie médicale ou améliorer le flux), les professionnels peuvent être plus enclins à s'engager. À l'inverse, lorsque le besoin n'est pas clairement identifié, l'intégration de la pratique peut être limitée. Enfin, ces éléments montrent que la perception du besoin est étroitement liée aux réalités organisationnelles propres à chaque service (charge de travail, répartition des effectifs, fonctionnement interne). Cela explique pourquoi une même pratique peut être jugée pertinente dans certains contextes et non dans d'autres, soulignant l'importance d'une adaptation au terrain dans les processus d'implémentation.

Thème : Perception liée à la suture cutanée

Concernant la suture cutanée, les résultats mettent en évidence une forte hétérogénéité des perceptions. Certains participants expriment un intérêt pour cette pratique, notamment sur le plan individuel et technique : *« Pour mon intérêt personnel, je trouve ça très intéressant de savoir pratiquer une suture dans la vie de tous les jours. C'est un nouvel acte qui m'intéresse »* ou encore *« Je suis très pour. Il faut que ce soit néanmoins bien cadré »*. Cependant, malgré cet intérêt personnel, la majorité des discours apparaît nuancée, voire ambivalente, mettant en évidence des réticences importantes. Le manque de temps, la responsabilité et la charge de travail sont fréquemment cités comme des freins majeurs : *« Non ! Je n'ai pas le temps. Il y a beaucoup trop de responsabilités »*, *« Ça va rajouter une charge de travail à l'infirmier »* ou encore *« Je ne la réaliserai pas ! Je ne la réaliserai pas, la suture. Ce n'est pas mon job. »*. Un autre aspect important concerne la perception de la plus-value réelle de cette pratique. Certains participants expriment un doute quant à son utilité concrète dans leur contexte de travail,

comme l'illustre le discours suivant : « *Si vraiment j'étais convaincu que ça amènerait du bien-être et une fluidité dans mon service (...) au fond de moi, je n'y crois pas non plus.* ».

Au regard des indicateurs de Proctor, ces résultats traduisent plusieurs enjeux. Tout d'abord, l'acceptabilité de la suture cutanée apparaît variable : bien que certains professionnels y soient favorables, elle reste limitée par les contraintes perçues et les inquiétudes liées à la pratique. La pertinence est également questionnée, notamment lorsque les participants ne perçoivent pas de bénéfice clair en termes d'organisation ou de qualité des soins. La faisabilité constitue un autre point central, fortement remise en question au regard du manque de temps, de la charge de travail et des responsabilités associées. Ces éléments influencent directement l'adoption de la pratique : même en présence d'un intérêt initial, les contraintes organisationnelles et les doutes quant à la plus-value peuvent freiner son intégration dans la pratique quotidienne. Ainsi, la suture cutanée apparaît comme une pratique potentiellement intéressante, mais dont l'implémentation reste conditionnée par plusieurs facteurs organisationnels, professionnels et contextuels, qui influencent de manière importante sa perception, son acceptabilité et son adoption par les infirmiers.

Thème : Inquiétudes liées à la sécurité et à la responsabilité

Un des éléments marquants des discours concerne les inquiétudes liées à la responsabilité juridique, à la sécurité individuelle du délégué (infirmier) ainsi qu'à la sécurité du patient. Plusieurs participants expriment un sentiment de flou juridique et un manque de clarté quant à la gestion des complications éventuelles : « *Qui est juridiquement responsable ?* », « *Comment l'hôpital nous couvre ? Il y a un vrai flou là-dedans* ». Par ailleurs, la sécurité du patient constitue une préoccupation centrale. Certains participants soulignent la nécessité d'un encadrement rigoureux de la pratique, notamment en termes de formation et d'évaluation des compétences : « *Je pense que le risque va être important au niveau de la sécurité du patient. C'est déjà peut-être d'évaluer la qualité de prise en charge au sein des urgences, de voir la satisfaction du patient, de former un maximum de gens, d'évaluer ses formations. Ce n'est pas de se dire, OK, ils ont reçu la formation, ils sont prêts.* » ou encore « *Je pense que c'est un acte où le risque est important, où la cicatrisation est importante, et qu'il ne faut pas se permettre de faire ça chez tout le monde* ». En ce qui concerne la sécurité individuelle de l'infirmier en tant que délégué, plusieurs participants expriment des craintes quant au soutien des médecins (délégant) en cas de complication : « *S'il y a une complication, même si elle (suture) est bien faite. Un médecin ne défendra jamais une infirmière.* », « *Je n'ai jamais vu, ça fait 12 ans, je n'ai jamais vu qu'un infirmier était défendu par un médecin* » ou encore « *Ce sont juste des*

faux. Et ça s'est déjà vu à plusieurs reprises (...) ils retournent vite leur veste. Et c'est la responsabilité de l'infirmière. ».

Si on analyse sur base des indicateurs de Proctor, ces éléments mettent en évidence des enjeux d'acceptabilité, de faisabilité, d'adéquation et d'adoption. Tout d'abord, l'acceptabilité de la pratique est fortement impactée par ce sentiment d'insécurité juridique et professionnelle : les infirmiers apparaissent réticents à s'engager dans une pratique pour laquelle ils ne se sentent pas suffisamment protégés. Ensuite, la faisabilité est également remise en question, dans la mesure où l'absence de cadre clair, de protocoles définis et de garanties institutionnelles rend la mise en œuvre de l'acte difficile sur le terrain. Par ailleurs, la pertinence/ adéquation de la pratique est interrogée, notamment au regard du risque pour le patient et de la nécessité d'assurer une qualité de soins optimale. Ces inquiétudes peuvent également freiner l'adoption de la suture cutanée, en générant des résistances liées à la peur de l'erreur, du litige ou du manque de soutien en cas de problème. Ainsi, ces résultats soulignent que la clarification du cadre légal, la définition des responsabilités entre délégué et déléguant, ainsi que la mise en place de garanties institutionnelles apparaissent comme des conditions essentielles pour sécuriser la pratique et favoriser son implémentation dans les services d'urgence.

Thème : Perception de l'impact organisationnel / qualité des soins

En ce qui concerne l'impact organisationnel de cette délégation, notamment en termes de flux et d'efficacité des prises en charge, les participants décrivent des effets contrastés. D'une part, les participants travaillant dans des services où la suture n'est pas encore implémentée soulignent une crainte de ralentissement du flux. Comme l'illustrent les propos suivants : « *Parce que c'est dire que pendant que l'infirmière, elle fait la suture, tout le reste, il est mis en attente (...) Parce que tu ne sais quand même pas faire deux choses en même temps.* », « *quand tu es en train de suturer, en fait, le service, il est à l'arrêt.* ». Pour ces participants, la mise en œuvre de cette pratique apparaît difficilement envisageable, notamment en raison du manque de collaboration perçu de la part des médecins. Cette idée est renforcée par les discours suivants : « *Pendant que tu es en train de faire la suture, peut-être pendant une demi-heure, tous les patients à installer, tu crois que ce sont les médecins qui vont les installer ? Non. Tu penses que les plâtres, ils vont les faire ? Les bandages, ils vont les faire ? Les bandages ? Non* » ou encore « *Ça va juste faire que l'infirmier va être bloqué pendant presque 20 minutes, une demi-heure au début (...) et pendant tout ce temps-là, il va y avoir les ambulances qui vont continuer à arriver et on a le médecin, lui, qui ne va pas chercher ses patients pour les installer.* ». D'autre part, dans les services où cette pratique est déjà implémentée, certains participants décrivent au

contraire un gain d'efficacité et une amélioration du flux de prise en charge. Cette perception positive est illustrée par les propos suivants : *« ça permet en fait de fluidifier. Parce que pendant que l'infirmier réalise une suture, le médecin peut voir un ou 2 autres patients pendant ce temps-là », « pour moi, on revient à quelque chose qui va avec la conjoncture actuelle. Un gain de temps, une efficacité, et un turnover pour le patient. »*.

Au-delà des aspects organisationnels, certains participants, notamment celui ayant une expérience concrète de la pratique, mettent en évidence un impact positif sur la qualité des soins et l'expérience du patient. Ces retours soulignent une approche plus centrée sur le patient, caractérisée par une prise en charge plus attentive, individualisée et plus qualitative. Comme l'illustre le verbatim suivant : *« Factuellement, les sutures que j'ai connues avant avec les enfants, c'était toujours des pleurs et il fallait se mettre à 4 pour essayer de maintenir l'enfant, et cetera. Là, maintenant, quand je vois les infirmiers qui suturent, ça ne pleure pas, ça ne bouge pas parce qu'on prend le temps (...) et donc la qualité y est en tout cas. »*. Cette perception est renforcée par l'idée que les infirmiers accorderaient une attention particulière à certains aspects de la prise en charge, notamment la gestion de la douleur et de l'anxiété : *« Et j'irai même vers une meilleure qualité de prise en charge (...) Les infirmiers sont un peu plus sensibles sur la gestion de la douleur, la gestion de l'anxiété des patients. »*. Par ailleurs, un autre participant met en avant une amélioration possible de l'expérience patient, en lien avec l'expertise et l'expérience des infirmiers : *« Je pense aussi en termes d'expérience patient (...) quand je vois un assistant ou un nouveau médecin ou même un plus ancien médecin qui a la main tremblante (...) alors que moi, infirmier expérimenté, je pense que je ferais beaucoup plus vite qu'eux »*. Ces éléments suggèrent que, dans certains contextes, la suture cutanée pourrait contribuer à une amélioration qualitative de la prise en charge, tant sur le plan technique que relationnel, en favorisant une approche plus centrée sur le patient. Ces résultats mettent en évidence que l'impact organisationnel de la suture cutanée dépend fortement des modalités concrètes de sa mise en œuvre et du fonctionnement de l'équipe. Au regard des indicateurs de Proctor, ces éléments soulignent d'abord des enjeux importants en termes de faisabilité. Dans les contextes où les effectifs sont limités et où la répartition des tâches est perçue comme déséquilibrée, la réalisation de la suture apparaît difficilement compatible avec l'organisation existante. À l'inverse, lorsque les rôles sont mieux définis et que la collaboration est effective, la pratique semble plus facilement intégrable. Ces perceptions influencent également l'acceptabilité de la pratique : lorsqu'elle est associée à un risque de désorganisation du service, elle est davantage rejetée, alors qu'elle est mieux acceptée lorsqu'elle est perçue comme un

levier d'efficacité. Par ailleurs, la pertinence est ici directement liée à l'impact sur le flux : la pratique est jugée pertinente si elle permet d'améliorer la prise en charge, et remise en question dans le cas contraire. Enfin, ces différences de perception peuvent avoir un impact sur l'adoption de la pratique. Dans les services où un bénéfice organisationnel est observé, les professionnels semblent plus enclins à s'approprier la suture cutanée. À l'inverse, dans les contextes où elle est perçue comme contraignante, son intégration apparaît plus difficile. Ces résultats montrent que l'impact organisationnel constitue un élément central dans l'évaluation et l'implémentation de cette pratique, et qu'il dépend étroitement des conditions locales de travail et de la dynamique d'équipe.

Thème : Perception des conditions nécessaires à l'implémentation

L'ensemble des participants converge vers la nécessité d'un encadrement rigoureux pour envisager l'implémentation de la suture cutanée. Les éléments les plus fréquemment cités concernent la formation, la mise en place de protocoles clairs ainsi que la nécessité de rassurer les infirmiers quant à leur possibilité de refuser l'acte. Cette idée est illustrée par les propos suivants : « *Il ne faut pas vouloir implémenter quelque chose comme ça. Il faut former les gens* », « *Une procédure, une procédure claire* », « *C'est vraiment une question de bon sens, d'implémentation intelligente, je pense qu'il faut vraiment expliquer les choses (...) la plus douce possible en termes d'idées en termes de formation et maintenant ce qui sera compliqué, je pense que c'est surtout les idées des gens (...) bien dire aux gens que personne n'est obligé* ». La communication apparaît également comme une condition essentielle à une mise en œuvre réussie. Plusieurs participants soulignent l'importance d'accompagner le changement et de favoriser l'adhésion des équipes : « *améliorer la communication* », « *Il faut (...) aussi le côté un petit peu plaidoyer et convaincre certains* ». Ces éléments constituent des prérequis essentiels à l'implémentation de la pratique et mettent en évidence que celle-ci ne peut être envisagée sans une préparation structurée.

Au regard des indicateurs de Proctor, ces résultats soulignent plusieurs dimensions clés. Tout d'abord, l'acceptabilité de la pratique dépend fortement de la qualité de l'accompagnement proposé : la formation, la possibilité de refuser l'acte et la clarté des informations permettent de rassurer les professionnels et de favoriser leur adhésion. Ensuite, la faisabilité est directement liée à la présence de protocoles clairs et de conditions organisationnelles adaptées, qui facilitent la mise en œuvre concrète de la pratique sur le terrain. Par ailleurs, ces éléments influencent également l'adoption : une implémentation progressive, accompagnée et expliquée, semble favoriser l'engagement des équipes, tandis qu'une approche

imposée risque de générer des résistances. L'adoption est également renforcée lorsque les professionnels comprennent le sens de la pratique et son intérêt dans leur contexte de travail.

Enfin, ces résultats mettent en évidence l'importance des phases de préparation et de mise en œuvre dans le processus d'implémentation. Une démarche structurée, incluant formation, communication, protocolisation et accompagnement du changement, apparaît comme essentielle pour assurer une intégration durable et sécurisée de la suture cutanée dans les services d'urgence.

Thème : Pratique perçue comme dépendante du contexte

Un phénomène récurrent et particulièrement intéressant qui émerge des entretiens est un effet de type « not in my backyard ». En effet, la suture cutanée est souvent jugée pertinente par les participants, mais davantage dans d'autres contextes que le leur. Plusieurs participants estiment qu'elle pourrait être utile dans certaines situations spécifiques (gardes de nuit, petits hôpitaux, services avec un flux particulier), mais pas dans leur propre service. Cela est illustré par les propos suivants : « *Les seuls rares infirmiers qui étaient plutôt pour, c'étaient les infirmiers qui travaillaient de nuit. Ils se disaient quelquefois (...) il y a plus d'infirmiers que de médecins* », « *Elle pourrait être pertinente, mais pas pour un flux important, pas notre flux à nous en tout cas.* », « *Je pense que c'est un bon outil pour certains hôpitaux, pas pour tous, et en tout cas pas pour des services qui drainent de 250 à 300 patients par 24 heures, c'est impensable* ». Néanmoins, une idée semble faire davantage consensus parmi les participants : la pertinence de la suture cutanée dans des contextes où il existe un déséquilibre entre les effectifs infirmiers et médicaux, notamment lorsque la présence médicale est plus limitée. Cette perception est illustrée par les propos suivants : « *Je pense plutôt aux maisons de repos et aux domiciles. Là, ça aurait plutôt son sens, vu que le côté médical est un petit peu moins présent et moins accessible. Ici, aux urgences, on a quand même des médecins qui sont disponibles pour pouvoir le faire* », mais aussi « *avec une présence assez importante au niveau médical, avec un nombre d'infirmiers restreint, je trouve que ça n'a pas beaucoup de sens de mettre ça en place dans mon service* », ou encore « *Au niveau de notre staff médical, en tout cas, il y a assez de médecins, il y a même plus de médecins que d'infirmiers à l'heure actuelle dans notre salle d'urgence pour pouvoir gérer les sutures.* ». Ces résultats mettent en évidence que la perception de la pratique est fortement influencée par le contexte local, notamment en termes d'effectifs, de flux de patients et d'organisation du service. Par ailleurs, certains participants replacent cette évolution dans un contexte sociétal plus large, marqué par une transformation

du système de soins et une redistribution des rôles : « *On est plein mouvement, en pleine évolution (...) on répond finalement à un phénomène de la société aussi je pense.* ».

Au regard des indicateurs de Proctor, cette dimension contextuelle influence directement la perception d'adéquation de la pratique. La suture cutanée est jugée pertinente uniquement lorsqu'elle répond à un besoin spécifique du terrain. Elle impacte également la faisabilité, dans la mesure où la disponibilité des ressources humaines conditionne la possibilité concrète de réaliser cet acte. Par ailleurs, cette perception contextuelle influence l'acceptabilité et l'adoption : les professionnels semblent plus enclins à accepter et à adopter la pratique lorsqu'ils identifient un réel bénéfice dans leur propre environnement de travail. À l'inverse, lorsqu'ils estiment que leur organisation actuelle permet déjà une prise en charge efficace, la suture cutanée apparaît comme peu nécessaire, voire inadaptée. Ainsi, ces résultats soulignent l'importance d'une adaptation des pratiques aux réalités locales, et mettent en évidence que l'implémentation de la suture cutanée ne peut être envisagée de manière uniforme, mais doit tenir compte des spécificités organisationnelles de chaque service.

4.2.2. Synthèse de la partie qualitative : analyse des freins et leviers à l'implémentation de la suture cutanée

L'analyse des différents thèmes met en évidence un ensemble de freins et de leviers pouvant influencer l'implémentation de ce nouvel acte pouvant être confié aux infirmiers, à savoir la suture cutanée, dans les services d'urgence de Belgique francophone.

Du côté des leviers, plusieurs éléments favorables émergent. La formation apparaît comme un facteur central qui, selon les participants, doit être complété par une évaluation permettant de valider les compétences acquises. La mise en place de protocoles clairs et d'un cadre structuré est également perçue comme un facilitateur important. Ce point est renforcé par le retour d'expérience d'un participant pour qui la suture fait déjà partie du quotidien : « On a très vite balisé les choses ». Par ailleurs, la qualité de la collaboration interprofessionnelle ainsi que la communication sont identifiées comme des éléments essentiels. Enfin, des facteurs liés à la dynamique de groupe, tels que le leadership et l'évolution des mentalités, apparaissent également comme des facilitateurs du changement.

À l'inverse, plusieurs freins majeurs à l'implémentation ont été identifiés, à différents niveaux. Tout d'abord, des freins de nature systémique et institutionnelle émergent clairement des discours. Les participants expriment un sentiment de manque d'accompagnement et de structuration au niveau politique et organisationnel. Ce ressenti est renforcé par la perception

d'une réforme imposée sans réel cadre ni suivi. Cette absence de vision globale et de pilotage alimente un certain scepticisme quant à la pérennité et à l'efficacité de la mesure. Dans cette continuité, le manque de cadre législatif clair constitue un obstacle central. En effet, les balises relatives à la réalisation de l'acte, présentes dans l'AR du 14 avril 2024, sont perçues comme insuffisamment précises pour garantir une mise en œuvre sécurisée. Ensuite, des freins organisationnels sont largement mis en évidence, notamment en lien avec le manque de temps et d'effectifs, qui limitent fortement la perception de faisabilité de cette pratique. Par ailleurs, les enjeux liés à la collaboration interprofessionnelle apparaissent également comme des obstacles lorsque celle-ci est jugée insuffisante. Certains participants soulignent notamment un manque d'implication et de soutien du côté médical : « Parce que, s'il y a un acte confié et que c'est l'infirmier qui le fait, il faut que derrière, le médecin sorte un peu les mains de ses poches, pour justement avancer. Et ce n'est pas le cas. ». Le manque d'adhésion du terrain constitue un autre frein important, en lien avec le caractère « top-down » de la décision, perçue comme imposée sans concertation préalable. Certains freins relèvent également de dimensions individuelles et culturelles. Ceux-ci incluent la résistance au changement, les différences générationnelles, ainsi que les représentations des différents acteurs. Plusieurs participants s'interrogent notamment sur la volonté des médecins de déléguer cet acte, mais aussi sur l'acceptation par la population, habituée à ce que ce type de soin soit réalisé par un médecin. Enfin, des expériences passées perçues négativement, notamment en lien avec la nouvelle liste d'actes des aides-soignants qui, malgré la formation des professionnels, reste actuellement peu exploitée « (...) parce qu'il n'y avait pas de demande », ainsi que le manque de reconnaissance, notamment financière, apparaissent également comme des freins à l'implémentation.

Pour finir, les résultats mettent également en évidence des enjeux financiers et de reconnaissance professionnelle, qui peuvent constituer à la fois des leviers et des freins à l'implémentation de la suture cutanée. L'analyse des discours montre tout d'abord que ces enjeux peuvent influencer directement l'acceptation de la pratique par les médecins. Un participant, impliqué dans l'implémentation de cet acte dans son service, souligne que les principales préoccupations du corps médical ne portaient ni sur la responsabilité, ni sur la qualité des soins, ni sur l'impact esthétique, mais bien sur la question de la facturation. À l'inverse, un autre participant met en avant un besoin de reconnaissance du travail infirmier, notamment à travers une adaptation du système de financement. Cette revendication est illustrée par le verbatim suivant : « *Il faut un code INAMI infirmier, parce qu'il faut que ça soit facturé différemment, parce que même si demain on fait les sutures, ce sera toujours un code INAMI* ».

médical, qui rentrera dans la facturation médicale, alors que c'est un acte qui est fait par un infirmier (...) on pourrait justifier le financement infirmier qui ramènerait de l'argent pour le nursing et pas pour le médical. ».

Ces éléments mettent en évidence une tension entre les logiques organisationnelles et économiques, mais également des enjeux liés à la reconnaissance du travail infirmier et à une forme de redistribution des ressources. Ils montrent que la délégation d'actes ne relève pas uniquement de considérations cliniques ou organisationnelles, mais s'inscrit également dans des dynamiques professionnelles et financières plus larges, susceptibles d'influencer l'implémentation de la pratique.

5. Discussion

Pour rappel, le but de ce travail était de répondre à la question de recherche suivante : « Quels sont les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de l'acte confié de suture cutanée prévu par l'arrêté royal du 14 avril 2024 ? »

Pour ce faire, une étude mixte a été réalisée dans plusieurs services d'urgences bruxellois et wallon. Dans cette partie, je discuterai les résultats empiriques issus de cette recherche, en les confrontant aux éléments développés dans la revue de la littérature. En examinant les différents facteurs influençant la perception des infirmiers relative à l'adéquation, la faisabilité, l'adoption du transfert d'acte de suture cutanée, ainsi que les implications de cette délégation pour leur pratique professionnelle, cette discussion me permettra de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans le positionnement des infirmiers face à ce nouvel acte confié. Cette réflexion permettra également de mettre en évidence certaines pistes d'amélioration concernant le processus d'implémentation de la délégation de la suture cutanée et, éventuellement, de transférer ces apprentissages à d'autres implémentations futures de ce type.

5.1. Acceptabilité de la suture : ambivalence et conditionnelle

Le premier point pertinent à discuter concerne l'acceptabilité de la délégation de la suture cutanée par les infirmiers. Les résultats montrent une absence de consensus clair : 38,4 % des participants se positionnent de manière défavorable à cette délégation d'acte contre 37,1 % qui y sont favorables. Par ailleurs, une proportion non négligeable des participants (24,1 %) adopte une position neutre. Néanmoins, le score met en évidence une acceptabilité globalement

modérée à favorable parmi les participants, nuancé le résultat de l'absence de consensus. Ce contraste semble suggérer que les infirmiers ne rejettent pas nécessairement la délégation de la suture cutanée en elle-même, mais que l'acceptabilité de ce transfert d'acte dépend plutôt des conditions dans lesquelles cette pratique pourrait être implémentée dans leur réalité de terrain. Cette idée est d'ailleurs renforcée par les résultats qualitatifs. Ces résultats vont dans le sens des travaux de De Munck et al. (2012), qui montrent que les infirmiers se disent globalement favorables à l'élargissement de leurs compétences et à la réalisation d'actes classiquement réservés aux médecins, mais que cette acceptabilité reste conditionnelle. Elle tend à diminuer lorsque les infirmiers ont le sentiment d'être confinés à un rôle subalterne ou purement exécutant, consistant à « faire ce que ces derniers ne peuvent ou ne veulent plus faire ». Cette idée est également retrouvée dans les travaux de Dispas et Bouret (2016), qui mettent en évidence la crainte de certains infirmiers de se voir confier « les tâches dont les médecins se débarrassent ». Cette perception ressort à plusieurs reprises dans nos entretiens, traduisant une inquiétude plus large concernant le sens donné à cette délégation.

Lorsqu'elle est vécue comme une réelle reconnaissance des compétences infirmières et comme une évolution cohérente du rôle infirmier, la délégation semble davantage acceptée. En effet, plusieurs participants aux entretiens associent cette évolution à une forme de valorisation professionnelle, d'autonomie et de reconnaissance des compétences infirmières : Ces résultats rejoignent plusieurs éléments développés dans la littérature, notamment l'étude de Wit et al. (2024), qui soutient l'idée que les transferts de tâches des médecins vers les infirmiers peuvent renforcer l'autonomie professionnelle, accroître la prise de décision clinique et augmenter l'attractivité de la profession infirmière. Middleton (2026) souligne également que le développement de compétences avancées, telles que la suture cutanée, peut améliorer la satisfaction professionnelle des infirmiers tout en ayant un impact positif sur certains indicateurs de qualité des soins. Nos résultats montrent d'ailleurs que 52,7 % des participants considèrent la réalisation de la suture comme une évolution positive du métier. Ces éléments sont également perceptibles dans les discours des participants. Ceux-ci considèrent cette délégation comme une évolution logique des compétences infirmières, particulièrement dans les services d'urgence où les infirmiers disposent déjà d'une forte technicité et d'une certaine autonomie clinique, en plus d'un parcours de formation plus long qu'un infirmier non spécialisé.

À l'inverse, lorsque cette délégation est vécue comme un simple transfert de tâches dans un contexte déjà marqué par la surcharge de travail, l'adhésion apparaît plus limitée. Cette

perception ressort principalement lors des entretiens. Plusieurs participants expriment par exemple ne pas disposer du temps nécessaire pour intégrer cette nouvelle pratique dans leur activité quotidienne. Dans la littérature, la charge de travail est également identifiée comme un frein majeur à la prise de nouvelles responsabilités infirmières (Karam et al., 2021). Nos résultats quantitatifs vont dans ce sens, puisqu'ils montrent que l'acceptabilité de la suture tend à diminuer lorsque la charge de travail est perçue comme importante ($r_s = -0,339$, $p = <0,001$). Néanmoins, cette variable n'apparaît plus significativement associée à une opinion défavorable dans l'analyse multivariée. Cela pourrait suggérer que la charge de travail influence l'acceptabilité de manière plus indirecte, notamment à travers la perception globale de la faisabilité de cette pratique dans les conditions actuelles de travail. Ce dernier facteur apparaît en effet comme le plus pertinent de notre analyse multivariée, car il est le plus fortement associé à une opinion favorable, suivi de la motivation à développer ses compétences individuelles. Ce dernier point rejoint les travaux de Robinson et al. (2014), qui parlent de l'engagement professionnel comme d'une attitude positive traduisant l'implication et la motivation des professionnels envers leur travail.

Le sentiment de compétence individuel face à l'acte technique en soi et la perception de la nécessité d'une formation sont également des facteurs qui influencent significativement l'acceptabilité de cette nouvelle pratique. Ainsi, la charge de travail ne semble pas expliquer à elle seule le positionnement des infirmiers face à la suture cutanée. Elle s'inscrit plutôt dans un ensemble plus large de contraintes d'ordre organisationnel et personnel influençant l'acceptabilité de cette pratique.

Les entretiens ont permis d'identifier une autre inquiétude, induite par l'ajout de cet acte dans la charge de travail infirmière : ses répercussions potentielles sur le « prendre soin ». Cette idée est illustrée par les propos suivants : « *C'est bien beau de prendre des tâches qui relèvent du médical, mais finalement, si notre soin de nursing de base, si on n'a plus le temps, parce qu'on est occupé avec une suture (...) pour moi, il y a un non-sens de surajouter des actes au détriment du confort et des soins de base du patient* ». Ces résultats montrent que les réticences des infirmiers ne concernent pas uniquement l'acte technique de suture en lui-même. Elles concernent également la crainte d'un éloignement progressif du rôle relationnel et du cœur du soin infirmier. Cette tension entre élargissement des compétences techniques et préservation du rôle de « prendre soin » est également décrite dans les travaux de Dispas et Bouret (2016).

Ainsi, plus qu'une acceptabilité totalement favorable ou défavorable, les résultats mettent plutôt en évidence une acceptabilité conditionnelle de cette nouvelle pratique.

5.2. Une implémentation top-down insuffisamment préparée

Un autre aspect qui semble contribuer au caractère encore peu répandu de l'implémentation de cette pratique dans les services d'urgence de Belgique francophone concerne une démarche perçue comme essentiellement top-down. Buse et al. (2012) soulignent que la réussite d'un tel processus repose notamment sur la clarté des objectifs ainsi que sur la disponibilité des ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Or, les résultats montrent que, même si 89,7 % des participants déclarent avoir connaissance du cadre légal modifiant la liste des actes pouvant être confiés aux infirmiers, un tiers d'entre eux exprime ne pas suffisamment comprendre ce même cadre légal. Dans le même sens, et de manière encore plus interpellante, 70,5 % des infirmiers déclarent ne pas disposer d'informations suffisantes concernant ce nouvel acte pouvant être confié. Ces résultats sont renforcés par les entretiens, au cours desquels plusieurs participants expriment un sentiment de manque de structure et d'accompagnement. Ces éléments renvoient au cadre théorique, notamment à l'exemple français, où la décision politique d'intégrer cet acte dans les compétences infirmières s'est accompagnée d'un véritable guide de mise en œuvre détaillant les conditions de réalisation, les critères d'exclusion ainsi que les modalités de formation. Cela soulève également la question des précisions apportées par le Conseil fédéral de l'art infirmier via un canal « privé » à certaines associations ayant demandé des clarifications concernant la suture cutanée. Il paraît regrettable que ces précisions n'aient pas été diffusées de manière officielle et rendues accessibles à l'ensemble des professionnels concernés, dans un objectif d'harmonisation et de sécurisation des pratiques. Cette problématique ressort également dans les entretiens, où plusieurs participants considèrent que le cadre légal constitue un obstacle en raison de son manque de précision, faisant émerger un sentiment d'insécurité chez les infirmiers.

Un second facteur constitue un frein important à l'implémentation : les ressources humaines. En effet, 74,1 % des participants considèrent le sous-effectif infirmier comme un obstacle à la mise en œuvre de cette pratique. Cette perception ressort aussi dans les entretiens. Ces résultats rejoignent les travaux de Figueras et al. (2024), qui soulignent qu'un système de santé ne peut fonctionner efficacement sans disposer de ressources humaines suffisantes. Cette idée est également renforcée par les données du SPF Santé publique, qui mettent en évidence la faible proportion d'infirmiers exerçant réellement en milieu hospitalier malgré le nombre

important de professionnels diplômés. Le KCE soutient également que la disponibilité des ressources constitue une dimension essentielle pouvant « *affecter la force d'une recommandation et entraver sa mise en œuvre* ». Cette question des ressources humaines amène également à réfléchir aux enjeux actuels liés aux taux importants d'absentéisme et au risque accru de burn-out mis en évidence dans les travaux du KCE. Cela soulève la question de savoir si cette actualisation de la liste des actes a réellement été pensée dans une logique cohérente avec les objectifs du « Quintuple Aim », notamment en ce qui concerne le bien-être des professionnels de santé. Provident et Lape (2020) rappellent que « *la charge du soin représente un véritable fardeau pour les soignants* », tandis que Nundy et al. (2022) soulignent la nécessité de développer des politiques tenant compte du « *défi croissant de l'épuisement professionnel (fatigue, cynisme et insatisfaction)* ». Cette inquiétude est également perceptible dans les entretiens, où certains participants expriment leurs craintes concernant les conséquences potentielles de cette augmentation des compétences sur leur satisfaction et leur bien-être au travail : « La crainte de me mettre moi-même en danger et en surcharge de travail au sein de mon travail à moi. Ma crainte, c'est vraiment que ça crée plus de burn-out, parce que moins de temps, que les infirmiers ont l'impression de faire encore plus du travail à la chaîne, ce qui est déjà un peu le cas, de plus en plus. »

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'implémentation de la suture cutanée semble avoir été initiée au niveau légal avant que les conditions organisationnelles, informationnelles et humaines nécessaires à son intégration concrète dans les services ne soient réellement réunies.

Un autre point lié à cette approche top-down concerne le fait que cet élargissement des compétences ne semble pas, pour une majorité des participants, répondre à un besoin réel du terrain. En effet, 62 % des participants au questionnaire ne considèrent pas l'intégration de la suture cutanée comme une réponse à un besoin réel du service. De même, 48,2 % ne perçoivent pas de plus-value pour leur travail quotidien et 52,2 % ne voient pas de cohérence avec les priorités actuelles des services d'urgence en termes de gestion des flux ou de qualité des soins. Cette perception apparaît toutefois plus nuancée dans les entretiens. Même si, globalement, les participants ne considèrent pas cette pratique comme un besoin réel du service, certains reconnaissent que des éléments contextuels, tels que la pénurie médicale ou la charge administrative croissante des médecins, peuvent donner du sens à ce transfert de tâches. Cependant, cette idée est immédiatement nuancée par d'autres participants qui rappellent que « *ils n'ont pas le temps mais nous non plus* ». Ces derniers résultats rejoignent les travaux de

Martínez-González et al. (2015) et de Charles et al. (1999), qui considèrent que les transferts de tâches peuvent réduire la charge de travail des médecins, libérer du temps pour d'autres problématiques et améliorer l'efficacité des soins, notamment en diminuant les temps d'attente et certains coûts organisationnels. Néanmoins, nos résultats suggèrent que ces bénéfices potentiels ne sont pas forcément perçus de manière évidente par les infirmiers des services d'urgence étudiés, particulièrement dans des contextes déjà marqués par une surcharge infirmière importante. Le KCE regroupe ces différents éléments sous le terme de « *fossés de contraintes culturelles* », susceptibles de limiter l'appropriation des changements organisationnels (Adriaenssens et al., 2017). En outre, cette perception mutuelle qu'ont le corps médical et le corps infirmier que leurs charges de travail respectives sont élevées rappelle l'argument de Figueras et al. (2024) sur l'importance de disposer de ressources humaines suffisantes pour un fonctionnement efficace du système de soins de santé. Le transfert d'actes de l'un à l'autre ne constitue alors peut-être pas une solution pour améliorer le fonctionnement des services d'urgences et la charge de travail de chacun.

Ainsi, nos résultats semblent montrer que l'absence d'implication suffisante du terrain dans le processus décisionnel pourrait avoir limité l'appropriation et l'acceptabilité de cette pratique par les professionnels concernés à l'image de ce qui est décrit par la littérature.

5.3. Une pratique très dépendante du contexte local

Un autre élément important ressortant de nos résultats concerne le contexte. En effet, le positionnement des infirmiers vis-à-vis de ce nouvel acte pouvant être confié semble fortement lié au contexte géographique, organisationnel et humain dans lequel ils exercent. Nos résultats montrent que la perception de la pertinence, de la faisabilité et même de l'acceptabilité de la suture cutanée varie considérablement selon les réalités propres à chaque service d'urgence.

Au niveau géographique, nos résultats montrent que la pratique de ce nouvel acte varie de manière significative selon la province d'exercice professionnel. Les participants ayant déclaré que la suture cutanée est déjà réalisée dans leur service travaillent principalement dans les provinces de Bruxelles et du Luxembourg. À l'inverse, dans les provinces du Hainaut et de Namur, seuls 2 répondants sur 139 ont affirmé que cette pratique est déjà mise en œuvre dans leur service. Ces résultats suggèrent que l'implémentation de la suture cutanée ne suit pas une dynamique homogène sur le territoire, mais semble influencée par des réalités locales spécifiques. Un élément ressortant des entretiens et pouvant éventuellement contribuer à expliquer cette tendance concerne la disponibilité médicale perçue au sein des services.

Plusieurs participants expriment l'idée que la délégation de la suture cutanée ne présente pas réellement d'intérêt dans leur contexte de travail en raison d'une présence médicale jugée suffisante. Ces résultats semblent, à première vue, contradictoires avec les données initiales du KCE concernant la région bruxelloise, qui présentent une densité médicale parmi les plus élevées du pays, avec environ 38 à 40 médecins pour 10 000 habitants. Néanmoins, ces données doivent être nuancées. Le KCE souligne également qu'en termes d'équivalents temps plein (ETP), la région bruxelloise apparaît moins bien dotée en médecins que la Wallonie. Cette distinction pourrait partiellement expliquer pourquoi certaines structures bruxelloises semblent davantage ouvertes à la délégation de la suture cutanée malgré une densité médicale théoriquement élevée. Concernant la province du Luxembourg, une lecture plus approfondie du rapport du KCE (2024) met également en évidence que *« pour un certain nombre de spécialités médicales, des densités plus faibles (en ETP) ont été observées principalement dans la province de Luxembourg et, dans une moindre mesure, dans les provinces du Hainaut »*. Il aurait toutefois été pertinent de disposer de données plus précises concernant la disponibilité médicale réelle au sein des différents services d'urgence selon les provinces. Malheureusement, ces données ne sont actuellement pas disponibles, ce qui limite une interprétation plus approfondie de ces différences géographiques.

Un autre élément contextuel semblant influencer la perception de cette pratique concerne le flux de patients pris en charge par les services d'urgence. Plusieurs participants considèrent que la suture cutanée pourrait être pertinente dans certains contextes, mais difficilement envisageable dans des services confrontés à un flux important de patients : *« Je pense que c'est un bon outil pour certains hôpitaux, pas pour tous, et en tout cas pas pour des services qui drainent de 250 à 300 patients par 24 heures, c'est impensable »*.

Cette perception semble étroitement liée au phénomène d'overcrowding qui, selon les données de l'INAMI, apparaît plus marqué dans certaines provinces, notamment dans le Hainaut. Dans ces contextes de surcharge, les infirmiers semblent percevoir la réalisation de la suture cutanée comme une activité supplémentaire risquant davantage de désorganiser le fonctionnement du service que d'améliorer la fluidité des prises en charge. À l'inverse, dans certains services où cette pratique est déjà implémentée, certains participants décrivent plutôt un gain d'efficacité et une amélioration du flux des patients. Ces résultats montrent ainsi que la perception de l'impact organisationnel de la suture cutanée dépend fortement des réalités locales ainsi que des modalités concrètes de fonctionnement des équipes. Cette influence du contexte rejoint plusieurs définitions de l'implémentation développées dans la littérature. En

effet, Tabak et al. (2012), Buse et al. (2012) ainsi que DeLeon (1999) soulignent le caractère dynamique, contextuel et non linéaire des processus d'implémentation. Les résultats semblent aller dans ce sens en montrant qu'une même pratique peut être perçue comme pertinente, acceptable et faisable dans certains contextes, tout en étant jugée peu adaptée ou difficilement applicable dans d'autres environnements organisationnels.

En résumé : la suture cutanée est plus souvent déléguée dans les zones où la densité médicale réelle est insuffisante (Bruxelles/Luxembourg), et ne l'est pas dans les zones où l'overcrowding est fort présent (Hainaut) par crainte de désorganiser la gestion du flux des patients.

5.4. Les déterminants de faisabilité et d'adoption de la suture cutanée : entre enjeux organisationnels et professionnels

Finalement, des aspects importants ressortent de nos résultats en termes de faisabilité et d'adoption notamment, des enjeux liés à la formation, à la collaboration interprofessionnelle et à la disponibilité médicale, mais aussi les questions liées au sentiment de sécurité et de reconnaissance professionnelle.

En ce qui concerne la formation, les participants ne semblent pas avoir de doute : celle-ci est considérée comme un levier essentiel, tandis que son absence est perçue comme un obstacle majeur à l'implémentation de cette nouvelle pratique. En effet, 86,6 % des participants estiment qu'il serait irresponsable de réaliser des sutures sans avoir suivi de formation préalable. Par ailleurs, 45,5 % considèrent qu'une formation unique d'une seule journée ne permettrait pas de couvrir adéquatement les besoins nécessaires à son implémentation. Cette question de la formation revient aussi de manière récurrente dans les entretiens. Ces résultats rejoignent les travaux de Saga et al. (2024) ainsi que ceux de Dispas et Bouret (2016), qui mettent en évidence les enjeux liés à une formation jugée insuffisante ou inadaptée.

Par ailleurs, la qualité des relations et de la collaboration interprofessionnelle semble également constituer un élément majeur dans les questions d'adoption et de faisabilité. D'une part, des craintes importantes existent concernant les responsabilités professionnelles et la sécurité. En effet, le sondage montre que 60,7 % des participants expriment des inquiétudes en cas de complications consécutives à la réalisation d'une suture et l'enquête qualitative identifie que ces préoccupations portent sur la confiance et le partage des responsabilités. Ces résultats semblent toutefois nuancés par le fait que 42,9 % des participants estiment que, globalement,

les médecins font confiance à leurs compétences. Cela contraste partiellement avec les travaux de Karam et al. (2021), qui mettent davantage en évidence une forme de méfiance de certains médecins à l'égard des compétences et connaissances infirmières. Ces éléments peuvent être mis en lien avec les tensions parfois présentes dans la collaboration médico-infirmière lorsque la délégation des actes pouvant être confiés repose sur des attentes implicites ou peu négociées, plutôt que sur un véritable processus collaboratif tel que recommandé dans la littérature. En effet, même si 57,2 % des participants déclarent ne pas ressentir de tensions liées à la délégation de la suture cutanée, probablement en raison du stade encore précoce de son implémentation, les entretiens montrent une réalité plus nuancée concernant l'ensemble des actes déjà délégués dans la pratique quotidienne. Plusieurs infirmiers soulignent notamment un manque d'implication de certains médecins dans la charge de travail collective. Ces résultats rejoignent les travaux de Batista et Peduzzi (2019), qui identifient plusieurs conditions nécessaires à une collaboration interprofessionnelle efficace, parmi lesquelles le respect mutuel, la confiance, une délégation appropriée des activités, une certaine flexibilité dans les rôles ainsi qu'une communication claire et efficace entre professionnels.

Enfin, les questions liées au besoin de reconnaissance ressortent également de manière importante dans nos résultats. Au-delà de la reconnaissance sociale des compétences et des connaissances déjà discutée précédemment, la reconnaissance statutaire et financière occupe une place non négligeable aux yeux des participants. En effet, 92,4 % des infirmiers considèrent que l'ajout de nouvelles responsabilités devrait être associé à une augmentation salariale. Les entretiens mettent également en avant des enjeux déjà largement discutés dans la littérature concernant le risque d'une délégation principalement motivée par des considérations économiques : « Alors, s'ils veulent nous former à devenir des baby-docs, je veux bien. Mais alors, il faut que cette marge de salaire diminue. Sinon, c'est juste un gain pour l'hôpital. Parce qu'on sera du personnel hyper qualifié, mais sous-rémunéré ». Ces résultats semblent montrer une certaine résistance des infirmiers face à une vision de la délégation d'actes uniquement centrée sur la réponse à la pénurie médicale ou sur l'optimisation des ressources humaines. Cette idée rejoint les travaux de Martínez-González et al. (2015), qui soulignent que la délégation d'actes est parfois pensée dans une logique économique, notamment parce que les infirmiers sont moins coûteux à former et à employer que les médecins, tout en représentant une part importante de la main-d'œuvre qualifiée.

Dans l'ensemble, ces derniers résultats montrent que la faisabilité et l'adoption de la suture cutanée ne reposent pas uniquement sur les compétences techniques des infirmiers, mais

également sur des conditions organisationnelles, relationnelles et professionnelles favorisant un sentiment de sécurité, de collaboration et de reconnaissance au sein des équipes de soins.

5.5. Synthèse des déterminants du positionnement infirmier

Dans l'ensemble, nos résultats montrent que le positionnement des infirmiers face à l'implémentation de la suture cutanée ne dépend pas d'un facteur unique, mais bien de l'interaction entre plusieurs dimensions individuelles, organisationnelles, relationnelles et contextuelles. En effet, si certains infirmiers perçoivent cette nouvelle pratique comme une opportunité d'évolution professionnelle, d'autonomie et de reconnaissance des compétences infirmières, cette acceptabilité reste fortement conditionnée par les modalités concrètes de son implémentation. Les questions liées à la charge de travail, au manque de ressources humaines, à la formation, à la sécurité clinique ainsi qu'à la collaboration interprofessionnelle semblent occuper une place centrale dans le positionnement des participants. Ainsi, plus qu'un rejet de la suture cutanée en elle-même, les résultats mettent surtout en évidence une réflexion critique des infirmiers concernant les conditions organisationnelles, humaines et professionnelles nécessaires à une implémentation jugée acceptable, sécuritaire et réaliste dans leur pratique quotidienne.

5.6. Pistes d'amélioration dégagés

- Clarifier le cadre légal et les modalités pratiques entourant la suture cutanée. L'élaboration de protocoles clairs, de critères d'exclusion précis ainsi que de recommandations officielles pourrait contribuer à diminuer le sentiment d'insécurité exprimé par les participants et favoriser une implémentation plus homogène entre les différents services.
- Développer des formations standardisées et de référence nationale. La mise en place de formations associant théorie, pratique supervisée et évaluation des compétences pourrait renforcer le sentiment de sécurité des professionnels ainsi que la qualité et l'harmonisation des soins.
- Impliquer davantage le terrain dès le début et tout au long des différentes phases de l'implémentation. Une approche orientée Bottom-up pourrait favoriser une meilleure appropriation de cette pratique par les professionnels et limiter certaines résistances observées dans nos résultats.

- Renforcer la collaboration interprofessionnelle. Une clarification des rôles, une communication plus structurée entre médecins et infirmiers ainsi qu'un soutien médical clairement défini pourraient contribuer à améliorer le sentiment de sécurité et la confiance entre professionnels. La mise en place d'un balisage organisationnel clair, notamment via des organigrammes ou protocoles définissant la répartition des tâches en fonction du contexte clinique et de la charge de travail, comme cela semble être le cas dans certains services bruxellois, pourrait également constituer une piste intéressante afin de limiter les tensions liées à la répartition des activités.

Dans l'ensemble, ces pistes d'amélioration montrent que l'implémentation de la suture cutanée dépasse largement la simple acquisition d'une compétence technique. Elle nécessite une réflexion globale intégrant les dimensions organisationnelles, relationnelles, formatives et professionnelles du travail infirmier au sein des services d'urgence.

5.7. Limites de l'étude

Une des limites de notre étude concerne le fait que cette pratique reste encore peu répandue en Belgique francophone. Les perceptions partagées par les participants sont donc, pour une partie d'entre eux, anticipatives et étroitement liées à leurs représentations de cette pratique plutôt qu'à des expériences réellement vécues sur le terrain.

Une deuxième limite concerne la question de la représentativité. En effet, notre étude comporte une participation plus importante d'infirmiers travaillant dans la province du Hainaut par rapport aux autres provinces, ce qui peut avoir influencé certains des résultats observés.

La représentation des infirmiers en chef diffère entre les deux volets de l'étude. Dans le volet quantitatif, leur avis est peu représenté en raison du faible nombre de réponses de ces infirmiers, tandis que les entretiens qualitatifs donnent davantage de visibilité à leur point de vue. Cette différence constitue une limite, car les données qualitatives apportent des éléments de compréhension intéressants sur les enjeux organisationnels et managériaux, mais ne permettent pas d'éclairer complètement les résultats quantitatifs.

Concernant l'approche qualitative, le nombre limité d'entretiens ne permet probablement pas de représenter l'ensemble des réalités des services d'urgence francophones. Néanmoins, les entretiens réalisés ont permis d'atteindre une saturation des données pour les participants provenant de services où la suture cutanée n'est pas encore pratiquée, les derniers entretiens ne faisant plus émerger de nouvelles thématiques majeures. En revanche, cette

saturation n'a pas été atteinte pour les services pratiquant déjà la suture cutanée. Le caractère volontaire de la participation ainsi que le temps limité disponible pour cette recherche n'ont malheureusement pas permis d'atteindre cet objectif.

Malgré ces limites, cette étude permet d'apporter un premier éclairage sur les déterminants influençant le positionnement des infirmiers des urgences face à l'implémentation de la suture cutanée en Belgique francophone, dans un contexte où peu de données scientifiques sont actuellement disponibles sur cette thématique.

5.8. Perspectives

Au vu des résultats obtenus, plusieurs pistes de recherche futures semblent pertinentes à développer. Tout d'abord, il pourrait être intéressant d'élargir cette étude à l'ensemble du territoire belge. En effet, nos résultats montrent que le contexte local semble jouer une influence importante sur le positionnement des infirmiers concernant ce nouvel acte. Une étude menée à l'échelle nationale permettrait donc d'obtenir une vision plus globale des enjeux liés à son implémentation.

Il semblerait également pertinent d'élargir l'analyse aux autres professionnels impliqués dans cette délégation d'actes, notamment les médecins urgentistes. Explorer le point de vue médical permettrait de mieux comprendre leur réalité de travail, les dynamiques relationnelles entourant cette pratique ainsi que les éventuels freins ou leviers à son implémentation.

Enfin, il pourrait être pertinent de mesurer davantage l'impact concret de cette pratique sur différents indicateurs organisationnels et cliniques, tels que les temps d'attente, la fluidité des prises en charge, la satisfaction des patients, la qualité des soins ou encore le bien-être des professionnels. Ces données permettraient d'apporter une meilleure compréhension des effets réels de cette délégation d'actes sur le fonctionnement des services d'urgence.

6. Conclusion

Cette étude avait pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : « Quels sont les déterminants du positionnement des infirmiers des urgences en Belgique francophone face à l'implémentation de l'acte confié de suture cutanée prévu par l'arrêté royal du 14 avril 2024 ? ». Dans un contexte marqué par un besoin de restructuration visant une meilleure durabilité des systèmes de santé et une utilisation plus efficiente des ressources disponibles, associé à une pénurie de professionnels de santé et à une surcharge progressive des services d'urgence, cette recherche visait à mieux comprendre les facteurs influençant l'implémentation de cette nouvelle pratique dans les réalités du terrain.

Les résultats montrent principalement que le positionnement des infirmiers reste nuancé et conditionnel. En effet, au-delà du geste technique en lui-même, ce sont des dimensions individuelles, organisationnelles, relationnelles et contextuelles qui semblent influencer le processus d'implémentation. Même si les infirmiers apparaissent globalement favorables au développement de nouvelles compétences avancées, considérées comme une forme de reconnaissance de leurs compétences et de leur niveau de formation, des inquiétudes importantes ressortent concernant la surcharge de travail, le risque d'éloignement du rôle de « prendre soin », la sécurité clinique ou encore le manque de reconnaissance professionnelle et financière. Ainsi, les réticences observées ne semblent pas traduire un rejet systématique de l'élargissement des compétences infirmières, mais plutôt des préoccupations liées aux conditions concrètes dans lesquelles cette pratique pourrait être implémentée.

Sur le plan organisationnel, cette étude met également en évidence plusieurs difficultés, notamment le manque de clarté du cadre légal entourant cette délégation, l'absence de protocoles harmonisés, le sentiment d'une communication insuffisante autour de cette nouvelle pratique ainsi que des difficultés liées à la disponibilité des ressources humaines. Ces éléments apparaissent comme des freins majeurs à l'implémentation de la suture cutanée dans les services d'urgence.

Par ailleurs, cette recherche met fortement en évidence l'influence du contexte local dans la perception des infirmiers vis-à-vis de cette nouvelle pratique. Les réalités propres à chaque service, la disponibilité médicale, le flux de patients ainsi que les dynamiques de collaboration interprofessionnelle influencent fortement la manière dont cette délégation est perçue. Une même pratique peut ainsi être considérée comme pertinente et faisable dans certains services, tout en apparaissant difficilement applicable dans d'autres contextes organisationnels.

Des enjeux liés à la reconnaissance statutaire et financière semblent également influencer le positionnement des participants. Nos résultats mettent en évidence une attente importante de reconnaissance financière en lien avec l'augmentation des compétences avancées et avec la plus-value apportée par les infirmiers dans le système de santé. À l'inverse, une certaine résistance ressort face à l'idée d'utiliser cette délégation principalement dans une logique de réduction des coûts ou d'optimisation économique des ressources humaines.

Sur le plan pratique, cette étude souligne l'importance de penser les politiques de santé dans une logique davantage bottom-up, en réponse aux besoins et réalités du terrain, plutôt que dans une approche essentiellement top-down, comme cela semble avoir été perçu dans le cadre de l'arrêté royal du 14 avril 2024. Le développement de protocoles clairs de mise en œuvre, d'une meilleure structuration de la formation ainsi qu'une clarification des rôles et responsabilités de chacun apparaissent comme des pistes importantes pour favoriser une implémentation progressive, sécuritaire et durable de cette pratique.

Au-delà de la question de la suture cutanée, cette étude interroge plus largement les transformations actuelles du rôle infirmier dans les services d'urgences et les conditions nécessaires à une délégation d'actes qui soit à la fois sécuritaire, cohérente, acceptable et durable pour les professionnels concernés.

7. Bibliographie

1. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2010). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
2. Adriaenssens, J., Eyssen, M., Mertens, R., Benahmed, N., Paulus, D., Ameye, F., Bossens, M., Cauwenberg, C., Cools, A., Doms, K., Everaert, E., Gheysen, M., Haelterman, M., Laloup, M., Malonne, H., Meeus, P., Penninckx, W., Roisin, T., & Walraevens, M. (2017). *Vers un plan intégré d'evidence-based practice en Belgique* (KCE Reports 291B). Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
Assessing health system performance. (2023). Dans *OECD eBooks*. <https://doi.org/10.1787/4e6b28c0-en>
3. Association francophone des infirmiers urgentistes. (2024, novembre). Courrier aux membres : Questions posées au Conseil fédéral de l'art infirmier concernant la suture cutanée [Communication interne non publiée].
4. Batista, R. E. A., & Peduzzi, M. (2019). Interprofessional Practice in the Emergency Service : specific and shared assignments of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 1), 213-220. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>
5. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim : care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
6. Bonadio, W. A., Carney, M., & Gustafson, D. (1994). Efficacy of nurses suturing pediatric dermal lacerations in an emergency department. *Annals Of Emergency Medicine*, 24(6), 1144-1146. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(94\)70245-4](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(94)70245-4)
7. Bouhon, J. (2021, 20 juillet). *Les combats des infirmiers en regard de leur histoire*. Fédération des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/les-combats-des-infirmiers-en/>
8. Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy*. McGraw-Hill Education (UK).
9. Charles, A., Vasseur, S. L., & Castle, C. (1999). Suturing of minor lacerations by clinical nurse specialists in the emergency department. *Accident And Emergency Nursing*, 7(1), 34-38. [https://doi.org/10.1016/s0965-2302\(99\)80099-x](https://doi.org/10.1016/s0965-2302(99)80099-x)
10. Chastonay, O.J. et Bodenmann, P. (2021) 'Grands consommateurs des services d'urgence, un défi pour le système de santé : une mise au point', *Journal Européen des*

- Urgences et de Réanimation, 33(3), p. 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2021.06.001>.
11. D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal Of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
 12. De Munck, P., Paligot, F., Barbosa, V., Heymans, I., Macq, J., Somasse, E., Saint Amand, F., Caremans, B., & Druyts, I. (2012). Les métiers de demain de la première ligne de soins. *Santé Conjugée*, 59.
 13. European commission. (2019). *Task shifting and health system design*. https://health.ec.europa.eu/document/download/05bdba6c-6c01-4d60-aa57-a982261a096d_en
 14. Figueras J, Karanikolos M, Guanais F, Lessof S, Dedet G, Azzopardi Muscat N, Permanand G, Colombo F. Assessing health system performance: proof of concept for a HSPA dashboard of key indicators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, and Paris, OECD Publishing; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 15. Franco, C. M., Bula, D., De Oliveir Toso, B. R. G., Giovanella, L., & Hämel, K. (2025). Nurse–physician interprofessional collaboration in the context of expanding nursing practice in primary health care : A comparative qualitative study of Brazil and Germany. *BMC Nursing*, 24(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02885-5>
 16. FPS Public Health. (2025). *Pour la réforme du paysage hospitalier belge - changer pour préserver* (2026-2036). https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-12/fr_imcjh_avis.pdf
 17. Haegdorens, F., Slootmans, S., Vleminckx, S., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2025). Turnover and Intention to Leave Among Belgian Healthcare Workers After COVID-19 : A Two-Year Longitudinal Cohort Study. *Journal Of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16925>
 18. INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé*. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_groupe_travail_quintuple_aim_budget_pluriannuelle.pdf
 19. INAMI. (2024). Variations des pratiques médicales: admissions aux urgences. In <https://www.belgiqueenbonnesante.be/>. https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Admission_aux_urgences_2023.pdf

20. Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A., & Belche, J. (2021). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium : a participatory action research. *Journal Of Interprofessional Care*, 36(3), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>
21. KCE. (2024). Performance of the Belgian health system – report 2024. Dans <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/repartition-du-personnel-de-sante>. Consulté le 13 octobre 2025, à l'adresse <https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/A10.pdf>
22. KCE Process Book. (s. d.). KCE. <https://processbook.kce.be/>
23. Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). *Pénurie des infirmier.es et crise du « prendre soin »*. Consulté le 13 octobre 2025, à l'adresse <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20P%C3%A9nurie%20des%20infirmier%C2%B7es%20et%20crise%20du%20%E2%80%98prendre%20soin%E2%80%99.pdf>
24. Lee, S. D., Iott, B., Banaszak-Holl, J., Shih, S., Raj, M., Johnson, K. E., Kiessling, K., & Moore-Petinak, N. (2021). Application of Mixed Methods in Health Services Management Research : A Systematic Review. *Medical Care Research And Review*, 79(3), 331344. <https://doi.org/10.1177/10775587211030393>
25. Levaggi, R., Marchiori, C., Marchiori, M., & Miniaci, R. (2025). Emergency department crowding : How valuable is GPs information ? *PubMed*, 385, 118600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118600>
26. Maier, C. B. (2015). The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy*, 119(12), 1627-1635. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.002>
27. Maier, C. B., Köppen, J., & Busse, R. (2018). Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals : cross-sectional study in nine countries. *Human Resources For Health*, 16(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>
28. Martínez-González, N. A., Rosemann, T., Djalali, S., Huber-Geismann, F., & Tandjung, R. (2015). Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization. *Medical Care Research and Review*, 72(4), 395–418. <https://doi.org/10.1177/1077558715586297>
29. McGuier, E. A., Kolko, D. J., Stadnick, N. A., Brookman-Frazee, L., Wolk, C. B., Yuan, C. T., Burke, C. S., & Aarons, G. A. (2023). Advancing research on teams and team

- effectiveness in implementation science : An application of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Research And Practice*, 4, 26334895231190855. <https://doi.org/10.1177/26334895231190855>
30. Middleton, R. (2006). Suturing as an advanced skill for Registered Nurses in the emergency department. *Australian Journal Of Rural Health*, 14(6), 258-262. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2006.00826.x>
31. Ministère des solidarités et de la santé. (2020). Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin » . Dans *Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=gtkMxtq6o5tih4x0TdU9V-GvAkdkSz9Tz739noQKY2I=>
32. 27. Nagels, M. (2022). Les méthodes mixtes, une perspective pragmatique en recherche. *Traité de méthodologie de la recherche en Sciences de l'éducation et de la formation. Enquêter dans les métiers de l'humain*. fhal-03857724
33. Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement. *JAMA*, 327(6), 521. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
34. O'cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2008). The Quality of Mixed Methods Studies in Health Services Research. *Journal Of Health Services Research & Policy*, 13(2), 92-98. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>
35. Organisation mondiale de la Santé - données. (2025, 30 avril). Consulté le 12 octobre 2025, à l'adresse <https://data.who.int/fr/indicators/i/CCCEBB2/217795A>
36. Prevaldi, C., Paolillo, C., Locatelli, C., Ricci, G., Catena, F., Ansaloni, L., & Cervellin, G. (2016). Management of traumatic wounds in the Emergency Department : position paper from the Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) and the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World Journal Of Emergency Surgery*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13017-016-0084-3>
37. Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2010). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
38. Provident, I., & Lape, J. E. (2020). Demonstrating Occupational Therapy's Distinct Value : Addressing the Quadruple Aim of Health Care Through Doctoral Capstone

- Projects. *The Open Journal Of Occupational Therapy*, 8(3), 1-8.
<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1686>
39. Robinson, D., Fletcher, L., Truss, C., Alfes, K., Holmes, J., Madden, A., Currie, G., & Buzzeo, J. (2014). Guide to Engagement for HR. Dans *National Institute For Health And Care Research*.
https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/sites/journalslibrary/files/journal_data/hsdr03260/Appendix%209.pdf
40. Rose, J., & Tuma, F. (2025). *Sutures and needles*. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539891/>
41. Saga, E., Egilsdottir, H. Ö., Bing-Jonsson, P. C., Lindholm, E., & Skovdahl, K. (2024). It's not the task, it's the shifting : Exploring physicians' and leaders' perspectives on task shifting in emergency departments in Norway. *BMC Nursing*, 23(1), 571.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02246-8>
42. Sermeus W., Eeckloo K., Van der Auwera C., Van Hecke A. (2018) « Future of Nursing: improving health, driving change : Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 29p.
43. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2024). Arrêté royal visant à moderniser la liste des prestations techniques de l'art infirmier et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier. Dans *Moniteur Belge*.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/ar_18_06_1990_-_version_coordonnee_mai_2024_0.pdf
44. Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. (2015). The Quadruple Aim : care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*, 24(10), 608-610.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>
45. SPF santé publique. (2022). *Données phares dans les soins de santé : Les professionnels de soins de santé*.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/professionnels_de_soins_de_sante.pdf
46. Srivastava, A. & Thomson, S. B. (2009). Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Research Note Policy Research. *JOAAG*, Vol. 4. No. 2

47. Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging Research and Practice. *American Journal Of Preventive Medicine*, 43(3), 337-350.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
48. Vassy, C., & Derbez, B. (s. d.). *Chapitre 4. La profession infirmière*. STM Cairn.info.
<https://stm.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094-page-101?lang=fr>
49. WHO. (2008). *Task Shifting : Rational redistribution of tasks among health workforce teams : Global Recommendations and Guidelines*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2a6ad716-4aba-425c-9a11-47d1949dfb86/content>
50. WHO. (2016). *Global Strategy on Human Resources for Health : Workforce 2030*. Dans *WHO*. Consulté le 8 octobre 2025, à l'adresse
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>
51. Wit, R. F., De Veer, A. J. E., De Groot, K., Batenburg, R. S., & Francke, A. L. (2024). Task shifting in Dutch nursing practice : A repeated cross-sectional analysis of nurses' experiences. *Journal Of Advanced Nursing*, 80(11), 4593-4602.
<https://doi.org/10.1111/jan.16173>
52. Zurynski, Y., Herkes-Deane, J., Holt, J., McPherson, E., Lamprell, G., Dammery, G., Meulenbroeks, I., Halim, N., & Braithwaite, J. (2022). How can the healthcare system deliver sustainable performance ? A scoping review. *BMJ Open*, 12(5), e059207.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059207>

8. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire auto-administré

Dans le cadre de mon mémoire de Master en Santé Publique, je vous invite à participer à ce questionnaire portant sur la délégation de la suture cutanée des médecins aux infirmiers dans les services d'urgences. Cette étude s'intéresse aux opinions, connaissances et attentes des infirmiers concernant cette nouvelle pratique, autorisée par l'Arrêté Royal du 14 avril 2024.

Votre contribution est essentielle pour mieux comprendre les enjeux liés à l'intégration de cette responsabilité dans le quotidien des infirmiers, ainsi que les défis organisationnels, légaux et pratiques qui y sont associés.

Ce questionnaire est anonyme et toutes les informations collectées seront traitées de manière confidentielle. Vos réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude académique.

Il y a 47 questions dans ce questionnaire, il faut environ 10 minutes pour le compléter.

Je vous remercie pour votre participation, qui contribuera de manière significative à l'amélioration des pratiques dans les services d'urgences. Vous souhaitez être tenu informé des résultats de cette enquête ? Contactez-moi par mail ana.carvalho@student.uclouvain.be.

- 1. Quel est votre âge ? (en années) ?**
- 2. A quel genre vous identifiez-vous ?**
 - a. Masculin
 - b. Féminin
- 3. Depuis combien de temps (en années) travaillez-vous dans un service d'urgences ?**
Si vous avez travaillé dans plusieurs services d'urgence différents, indiquez le temps total.
(Si cela fait moins d'un an que vous travaillez aux urgences, notez "0")
- 4. Avez-vous suivi une autre formation en plus de votre diplôme de soins infirmiers ?**
 - a. SIAMU
 - b. Aucune
 - c. Autre. Préciser : _____
- 5. Dans quel type d'hôpital travaillez-vous ?**
 - a. Général
 - b. Universitaire
- 6. Dans quelle province de Belgique se situe votre hôpital ?**
 - a. Bruxelles
 - b. Brabant wallon

- c. Hainaut
- d. Liège
- e. Luxembourg
- f. Namur
- g. Autre : _____

7. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel ?

- a. Temps plein
- b. Temps partiel

8. Quelle est votre fonction au sein du services d'urgences dans lequel vous travaillez ?

- a. Infirmier
- b. Infirmier en chef
- c. Infirmier chef adjoint
- d. Autre : _____

9. Grâce à l'arrêté royal du 14 avril 2024, les médecins sont autorisés à déléguer la pratique de l'acte de suture cutanée aux infirmiers. Avant de participer à ce questionnaire, aviez-vous connaissance de cette information ?

- a. Oui
- b. Non

Voici plusieurs informations. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec chacune d'entre-elles ?

Indiquez votre degré d'accord avec l'échelle de likert de 1 à 5. Le score 1 indique que vous n'êtes pas du tout d'accord avec l'affirmation et le score 5 indique que vous êtes complètement d'accord

10. J'estime avoir bien compris le contexte légal qui encadre la délégation de l'acte de suture cutanée des médecins aux infirmiers.

1 2 3 4 5

11. Dans mon institution, les responsabilités de l'infirmier et du médecin délégant ont été clairement expliquées.

1 2 3 4 5

12. Je dispose d'informations suffisantes pour savoir ce qui est autorisé ou non quand je réalise une suture cutanée qui m'a été délégué.

1 2 3 4 5

13. Dans mon service, la suture cutanée par les infirmiers est:

- a. Un sujet qui n'est pas abordé
- b. Un sujet en discussion
- c. Une pratique en préparation (Protocoles/formation)
- d. Un acte déjà pratiqué par certains
- e. Un acte intégré de façon routinière

14. Aujourd'hui, tu es plutôt :

- a. Favorable à cette délégation
- b. Défavorable à cette délégation
- c. Neutre
- d. Je ne souhaite pas répondre

15. Je trouve que la délégation de la suture aux infirmiers peut améliorer mon travail.

1 2 3 4 5

16. Une procédure/protocole écrit existe ou est en cours de formalisation dans mon service.

1 2 3 4 5

17. Le manque de temps/charge de travail rend difficile l'intégration de cet acte dans la pratique quotidienne.

1 2 3 4 5

18. Le sous-effectif infirmier compromet la faisabilité de cette nouvelle responsabilité.

1 2 3 4 5

19. Mon supérieur hiérarchique (N+1) soutient activement la mise en oeuvre de ce transfert d'acte entre médecins et infirmiers.

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas
- d. Je ne souhaite pas répondre

20. Ma direction soutient activement la mise en oeuvre de ce transfert d'acte entre médecins et infirmiers.

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas
- d. Je ne souhaite pas répondre

21. Les médecins soutiennent activement la mise en œuvre de ce transfert d'acte aux infirmiers.

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas
- d. Je ne souhaite pas répondre

22. En dehors de la suture cutanée, pensez-vous que d'autres actes seraient plus pertinents à déléguer dans le cadre des services d'urgences ?

- a. Non
- b. Oui, lesquels ?

23. Je me sens capable d'évaluer une plaie simple et d'identifier les situations à exclure / à référer au médecin.

1 2 3 4 5

24. Je me sentirais en sécurité pour réaliser une suture si j'ai suivi une formation dédiée à ce sujet.

1 2 3 4 5

25. Réaliser des sutures correspond à une évolution positive du rôle infirmier aux urgences.

1 2 3 4 5

26. J'ai des craintes concernant ma responsabilité professionnelle en cas de complication.

1 2 3 4 5

27. Je suis motivé(e) à acquérir/renforcer des compétences avancées dans mon service.

1 2 3 4 5

28. Les médecins de mon service font confiance aux compétences infirmières pour ce type d'acte.

1 2 3 4 5

29. La communication médecin-infirmier est suffisamment fluide pour sécuriser la délégation (supervision, avis, recours)

1 2 3 4 5

30. Les rôles et limites de chacun sont clairs au sein de l'équipe.

1 2 3 4 5

31. La délégation de la suture crée des tensions ou des conflits dans l'équipe.

1 2 3 4 5

32. Sur quoi portent ces tensions/conflits ?

1 2 3 4 5

33. L'idée que des infirmiers réalisent des sutures me paraît acceptable.

1 2 3 4 5

34. Je suis à l'aise avec cette pratique de transfert de la suture cutanée dans le contexte des urgences.

1 2 3 4 5

35. Dans mon service, la réalisation de la suture cutanée par les infirmiers plutôt que par les médecins répond à un réel besoin

1 2 3 4 5

36. Ce changement est cohérent avec les priorités actuelles des urgences (flux des patients, qualité des soins, etc.)

1 2 3 4 5

37. Si les conditions sont réunies (protocole, formation, soutien), je suis prêt(e) à réaliser des sutures.

1 2 3 4 5

38. Dans les conditions actuelles, il est réaliste d'intégrer cet acte dans l'activité quotidienne.

1 2 3 4 5

39. Dans mon service, la disponibilité médicale (avis, recours) permettrait de réaliser cet acte en sécurité.

1 2 3 4 5

40. Il est possible de faire des sutures sans formation supplémentaire. Je trouve cela pertinent.

1
2
3
4
5

41. Une formation unique d'une journée est suffisante pour se former à la suture cutanée.

1
2
3
4
5

42. Sans ressources supplémentaires, cette délégation d'acte augmente la charge de travail infirmier.

1 2 3 4 5

43. L'ajout de nouvelles responsabilités devrait s'accompagner d'une reconnaissance (statutaire, financière ou autre)

1 2 3 4 5

Ne répondez aux deux dernières questions uniquement si la suture cutanée est déjà déléguée dans votre service !

44. Depuis que l'acte des sutures cutanées a été délégué aux infirmiers dans votre service, sa réalisation respecte le cadre et les procédures établis.

1 2 3 4 5

45. La majorité des infirmiers de mon service réalisent des sutures.

1 2 3

Annexe 2 : Guide des entretiens semi-directifs

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Celui-ci s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche portant sur les actes médicaux confiés aux urgences, et plus particulièrement sur la suture cutanée, telle que prévue par l'Arrêté royal du 14 avril 2024.

Votre participation est entièrement volontaire. Les informations recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymisée. Aucune donnée permettant de vous identifier, directement ou indirectement, ne sera mentionnée dans ce travail.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. L'enregistrement sera utilisé uniquement à des fins de recherche et sera supprimé après la finalisation de l'étude. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser l'enregistrement, et vous pouvez interrompre l'entretien ou retirer votre participation à tout moment, sans devoir vous justifier.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : ce sont votre expérience, vos perceptions et votre point de vue personnel qui nous intéressent.

1. De manière générale, qu'en pensez-vous des actes médicaux confiés aux infirmiers dans les services d'urgences aujourd'hui ?

Relances possibles :

- Comment cette délégation est-elle vécue dans votre service ?
- Avez-vous le sentiment qu'elle répond à un besoin ?
- Quels exemples d'actes confiés vous viennent spontanément à l'esprit ?

Exploration des enjeux relationnels et organisationnels :

- Selon vous, cette délégation peut-elle parfois être source de tensions ou de conflits dans le service ?
- Si oui, pouvez-vous me donner un exemple de situation où cela a généré des tensions ?
- Entre quels professionnels ces tensions apparaissent-elles le plus souvent ? (médecins, infirmiers, hiérarchie...)
- À quoi ces tensions sont-elles principalement liées selon vous ? (responsabilités, compétences, organisation, cadre légal...)
- Ces tensions sont-elles fréquentes ou plutôt ponctuelles ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre de limiter ces tensions ?

2. Et plus spécifiquement, qu'en pensez-vous de la délégation de l'acte de suture cutanée aux infirmiers ?

Relances possibles :

- Cet acte vous paraît-il pertinent dans le contexte des urgences ?
- S'agit-il, selon vous, d'un changement important ou plutôt mineur ?
- Quelles réactions cette évolution suscite-t-elle au sein de votre équipe et en vous ?
- Avez-vous le sentiment qu'elle répond à un besoin ?
- Pensez-vous qu'elle peut apporter une plus value dans l'organisation de votre service (gestion de flux ou autre) ?

3. Pensez-vous que la délégation de la suture cutanée soit faisable dans votre service ?

Relances possibles :

- De quoi cela dépendrait-il concrètement ?
- Quels éléments du contexte de votre service jouent un rôle clé ?
- Qu'est-ce qui rendrait cette mise en œuvre réaliste ou, au contraire, difficilement applicable ?

4. Selon vous, la suture cutanée est-elle un acte particulièrement adapté à être confié aux infirmiers aux urgences ?

Relances possibles :

- Pourquoi cet acte plutôt qu'un autre ?
- Voyez-vous d'autres actes médicaux qui vous sembleraient plus pertinents à confier ?
- Qu'est-ce qui rendrait, selon vous, un acte « déléguable » ?
- En quoi, selon vous, la délégation de cet acte pourrait-elle influencer l'organisation et la fluidité du parcours des patients aux urgences ?

5. Selon vous, quels sont les principaux leviers susceptibles de favoriser la délégation de la suture cutanée aux infirmiers ?

- Organisationnels
- Humains
- Légaux
- Culturels ou professionnels

6. À l'inverse, quels seraient les freins ou obstacles majeurs à cette délégation ?

Relances possibles :

- Organisationnels
- Humains
- Légaux
- Culturels ou professionnels

7 . Comment décririez-vous actuellement la collaboration entre médecins et infirmiers dans votre service d'urgences ?

Relances possibles :

- En quoi cette collaboration facilite-t-elle ou freine-t-elle la délégation d'actes médicaux ?
- Le niveau de confiance vous semble-t-il suffisant ?

8. Selon vous, quels seraient les prérequis indispensables pour qu'un infirmier puisse réaliser des sutures cutanées aux urgences ?

Relances possibles :

- Formation (type, durée, contenu)
- Expérience préalable
- Existence de protocoles et de critères d'exclusion
- Supervision ou soutien médical
- Conditions matérielles et organisationnelles

9. Dans quelles conditions vous sentiriez-vous personnellement en sécurité pour réaliser une suture cutanée ?

Relances possibles :

- Quel type de formation vous semblerait indispensable ?
- Qu'attendriez-vous concrètement d'une formation « structurée » ?
- La formation seule serait-elle suffisante ou d'autres éléments seraient-ils nécessaires (supervision, expérience progressive, soutien d'équipe) ?

10. Comment percevez-vous l'évolution du rôle infirmier aux urgences ces dernières années ?

Relances possibles :

- La réalisation de sutures s'inscrit-elle, selon vous, dans cette évolution ?
- En quoi cela vous semble-t-il positif, neutre ou problématique ?
- Cette évolution correspond-elle à votre vision du métier infirmier ?
- Qu'est-ce qui vous motive, ou au contraire vous freine, à acquérir de nouvelles compétences avancées dans votre pratique aux urgences ?
 - Motivation personnelle ou professionnelle
 - Rôle du contexte de service
 - Importance de la reconnaissance (symbolique, professionnelle, financière)

11. Comment percevez-vous le développement de la délégation de la suture cutanée dans votre service depuis l'AR du 14 avril 2024 ? Quels facteurs, selon vous, peuvent expliquer son niveau actuel de mise en œuvre ?

12. Pour terminer, y a-t-il un élément important concernant la délégation d'actes médicaux aux infirmiers au sein des urgences que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?

