

Faculté des sciences de la motricité

**Évaluation de la pertinence d'intégrer
un kinésithérapeute en pratique avancée
au sein des services d'urgence en
Belgique : étude exploratoire qualitative**

Auteur : De Rijck Muhl Laura

Promoteur(s) : Pitance Laurent, Demont Anthony

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la motricité, orientation générale [120] MOTR2M -

Finalité spécialisée : kinésithérapie musculosquelettique

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Avant tout mon promoteur, Pr. Laurent Pitance, pour son investissement exceptionnel dans mon mémoire durant ces deux années académiques, à toute heure du jour et de la nuit. Je lui suis particulièrement reconnaissante pour m'avoir ouvert les portes nécessaires à la réalisation de cette étude, mais aussi pour ses précieux conseils, son accompagnement, son soutien, sa bienveillance et ses encouragements tout au long de ce projet.

Mon co-promoteur, Dr. Anthony Demont, pour sa patience, sa disponibilité et ses nombreuses révisions de mon travail. Sa guidance, son regard critique et ses remarques réalisées à la lumière de son expertise, même depuis la France, ont été un apport essentiel à la concrétisation de mon travail.

Les médecins et infirmiers des services d'urgence des Cliniques Universitaires Saint-Luc, de l'hôpital de La Louvière (site Jolimont) et du Grand Hôpital de Charleroi. Leur chaleureux accueil, leur engagement, leur disponibilité pour les réunions et le temps qu'ils nous ont consacré ont été inestimables. Je les remercie pour la qualité de leurs échanges, leur honnêteté et leur transparence lors des discussions, qui ont grandement contribué à la richesse de cette étude.

Mes parents et ma sœur pour leurs relectures approfondies et leur soutien inconditionnel dans la réalisation de ce mémoire. Je les remercie pour leur oreille attentive, leur patience et leurs conseils qui ont été un réel soutien dans les moments plus difficiles.

Mes amis kinésithérapeutes, ainsi que ceux rencontrés au cours de ces deux années d'étude, pour leur belle amitié et leurs encouragements.

Les professeurs de ce master complémentaire qui m'ont transmis leurs savoirs et leur pratique, mais surtout leur passion pour la thérapie manuelle.

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 : Conceptualisation	2
1. Théorisation	2
1.1 Définition	2
1.2 Historique	4
1.3 Rôles, tâches et compétences	4
2. Preuves scientifiques de la pratique avancée en kinésithérapie aux urgences	6
2.1 Temps d'attente et de traitement	6
2.2 Imagerie diagnostique	6
2.3 Médication	7
2.4 Efficacité du traitement et résultats pour le patient	7
2.5 Concordance du diagnostic et du traitement	8
2.6 Référencement, décharge et (ré)hospitalisation	9
2.7 Satisfaction et acceptation des patients	9
2.8 Satisfaction et acceptation des soignants	10
2.9 Aspects économiques	11
3. Objectifs de la recherche	11
Partie 2 : Méthodologie	12
1. Design de l'étude	12
2. Échantillonnage	13
2.1 Choix des hôpitaux	13
2.2 Choix des participants	13
2.3 Procédure de recrutement	14
3. Procédure	14
3.1 Entretiens semi-directifs	14
3.2 Guides d'entretien	15
3.3 Temporalité des entretiens	15
4. Recueil des données	15
4.1 Thématiques abordées	15
4.2 Consensus	17
4.3 Retranscription	17
5. Analyse des données	17
6. Considérations éthiques	19
Partie 3 : Résultats	20
1. Description de l'échantillon et des entretiens	20
1.1 Description de l'échantillon	20
1.2 Description des entretiens	21
2. Analyse primaire	22
2.1 Description des besoins et objectifs	22
2.2 Description de l'organisation des parcours de soins	27
2.3 Description des rôles	29
2.4 Description des compétences	39

3. Analyse secondaire.....	42
3.1 Précautions	42
3.2 Préoccupations	46
<i>Partie 4 : Discussion</i>	48
1. Discussion des résultats	48
1.1 Besoins.....	49
1.2 Rôles.....	50
1.3 Compétences	53
1.4 Préoccupations et précautions	55
2. Forces	56
3. Limites	57
4. Implications pour la pratique et perspectives	59
<i>Conclusion</i>	60
<i>Annexes</i>	62
<i>Annexe A : Guides d'entretien des focus groups.....</i>	<i>62</i>
<i>Annexe B : Avis favorable du Comité Éthique.</i>	<i>66</i>
<i>Annexe C : Déclaration de consentement d'enregistrement audio.</i>	<i>68</i>
<i>Annexe D : Synthèse des besoins en santé pour chaque hôpital.</i>	<i>69</i>
<i>Annexe E : Synthèse des rôles du kinésithérapeute en pratique avancée pour chaque hôpital.....</i>	<i>70</i>
<i>Annexe F : Synthèse des compétences du kinésithérapeute en pratique avancée pour chaque hôpital.</i>	<i>77</i>
<i>Annexe G : Synthèse des précautions et préoccupations mentionnées dans chaque hôpital.....</i>	<i>80</i>
<i>Bibliographie</i>	81

Table des illustrations

Table des tableaux

Tableau 1 : Composition des groupes d'entretien.	21
Tableau 2 : Déroulement des entretiens.	21
Tableau 3 : Thèmes décrivant les besoins des hôpitaux belges.	26
Tableau 4 : Thèmes décrivant les rôles de pratique avancée du kinésithérapeute dans le cadre des parcours généraux musculosquelettique et respiratoire.	34
Tableau 5 : Thèmes décrivant les rôles de pratique avancée du kinésithérapeute dans le cadre des parcours locaux (hospitalisation provisoire, vertiges, syndrome gériatrique, évaluation du risque de chute).	38
Tableau 6 : Thèmes décrivant les compétences de pratique avancée du kinésithérapeute.	41

Table des figures

Figure 1 : Parcours de soins intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée suivant une organisation de première ligne.	28
Figure 2 : Parcours de soins intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée suivant une organisation de deuxième ligne.	28

Abréviations

CanMEDS : Canadian Medical Education Directives for Specialists

CUSL : Cliniques Universitaires Saint-Luc

GHDC : Grand Hôpital de Charleroi

HBPM : Héparine à Bas Poids Moléculaire

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

JOL : Hôpital de La Louvière, site Jolimont

KPA : Kinésithérapeute en Pratique Avancée

PAK : Pratique Avancée en Kinésithérapie

Introduction

La Belgique est confrontée à divers enjeux en matière de santé, nécessitant une adaptation et une optimisation continues de son système de soins. Les soins primaires, en particulier les services d'urgence, ne font pas exception et doivent relever de nombreux défis. En 2019, 3 737 897 admissions aux urgences ont été dénombrées, soit une hausse de 23% par rapport à 2010 (1). À cela s'ajoutent le vieillissement progressif de la population (2,3), la prévalence croissante des maladies chroniques (4), la pénurie de médecins urgentistes (5), et la future réforme visant à réduire le nombre de places disponibles pour cette spécialité (6). La somme de ces éléments fait de la transformation du système de soins de santé une priorité.

De nombreux pays à travers le monde font face à des défis similaires. Une des stratégies mises en place consiste à élaborer de nouveaux modèles de soins, nécessitant très souvent un élargissement des compétences des professionnels impliqués. La pratique avancée dans le secteur infirmier est un mode d'exercice développé dans le cadre de ces modèles et est aujourd'hui adoptée par un grand nombre de pays (7). Désormais, cette pratique a été étendue aux kinésithérapeutes dans certains pays tels que le Canada, le Royaume-Uni et l'Australie (8).

Au fil des années, la pratique avancée en kinésithérapie (PAK) prend davantage d'ampleur, soutenue par une littérature florissante provenant de pays ayant plus de recul quant à l'efficacité de cette nouvelle organisation des soins. Cela permet de mettre en lumière les premiers résultats prometteurs de ce nouveau mode d'exercice. Dès lors, dans sa déclaration politique de 2023, la World Physiotherapy encourage ses organisations membres à adopter et développer des politiques nationales sur la PAK (9).

La PAK s'apparente à une évolution naturelle et nécessaire de la kinésithérapie. Elle résulte du développement de la profession au fil des années en réponse à l'évolution des besoins en matière de soins de santé. Aujourd'hui, la Belgique pourrait prendre exemple sur ces avancées qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays. Ainsi, ce mémoire a pour objectif d'évaluer la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée (KPA) au sein des services d'urgence belges.

Partie 1 : Conceptualisation

1. Théorisation

1.1 Définition

La PAK est « une combinaison de compétences, de connaissances et d'attitudes avancées qui permettent aux kinésithérapeutes d'aborder des problèmes complexes et de gérer les risques ; il s'agit du recours à une pensée critique avancée pour prodiguer des soins aux patients ayant des besoins complexes, en toute sécurité et avec compétence » (8).

Une enquête internationale auprès de 18 pays a révélé la diversité des termes employés pour décrire la PAK, les plus courants étant « KPA » (7/18), « praticien à portée étendue » (3/18) et « kinésithérapeute consultant » (2/18) (8).

Dans sa déclaration politique, la World Physiotherapy décrit la pratique avancée comme étant un mode d'exercice du kinésithérapeute qui (9) :

- « Comprend un niveau plus élevé de pratique, de fonctions, de responsabilités, d'activités, de capacités et d'autonomie ;
- Peut être associé à un titre professionnel particulier ;
- Requiert une combinaison de compétences cliniques et analytiques, de connaissances, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences avancées et nettement accrues ;
- Applique des compétences et des connaissances de niveau avancé pour influencer l'amélioration des services, obtenir de meilleurs résultats et une meilleure expérience pour les patients, ainsi que pour assurer un leadership clinique ;
- Se traduit par la responsabilité de dispenser des soins à des patients ayant généralement des besoins ou des problèmes complexes, en toute sécurité et avec compétence, ainsi que de gérer les risques. »

Ce mode d'exercice du kinésithérapeute est décrit dans différents domaines de pratique tels que l'orthopédie, la neurologie, la cardiorespiration, la pédiatrie, la gériatrie, la kinésithérapie sportive, la rhumatologie, la santé de la femme et la rééducation pelvienne (8–10). Outre ces domaines, l'intervention d'un KPA dans le contexte des soins d'urgence correspond davantage à une pratique spécifique limitée au sein d'un service de santé.

En l'absence de consensus mondial, le cadre légal de la PAK tel que le champ de pratique, le degré d'autonomie, les compétences requises et les prérequis en termes de formation dépendent du contexte de soins de chaque pays.

Le KPA se distingue du kinésithérapeute traditionnel car il mobilise des compétences et assure des rôles qui vont au-delà du cadre habituel de la profession. Ces nouvelles attributions relèvent généralement du domaine médical.

La spécialisation est un autre aspect qu'il ne faut pas confondre avec la pratique avancée. Un KPA est un spécialiste car il possède une expertise et des aptitudes approfondies dans des domaines de pratique très spécifiques. Toutefois, un kinésithérapeute traditionnel peut s'être spécialisé dans un domaine particulier (respiratoire, neurologique, pédiatrique, ...), sans pour autant travailler en pratique avancée. La différence majeure réside dans le fait qu'un KPA exerce dans un cadre législatif plus étendu que celui autorisé pour un kinésithérapeute traditionnel.

En outre, il est important de distinguer la PAK de l'accès direct à la kinésithérapie. Au cœur des discussions ces dernières années, l'accès direct désigne un modèle de soins permettant au kinésithérapeute de prendre en charge des patients sans prescription médicale préalable, selon un certain cadre légal (11). Ainsi, celui-ci correspond à une organisation de soins et n'entraîne pas de changement de la nature du métier concerné, tandis que la pratique avancée est un mode d'exercice modifiant fondamentalement la pratique de la kinésithérapie.

1.2 Historique

Durant la guerre du Vietnam, les kinésithérapeutes de l'armée des États-Unis ont été formés pour la première fois à évaluer, traiter et prévenir de manière autonome les déficits physiques des soldats. C'est également dans ce contexte qu'ils se sont vus confier un rôle de soins primaires pour la prise en charge des affections musculosquelettiques (12).

Le succès et l'efficacité de cette organisation ont conduit à la publication de nombreuses études, promulguant l'expansion des rôles du kinésithérapeute et cherchant à définir un cadre théorique pour cette pratique (12).

Aujourd'hui, plusieurs pays ont adopté ces nouveaux modèles de soins. L'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et l'Irlande ont instauré des directives nationales pour la PAK. Celles-ci définissent clairement la pratique avancée, les ressources nécessaires à l'implémentation de ces modèles, les compétences et les moyens de préservation des acquis du KPA (13).

1.3 Rôles, tâches et compétences

Actuellement, il n'existe pas de consensus mondial sur les rôles et les compétences du KPA (9).

Dans le contexte spécifique des urgences, le KPA est généralement amené à assurer deux rôles distincts. D'une part, un rôle traditionnel dans lequel il évalue et traite les patients sur recommandation du médecin. D'autre part, un rôle de pratique avancée qui lui permet de prendre en charge certains patients de manière indépendante, dans un cadre légal défini (14).

Selon le pays et le contexte de soins, le KPA assure plusieurs rôles (13) :

- Formulation d'un diagnostic médical ;
- Prescription et interprétation d'examens diagnostiques ;
- Prescription de certaines classes médicamenteuses ;

- Application d'interventions thérapeutiques médicales (injections, réduction de fractures, fabrication et pose de plâtres) ;
- Orientation du patient vers des professionnels de santé dispensant des soins secondaires ou tertiaires spécialisés ;
- Organisation de la sortie d'hospitalisation du patient.

Dans leur étude de 2024 intitulée « Developing an international competency and capability framework for advanced practice physiotherapy: a scoping review with narrative synthesis », Tawiah et al. définissent 27 compétences de pratique avancée en soutien à la normalisation et à la formation internationales de KPA. Celles-ci sont classées en 7 catégories (15) :

1. Praticien clinique expert : connaissances, compétences et raisonnement clinique avancés nécessaires à la prestation de soins sécuritaires et de qualité élevée ;
2. Communicateur : communication et alliance thérapeutique efficaces afin de faciliter la collecte et le partage d'informations avec le patient et son entourage ;
3. Collaborateur : capacité à travailler harmonieusement et efficacement au sein d'équipes multidisciplinaires ;
4. Leader : pensée systémique et soutien des organisations de soins de santé via ses activités en tant que clinicien, administrateur, universitaire ou enseignant ;
5. Promoteur de la santé : soutien et représentation des communautés vulnérables, soutien de la mobilisation des ressources pour effectuer un changement ;
6. Érudit : maintien d'un apprentissage continu, contribution au développement de données probantes et de la recherche ;
7. Professionnel : engagement envers la santé et le bien-être des patients et de la société par une pratique éthique, des standards de comportement élevés et une responsabilité professionnelle et sociale.

2. Preuves scientifiques de la pratique avancée en kinésithérapie aux urgences

Depuis une cinquantaine d'années, le développement progressif de la PAK dans le monde a permis de gagner en perspective concernant la performance de cette nouvelle organisation des soins. De nombreuses études ont été menées par divers pays, majoritairement anglo-saxons, afin d'évaluer ces modèles de soins via différents indicateurs.

2.1 Temps d'attente et de traitement

De nombreuses études démontrent que la PAK contribue à améliorer le flux des patients au sein des services d'urgence. Lorsque le KPA intervient en tant que premier contact, le temps d'attente entre le triage et la prise en charge ainsi que la durée totale de séjour aux urgences sont significativement réduits (14,16–21).

Cependant, la durée de séjour du patient peut être prolongée lorsque le KPA intervient en second contact, en raison du délai entre le référencement par le médecin et l'arrivée du KPA (14,21).

En outre, dans le cas où une analgésie est nécessaire et qu'elle n'a pas été initiée par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), le patient est susceptible de recevoir une première médication antalgique plus rapidement par rapport à la filière classique (14,22).

2.2 Imagerie diagnostique

La plupart des études démontrent que, pour une même population de patients, le KPA prescrit moins d'imageries diagnostiques durant sa prise en charge par rapport au médecin, permettant une économie dans l'utilisation des ressources (17,19,23). En revanche, certaines études affirment que le taux de prescription de ces examens reste similaire entre les deux types d'organisation des soins (19,24).

Selon d'autres recherches, le KPA recommande moins d'examens d'imagerie que le médecin urgentiste lors de la décharge du patient (25,26).

2.3 Médication

Dans les services d'urgence en Australie, le KPA est habilité à prescrire des antalgiques de palier 1 (paracétamol, ibuprofène), de palier 2 (paracétamol + codéine) et de palier 3 (oxycodone), ainsi que des anxiolytiques (diazépam), des antiémétiques (ondansétron) et du protoxyde d'azote pour la gestion des troubles musculosquelettiques (27).

Par rapport à un médecin urgentiste, le KPA prescrit généralement un taux moindre d'antalgiques (opioïdes, paracétamol) et de benzodiazépines aux patients admis aux urgences (19,26).

Lors de sa sortie, le patient lombalgique est moins susceptible de se voir prescrire des anxiolytiques ou des opioïdes s'il est pris en charge par le KPA plutôt que par le médecin urgentiste. En cas de lésion des tissus mous du membre inférieur, il n'y a pas de différence dans le taux de prescription d'antalgiques (26). Une autre étude indique que le taux de prescription ambulatoire d'opioïdes et de benzodiazépines, quel que soit le type de plainte, est également similaire (23).

Enfin, une étude rétrospective démontre que les performances du KPA en matière de prescription sont comparables, voire supérieures, à celles des médecins ou des infirmiers urgentistes (27).

2.4 Efficacité du traitement et résultats pour le patient

Selon la littérature, le traitement prodigué par le KPA est d'une efficacité équivalente, voire supérieure, aux soins usuels. Dans certaines études, le traitement du KPA s'est avéré plus efficace pour réduire la douleur à court et long terme (3 mois) par rapport aux soins médicaux (19,25). Tandis que d'autres études démontrent une efficacité comparable en termes de diminution de la douleur, de

récupération de la fonction, d'amélioration de la qualité de vie liée à la santé, de résultats rapportés par les patients (PROMs), de retour au travail et de reprise des activités (17,19).

Une revue systématique et méta-analyse de 19 études compare les effets du traitement du KPA aux soins usuels dans différents contextes de prise en charge (urgences, orthopédie, rhumatologie, etc.). À court terme, l'analyse démontre, avec un niveau de confiance très faible, qu'il n'y a pas de différence claire entre les deux types de soins concernant la diminution de la douleur et de l'invalidité. À moyen terme, les soins dispensés par le KPA semblent cependant plus efficaces pour réduire la douleur (niveau de confiance : très faible) et améliorer l'invalidité (niveau de confiance : faible) (28).

Plusieurs études ont évalué les conséquences de la PAK sur la sécurité du patient aux urgences. Aucun événement indésirable, diagnostic grave manqué, ou présentation répétée et imprévue pour un même problème, n'ont été reportés consécutivement à l'intervention primaire du KPA (17,19,21).

2.5 Concordance du diagnostic et du traitement

La concordance diagnostique pour des troubles musculosquelettiques entre le KPA et le médecin urgentiste est très bonne, avec un Kappa de 0,81 dans la première étude (24) et de 0,76 dans la seconde (28). Une troisième étude démontre une concordance presque parfaite, avec un AC1 de Gwet de 0,84 (29).

La concordance concernant le triage chirurgical ainsi que le plan de sortie était respectivement très bonne ($k = 0,71$) (28) et modérée ($k = 0,46$) (24).

Cependant, la concordance du plan de traitement entre les prestataires de soins n'est que légère ($k = 0,27$). En effet, le KPA privilégie davantage un traitement kinésithérapeutique par rapport au médecin urgentiste. De plus, le KPA prescrit plus de médicaments en vente libre et moins de médicaments sur ordonnance que le médecin (24).

2.6 Référencement, décharge et (ré)hospitalisation

Comparativement au médecin urgentiste, le taux de référencement en orthopédie est inférieur lorsque le KPA prend en charge le patient de manière autonome, avec une réduction de 20,4 % des orientations intra-hospitalières et de 21,2 % des orientations extra-hospitalières. En effet, le KPA serait plus confiant dans son diagnostic musculosquelettique et identifierait mieux les situations nécessitant un suivi orthopédique. À contrario, le KPA réfère davantage le patient vers le médecin généraliste lors de sa sortie (+ 17,5 %) (21). Enfin, pour une même population de patients, le taux d'hospitalisation et de consultation d'un autre professionnel extra-hospitalier sont similaires entre le KPA et le médecin urgentiste, à court et long terme (25).

En outre, il n'y a pas de différence concernant le nombre de patients revenant aux urgences dans les 2, 7 et 30 jours entre ceux pris en charge par le KPA et ceux suivis par le médecin urgentiste (14). Dans le cas particulier de la personne âgée admise consécutivement à une chute, l'intervention d'un kinésithérapeute dans la prise en charge aux urgences réduit considérablement le taux de réadmission pour le même problème à 30 et 60 jours (30).

2.7 Satisfaction et acceptation des patients

L'expérience positive des patients aux urgences est un facteur contributif important dans l'amélioration de la compliance et des résultats de santé de ceux-ci. De plus, elle semble être un déterminant plus important dans l'évaluation des soins que la qualité technique des soins eux-mêmes (31).

Plusieurs études ont évalué la satisfaction des patients quant à leur expérience aux urgences après avoir été pris en charge par un KPA. Bien que certaines études démontrent un niveau de satisfaction similaire, la majorité révèle une plus grande satisfaction des soins dispensés par un KPA par rapport aux soins médicaux habituels. En effet, les patients apprécient particulièrement les compétences interpersonnelles du KPA, telles que l'empathie et la considération, ainsi que ses compétences en évaluation et en traitement des problèmes musculosquelettiques.

Ils témoignent d'une grande satisfaction et d'une confiance quant aux soins reçus, en particulier concernant les conseils et l'éducation thérapeutique (19,26,32).

Par ailleurs, les enquêtes de satisfaction révèlent que les patients acceptent très favorablement d'être pris en charge par un KPA. En effet, certains le considèrent même comme un professionnel plus approprié que le médecin urgentiste pour évaluer et traiter les troubles musculosquelettiques (32).

2.8 Satisfaction et acceptation des soignants

Des enquêtes auprès d'un grand nombre de cliniciens démontrent une satisfaction majoritairement positive de l'implémentation d'un KPA dans leurs services d'urgence. Les répondants sont convaincus que le KPA possède les compétences et les connaissances nécessaires à la prise en charge sécuritaire et efficace de groupes de patients spécifiques. Ils ont confiance en sa capacité à référer les patients de manière appropriée, ainsi qu'à prescrire des imageries, administrer des médicaments et réaliser des injections intra-articulaires. De plus, les soignants interrogés estiment que le KPA contribue significativement à l'amélioration des soins aux urgences grâce à sa complémentarité dans l'équipe (14,33–35).

L'acceptation du KPA par les autres professionnels des urgences est facilitée par une expérience clinique importante ainsi que des compétences et des connaissances approfondies (33,35). La présence du KPA en dehors des horaires normaux de travail ainsi que les week-end fait également partie des demandes des soignants pour favoriser son acceptation (14,33).

Cependant, une minorité de professionnels exprime certaines inquiétudes. Ils affirment ne pas avoir une bonne compréhension des patients pouvant être orientés vers le KPA (14). Certains soignants craignent que l'intervention de ce kinésithérapeute dans la filière de soin n'augmente la durée et les coûts des soins pour le patient. (34) D'autres redoutent que sa présence ne limite les opportunités d'apprentissage pour les médecins en formation et ne provoque une concurrence entre les soignants (33).

2.9 Aspects économiques

L'implémentation d'un KPA dans les services d'urgence engendre une moindre utilisation des ressources et des services comme expliqué dans les rubriques ci-dessus. Cela contribue à la diminution indirecte des coûts de soins de santé (23,36).

D'autres études démontrent des coûts directs et indirects équivalents à la filière médicale, notamment concernant le coût par patient par heure, les coûts hospitaliers et les coûts totaux de santé (17,19). Bien que les coûts pour le système de santé soient inférieurs ou similaires avec ce modèle de soins impliquant un KPA, une étude indique que les coûts de santé pour le patient semblent plus élevés (36).

En somme, sur base de la littérature existante, il semble difficile de tirer des conclusions concernant le rapport coûts-efficacité de l'implémentation d'un KPA dans le contexte spécifique des soins d'urgence.

3. Objectifs de la recherche

Cette étude vise à évaluer la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique.

Dans un premier temps, il convient de déterminer si le personnel médical (médecins) et paramédical (infirmiers) rencontre des besoins dans leur pratique auxquels le KPA pourrait apporter une solution. Dans le cas où des besoins ont été identifiés et que les participants perçoivent l'intervention d'un KPA comme étant bénéfique, leurs perspectives sont recueillies concernant les objectifs et les rôles du KPA au sein du service, ainsi que les compétences requises à l'exercice de ses fonctions.

L'objectif final de cette étude est la conception d'un cadre exploratoire de référence de la PAK décrivant les objectifs, les rôles et les compétences d'un KPA au sein des services d'urgence belges.

Partie 2 : Méthodologie

1. Design de l'étude

L'approche qualitative s'est avérée être la méthodologie la plus pertinente au vu du caractère exploratoire de cette étude visant à déterminer les délinéaments de cette nouvelle organisation de soins. En effet, bien que la pratique avancée soit tolérée dans le secteur infirmier, elle n'existe pas encore pour la kinésithérapie en Belgique. En outre, très peu de recherches ont été menées sur ce mode d'exercice, ne fournissant pas les données nécessaires pour évaluer la pertinence de son implémentation dans notre pays.

La recherche qualitative a l'avantage de posséder une flexibilité dans sa méthodologie. Elle permet également d'explorer des aspects non quantifiables de la kinésithérapie, tout en respectant une certaine rigueur scientifique. Elle suppose une démarche inductive permettant d'élaborer un modèle théorique à partir de données empiriques recueillies auprès des participants (37–40).

L'étude a été menée selon une approche descriptive qualitative et a été basée sur le processus itératif décrit par Harding et al. et Bravo et al. (41,42). L'objectif de ce processus a été la conception d'un cadre exploratoire de référence de la PAK aux urgences. L'élaboration de ce cadre a comporté trois étapes. Dans un premier temps, une revue de portée a été menée afin de créer un cadre initial de la PAK sur base des modèles internationaux préexistants. Celle-ci a été réalisée au préalable de cette étude par Vervaeke et al. (43). Ensuite, les perceptions des participants sur différents thèmes ont été explorées via des entretiens semi-directifs. Enfin, un cadre final a été rédigé décrivant le ou les nouveaux modèles de soins identifiés lors de la phase précédente.

2. Échantillonnage

2.1 Choix des hôpitaux

Afin de préserver une uniformité linguistique, seuls des hôpitaux de Belgique francophone localisés en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne ont été sélectionnés pour réaliser cette étude. Le domaine de la santé est une compétence majoritairement régie par le pouvoir fédéral. Par conséquent, ses aspects les plus importants sont déterminés par celui-ci tels que le cadre général, le mode de financement ainsi que les aspects liés au remboursement des soins de santé (5). La région dans laquelle les hôpitaux étaient situés n'a donc eu qu'un impact limité sur l'organisation générale des soins de santé.

En Belgique, il existe deux types de services d'urgence : le service de soins d'urgence spécialisés et le service de première prise en charge des urgences (44,45). Un service d'urgence est considéré comme spécialisé dès lors qu'il dispose en permanence d'un médecin urgentiste et d'au moins deux infirmiers, dont l'un est qualifié en soins intensifs et en soins d'urgence. « Ce service doit être capable de stabiliser et de rétablir les fonctions vitales d'un patient » (46). Seuls les hôpitaux disposant d'un service de soins d'urgence spécialisés ont été inclus dans l'étude.

2.2 Choix des participants

Le recrutement a été effectué auprès d'individus exerçant une profession médicale (médecins) ou paramédicale (infirmiers) dans les services d'urgence des hôpitaux sélectionnés. Aucun critère d'exclusion particulier n'a été défini concernant la sélection des sujets au sein de la population cible.

Un seul groupe de discussion par institution était requis. Afin que les deux professions soient représentées, chaque groupe devait inclure au moins un médecin et un infirmier. De plus, au minimum un responsable hiérarchique devait être présent dans chaque groupe. Aucune limite concernant le nombre de participants par groupe de discussion n'a été établie.

2.3 Procédure de recrutement

Les chefs de service des urgences des hôpitaux cibles ont directement été invités à participer à l'étude via un courriel. Celui-ci comprenait des informations sur l'objectif et le déroulement général de l'étude. Dans le cas où l'institution répondait favorablement à cette sollicitation, une visio-conférence était organisée avec les responsables de service. L'objectif de celle-ci était de répondre aux questions éventuelles et d'expliquer de manière plus précise l'organisation des entretiens. Les chefs de service ont ensuite été invités à sélectionner et contacter eux-mêmes les soignants qui participeraient aux entretiens.

3. Procédure

3.1 Entretiens semi-directifs

La collecte des données a été réalisée via des discussions de groupe focalisées ou « focus group discussion ». Cette technique d'entretien collectif semi-directif consiste à rassembler un petit groupe de personnes pour discuter d'un sujet spécifique sous la supervision d'un modérateur. Elle possède l'avantage de favoriser l'interaction entre les participants et donc l'émergence d'opinions parfois controversées. Elle permet ainsi de récolter une quantité importante d'information en un laps de temps relativement court (40).

Deux mêmes expérimentateurs, LD et LP, ont été présents à chaque séance.

Au cours de ces entretiens, les participants ont été amenés à exprimer leurs opinions quant à l'intégration d'un KPA dans les services d'urgence belges. Leurs expériences professionnelles et personnelles respectives ont contribué à la co-construction des modèles théoriques répondant à la question de départ.

3.2 Guides d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré pour chacune des séances, comprenant les principales thématiques à aborder sous forme de questions ouvertes (*Annexe A*). La conception de ces guides s'est appuyée sur l'étude de Tourjansky & Demont (13) et les questions se réfèrent aux thèmes identifiés dans la revue de portée (43).

Les guides d'entretien ont pour objectif de structurer les discussions en proposant une trame à respecter. Ils garantissent que tous les aspects essentiels de l'étude soient abordés et assurent la pertinence des échanges par rapport à la question initiale. Ces guides permettent également de préserver une certaine souplesse lors des entretiens car ils laissent la possibilité d'intervertir l'ordre des thèmes discutés, de reformuler les questions ou de rebondir sur des éléments précis.

3.3 Temporalité des entretiens

Trois entretiens semi-dirigés ont été organisés pour chaque groupe de discussion.

Un délai d'environ deux à trois semaines entre les entretiens d'un même groupe a été respecté afin de laisser aux participants un temps de maturation de leur réflexion sur les sujets examinés.

4. Recueil des données

4.1 Thématiques abordées

Les guides d'entretiens ont fait office de structure aux trois sessions de focus groups. La temporalité des thèmes abordés a pu varier d'un groupe à l'autre selon les discussions, un thème pouvant avoir été traité plus tôt ou plus tard dans les entretiens par rapport à la trame présentée ci-dessous.

La première session de focus group a été consacrée au recueil des données sociodémographiques des participants telles que leur genre, leur âge, leur(s) diplôme(s), leur profession, leur(s) lieu(x) d'exercice, leur(s) fonction(s) et leur niveau de connaissance de la PAK sur une échelle numérique de 1 (aucun) à 5 (très bon). En outre, un court exposé théorique a été présenté, abordant la définition et la situation internationale de la PAK et illustrant les résultats de la revue de portée. Un premier échange a été initié afin d'identifier les besoins de soins et les attentes des soignants.

L'objectif de la seconde session a été de définir plus précisément ces besoins et ces attentes concernant l'intervention d'un KPA dans la prise en charge des patients admis dans leurs services. Les participants ont été invités à identifier les parcours de soins pour lesquels son intégration serait bénéfique et pertinente. Ils ont ensuite été amenés à définir les potentiels objectifs et rôles du KPA dans ces filières.

La troisième session a permis de construire les nouvelles filières de soins intégrant le KPA. Pour chaque parcours de soins identifié, les participants ont décrit les critères définissant le profil des patients concernés par la filière de soin intégrant un KPA. Par ailleurs, les participants ont déterminé précisément les objectifs et les rôles du KPA, ainsi que les compétences qu'il devrait posséder.

La flexibilité de cette méthodologie a permis d'aborder des thèmes propres au contexte de soins de chaque institution.

Afin d'établir une base de compréhension commune des différents termes utilisés, les définitions de « rôle » et de « compétence » ont été clarifiées. Le rôle a été défini comme étant la tâche ou l'action réalisée par le KPA, en d'autres termes, la fonction qu'il remplit au sein du service des urgences. Tandis que la compétence est l'aptitude que doit posséder le KPA pour assurer ses rôles, il s'agit de sa capacité à réaliser une tâche grâce aux connaissances acquises lors de sa formation.

4.2 Consensus

Un tableau complété durant les entretiens a été projeté pour permettre aux participants d'avoir une vision en temps réel des données recueillies. Un consensus entre les participants d'un même groupe de discussion était nécessaire pour que les données des thèmes soient prises en compte dans l'analyse.

Afin de confirmer ce consensus et de garantir l'exactitude ainsi que la fidélité des données recueillies, une synthèse des résultats des trois réunions a été rédigée puis envoyée par courriel aux participants du groupe. Cela leur a donné l'opportunité de réviser le document afin de suggérer des ajustements.

4.3 Retranscription

Les entretiens ont été enregistrés pour permettre une retranscription ultérieure verbatim de ceux-ci. Les retranscriptions ont été réalisées à l'aide de Microsoft Word, puis corrigées manuellement.

5. Analyse des données

Les données ont été traitées selon la méthode *Framework* développée par Ritchie & Spencer (47). Cette approche analytique est subdivisée en cinq étapes : familiarisation, identification d'un cadre thématique, indexage, cartographie et interprétation (48).

Dans un premier temps, il s'agissait de se (re)familiariser avec les données récoltées lors des entretiens. Cette étape a permis d'adopter une vue d'ensemble des données et de les replacer dans leur contexte afin de prévenir les potentielles conclusions hâtives basées sur l'intuition des expérimentateurs. Les enregistrements audios et leurs retranscriptions ont servi de support à ce processus.

Deuxièmement, après examen de l'ensemble des données, une analyse a été réalisée permettant de dégager les concepts clefs, de les trier et de les classer dans le cadre thématique. L'objectif de cette étape était de percevoir les liens entre les différentes données afin d'élaborer des catégories capables d'englober et de représenter leur diversité. En pratique, la lecture des retranscriptions a permis de créer des codes dans le logiciel NVivo décrivant ces catégories. Les thèmes des guides d'entretien ont servi de support à la formulation des codes : besoins, rôles, compétences.

Ensuite, l'indexation des données fait référence au processus au cours duquel le cadre thématique a été appliqué aux données sous leur forme textuelle. Il s'agissait de référencer chaque passage de la retranscription des entretiens à un code du cadre thématique grâce au logiciel NVivo.

La quatrième étape a consisté en la représentation graphique des données textuelles, ou sous forme de tableaux de synthèse dans le cas de cette étude. Cette représentation offre une vision d'ensemble des données et facilite l'établissement de liens entre elles afin de simplifier leur interprétation. Dès lors, les données précédemment référencées ont été sorties de leur contexte, synthétisées et réorganisées selon la catégorie qui leur avait été attribuée. Afin de garantir l'objectivité des résultats, cette synthèse a été réalisée par deux expérimentateurs, LD et AD.

Deux types de tableaux de synthèse ont été élaborés. D'une part, les tableaux intragroupes présentent les données sur lesquelles un consensus a été atteint au sein de chaque groupe de discussion. D'autre part, les tableaux intergroupes mettent en évidence les données convergentes entre plusieurs groupes.

- Les besoins des différents hôpitaux ont été regroupés, puis classés en plusieurs catégories.
- Les thèmes généraux décrivent les rôles du KPA sur lesquels toutes les institutions sont parvenues à un consensus. Dans ce cas, seules les tâches évoquées dans tous les groupes ont été reprises dans les tableaux. Par ailleurs, les thèmes isolés correspondent aux rôles du KPA qui n'ont pas été décrits par tous les hôpitaux interrogés.

- Les compétences qui ont été mentionnées dans l'analyse sont celles se rapportant aux thématiques générales des rôles du KPA, qu'elles aient été explicitement citées, ou pas, dans tous les groupes.

Enfin, à partir de ce cadre thématique, l'ensemble des données a été interprété afin de répondre à la question de recherche.

Bien que les étapes soient bien distinctes et se suivent dans un ordre précis, la souplesse méthodologique de la méthode Framework a offert la possibilité de revenir aux étapes précédentes dans le cas où il était nécessaire de les retravailler.

6. Considérations éthiques

L'étude a consisté en une enquête auprès des soignants concernant leurs pratiques professionnelles, c'est pourquoi la loi de 2004 sur l'expérimentation sur la personne humaine ne s'applique pas.

Dès lors, une demande simplifiée a été introduite au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain. Le dossier soumis comportait le résumé et le protocole de l'étude, les guides d'entretien, un questionnaire RGPD et un formulaire de soumission. L'avis favorable du comité d'éthique est disponible en *Annexe B*.

Les participants ont été invités à signer une déclaration de consentement d'enregistrement audio des entretiens (*Annexe C*).

Partie 3 : Résultats

1. Description de l'échantillon et des entretiens

1.1 Description de l'échantillon

Le Tableau 1 décrit la composition des groupes d'entretien de chaque hôpital.

Trois hôpitaux ont été inclus dans l'étude. Deux sont localisés dans la province du Hainaut en Région wallonne, l'hôpital de La Louvière (JOL) et le Grand Hôpital de Charleroi (GHDC). Ceux-ci ont respectivement un débit de 50 000 et 93 000 contacts par an. L'hôpital de Charleroi est à sites multiples, dont chacun des 3 sites possède des spécificités en termes de prises en charge (traumatologie, oncologie, grands brûlés, etc.). Le troisième hôpital, les Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL), se situe dans la Région de Bruxelles-Capitale et dénombre en moyenne 79 000 contacts par an.

Trois groupes de discussion ont été constitués et ont réuni chacun entre 5 et 7 participants, totalisant ainsi 19 professionnels. L'échantillon était composé de 12 hommes et 7 femmes, incluant 10 médecins et 9 infirmiers, dont 10 responsables hiérarchiques. L'âge moyen des participants était de 48 ans, avec des extrêmes allant de 31 à 65 ans.

Le niveau moyen de connaissance concernant la pratique avancée en kinésithérapie avant le début des entretiens était de 2,1 sur 5, soit assez faible.

Tableau 1 : Composition des groupes d'entretien.

Institution	CHU HELORA - Hôpital de La Louvière - Site Jolimont	Cliniques universitaires Saint-Luc	Grand Hôpital de Charleroi (3 sites)
Localisation	La Louvière, Hainaut	Bruxelles, Région de Bruxelles-Capitale	Charleroi, Hainaut
Taille (contacs/an)	50 000	79 000	93 000
Nombre de participants	5	7	7
Genre des participants	1 femmes / 4 hommes	3 femmes / 4 hommes	3 femmes / 4 hommes
Âge moyen des participants	45 ans (31 - 62)	45 ans (35 - 54)	53 ans (45 - 65)
Profession	MED1 MED2+ MED3☆ INFI1☆ INFI2	MED4 MED5 MED6☆ MED7+ INFI3 INFI4☆ INFI5+ INFI6 INFI7☆ INFI8☆ INFI9	MED8☆ MED9 MED10 INFI6 INFI7☆ INFI8☆ INFI9
Niveau moyen de connaissance de la PAK sur une échelle de 1 à 5	2	1,86	2,43

☆ Chef de service

+ Chef de service adjoint

PAK : Pratique avancée en kinésithérapie

1.2 Description des entretiens

Le Tableau 2 décrit le déroulement de chaque entretien.

Un total de 10 réunions a été réalisé, soit 3 entretiens par hôpital. Un entretien supplémentaire a été mené à l'hôpital de La Louvière car seuls deux médecins étaient présents lors de la troisième réunion. Il a été estimé que les résultats de cet entretien ne pouvaient être valides que s'ils étaient approuvés par des infirmiers et un plus grand nombre de participants.

Les entretiens avaient une durée moyenne de 85 minutes. Celle-ci dépendait de la disponibilité de l'équipe, de la mesure dans laquelle les participants développaient leurs réponses, des sujets abordés et des débats qui en résultaient.

Tableau 2 : Déroulement des entretiens.

		Réunion 1	Réunion 2	Réunion 3	Réunion 4
CHU HELORA - Hôpital de La Louvière - Site Jolimont	Durée approximative	110 min	116 min	108 min	85 min
	Nombre de participants présents	5/5	4/5	2/5	5/5
Cliniques universitaires Saint-Luc	Durée approximative	75 min	85 min	67 min	/
	Nombre de participants présents	6/7	6/7	6/7	/
Grand Hôpital de Charleroi	Durée approximative	92 min	82 min	52 min	/
	Nombre de participants présents	6/7	7/7	5/7	/

2. Analyse primaire

2.1 Description des besoins et objectifs

Lors des discussions, plusieurs besoins et objectifs ont été identifiés par les équipes soignantes. L'ensemble de ceux-ci sont illustrés dans l'*Annexe D*. La plupart de ces besoins se recoupaient entre les groupes de discussion et ont ainsi pu être regroupés en deux thèmes principaux (Tableau 3).

2.1.1 Améliorer la qualité des soins délivrés aux urgences

De nombreux besoins tendaient vers un objectif commun d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux urgences.

Le besoin le plus fréquemment évoqué est la nécessité d'augmenter l'offre de soins disponible aux urgences et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients admis au sein du service (36 citations). Selon les participants, le KPA posséderait une qualification particulière dans des domaines de pratiques généralement moins bien maîtrisés par les médecins et infirmiers urgentistes. Ces compétences spécifiques permettraient d'améliorer et de compléter l'offre de soins dispensée aux urgences en apportant davantage de réponses thérapeutiques au patient.

En effet, les participants ont évoqué à de nombreuses reprises leur manque de connaissances pour la prise en charge de certaines pathologies, notamment musculosquelettiques. « Il y a une expertise que nous n'avons pas dans le bilan musculosquelettique, un examen clinique que nous ne faisons pas de la même façon parce qu'on n'est pas assez pointus dans le domaine musculaire. » (MED 8)

Les médecins ont notamment attribué cela au décalage entre ce qui leur est enseigné lors de leur cursus et la réalité du terrain : « c'est une bonne formation, mais il y a quand même une lacune énorme entre la formation théorique et la pratique de notre travail. » (MED 2) « Les médecins, surtout les jeunes assistants, n'ont pas ce tropisme ostéoarticulaire, il n'est même pas enseigné de manière adéquate, même pas du tout, pendant leur cursus. Et on sait que les kinés, et notamment ceux qui

viennent en stage ici, ont une faculté d'approche du patient cervicalgique, lombalgique qui est plus avancée que la nôtre déjà maintenant. » (MED 5)

Cette lacune dans leurs compétences impacte la qualité de leur prise en charge et engendre une frustration parmi les soignants : « Combien de fois le lumbago pour nous c'est anti-inflammatoires, repos, retour à la maison. C'est quand même très limité comme approche thérapeutique je trouve. » (MED 3) Ils perçoivent donc le KPA comme un professionnel de santé capable d'apporter une réelle plus-value au sein des urgences. « Pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient, c'est, qu'est-ce que le kiné, avec ses connaissances, peut nous apporter ? » (MED 9)

Grâce à ses compétences spécifiques, les participants souhaitent que le KPA contribue à réduire le recours à la médication au profit de traitements non-médicamenteux, conformément aux recommandations pour la prise en charge de certaines pathologies. En d'autres termes, le KPA serait capable de réaliser des actes thérapeutiques permettant de soulager en partie la douleur et de limiter l'utilisation d'antalgiques. À nouveau, le KPA représenterait une valeur ajoutée dans la prise en charge de certains patients. En effet, les médecins estiment manquer de ressources pour traiter certaines affections et affirment qu'ils ont, par conséquent, « plus vite tendance à avoir recours aux médicaments alors que ça pourrait être évité. » (INFI 1) Les soignants aspirent à ce que le KPA permette aussi une diminution des prescriptions fournies lors de la décharge du patient. « On voit bien que son regard apporte une autre dimension sur la prescription médicamenteuse. » (MED 8)

Le temps d'attente étant généralement une problématique majeure dans les services d'urgence, les participants ont exprimé le besoin de le réduire afin que les patients puissent accéder plus rapidement au traitement approprié. D'une part, les patients consultant pour des urgences relatives ou des affections non-urgentes seraient plus rapidement vus par le KPA. « À un moment donné, il y a trop de patients et donc ça veut dire que le patient qui a une entorse de cheville, parfois sa prise en charge va être très très longue. Donc peut-être que s'il est vu par un kiné, ça ira plus vite pour ce patient-là. » (MED 3) D'autre part, cette organisation des soins soulagerait les médecins de certaines prises en charge et libérerait de leur temps afin qu'ils

puissent plus rapidement prendre en charge les patients nécessitant une consultation exclusivement médicale.

Enfin, un participant a rebondi sur la nécessité de remédier à certaines lacunes en termes de connaissances, comme évoqué précédemment, et donc la possibilité d'attribuer au KPA un rôle d'enseignement auprès des médecins. En effet, le KPA serait un professionnel adéquat pour la transmission de son expertise aux médecins et/ou aux médecins en cours de formation concernant certains domaines de compétences qui lui seront propres. « Dans ce contexte-là, je vois quand même aussi une vraie plus-value en termes d'enseignement. [...] Ça peut être un plus pour les médecins en formation de dire “vous devez suivre autant de lombalgies, autant d'entorses de cheville, avec le kiné pour vous aussi être formés”. » (MED 7)

2.1.2 Optimiser l'utilisation des ressources et l'organisation des urgences

Le second thème identifié concerne le besoin d'optimiser l'utilisation des différentes ressources et l'organisation du service d'urgence.

Les médecins urgentistes ont exprimé le désir de redonner du sens à leur profession en assurant une meilleure répartition des tâches au sein du service par la valorisation de l'expertise de chaque spécialité (16 références). À titre d'exemple, un médecin a évoqué la possibilité de « référer [les patients ne nécessitant pas de soins médicaux urgents] à une personne qui sait prendre le temps de les prendre en charge correctement, pour pouvoir, nous, se concentrer sur des choses qui sont absolument médicales, qu'on ne peut pas référer à une autre personne. » (MED 3) Ainsi, les participants ont estimé que le KPA serait un professionnel adéquat à qui ils pourraient envisager de déléguer la prise en charge de certains profils de patients correspondant à ses compétences.

Indirectement, le KPA contribuerait ainsi à libérer du temps médical et paramédical en assumant certains aspects des soins. Ceci permettrait au KPA, mais aussi aux médecins et infirmiers urgentistes, de consacrer davantage de temps à chacune de leurs prises en charge. « Il y a 100 tâches entre guillemets, le KPA devrait faire telle chose pour que les infirmières aient un contact plus long avec les patients. » (MED

8) En effet, les participants ont évoqué le manque de temps auquel ils étaient confrontés quotidiennement dans leur pratique causé par la surcharge de travail, les obligeant ainsi à se concentrer uniquement sur les soins essentiels. Cette libération de temps, rendue possible grâce à l'intervention du KPA, offrirait la possibilité aux soignants de s'attarder sur des aspects secondaires de la prise en charge, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins. « On a quand même un rôle et une responsabilité de prévention primaire et d'éducation à la santé. Ça fait partie de notre métier, mais on n'a pas le temps pour l'exercer. Sinon les patients repartiraient avec moins de prescriptions. » (MED 2)

Par ailleurs, les soignants ont mentionné la surcharge des services d'urgence liée au nombre croissant de patients consultant pour des affections non-urgentes. Ils ont émis le besoin de suppléer l'équipe soignante afin de soulager le flux des urgences de ces patients. « Je pense qu'on doit sortir des besoins pratico-pratiques qu'on a aujourd'hui pour aller dans une autre dimension qui est de soulager, à certains moments, le flux aux urgences. » (INFI 6) Le KPA pourrait contribuer à désengorger les urgences grâce à la gestion autonome de certains profils de patients. « Je vois très bien un kiné nous compléter, nous seconder, prendre en charge des choses qui relèvent de ses compétences. Parce que c'est aussi une réalité de terrain, en Belgique comme ailleurs, les urgences sont de plus en plus fréquentées pour tout et n'importe quoi. » (MED 5)

Les participants ont également évoqué le déficit actuel d'effectifs médicaux et paramédicaux, qui sera majoré par les nouvelles restrictions du nombre de places disponibles pour la spécialité de médecin urgentiste. « Dans la pratique, nous estimons être sous-staffés. » (MED 6) « On est particulièrement intéressés à recentrer l'expertise de chacun puisque dans les années qui viennent, on va avoir un gros problème de ressources humaines. Et donc, notre idée et notre volonté est d'identifier le savoir-faire de chacun pour pouvoir l'utiliser au bon endroit. » (MED 6) Ainsi, les participants ont exprimé la nécessité d'optimiser la répartition des tâches au sein du service par la valorisation de l'expertise de chaque spécialité. « On a un intérêt dans tout ce qui est pratique avancée pour pouvoir se répartir au mieux les tâches dans un service d'urgence qui manifestement est surpeuplé d'un point de vue patients et pas assez peuplé d'un point de vue soignants. » (MED 6) Dans ce

contexte, le KPA permettrait de compléter l'équipe soignante en participant à la prise en charge de certains profils de patients.

Enfin, les soignants ont émis le souhait de réduire le recours inapproprié aux ressources humaines, matérielles et financières utilisées dans le parcours de soins du patient pendant et après son séjour aux urgences. Ils estiment qu'un KPA permettrait « de limiter un peu les différents intervenants et les ressources utilisées » (MED 4) grâce à son expertise. Par exemple, certains participants ont estimé qu'il pourrait permettre de « soulager des consultations d'orthopédie 80 % des entorses de cheville avec un petit arrachement osseux » (MED 3) grâce à une prise en charge adéquate directement aux urgences. Ils ont également mentionné l'absence de contre-régulation des patients consultant aux urgences et ont souligné qu'en attendant d'y remédier, il était crucial de disposer des « ressources suffisantes pour prendre en charge ceux qui rentrent dans la boîte des urgences ». (MED 6)

Tableau 3 : Thèmes décrivant les besoins des hôpitaux belges.

THEMES	BESOINS	Nombre de références
Améliorer la qualité des soins délivrés aux urgences	Augmenter l'offre de soins disponible aux urgences et améliorer la qualité de la prise en charge via un kinésithérapeute possédant une qualification particulière (pratique avancée) dans des domaines de pratiques généralement moins bien maîtrisés par les médecins et infirmiers urgentistes.	36
	Réduire le délai d'attente du patient pour accéder au bon traitement au sein des urgences via l'implémentation d'un KPA capable de prendre en charge certains profils de patients de manière autonome.	3
	Diminuer le recours à la médication au regard des recommandations de bonnes pratiques au profit de traitements non-médicamenteux délivrés par le KPA.	3
	Contribuer à l'amélioration des bonnes pratiques via la transmission de l'expertise du KPA aux médecins et médecins en formation.	1
Optimiser l'utilisation des ressources et l'organisation du service d'urgence	Assurer, via l'intégration d'un KPA, une meilleure répartition des tâches en recentrant l'expertise de chaque profession afin de libérer du temps médical (médecins) et paramédical (infirmiers) et ainsi augmenter le temps de prise en charge accordé aux patients.	16
	Soulager le flux et l'équipe de soins des urgences du nombre croissant de patients consultant pour une urgence relative ou une affection non-urgente via un KPA capable de prendre en charge certains profils de patients de manière autonome.	7
	Pallier le manque de ressources humaines actuel et futur au sein du service d'urgence grâce à un KPA capable de prendre en charge certains profils de patients de manière autonome.	6
	Réduire le recours inapproprié à des ressources humaines, matérielles et financières lors du parcours de soins du patient pendant et après son séjour aux urgences.	4

KPA : Kinésithérapeute en pratique avancée

2.2 Description de l'organisation des parcours de soins

Durant les entretiens, les participants ont construit de nouveaux parcours de soins intégrant un KPA. Deux types d'organisation ont été évoqués dans les trois établissements. « Pour moi, c'est un kiné couteau suisse qui a plein de missions. Pour certaines, c'est un acte pour lequel l'infirmière ou le médecin lui demandent sa spécialité, et pour d'autres, il pourrait avoir une certaine autonomie. » (MED 9)

2.2.1 Première ligne : kinésithérapeute en pratique avancée autonome

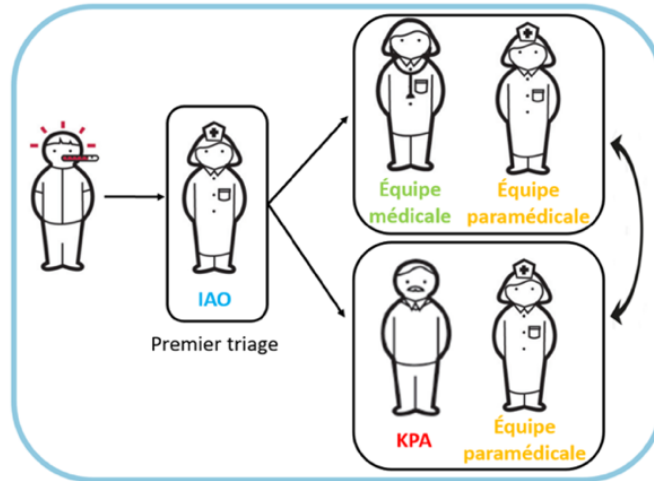
Le KPA interviendrait en tant que premier contact, juste après l'IAO (Figure 1). L'IAO orienterait directement le patient vers le kinésithérapeute s'il estime, sur base de certains critères, que la gestion de ce cas relève de ses compétences. Le KPA réaliserait de manière indépendante la prise en charge du patient depuis sa première évaluation complète, jusqu'à son orientation clinique ultérieure (sortie, hospitalisation, etc.). « Certains patients ne pourraient être vus que par le kiné. » (MED 6) « Je vois très bien un kiné travailler de manière tout à fait autonome dans la prise en charge du patient, depuis peut-être déjà l'accueil jusqu'au traitement de sortie. » (MED 5)

Il posséderait une grande autonomie pour la prise en charge de ces patients mais travaillerait en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Il aurait les capacités suffisantes pour intervenir seul mais ferait appel à l'urgentiste en cas de signaux d'alertes lui indiquant que la situation sort de son champ de compétences. « Je le vois comme une prise en charge intègre et autonome au sein du service d'urgence avec des guidelines, un algorithme très clair, avec des red flags qui font qu'il va y avoir une interaction médicale. » (MED 6) « Ce n'est pas deux filières strictement séparées, mais c'est deux personnes qui travaillent ensemble en collaboration et qui ont chacun plus ou moins pas un type de patient. » (MED 1)

Cette organisation ferait également référence aux situations où le médecin aurait déjà initié la prise en charge et que celui-ci déciderait finalement qu'elle relève des compétences du KPA. « Ce n'est pas parce qu'on a choisi la ligne deux (...) que je ne peux pas lui référer mon entorse. J'ai vu un trauma du membre inférieur et j'ai

demandé une radio, la radio est négative, ça va chez le kiné pour décider de l’immobilisation, de l’antalgie, etc. » (MED 2)

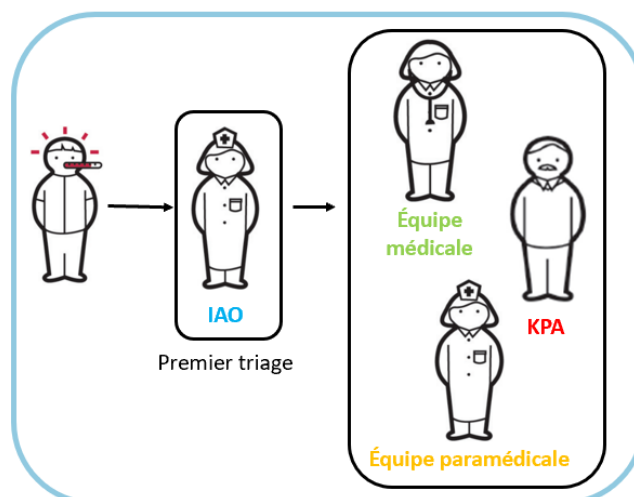
Figure 1 : Parcours de soins intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée suivant une organisation de première ligne.



2.2.2 Deuxième ligne : kinésithérapeute en pratique avancée expert

Le KPA interviendrait en tant qu’expert au sein d’une prise en charge pluridisciplinaire (Figure 2). Il serait appelé par le médecin pour réaliser des actions pour lesquelles il possède une expertise spécifique. « Ça peut être le médecin ou l’infirmier qui interpelle le kiné en disant “tiens, on se demande s’il ne faut pas mettre de la VNI ?”. Mais ça peut être le kiné qui, à un moment donné, est sollicité pour un avis kiné respi et puis qui dit “je me demande s’il ne faudrait pas faire un peu de VNI à ce patient ?”. Mais ça doit être collaboratif. » (MED 3)

Figure 2 : Parcours de soins intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée suivant une organisation de deuxième ligne.



2.3 Description des rôles

Les rôles du KPA évoqués par les participants ont été synthétisés en trois filières de soins de pratique avancée et trois filières impliquant les rôles traditionnels du kinésithérapeute. Les tableaux détaillant les filières décrites par chaque institution sont disponibles en *Annexe E*.

Pour rappel, les thèmes généraux correspondent aux parcours de soins qui ont été évoqués dans l'ensemble des trois établissements. Les données illustrées ci-après résultent d'un accord manifeste au sein de chaque groupe et d'un accord tacite entre les différents groupes de discussion. Les thèmes isolés font références aux parcours de soins qui ont fait consensus uniquement dans un groupe ou entre deux groupes.

2.3.1 Thèmes généraux

Ces deux thèmes sont les plus cités par les participants et, de leur point de vue, les plus importants à développer. « Pour moi la priorité musculosquelettique et respiratoire, je les mets sur le même niveau. Le kiné doit avoir cette double casquette s'il veut travailler aux urgences. » (MED 9)

➤ **Filière musculosquelettique :**

La nouvelle filière de soin de pratique avancée la plus évoquée par les soignants a été la filière musculosquelettique (Tableau 4). Celle-ci suivrait l'organisation d'une première ligne et concernerait deux catégories de patients.

La première catégorie correspondrait aux patients souffrant d'une affection musculosquelettique d'origine traumatique d'une ou plusieurs régions anatomiques, telles l'entorse de cheville, la luxation de l'articulation temporo-mandibulaire et la pronation douloureuse chez l'enfant. Tandis que CUSL et GHDC ont inclus l'ensemble du corps dans cette filière, JOL a proposé une autre organisation des soins dans le cas du whiplash et des atteintes articulaires de l'épaule, du coude et du poignet (*Annexe E*). Étant des régions généralement

associées à des affections plus complexes, les participants de ce groupe ont déterminé que le rôle du KPA commencerait après un premier triage médical. Le médecin établirait d'abord un diagnostic et jugerait s'il est pertinent que le KPA poursuive la prise en charge de ce patient. « On trouvait que l'épaule est une articulation complexe et donc on préférerait avoir un avis médical. » (MED 3)

La deuxième catégorie fait référence aux patients se présentant aux urgences pour une affection musculosquelettique d'origine atraumatique d'une ou plusieurs régions anatomiques, avec ou sans irradiation, telles que la cervicalgie, la lombalgie, l'épaule douloureuse et les tendinopathies.

Les participants ont évoqué plusieurs critères permettant de définir le profil des patients pouvant être redirigés dans la filière de soins du KPA. L'objectif principal de ces critères est de maximiser la probabilité d'inclure uniquement des patients présentant des affections simples. « C'est vraiment un système de pratique autonome à mon sens dans peut-être 70% des trucs simples, balisés, sans complications et des red flags qui disent "Ah non là il faut que j'appelle [le médecin], il y a un truc qui ne va pas." » (MED 6)

Ainsi, le premier critère à respecter pour pouvoir orienter le patient vers la filière de pratique avancée serait l'absence de drapeaux rouges identifiés au triage par l'IAO. Quelques exemples de signes inquiétants ont été cités au sein des groupes de discussion, tels qu'une présentation critique du patient ou des critères Nexus positifs.

En outre, les participants ont évoqué la nécessité de prendre en considération le contexte historique et clinique du patient. Ce contexte ne devrait pas suggérer la présence d'une pathologie secondaire ou d'un problème sous-jacent plus complexe. Dès lors, il faudrait tenir compte du mécanisme lésionnel ou de la cinétique de l'accident. Le KPA se verrait attribuer de manière préférentielle des patients n'ayant pas d'antécédents importants liés à la pathologie suspectée et dont l'affection serait survenue dans un contexte scolaire, de travail ou sportif. JOL ayant choisi d'exclure de cette filière les patients souffrant de lombalgie post-traumatique, il a été nécessaire de définir le traumatisme du dos. Les participants ont convenu

qu'il s'agissait d'une chute ou d'un choc direct sur le dos, afin d'exclure les faux mouvements, considérés comme des traumatismes par certains soignants.

Selon les participants, la douleur du patient serait également un élément à prendre en considération. Les patients ayant un niveau élevé de douleur, nécessitant des antalgiques de palier 3 seraient redirigés vers le médecin. « Un patient algique et qui a déjà pris un palier 1, palier 2 et que tu dois passer à un palier 3, je pense que ça peut être conjoint mais ce n'est pas uniquement du ressort du KPA. Parce que de toute façon tu vas être bloqué au niveau de la prescription et il y a quand même le côté « soulageons d'abord avant de commencer à agir ». » (INFI 5) « Donc c'est nous qui allons le voir pour pouvoir le soulager. Et peut-être qu'une fois qu'il est soulagé, alors vous allez peut-être intervenir. » (MED 9) Les indications précises de l'administration des antalgiques de palier 3 n'ont pas été précisées par les participants.

Enfin, les patients concernés par cette filière musculosquelettique seraient principalement des adultes (16 ans et plus), quelle que soit l'origine de l'affection. De par l'organisation interne des services d'urgence des trois hôpitaux, les enfants de moins de 16 ans seraient inclus dans la filière uniquement si l'origine de l'affection musculosquelettique est traumatique.

Ces parcours de soins feraient appel à des rôles de pratique avancée pouvant être classés en quatre catégories.

Évaluation : Le KPA aurait pour rôle de formuler un diagnostic basé sur son anamnèse et son examen clinique du patient, dans le contexte des soins d'urgence. « Sans diagnostic, il n'y a pas tout le reste. Donc oui, il faut qu'ils aient accès au diagnostic. En soi, ça vient après votre examen clinique. » (MED 1) Le KPA serait uniquement habilité à « poser le diagnostic qui relève de ses compétences et si ce n'est pas le cas, le référer aux spécialistes les plus adéquats. » (MED 8) Autrement dit, le KPA devrait être en mesure de reconnaître les signes indiquant que la prise en charge dépasse ses compétences pour orienter le patient vers un médecin, sans devoir établir de diagnostic.

Le KPA serait également autorisé à prescrire une radiographie standard de toute région anatomique dans le cadre de soins d'urgence. Dès lors, il pourrait réaliser une première lecture de l'image et interpréter le protocole du radiologue. Les participants ont souligné l'importance de pouvoir corréler l'image radiographique avec le protocole, en raison de leur responsabilité en tant que prescripteurs dans le suivi des radiographies. « Celui qui prescrit la radio a aussi une responsabilité sur l'interprétation de la radio. » (MED 8) Les participants ont également évoqué l'intérêt de développer une échographie au point d'intervention (POCUS) pour le diagnostic d'affections musculosquelettiques. « Ce serait vraiment un plus si on pouvait développer à l'avenir un POCUS ostéoarticulaire. » (MED 7) Le KPA aurait donc le rôle de prescrire, réaliser et/ou interpréter une échographie musculosquelettique de toute région anatomique aux urgences.

Orientation : En cas de besoin, le KPA devrait également référer son patient vers un soignant approprié, qu'il s'agisse du médecin urgentiste ou d'un autre spécialiste intra-hospitalier. « Il fait son diagnostic parce que c'est dans son champ de compétence et soit le patient sort, soit il dit "pour moi, ce n'est pas dans ma compétence, et donc je réfère au médecin ". » (MED 9)

Traitement : Le rôle du KPA serait d'initier le traitement, en réalisant des thérapeutiques qui viseraient à traiter uniquement ce qui relève de l'aigu et de l'urgent. « Les urgences doivent rester le lieu pour des prises en charge aiguës. » (MED 3)

Parmi les interventions thérapeutiques, le KPA aurait pour mission d'intervenir dans le choix et la mise en place de différents types de contention. CUSL et GHDC ont déterminé que la réalisation des contentions rigides de type plâtres ne ferait pas partie des rôles du KPA car aucun besoin n'a été identifié. En effet, ces deux institutions disposent depuis plusieurs années d'infirmiers plâtriers et souhaitent que cette compétence reste de leur ressort, bien que le KPA puisse être un soutien à cette tâche. « Par rapport aux contentions, je reste convaincu que nos infirmières plâtrières ont l'expertise pour tout ce qui est plâtre et orthèses type Softcast. Là où je vois l'intérêt d'un KPA, c'est pour toute la petite bobologie ostéoarticulaire. Je pense à l'entorse de cheville de stade 1 où là aujourd'hui, aux urgences de Saint-Luc, on n'a aucun moyen de contention. Et donc là, peut-être que le kiné pourra

apporter sa compétence, son expertise pour faire un taping ou utiliser des moyens moins sophistiqués que le plâtre ou du Softcast ». (MED 5)

Le KPA aurait également accès à la prescription de certains médicaments. Bien que tous les hôpitaux interrogés soient favorables à ce rôle, le type de médicament concerné diffère en fonction de l'institution. CUSL a évoqué la prescription d'antalgiques de paliers 1 et 2. Tandis que GHDC a uniquement cité la prescription d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) dans le cadre de la mise en place d'une immobilisation, préférant que celle des antalgiques reste du ressort des infirmières. JOL a déterminé que le KPA aurait accès à la prescription des deux.

Enfin, les participants ont souligné l'importance de l'éducation thérapeutique dans toute prise en charge, une pratique qu'ils n'adoptent pas actuellement en raison d'un manque de qualification et/ou de temps. Par conséquent, le KPA aurait pour rôle d'éduquer le patient sur sa pathologie, de lui prodiguer des conseils et des consignes d'autogestion.

Coordination : Dans l'optique d'une filière totalement autonome, le KPA aurait aussi pour rôle de planifier le suivi du patient, et notamment de réaliser les éventuelles prescriptions de suivi chez un autre praticien ou kinésithérapeute en dehors des urgences. Il assurerait également la gestion administrative liée à sa prise en charge, tels que remplir les formulaires d'incapacité de travail, le constat d'accident ou les documents de l'assurance santé du patient. « À partir du moment où ils sont compétents pour prendre en charge un patient de A à Z, il fait tout de A à Z. » (INFI 7)

Tableau 4 : Thèmes décrivant les rôles de pratique avancée du kinésithérapeute dans le cadre des parcours généraux musculosquelettique et respiratoire.

THEMES		
Ligne		
Motif de consultation		<p>1</p> <p>Affection musculosquelettique ♦ d'origine traumatique Une ou plusieurs régions anatomiques atteintes selon l'hôpital ♦ *</p> <p>Affection musculosquelettique ♦ d'origine atraumatique Une ou plusieurs régions anatomiques avec ou sans irradiation *</p>
Critère d'orientation		<p>2</p> <p>> Demande d'intervention/expertise venant de l'équipe médicale paramédicale > Patients tout âge</p>
Rôles	Evaluation	<p>> Absence de drapeaux rouges *</p> <p>> Histoire clinique n'évoquant pas une pathologie secondaire (polypathologie) ou un problème plus complexe (comorbidités) *</p> <p>> Douleur ne nécessitant pas d'antalgiques de palier 3 ☹</p> <p>> Adultes (16 ans et+) quelque soit l'origine</p> <p>> Enfants (< 16 ans) si origine traumatique</p>
	Orientation	<p>> Formulation d'un diagnostic dans un contexte de soins d'urgence</p> <p>> Réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans un contexte de soins d'urgence</p> <p>> Prescription d'une radiographie standard, première lecture de l'image et interprétation du protocole de toute région anatomique dans un contexte de soins d'urgence</p> <p>> Prescription, réalisation et/ou interprétation d'une échographie clinique musculosquelettique de toute région anatomique dans un contexte de soins d'urgence</p>
	Traitement	<p>> Référencement du patient vers un soignant approprié si nécessaire durant sa prise en charge aux urgences (urgentiste ou spécialiste de l'hôpital)</p>
	Coordination	<p>> Indication, mise en place et gestion de la ventilation non-invasive</p> <p>> Interprétation d'une gazométrie et adaptation de la ventilation non-invasive en fonction des résultats</p>
		<p>> Initiation de la prise en charge</p> <p>> Choix et mise en place de différents types de contention ♦</p> <p>> Prescription de certaines classes médicamenteuses ☆</p> <p>> Education thérapeutique du patient, conseils et consignes d'autogestion</p>
		<p>> Planification du suivi : prescription d'une consultation de suivi chez un autre praticien ou chez un kinésithérapeute extra-hospitalier</p> <p>> Assurer la gestion administrative de l'organisation du parcours de soin du patient</p>

♦ Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé* : Les troubles musculosquelettiques comprennent plus de 150 affections de l'appareil locomoteur et se caractérisent par des douleurs et des restrictions de mobilité, entraînant des limitations temporaires ou permanentes de la fonction et de la participation. Ces déficiences touchent les os, les articulations et les tissus conjonctifs adjacents.

♦ Exemples : entorse de cheville, luxation de l'articulation temporo-mandibulaire, fracture costale, pronation douloureuse

✳ Jolimon : préconisation d'une autre organisation pour le whiplash, la douleur articulaire traumatique de l'épaule, coude et poignet

* Exemples : cervicalgie, lombalgie, épaule douloureuse, tendinopathie

* Présentation non critique, absence de déficit neurologique, critères NEXUS négatifs

* Mécanisme lésionnel, cinétique de l'accident, contexte sportif, scolaire, de travail ou de la vie quotidienne, absence d'antécédents importants liés à la pathologie ou de récurrences de la pathologie, histoire clinique sans traumatisme (chute/choc) si lombalgie, dorsalgie, cervicalgie (JOL)

☹ Indications non précisées par les participants

♦ Sauf plâtres (CUSL, GHDC)

☆ Antalgiques paliers 1 et 2 (JOL, CUSL) et HBPM (JOL, GHDC)

* Drainage bronchique, expectoration, aérosolthérapie, procédures d'aspiration, mobilisation du patient, éducation thérapeutique du patient et conseils

* Référence : World Health Organization. World Health Organization. 2022 [cité 10 juillet 2024]. Musculoskeletal health. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

➤ **Filière respiratoire :**

La seconde filière impliquant des rôles de pratique avancée est la filière respiratoire (Tableau 4). Ce parcours de soins est de type deuxième ligne et décrit l'intervention du KPA dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients de tout âge nécessitant des soins respiratoires.

En discussion avec le reste de l'équipe médicale et paramédicale, le KPA serait habilité à poser l'indication d'une VNI, à la mettre en place, à choisir l'interface adéquate, et à adapter ses paramètres.

En outre, le KPA pourrait interpréter une gazométrie et adapter les paramètres de la VNI en fonction des résultats de celle-ci. « [Déléguer ce pouvoir de lire une gazométrie et de dire “ce patient BPCO, il est hypercapnique, il est acide, c’est une indication de VNI”, il vient chez le médecin \[proposer la VNI\]](#) » (MED 10)

Le KPA réaliserait également des techniques thérapeutiques respiratoires. Parmi celles-ci, les participants ont proposé des actes de pratique avancée tels que l'aérosolthérapie et les procédures d'aspiration. Des techniques issues du rôle traditionnel du kinésithérapeute ont également été mentionnées, telles que le drainage bronchique, la mobilisation du patient et l'éducation thérapeutique.

2.3.2 Thèmes isolés

➤ **Filière hospitalisation provisoire :**

CUSL et GHDC ont attribué au KPA un rôle majoritairement préventif au sein de la prise en charge pluridisciplinaire (seconde ligne) des patients de 16 ans et plus hospitalisés en unité d'observation ou en hospitalisation provisoire (Tableau 5). Le KPA interviendrait aux côtés de l'équipe médicale (médecins) et paramédicale (infirmiers) afin de réaliser des actes préventifs divers, mobiliser et repositionner le patient. Dans cette filière, le KPA ferait uniquement appel aux rôles traditionnels du kinésithérapeute. « [Pourquoi pas, notamment pour les patients qui restent longtemps, donc plus les hospitalisations provisoires, une prévention autonome de maladies thromboemboliques avec une prise en charge préventive.](#) » (MED 8)

« Il y a peut-être aussi une action kiné à mettre en place à ce moment-là, ne fût-ce que sur la mobilisation qui est souvent perdue de vue parce qu'on est vraiment axé sur les soins et la sortie. » (INFI 5)

➤ **Filière vertigineuse :**

JOL et GHDC ont confié au KPA un rôle de pratique avancée pour la prise en charge des patients présentant des vertiges d'origine purement périphérique (Tableau 5). Dans ce parcours de deuxième ligne, le patient souffrant de vertiges serait redirigé vers la filière du KPA après qu'un diagnostic médical ait été établi, afin de minimiser le risque de passer outre une cause plus grave du vertige.

Les rôles du KPA évoqués par JOL seraient d'initier le traitement. Il s'agirait notamment de réaliser la manœuvre libératoire, de procéder à de l'éducation thérapeutique et de la prévention, de donner des conseils, de participer à la décision du retour à domicile du patient et de prescrire de la kinésithérapie en extrahospitalier.

GHDC n'a pas précisément décrit les rôles pour cette filière. De leur point de vue, ce rôle du KPA « n'est pas une priorité, c'est un plus » (MED 9). En outre, étant donné le faible taux de patients vertigineux se présentant aux urgences, ils ont estimé que le KPA ne serait pas en mesure de développer une expertise suffisante pour la prise en charge de ces patients. C'est en partie pour les mêmes raisons que ce rôle a aussi été écarté lors des discussions aux CUSL, comme l'illustre cet extrait : « Si on regarde par rapport à la réalité de Saint-Luc aux urgences, les vertiges ne restent pas un motif de consultation hyper fréquent. [...] et il y a déjà un kiné vestibulaire en ORL qui travaille jusqu'à 17 h. Je pense que pour pouvoir avoir une expertise dans le vertige, il faut en faire souvent et tout le temps. Et quand je regarde par rapport aux admissions à Saint-Luc, ce n'est pas quelque chose qui me semble logique ou faisable d'avoir le kiné qui se spécialise dans ce domaine via nos admissions, à l'inverse de ce qui est de la trauma et la non-trauma dans tout ce qui est ostéoarticulaire. » (MED 4)

➤ **Filière syndrome gériatrique :**

JOL a proposé d'intégrer certains rôles traditionnels du kinésithérapeute dans la prise en charge des patients âgés souffrant d'un syndrome gériatrique et de fragilité (Tableau 5). Le KPA serait invité à participer à ce parcours de deuxième ligne sur base d'un mauvais score de fragilité. Les participants n'ont pas mentionné de cut-off spécifique du score de fragilité qui justifierait l'implication du KPA.

Son intervention se ferait uniquement dans le cas où un retour à domicile est prévu en première intention. En effet, si le projet thérapeutique du patient implique une hospitalisation, une prise en charge complète sera assurée par les équipes du service de gériatrie.

Aux urgences, le KPA participerait à la décision pluridisciplinaire du retour à domicile du patient. Pour guider ce choix, il aurait pour rôle de réaliser une évaluation gériatrique incluant l'évaluation de la fragilité, de la perte d'autonomie, de la marche et du risque de chute. Par ailleurs, le KPA assurerait la liaison avec l'équipe gériatrique et le médecin traitant. Enfin, il serait responsable de la prévention primaire des escarres et des chutes, et veillerait à mobiliser et donner des conseils appropriés au patient.

➤ **Filière évaluation du risque de chute :**

GHDC a également décrit une filière faisant appel à des rôles traditionnels du kinésithérapeute pour participer à l'évaluation du risque de chute chez la personne âgée (Tableau 5). L'intervention du KPA serait de type seconde ligne. Son expertise serait sollicitée pour des patients ayant un contexte de risque de chute, de chutes à répétitions ou de troubles de la marche. Pour la même raison qu'expliquée au point ci-dessus, le KPA interviendrait uniquement si un retour à domicile est prévu en première intention.

Ses rôles consisteraient en la participation à la décision pluridisciplinaire du retour à domicile via une évaluation du risque de chute et de la marche. Il serait également amené à réaliser de l'éducation thérapeutique, à assurer la prévention des chutes et à donner des conseils au patient.

➤ **Filière pédagogique :**

Le groupe de discussion des CUSL a proposé un rôle additionnel du KPA de formateur auprès des médecins et des assistants des urgences (Tableau 5). Il ferait usage de ses connaissances et de ses compétences dans des domaines très spécifiques pour les transmettre au reste de l'équipe médicale. Cela permettrait aux médecins d'approfondir leur maîtrise de domaines de pratique dans lesquels ils sont moins qualifiés que le KPA. Ce rôle d'enseignement permettrait de contribuer à l'amélioration des bonnes pratiques au sein du service des urgences. « [...] ce côté formation/enseignement avec des gens qui sont très spécialisés dans un domaine et qui peuvent de manière très très spécifique dire "voilà, regarde c'est comme ça qu'on examine une cheville, c'est comme ça qu'on traite telle et telle entorse". Et le médecin profitera de ça, tout en gardant ses compétences plus globales de gestionnaire des urgences et de vision holistique du patient. » (MED 7)

Tableau 5 : Thèmes décrivant les rôles de pratique avancée du kinésithérapeute dans le cadre des parcours locaux (hospitalisation provisoire, vertiges, syndrome gériatrique, évaluation du risque de chute).

THEMES				
HÔPITAL	LIGNE	MOTIF DE CONSULTATION	CRITERES D'ORIENTATION VERS LE KPA	RÔLES
CUSL GHDC	2	Patients hospitalisés en unité d'observation ou hospitalisation provisoire	> Demande d'intervention/expertise venant de l'équipe médicale > Patients de 16 ans et +	> Mobilisation du patient > Repositionnement > Prévention
JOL GHDC	2	Patients présentant des vertiges	> Après diagnostic médical > Si vertige d'origine purement périphérique	> Initier le traitement (manoeuvre libératoire) > Education thérapeutique du patient > Conseils et prévention > Participation à la décision du retour à domicile > Prescription de kiné en suivi
JOL	2	Patients présentant un syndrome gériatrique avec fragilité	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Sur base du score de fragilité > Dans le cas où un retour à domicile est prévu en première intention	> Participation à l'évaluation pluridisciplinaire du retour à domicile > Evaluation gériatrique* > Assurer la liaison avec l'équipe gériatrique et le médecin traitant > Prévention primaire (escarre, chute, ...) > Mobilisation du patient > Conseils au patient
GHDC	2	Patients nécessitant une évaluation du risque de chute	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Contexte de risque de chute, de chutes à répétition ou de troubles de la marche > Dans le cas où un retour à domicile est prévu en première intention > Patients âgés	> Participation à l'évaluation pluridisciplinaire du retour à domicile > Evaluation du risque de chute et de la marche > Education thérapeutique du patient > Prévention des chutes > Conseils au patient
CUSL	NA	Rôle d'enseignement aux médecins en cours de formation	NA	NA

*Rôles non décrits pour GHDC car filière estimée comme non prioritaire

* Evaluation de la fragilité, perte d'autonomie, marche, risque de chute, ...

KPA : Kinésithérapeute en pratique avancée

NA : non applicable

2.4 Description des compétences

Seules les compétences de pratique avancée associées aux rôles des thèmes généraux ont été rapportées ci-dessous (Tableau 6). Il n'a pas été jugé pertinent de décrire les compétences traditionnelles du kinésithérapeute et les compétences se rapportant aux thèmes isolés. Les tableaux reprenant celles-ci sont disponibles à l'*Annexe F*.

2.4.1 Évaluation

Le KPA devra être capable de formuler un diagnostic. Pour cela, il aura la capacité de réaliser une anamnèse et un examen clinique propres au contexte des soins d'urgence. Pour compléter son bilan, il devra être capable de poser l'indication de la prescription d'une radiographie standard et d'une échographie clinique musculosquelettique, de les lire ou les interpréter et d'adapter la conduite à tenir en fonction des résultats de ces examens. « Je trouve que prescrire une radio et ne pas savoir l'interpréter, ce n'est pas aller au bout du processus. Ça ne veut pas dire qu'il faut la compétence du radiologue mais il faut quand même savoir un petit peu ce qu'on cherche. » (MED 3) Le KPA devra aussi posséder des compétences de collaboration et de communication interprofessionnelles avec l'équipe des urgences.

2.4.2 Orientation

Le KPA sera capable d'identifier les patients nécessitant l'avis d'un médecin urgentiste ou d'un spécialiste, tel qu'un orthopédiste ou un neurologue. En cas de besoin, le KPA reconnaîtra les situations nécessitant une orientation vers un autre professionnel. « Il doit être très sensible pour détecter rapidement s'il est dans son champ de compétence ou pas. » (MED 8)

2.4.3 Traitement

Au cours des entretiens, plusieurs compétences de pratique avancée ont été décrites afin que le KPA puisse assurer efficacement le traitement des affections qu'il rencontrera dans la filière musculosquelettique.

Le KPA devra être capable de poser l'indication, de prescrire et d'appliquer les différentes techniques de contention dans le cadre des affections musculosquelettiques traumatiques. Comme mentionné dans la partie Description des rôles, les CUSL et le GHDC ont déterminé que la réalisation d'un plâtre ne relèverait pas des compétences du KPA, mais resterait de celles des infirmières. Le KPA possèdera aussi les capacités nécessaires à l'organisation du suivi de la pose d'une contention, tel que prescrire de la rééducation, de la kinésithérapie ou une consultation de suivi chez un spécialiste.

Le KPA devra être en mesure de poser l'indication et de prescrire certains traitements médicamenteux, tels que des antalgiques de paliers 1 et 2 (JOL, CUSL) et des HBPM (JOL, GHDC). Il devra aussi savoir adapter le traitement en fonction de l'introduction de ces nouveaux médicaments, en vérifiant notamment les contre-indications, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses.

En ce qui concerne la filière respiratoire, le KPA possèdera les compétences nécessaires à la pose de l'indication, la mise en place et la gestion des paramètres de la VNI. Il sera également apte à interpréter une gazométrie et à ajuster le traitement en fonction des résultats.

2.4.4 Coordination

Le KPA sera capable d'assurer la coordination de la prise en charge du patient dont il sera responsable. Il aura les capacités nécessaires pour fournir des conseils personnalisés sur la gestion d'une contention souple et rigide et sur l'hygiène de vie. Il sera en mesure de poser l'indication et de prescrire de la kinésithérapie, de la rééducation et un certificat d'incapacité de travail. Enfin, le KPA sera capable d'orienter le patient vers d'autres praticiens, tels que le médecin généraliste, la médecine physique, l'orthopédiste, ou un autre spécialiste. **« Il doit être capable de**

planifier le suivi, de dire que l'entorse de cheville doit être vue dans 5 jours, dans 10 jours, dans 3 semaines ? Par qui ? Avec une radio de contrôle ou non ? Avec une échographie si vous avez encore mal dans 5 jours ou non ? Consultation spécialiste ? Suivi en médecine générale ? » (MED 2)

« Je crois qu'on peut vraiment noter que ces compétences c'est vraiment le strict minimum à avoir pour être efficace à 100% en salle d'urgence. » (MED 1)

Tableau 6 : Thèmes décrivant les compétences de pratique avancée du kinésithérapeute.

RÔLES	COMPETENCES
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité de réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans le contexte des urgences > Capacité d'élaboration d'un diagnostic musculosquelettique > Capacité à collaborer et communiquer en interprofessionnel avec l'équipe des urgences > Capacité de poser l'indication de la prescription d'une radiographie standard ou d'une échographie clinique musculosquelettique > Capacité de lecture/interprétation de l'image radiographique et d'interprétation de l'échographie clinique musculosquelettique > Capacité à adapter la conduite à tenir suite à la radiographie standard et à l'échographie clinique musculosquelettique
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à identifier les patients nécessitant une demande d'avis médical spécialisé ★ ou du médecin urgentiste > Capacité à identifier les situations nécessitant un référencement
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication, mettre en place et gérer les paramétrages de la ventilation non-invasive > Capacité à interpréter la gazométrie et à adapter le traitement en fonction des résultats de la gazométrie > Capacité à poser l'indication, prescrire et appliquer les différentes techniques de contention pour la prise en charge des affections musculosquelettiques ✿ > Capacité à définir la conduite à tenir suite à la réalisation d'une contention* > Capacité à poser l'indication et prescrire certains traitements médicamenteux☆ > Capacité à adapter la conduite à tenir suite à l'introduction de traitements médicamenteux☆
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'utilisation d'une contention (souple ou rigide) > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'hygiène de vie > Capacité à poser l'indication et à prescrire de la kinésithérapie/ rééducation > Capacité à poser l'indication d'orientation vers un autre praticien † > Capacité à poser l'indication et prescrire un certificat d'incapacité de travail

★ (Chirurgien) orthopédiste, (chirurgien) neurologue

✿ Sauf plâtres (CUSL, GHDC)

* Rééducation, kinésithérapie, suivi chez un spécialiste, ...

☆ Antalgiques paliers 1 et 2 (JOL, CUSL) et HBPM (JOL, GHDC)

† Médecine physique, orthopédiste, médecin généraliste, médecin spécialiste, ...

3. Analyse secondaire

Au fil des discussions, les participants ont spontanément abordé diverses précautions et préoccupations qu'ils jugeaient essentielles de mentionner. Étant donné l'importance de ces sujets lors des entretiens, il a semblé pertinent de recueillir ces données afin de mener une analyse secondaire. Le tableau synthétisant les résultats de cette analyse est disponible à l'*Annexe G*.

3.1 Précautions

3.1.1 Activité au sein du service

Les participants ont évoqué la nécessité de préserver un équilibre quant à la répartition des différentes tâches entre les médecins, les infirmiers et les KPA aux urgences. « Pour moi, il faut respecter la notion d'un juste équilibre dans les charges de travail. » (MED 3) Par conséquent, ils ont préconisé l'établissement de balises claires pour définir les rôles de chaque professionnel. En effet, il s'agirait d'une part de ne pas surcharger le KPA en lui déléguant trop de tâches médicales, et d'autre part de ne pas l'enfermer dans un cadre trop strict qui limiterait sa liberté d'action et sa marge de manœuvre au sein du service. « Je pense qu'il faut bien redéfinir ce que l'infirmier doit faire, ce que le médecin doit faire. Il y a toujours une petite zone grise, mais attention parce que sinon on va tout décharger sur le kiné. » (MED 3)

La polyvalence est également une compétence du KPA perçue comme indispensable par les participants. « Quand on donne des tâches beaucoup trop spécifiques dans un service polyvalent, le système ne tient pas la route. » (MED 3) Le KPA devra être capable de remplir l'ensemble des fonctions définies pour sa profession et de gérer de multiples situations, sans se restreindre à des tâches trop spécifiques. De fait, le caractère imprévisible et varié des pathologies arrivant aux urgences contraint tout soignant exerçant dans ce service à faire preuve d'une grande polyvalence en termes de compétences et de connaissances. « Dans le service des urgences, on ne sait pas ce qu'on va avoir sur la journée et ce qu'on va voir comme spécialité. Et donc, j'imagine que ça serait plus judicieux d'avoir vraiment un kiné qui sait faire plein de choses plutôt que juste un domaine où il va

peut-être s'embêter aux urgences disant “aujourd'hui je n'avais rien à faire”. » (MED 9)

Dans deux institutions (JOL, CUSL), les participants ont souligné l'importance de ne pas prolonger inutilement le séjour du patient en réalisant des thérapeutiques qui sortent du champ de compétences des urgences. Les interventions du KPA devront relever uniquement de l'aigu et de l'urgent afin d'éviter d'entamer des soins superflus pouvant être réalisés ailleurs. « Il ne faut pas amener des thérapeutiques qui existent à l'extérieur aux urgences, parce qu'on va prolonger les durées de séjour. » (MED 6)

Étant donné que le KPA serait un nouveau professionnel faisant partie intégrante de l'équipe de soins des urgences, les participants ont exprimé le souhait qu'il soit présent aux mêmes horaires que le reste des professionnels, c'est-à-dire 24 heures sur 24, ainsi que les week-ends et jours fériés. « Il y a évidemment une condition sine qua none, c'est d'offrir le service aux urgences dans la même contingence que celle des urgences, c'est à dire 24 sur 24. » (MED 8) Cette présence continue a pour objectif de garantir une qualité de soins uniforme pour tous les patients, indépendamment du moment de leur prise en charge.

3.1.2 Responsabilité

Par ailleurs, les soignants ont abordé la question de la responsabilité du KPA, en soulignant que l'élargissement de ses rôles entraîne nécessairement une majoration de ses responsabilités. Un participant a illustré cela avec la célèbre maxime « grands pouvoirs, grandes responsabilités. » (MED 1) Cette discussion a mis en lumière non seulement la notion de responsabilité individuelle du KPA, mais aussi celle de la responsabilité collective. En effet, il existe dans le service une importante interdépendance entre les différents professionnels de santé, liée à la nature inévitablement pluridisciplinaire de la prise en charge du patient arrivant aux urgences. « Il y a cette notion aussi de responsabilité partagée et de responsabilité assumée. » (MED 8)

Dans cette même optique, la notion d'obligation de moyens a été mentionnée. En effet, le KPA pourrait, au même titre que le médecin aujourd'hui, se trouver contraint de réaliser un examen diagnostique, même s'il l'aurait initialement jugé superflu. De fait, travaillant dans un environnement disposant des ressources suffisantes pour effectuer cet examen, le KPA pourrait être tenu responsable en cas de problème ultérieur pour ne pas les avoir utilisées. « À partir du moment où il peut prescrire une radio, est-ce qu'il va rentrer dans la même problématique que le médecin ? À savoir qu'à un moment donné, s'il n'y a pas une radio qui est prescrite, dans un certain doute, ils vont en être tenu responsable. » (MED 3)

3.1.3 Aspects financiers

La question du financement liée à l'implémentation de ce nouveau métier a été discutée à de nombreuses reprises. Les participants ont évoqué la nécessité de veiller à « rencontrer les deux impératifs » (MED 10), que sont l'aspect qualité des soins au patient et l'aspect économique. Il s'agira donc de « trouver de l'argent dans l'enveloppe fermée [des urgences] ». (MED 3)

Actuellement, le médecin est considéré comme le principal garant du financement des urgences. Par conséquent, si le KPA prend en charge des patients initialement vus par le médecin, une adaptation de la nomenclature devra être envisagée afin de valoriser financièrement les actes du kinésithérapeute. « Le seul qui ramène une nomenclature qui fait tourner les urgences c'est le médecin. Et donc si on donne un rôle au kiné de soulager le médecin sans qu'il y ait de nomenclature correcte, on tue le financement de la salle d'urgence. » (MED 3) Les soignants affirment donc être favorables à l'implémentation de la PAK « sous réserve d'un financement pour les actes que les kinés vont faire » (MED 3).

En outre, conscients de la nécessité de financer un nouveau professionnel à travers un budget limité, les participants ont exprimé leur préoccupation quant au fait que l'implémentation d'un KPA ne devra pas impacter leur profession. « On sait aussi qu'on fonctionne avec des enveloppes fermées et si on donne un budget pour une nouvelle profession, qu'est-ce qu'il va y avoir comme conséquences pour nous ? » (MED 9) Ils souhaitent éviter toute mesure susceptible de conduire à la suppression

de postes d'infirmiers au profit d'un poste dédié au KPA. « Si on ajoute des kinés aux urgences, ce n'est pas pour supprimer des infirmières en disant qu'ils vont faire une partie du travail et donc l'enveloppe reste fermée, moins d'infirmières. » (MED 9) Il faudra veiller à ce que le KPA ne rentre pas en compétition avec les autres professionnels des urgences par rapport à ce financement.

Enfin, il sera essentiel de réviser la législation afin de permettre le remboursement des actes effectués ou prescrits par le KPA. En effet, les patients ne devront pas être pénalisés en termes de remboursement par rapport à une prise en charge médicale. « Il faut que la prescription de kiné par un kiné puisse engager le même remboursement que la prescription de kiné par un médecin. » (MED 2)

3.1.4 Autres précautions

Certains professionnels ont également évoqué le risque de concurrence déloyale dans le cas où le KPA prescrirait de la kinésithérapie à un patient, puis recevrait ce même patient dans son cabinet privé. Pour prévenir cette situation, les participants ont proposé d'établir un certain périmètre autour des urgences dans lequel le KPA ne pourrait pas prendre en charge ces patients. À contrario, d'autres soignants estiment qu'« il n'y a pas de concurrence, c'est le patient qui restera libre de choisir qui il veut comme kiné. » (MED 10)

Enfin, les participants ont suggéré de définir des priorités quant à l'attribution des rôles du KPA. En effet, ils craignent qu'une diversification trop importante des tâches entraîne une perte de l'expertise recherchée chez le KPA et une surcharge de travail, au détriment de la qualité des soins. « Je suis le premier à défendre l'idée d'un kiné et sa multidisciplinarité. Mais j'ai peur qu'on se noie dans l'image du kiné qui va être finalement le bon samaritain qui est capable de tout faire. » (MED 5)

3.2 Préoccupations

L'unique crainte commune aux trois établissements a été celle de la perte de la frontière entre le métier d'infirmier et celui de KPA, entraînant une confusion des rôles sur le terrain. « Si les kinés ne connaissent pas bien les champs de compétences des infirmiers, on va se marcher sur les pieds. » (MED 3)

Les infirmiers redoutent que le KPA ne prenne leur travail et n'empiète sur leurs compétences spécifiques, engendrant une mise au second plan des infirmiers et une guerre des spécialités. « À force de vouloir nous décharger, on ne trouve plus vraiment le sens à notre profession. [...] Pourquoi est-ce qu'on doit encore aller faire 5 ans d'études, si au final, on n'a plus nos tâches spécifiques et qu'on discute nos tâches ? » (INFI 7) « Ma petite crainte, c'est que le kiné qui est complètement autonome dans sa prise en charge, nous prenne un peu notre travail en tant que plâtrière. » (INFI 3)

Les médecins urgentistes ont soutenu ces craintes évoquées par les infirmiers en affirmant qu'il faudra « faire attention quand on intègre une nouvelle profession de ne pas faire du tort aux autres » (MED 9). Ils ont préconisé de baliser les rôles de chaque professionnel et d'anticiper l'impact de l'implémentation d'un KPA aux urgences en veillant à ce « qu'il n'y ait pas de frustration, pas de guerre de tranchées entre les gens sur le terrain parce qu'ici on a la chance avec ce focus group d'en discuter ensemble. » (MED 8)

Une médecin a tout de même qualifié cette crainte « d'autre guerre » (MED 6), estimant que les réticences exprimées lors de tout changement tendent à s'estomper avec le temps. Elle a affirmé qu'il ne faut pas percevoir le KPA comme étant un professionnel venant « voler » du travail, mais plutôt comme étant complémentaire au travail des infirmiers.

Les participants, majoritairement des médecins, ont également exprimé des préoccupations quant à une possible perte de leurs compétences due à un manque de pratique. Avec la prise en charge de certains profils de patient par le KPA, le médecin ne serait plus confronté à ceux-ci, suscitant des inquiétudes quant à une

perte de polyvalence. En effet, ils estiment qu'un professionnel ne peut qu'exceller dans les domaines qu'il pratique régulièrement. « J'ai beaucoup de mal à dire "c'est pour le kiné" parce que je n'ai pas envie de perdre cette compétence. Je trouve que c'est important. » (MED 9) De leur point de vue, une spécialisation excessive des professionnels pourrait conduire à ce que les médecins ne maîtrisent plus les compétences nécessaires à la gestion de situations plus complexes pour lesquelles leur expertise serait sollicitée. « Ce qui me fait peur, c'est que si tu as une, deux, trois générations, tu vas te retrouver avec des gens qui seront plus compétents qui vont devoir appeler un médecin qui n'aura aucune expérience parce qu'il n'aura jamais suturé pendant des années. » (MED 9)

Certains participants appréhendent également que le KPA ne perde son sens critique vis-à-vis de ses compétences et leurs limites. Ils craignent qu'avec le temps, le KPA ne soit grisé par son travail, ne développe un sentiment de toute puissance et ne soit plus capable de repérer les signes qui nécessiteraient un référencement du patient vers le médecin. « On préfère un professionnel qui connaît ses limites plutôt qu'un qui ne les connaît pas. » (MED 8)

Enfin, bien que la perspective du KPA en tant que nouveau collègue semble être bien accueillie par l'équipe des urgences, les participants craignent que d'autres professionnels ne reconnaissent pas pleinement sa valeur. « Est-ce que le chirurgien est assez ouvert d'esprit que pour accepter que ce soit un kiné qui lui téléphone pour lui demander un avis ? » (INFI 1) « Nous, on n'est pas contraire à ce qu'il appelle l'assistant d'ortho mais il faudrait voir si l'assistant d'ortho accepterait d'être appelé par le kiné. » (MED 10)

Partie 4 : Discussion

1. Discussion des résultats

Cette étude qualitative s'est intéressée à l'évaluation de la pertinence d'intégrer un KPA dans les services d'urgence de Belgique francophone. Plusieurs éléments importants sont ressortis de l'analyse.

Les médecins et infirmiers urgentistes ont évoqué de nombreux besoins portant sur des objectifs d'amélioration des soins, d'optimisation de l'utilisation des ressources et d'optimisation de l'organisation des urgences. Les participants ont semblé favorables à l'intégration d'un KPA dans leurs services d'urgence, l'estimant capable de pourvoir efficacement ces besoins. Deux principaux parcours de soins de pratique avancée ont été décrits : un parcours musculosquelettique avec une autonomie complète du KPA, et un parcours respiratoire dans lequel il interviendrait comme expert pour des actes spécifiques. Les compétences nécessaires à l'exercice de ses fonctions relèveront de l'évaluation, de l'orientation, du traitement et de la coordination du patient dans le contexte particulier des soins d'urgence.

Les échanges entre les participants ont également révélé diverses préoccupations et précautions à propos de l'implémentation concrète d'un KPA aux urgences.

Dans cette discussion, les principaux résultats de l'étude font l'objet d'une analyse interprétative par leur mise en lumière et leur confrontation à la littérature existante.

1.1 Besoins

La littérature scientifique aborde peu les besoins en santé initiaux ayant motivé le développement de modèles de soins internationaux intégrant un KPA aux urgences. Généralement, leur implémentation est associée à un contexte de pénurie de personnel médical, tels que la guerre du Vietnam aux États-Unis vers 1970 (12) et les restrictions des horaires de travail des médecins urgentistes au Royaume-Uni vers 1990 (49). Dans cette étude, les soignants belges ont évoqué une problématique similaire de pénurie, actuelle et future, de médecins urgentistes. Tel que démontré dans la Partie 1 : Conceptualisation, la littérature existante démontre la capacité du KPA à prendre en charge de manière autonome, efficace et sécuritaire les patients présentant des affections musculosquelettiques mineures aux urgences. Ces preuves démontrent l'intérêt de la PAK pour contribuer à pallier le manque d'effectifs médicaux aux urgences.

Dans les pays anglo-saxons tels que l'Australie et le Royaume-Uni, les modèles de soins aux urgences intégrant un KPA visaient principalement à, d'une part, réduire les temps d'attente et d'accès au bon traitement, tout en améliorant l'efficacité des soins, et, d'autre part, permettre aux médecins urgentistes de se concentrer sur les patients aux besoins plus urgents ou plus complexes (50). Ces deux objectifs correspondent à certains des besoins exprimés par les soignants belges, la libération de temps médical via une meilleure répartition des tâches étant un des besoins centraux dans cette étude.

Outre les aspects organisationnels, les besoins évoqués par les médecins et infirmiers urgentistes belges sont plus diversifiés et couvrent des thématiques plus larges, notamment concernant l'amélioration de la qualité des soins et la meilleure gestion des ressources humaines, matérielles et financières. En ce sens, la World Physiotherapy soutient l'implémentation de la PAK dans sa déclaration politique de 2023 en mentionnant les preuves croissantes de son efficacité clinique et économique, et ses effets bénéfiques sur l'amélioration des résultats pour les patients et les soignants (9).

Le principal besoin évoqué dans cette étude a été d'améliorer la qualité des soins délivrés aux urgences, en augmentant notamment l'offre de soins disponible grâce

à l'intégration d'un KPA. Tel qu'exposé dans la partie Preuves scientifiques de la pratique avancée en kinésithérapie aux urgences, de nombreuses études ont démontré les effets bénéfiques des modèles de PAK sur divers marqueurs, comme la douleur, le statut fonctionnel, le taux de prescription médicamenteuse et le taux de réadmission. En effet, le médecin urgentiste est un professionnel aux compétences généralistes, capable de gérer la majeure partie des affections survenant aux urgences. À contrario, le KPA apporte une expertise dans certains domaines, notamment musculosquelettique, particulièrement appréciée par les patients et les soignants (14,32,49).

Par ailleurs, le service des urgences est un lieu où de nombreux patients sont confrontés pour la première fois à leur pathologie. Une approche initiale par un soignant expérimenté dans ce type d'affection, capable de fournir un discours, un traitement et des conseils appropriés, apporte une plus-value en termes de qualité de prise en charge et de santé publique.

1.2 Rôles

Dans cette étude, deux types d'organisation des soins ont été décrits : l'intervention du KPA en tant que praticien autonome et celle en tant que praticien expert. En Australie, ces deux mêmes modes d'intervention du KPA ont été mis en place. En effet, le KPA possède soit un rôle de contact secondaire sur recommandation médicale, généralement dans le cas de prises en charge d'affections plus graves, soit un rôle de contact primaire avec une prise en charge indépendante des patients, au même titre que le médecin (49).

La nouvelle filière de soins impliquant un KPA pour la prise en charge des affections musculosquelettiques est la plus décrite dans cette étude et est considérée comme la plus importante. En effet, les soignants belges ont évoqué la grande proportion de troubles d'origine musculosquelettique admis aux urgences et leur manque de compétences pour les prendre en charge de manière optimale. Dans la littérature internationale, il apparaît en effet que la majorité des interventions du KPA concernent les affections du système musculosquelettique. Une étude a recensé les différentes raisons pour lesquelles le KPA est sollicité aux urgences. Sur

un échantillon de 20 patients pris en charge par le KPA, 17 présentaient des affections musculosquelettiques (à l'exception des fractures et des luxations). La plupart d'entre eux consultaient des suites d'une chute, d'un accident ou pour une condition préexistante (51).

La grande proportion d'affections musculosquelettiques aux urgences, tant en Belgique que dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, explique pourquoi cette filière est considérée comme fondamentale. En effet, elle est le modèle le plus fréquemment adopté à l'international, le plus développé et le plus étudié dans la littérature (8,19).

La seconde filière considérée comme essentielle par les médecins et infirmiers urgentistes est la filière respiratoire. La particularité de cette filière réside dans le fait que des hôpitaux belges sollicitent déjà l'expertise des kinésithérapeutes respiratoires de leurs services d'hospitalisation (généralement des soins intensifs) pour certaines prises en charge aux urgences. Ces kinésithérapeutes interviennent notamment pour des rôles de pratique avancée décrits dans cette étude tels que la gestion de la VNI et les procédures d'aspiration. Certains hôpitaux, comme les CUSL, ont progressivement formalisé le rôle du kinésithérapeute respiratoire dans leurs services d'urgence. Ce mode de fonctionnement se rapproche fortement de la filière respiratoire proposée dans cette étude et peut ainsi s'apparenter à de la pratique avancée.

Cette pratique actuelle engendre plusieurs conséquences positives dans le cadre de cette étude, notamment une meilleure compréhension du rôle du kinésithérapeute, une projection facilitée de ses contributions dans le domaine respiratoire, et une confiance accrue en le développement de cette filière, au point de considérer son implémentation comme évidente. Le développement et la reconnaissance législative de la PAK en Belgique permettraient une meilleure valorisation de ces kinésithérapeutes respiratoires experts, pratiquant dans un champ de compétences étendu.

Malgré la convergence de nombreux éléments décrivant les rôles du KPA, certains points n'ont pas fait l'objet d'un consensus parmi les différents hôpitaux interrogés. Ces aspects ont souvent donné lieu à de longues discussions entre les participants, illustrant la grande complexité de parvenir à un accord déjà même au sein de chaque groupe. Les trois grands points concernés sont décrits ci-après.

La principale distinction entre les groupes de discussion réside dans le choix des régions anatomiques concernées par la filière musculosquelettique traumatique. Deux hôpitaux, CUSL et GHDC, ont inclus toutes les régions anatomiques dans ce parcours. Ceux-ci ont estimé que le KPA serait capable de relever les signes évoquant la nécessité de réorienter le patient chez le médecin urgentiste. Toutefois, JOL a préféré écarter les douleurs du rachis d'origine traumatique en raison du risque trop élevé de lésions plus graves pouvant y être associées. En outre, le whiplash, ainsi que les atteintes traumatiques du poignet, du coude et de l'épaule ont également été jugés comme étant des articulations trop complexes que pour être vues en première intention par un KPA. Ainsi, JOL a créé une filière intermédiaire dans laquelle ces atteintes seraient classées. Celle-ci vise à ce que le médecin effectue un premier triage afin d'établir un diagnostic et d'exclure les pathologies plus complexes, avant de rediriger le patient vers le KPA si cela s'avère pertinent.

Le cas particulier des fractures ont également fait l'objet de discussions plus approfondies. GHDC souhaite que la gestion de toutes les fractures soit confiée à la filière médicale. Pour leur part, CUSL et JOL ont estimé que la prise en charge des fractures simples relèveraient des compétences du KPA. Ces hôpitaux ont précisé que le patient ne serait intégré dans la filière du KPA qu'en l'absence de preuves évidentes d'une fracture complexe ou déplacée. Plus précisément, les patients présentant une fracture (radiographie positive) pourraient être vus par le KPA uniquement si l'indication de prise en charge est conservatrice. Dans la littérature, le KPA est habilité à prendre en charge des fractures mineures, réduire des fractures déplacées et réaliser le triage des patients candidats à la chirurgie (14,24,50).

Enfin, les médicaments que le KPA pourrait prescrire se sont aussi révélés différents entre les hôpitaux. En effet, CUSL n'a mentionné que les antalgiques de paliers 1 et 2, tandis que GHDC s'est limité aux HBPM, excluant les antalgiques

en raison du chevauchement de ce champ de compétences avec celui des infirmiers. En revanche, JOL a permis la prescription de ces deux classes de médicaments. Dans la littérature, les catégories de médicaments que le KPA peut prescrire sont bien plus larges, couvrant des antalgiques de paliers 1 à 3, des anxiolytiques, des antiémétiques et des anesthésiques inhalés tels que le protoxyde d'azote (27). Ces dissemblances entre la littérature existante et les résultats de cette recherche peuvent partiellement être attribuées au champ d'action plus étendu du KPA dans les pays étudiés, par rapport aux rôles qui lui sont attribués dans cette étude. Il est probable que ces rôles supplémentaires du KPA requièrent un accès plus vaste aux médicaments.

1.3 Compétences

Le CanMEDS, « Canadian Medical Education Directives for Specialists », est un cadre national canadien qui définit les rôles et compétences des médecins, afin de répondre efficacement aux besoins de soins de santé. Ce modèle constitue la base des normes d'enseignement et de pratique. Il se compose de 7 rôles : clinicien expert, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Il décrit également un continuum d'acquisition des compétences composé de quatre niveaux, allant de novice à expert (52). Désormais, ce modèle est utilisé par d'autres pays et son application a été étendue à la kinésithérapie (53). Les compétences et les rôles de pratique avancée du kinésithérapeute, tels que définis dans cette étude par les médecins et infirmiers urgentistes belges, s'alignent avec certaines catégories du cadre CanMEDS. Par exemple, le rôle d'enseignement mentionné dans cette étude peut correspondre à la catégorie « érudit » du CanMEDS, tandis que les compétences d'orientation et de collaboration relèvent du rôle de « collaborateur ». De même, les capacités d'évaluation et de traitement se rapportent au rôle de « clinicien expert ». Par ailleurs, les rôles traditionnels du kinésithérapeute, que le KPA devra également posséder, s'inscrivent parfaitement dans la démarche de qualité prônée par le CanMEDS. Ce cadre pourrait servir de base aux prochaines recherches pour approfondir la définition des rôles et compétences du KPA en Belgique.

Les compétences de pratique avancée proposées dans cette étude concordent avec certaines capacités évoquées dans d'autres pays. Les directives nationales anglaises définissent quatre piliers qui sous-tendent cette pratique : pratique clinique, gestion et leadership, éducation, recherche (54). Tawiah et al. ont mené une étude qualitative incluant des participants du Royaume-Uni, d'Irlande, du Canada, d'Australie et de Nouvelle-Zélande afin de définir un cadre de compétences du KPA. Celles-ci sont regroupées en cinq thèmes : clinicien expert, communicateur expérimenté, leader, collaborateur, créateur de connaissances (15). La convergence des capacités du KPA évoquées dans la littérature, dans les directives nationales de différents pays et dans cette étude reflète la tendance vers une standardisation des compétences du KPA, ce qui pourrait faciliter la reconnaissance internationale de ce mode d'exercice.

Aujourd'hui, seuls les kinésithérapeutes détenant la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie respiratoire possèdent des compétences approchant fortement celles de pratique avancée exigées par la filière respiratoire mentionnée dans cette étude (55). Celles-ci sont généralement transmises au travers de formations spécifiques ou acquises de manière empirique. En outre, certains kinésithérapeutes, tels que les thérapeutes manuels, sont familiers avec le raisonnement clinique, dimension inhérente à la PAK (55). Cependant, de nombreuses autres compétences sont à acquérir afin de remplir efficacement les rôles mentionnés dans cette étude. Par conséquent, une formation adéquate du kinésithérapeute est indispensable à la mise en place de la PAK.

La définition des compétences nécessaires à l'exercice du KPA constitue le fondement de la création d'un cadre de formation destiné à ces kinésithérapeutes. Une étude a dénombré un total de 11 programmes d'enseignement au Royaume-Uni, au Canada et en Australie. Elle conclut que, malgré la présence de certaines variabilités entre les pays, il serait possible de standardiser les compétences et donc de définir des normes d'enseignement de la PAK en musculosquelettique (56). Cette étude exploratoire a démontré que les perspectives des médecins et infirmiers urgentistes belges en termes de compétences sont cohérentes avec celles des pays cités ci-dessus. Par conséquent, la Belgique pourrait, dans le futur, s'inspirer des programmes de formation de ces pays pour élaborer le sien.

En 2023, une revue de portée de 65 articles a recensé les domaines de compétences de base du kinésithérapeute pour un accès direct aux soins primaires dans le cadre des affections musculosquelettiques : évaluation et examen ; gestion et interventions, communication ; coopération et collaboration ; professionnalisme et leadership (43). Par ailleurs, une étude Delphi française sur le même sujet, présente un consensus de 52 compétences regroupées en cinq catégories : évaluation et examen ; approche centrée sur le patient ; prestation de soins et interventions, coopération et collaboration ; professionnalisme et développement professionnel (57). La similarité de ces domaines de compétences avec ceux de la pratique avancée témoigne de l'interdépendance entre cette organisation des soins et ce mode d'exercice du kinésithérapeute. De fait, dans le cas de la filière de soins musculosquelettique proposée dans cette étude, le KPA agirait en toute autonomie pour la prise en charge du patient, sans que ce dernier n'ait consulté un médecin auparavant, ce qui correspond à un accès direct à ses soins.

1.4 Préoccupations et précautions

L'analyse secondaire des préoccupations et précautions liées à l'implémentation concrète d'un KPA dans les services d'urgence belges a mis en évidence des freins financiers, légaux et organisationnels. À certains moments des entretiens, ces freins se sont avérés être un obstacle aux discussions et à l'expression de certaines idées, jugées comme étant irréalisables au regard du contexte et de la législation actuels. À plusieurs reprises, il a été nécessaire de rappeler aux participants que cette étude était exploratoire et que l'évaluation de la faisabilité de sa mise en œuvre concrète serait abordée ultérieurement.

La principale crainte des soignants, et plus spécifiquement des infirmiers, évoquée dans les trois hôpitaux était la perte de la délimitation entre leurs rôles et ceux du KPA. Cette crainte et celle d'une concurrence entre les soignants causée par le KPA sont également abordées dans la littérature existante (33). Les conséquences de celles-ci sont évoquées dans une étude de portée britannique qui affirme que « le manque de clarté du rôle a créé des tensions liées à la compréhension des limites du rôle, au développement d'une identité professionnelle et à la mise en œuvre de

l'autonomie du rôle » (58). Ces problématiques rappellent la nécessité d'établir un cadre clair des rôles attribués au KPA dans les premiers temps d'une implémentation. À plus long terme, et en fonction des spécificités organisationnelles des différentes institutions, ce cadre pourra être ajusté. L'étude démontre également que cette précision des rôles contribue à une standardisation accrue des programmes d'enseignement, du champ de pratique et des titres de la PAK (58).

Globalement, les préoccupations et précautions soulevées dans cette étude ne sont pas nouvelles et sont également retrouvées dans la littérature internationale. À titre d'exemple, les soignants belges ont exprimé le souhait que le KPA soit présent aux mêmes horaires que le reste de l'équipe des urgences, soit 24 heures sur 24, y compris les week-ends et jours fériés. Dans la littérature, des enquêtes auprès des professionnels de santé des urgences révèlent des demandes similaires concernant les horaires de travail, affirmant que cela favoriserait une meilleure intégration et une meilleure acceptation du KPA par les soignants (14,33).

2. Forces

La principale force de l'étude réside dans sa méthodologie.

Le choix d'une méthode de récolte des données par l'intermédiaire de focus groups a contribué positivement à la richesse des résultats. Les groupes de discussion étaient constitués d'un petit nombre de participants ayant l'habitude de travailler et d'échanger ensemble. Ce contexte a favorisé un environnement de confiance pour une expression libre des opinions de chacun.

Les focus groups ont également offert l'opportunité de réunir les deux principales professions intervenant aux urgences : les médecins et les infirmiers. Cela a permis aux deux métiers d'être représentés durant les discussions et de pouvoir exprimer leurs avis à la lumière de leurs rôles au sein du service.

Divers moyens ont été mis en place dans l'optique d'éviter le biais de confirmation et de limiter les interprétations indésirables des résultats par les expérimentateurs. Afin de garantir la fidélité des données illustrant les perceptions des participants, ceux-ci ont eu l'opportunité de les valider ou les invalider à deux reprises : durant les entretiens, lors de la projection du tableau complété en temps réel avec les données, et après les trois entretiens, via la synthèse envoyée par courriel. En outre, l'élaboration des thèmes a été réalisée par deux expérimentateurs, LD et AD.

Enfin, un atout majeur dans la réalisation de cette étude a été l'expérience de AD dans ce type de méthode de recherche et dans le domaine de la PAK en général. En effet, il a déjà mené diverses expérimentations en France sur ce sujet. Son expertise a été précieuse et éclairante, guidant efficacement la recherche et contribuant à la qualité de l'étude.

3. Limites

Diverses limites sont à considérer lors de la lecture de cette étude.

À plusieurs reprises, les participants ont mentionné, de manière implicite ou explicite, leur méconnaissance du métier de kinésithérapeute, tant par rapport à son champ d'action qu'à ses compétences. Par conséquent, les soignants ont éprouvé des difficultés pour distinguer les rôles traditionnels du kinésithérapeute de ceux relevant de la pratique avancée, comme la capacité à réaliser un examen neurologique périphérique. Cette confusion explique pourquoi les soignants ont parfois eu du mal à envisager de nouveaux rôles pour un professionnel dont ils ne connaissaient pas bien le métier actuel.

Les participants ont évoqué le double effort de réflexion demandé par cette étude, qui les a conduits à imaginer simultanément de nouvelles compétences et un nouveau professionnel. En effet, les participants ont dû réfléchir à des rôles de pratique avancée pour éviter de déléguer au KPA uniquement des tâches existantes, et lui permettre d'apporter une valeur ajoutée aux urgences. De plus, le

kinésithérapeute traditionnel est actuellement peu ou pas intégré au service des urgences, ce qui ne permet pas de fournir une base efficace aux réflexions sur l'implémentation d'un KPA.

En outre, les caractéristiques sociodémographiques des participants et la dynamique générale des services d'urgence interrogés ont pu influencer les résultats. Les discussions ont révélé une opposition entre les participants promulguant l'innovation et ceux se montrant plus frileux face au changement des pratiques. Ces divergences étaient également marquées par les expériences antérieures personnelles, le niveau d'ouverture d'esprit de chacun, le désir de protéger son métier, et le fait que certains participants s'exprimaient plus que d'autres.

En raison des horaires chargés et variables des médecins et infirmiers urgentistes, il était parfois difficile de rassembler l'ensemble des participants à chacune des réunions. La dynamique de certains entretiens a pu être impactée par la perte de participants moteurs, ayant davantage tendance à relancer les discussions, à ouvrir de nouvelles pistes de débat ou encore à apporter des éléments nouveaux à la discussion.

Cette étude qualitative est, par définition, basée sur des interactions entre êtres humains. Les données récoltées peuvent être influencées par l'attitude des participants mais aussi des expérimentateurs. Bien que plusieurs mesures aient été prises pour assurer l'impartialité des résultats, l'attitude inconsciente des expérimentateurs a pu introduire un biais en influençant les réponses des participants. Par ailleurs, la méthode de récolte des données par focus groups est une méthode rigoureuse qui requiert une certaine expertise. Bien qu'accompagnée par deux personnes bien plus expérimentées, mon manque de familiarité avec cette méthode a pu sensiblement influencer la qualité des données recueillies.

4. Implications pour la pratique et perspectives

Les résultats de cette étude démontrent un intérêt de la part des médecins et infirmiers urgentistes belges pour l'intégration d'un KPA aux urgences. Des besoins propres au contexte de santé belge ont été identifiés et l'implémentation de la PAK a été jugée pertinente pour y répondre. Selon les preuves actuelles, une plus-value qualitative, économique et organisationnelle est attendue suite à l'introduction de ce nouveau professionnel dans les services d'urgence belges.

Le cadre théorique présenté dans cette étude constitue une base utile pour de futures recherches sur ce sujet. Une étude Delphi pourrait être réalisée visant à développer des lignes directrices de la PAK en Belgique en précisant les rôles et les compétences du KPA aux urgences. Ces deux études contribueront à établir le cadre d'une future expérimentation, notamment par le biais d'une étude pilote, afin d'évaluer l'implémentation d'un KPA dans les services d'urgence.

Diverses précautions devront être prises lors de la mise en place de ces parcours de soins impliquant ce nouveau professionnel, telles que citées dans l'Analyse secondaire. Par ailleurs, le nombre de KPA engagés devra être adapté à la taille de chaque service d'urgence. En effet, il s'agirait de disposer d'un effectif suffisant pour permettre aux KPA de remplir leurs rôles, tant dans le service ambulatoire que dans le service couché, et ce, sur l'entièreté de l'horaire qui leur serait attribué.

Conclusion

Les résultats de l'étude démontrent la pertinence d'intégrer des KPA dans les services d'urgence de Belgique francophone, et présentent un cadre théorique de la PAK en rapport avec le contexte de soins belge.

Les médecins et infirmiers urgentistes interrogés estiment que le KPA serait un professionnel approprié pour répondre aux besoins de santé qu'ils rencontrent dans leurs services. Ainsi, l'implémentation de la PAK en Belgique aurait pour objectifs d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés aux urgences, d'optimiser l'utilisation des différentes ressources ainsi que l'organisation de ce service.

Afin de satisfaire ces besoins, les soignants belges ont construit deux principaux parcours de soins. Une première filière dans laquelle le KPA aurait une autonomie complète pour la prise en charge de certains profils de patients souffrant d'affections musculosquelettiques. Une seconde filière pour la prise en charge de patients nécessitant des soins respiratoires, et dans laquelle le KPA interviendrait en tant qu'expert sur demande médicale pour des actes spécifiques.

Pour remplir ces rôles, les compétences du KPA relèveraient de l'évaluation, l'orientation, le traitement et la coordination du patient.

Les résultats de cette étude, qu'il s'agisse des besoins de santé, des rôles ou des compétences du KPA, concordent avec les modèles de pratique avancée déjà implémentés dans d'autres pays ainsi qu'avec la littérature qui y est associée. Cette littérature fournit des preuves empiriques démontrant l'efficacité de ces modèles de soins dans le monde au travers de l'évaluation de plusieurs facteurs. Compte tenu de la similitude des résultats de cette étude et des modèles de soins existants, cette littérature constitue également une base solide pour la poursuite des recherches sur l'introduction de la PAK dans les services d'urgence en Belgique.

En effet, cette étude souligne la nécessité de mener d'autres recherches visant à préciser les rôles et les compétences du KPA aux urgences, ainsi qu'à évaluer son implémentation. Les résultats de l'étude peuvent être utilisés, à la lumière de ses forces et de ses limites, comme base théorique des futures investigations.

Pour conclure, cette étude se distingue en tant que première initiative en Belgique visant à répondre aux recommandations de la World Physiotherapy. De fait, celle-ci soutient l'implémentation de la PAK, reconnue comme bénéfique et souhaitable par la plupart de ses organisations membres (9). Ainsi, cette étude vise à combler une lacune dans la recherche et à aligner les pratiques belges sur les attentes internationales concernant les avancées en kinésithérapie.

Annexes

Annexe A : Guides d'entretien des focus groups.

Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Guide d'entretien : session 1

Titre : Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée (KPA) au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Introduction :

Cette étude est une étude qualitative exploratoire par entretiens collectifs semi-directifs focalisés. Elle vise à explorer les perceptions des équipes médicales et paramédicales de services d'urgence concernant la pertinence d'intégrer un KPA dans le parcours de soins de patients admis aux urgences en Belgique francophone.

Les données nécessaires à l'étude seront recueillies lors de trois sessions d'entretiens d'une durée d'environ une heure chacun. Cette organisation a pour but de vous laisser un temps de maturation de votre réflexion sur les sujets abordés entre chaque séance. Ces entretiens présentent un triple objectif : 1) présentation du concept de KPA et des résultats de la revue de portée ; 2) identification des besoins de soins ; 3) élaboration de nouveaux modèles de soins intégrant la KPA décrivant leurs objectifs, rôles et compétences. Chaque thème sera donc abordé lors d'une première séance, puis le sera à nouveau lors de la séance suivante après que vous ayez eu l'occasion de développer davantage votre opinion sur celui-ci.

Les entretiens sont confidentiels et seuls les responsables de l'analyse des données auront accès aux informations vous concernant. Nous procéderons à une anonymisation des données pour toute publication.

Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré, afin que nous puissions ensuite analyser les données recueillies ?

Les objectifs de cette séance sont de recueillir les données démographiques de chacun d'entre vous, de décrire l'organisation actuelle des urgences ainsi que d'identifier les modèles de soins pour lesquels l'intégration d'un KPA pourrait se révéler pertinente.

Guide d'entretien :

Thème	Question principale	Questions de relance	Objectif
Présentation des participants	Pouvez-vous vous présenter et décrire votre activité professionnelle actuelle ?	Quel âge avez-vous ? Quel est votre fonction dans le service ? Combien d'années d'expérience avez-vous ? Quel est votre parcours professionnel ?	Recueillir les données socio-démographiques des participants.

		Exercez-vous d'autres activités ? Quel est votre niveau de connaissance concernant la pratique avancée de 0 à 5 ? (0 : aucun, 5 : bon)	
Identification du parcours de soins actuels des patients	Quel est le parcours de soins type d'un patient admis dans votre service d'urgence ?	Quelle population ? Quelle organisation au niveau du triage ? Quelle organisation au niveau de la PEC ? Quelle organisation au niveau de la sortie du patient ? Quelles pathologies principalement ?	Décrire les parcours de soins/ l'organisation des soins actuellement mis en place dans les services d'urgence.
Description de la place actuelle du kiné aux urgences	Quelle est la place actuelle du kinésithérapeute dans votre service ?	Quels types de PEC réalise-t-il ? Quelles tâches réalise-t-il ?	Décrire le champ d'action actuel du kinésithérapeute dans les services d'urgence.
Objectifs de la kinésithérapie en pratique avancée	Dans quels parcours de soins (situations pathologiques) jugez-vous utile d'intégrer/de travailler avec un.e KPA ? Pourquoi ?	Pour quel type de pathologie ou pour quel type de patient ? Quels seraient les avantages à travailler avec un.e KPA ? Quels seraient les inconvénients à travailler avec un.e KPA ? Qu'apporterait un.e KPA dans l'équipe ? En quoi la kinésithérapie en pratique avancée serait une aide dans les parcours de soins des patients ?	Identifier les modèles de soins pour lesquels un KPA serait pertinent en fonction des besoins de soins et des attentes des professionnels.

Conclusion :

- Synthétiser les échanges

- Je vous remercie pour votre participation à cet entretien de groupe. Nous allons transcrire par écrit vos échanges et je vous enverrai ensuite la transcription. Si vous souhaitez préciser ou ajouter des éléments, vous pourrez le faire.

- Pour la prochaine séance, je vous invite à réfléchir d'éventuels autres parcours de soins dans lesquels l'intégration d'un.e KPA se révélerait utile. Vous pouvez également réfléchir aux tâches dans ces parcours de soins que vous envisageriez de déléguer à un.e KPA.

Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Guide d'entretien : session 2

Titre : Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée (KPA) au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Introduction : Présenter une synthèse de l'entretien précédent et énoncer les objectifs de l'entretien du jour qui sont : poursuivre l'identification des modèles de soins lesquels l'intégration d'un KPA pourrait se révéler pertinente, décrire, pour chacun des parcours proposés, les rôles que devrait assurer le KPA et les compétences qu'il devrait posséder pour assurer ces tâches médicales.

Grille d'entretien :

Thème	Question principale	Questions de relance	Objectif
Objectifs de la kinésithérapie en pratique avancée (suite)	Depuis le dernier entretien, avez-vous identifié d'autres parcours de soins pour lesquels l'intégration d'un.e KPA vous semble utile ?	Pour quel type de pathologie ou pour quel type de patient ? Quels seraient les avantages à travailler avec un.e KPA ? Quels seraient les inconvénients à travailler avec un.e KPA ? Qu'apporterait un.e KPA dans l'équipe ? En quoi la kinésithérapie en pratique avancée serait une aide dans les parcours de soins des patients ?	Identifier les modèles de soins pour lesquels un KPA serait pertinent en fonction des besoins de soins et des attentes des professionnels.
Rôles	Quelles tâches de ces parcours de soins envisageriez-vous de déléguer à un.e KPA ?	Quelles interventions médicales seriez-vous prêt à déléguer à un.e KPA ? Quels rôles seriez-vous prêt à déléguer à un.e KPA ?	Identifier les rôles du KPA, autrement dit les tâches médicales qui lui seraient dévolues.
Compétences	Quelles compétences médicales mobilisez-vous habituellement lors des tâches citées précédemment ? Lesquelles parmi ces compétences devrait acquérir un.e KPA pour pouvoir assurer son nouveau rôle ?	Quels savoirs médicaux sont nécessaires pour réaliser ces tâches ? Quels savoir-faire médicaux sont nécessaires pour réaliser ces tâches ?	Identifier les compétences médicales qu'un.e KPA devrait mobiliser pour assurer les rôles précédemment définis.

Conclusion :

- Synthétiser les échanges

- Je vous remercie pour votre participation à cet entretien de groupe. Nous allons transcrire par écrit vos échanges et je vous enverrai ensuite la transcription. Si vous souhaitez préciser ou ajouter des éléments, vous pourrez le faire.

- Pour la prochaine séance, je vous invite à réfléchir d'éventuels autres rôles et compétences que vous jugeriez pertinent de déléguer à un.e KPA.

Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Guide d'entretien : session 3

Titre : Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée (KPA) au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Introduction : Présenter une synthèse de l'entretien précédent et énoncer les objectifs de l'entretien du jour qui sont : pour chacun des modèles de soins identifiés, poursuivre la description des rôles que devrait assurer le KPA et des compétences qu'il devrait posséder pour assurer ces tâches médicales.

Grille d'entretien :

Thème	Question principale	Questions de relance	Objectif
Rôles (suite)	Depuis le dernier entretien, avez-vous identifié d'autres tâches que vous pourriez envisager de déléguer à un.e KPA ?	Quelles interventions médicales seriez-vous prêt à déléguer à un.e KPA ? Quels rôles seriez-vous prêt à déléguer à un.e KPA ?	Identifier les rôles du KPA, autrement dit les tâches médicales qui lui seraient dévolues.
Compétences (suite)	Quelles compétences médicales mobilisez-vous habituellement lors des tâches citées précédemment ? Lesquelles parmi ces compétences devrait acquérir un.e KPA pour pouvoir assurer son nouveau rôle ?	Quels savoirs médicaux sont nécessaires pour réaliser ces tâches ? Quels savoir-faire médicaux sont nécessaires pour réaliser ces tâches ?	Identifier les compétences médicales qu'un.e KPA devrait mobiliser pour assurer les rôles précédemment définis.
	Que souhaiteriez-vous ajouter que nous n'aurions pas dit et que vous souhaitez exprimer ?		

Conclusion :

- Synthétiser les échanges

- Je vous remercie pour votre participation à cet entretien de groupe. Nous allons transcrire par écrit vos échanges et je vous enverrai ensuite la transcription. Si vous souhaitez préciser ou ajouter des éléments, vous pourrez le faire.

Annexe B : Avis favorable du Comité Éthique.



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 20 novembre 2023

A l'investigateur responsable:

M. Laurent PITANCE

FSM

Pasteur Avenue Mounier 53/B1.53.07

1200 Woluwe-Saint-Lambert

Cc : A l'étudiant :

laura.derjckmuhl@student.uclouvain.be

AVIS ETHIQUE Favorable

Concerne : 2023/08NOV/449 - N° Enregistrement Belge : NA

N° Protocole : MASTER

Acronyme : n/a

Intitulé : Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée.

Après examen détaillé et discussion, nous concluons que votre projet ne tombe pas sous le champ d'application de la loi belge du 07.05.2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Dès lors, notre avis n'est pas contraignant, et le consentement écrit n'est pas obligatoire.

Nous donnons un avis éthique favorable à votre projet.

Néanmoins, nous vous recommandons, si d'application :



- de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité des données en accord avec le RGPD
- d'informer correctement les participants sur le but de leur participation et sur ce qui est attendu d'eux
- de prévenir le participant s'il est prévu ou non des enregistrements audio ou vidéo et de prévoir la destruction de ceux-ci le cas échéant
- d'utiliser les plateformes sécurisées Qualtrix ou LimeSurvey pour les enquêtes en ligne car elles sont considérées comme respectant l'anonymat des données
- informer le participant de la durée de conservation des données récoltées

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF

Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 13/11/2023
CEHF-FORM-006-17.0		

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD ▪ Représentants Patients ▪ Représentants Volontaires Sains 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORSMANS ▪ Luc ROEGIERSⁱ ▪ Bénédicte BRICHARD ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)ⁱ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Oknam MICHOTTEⁱ ▪ Nicolas VERMEULENⁱ ▪ Pascale de PIERPONTⁱ ▪ Séverine HALLEUXⁱ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNEⁱ ▪ Anne GABRIELⁱ ▪ Luc DUVEILLERⁱ et/ou Aurélie CARLIERⁱ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUTⁱ

ⁱ: invité

Annexe C : Déclaration de consentement d'enregistrement audio.



Déclaration de consentement d'enregistrement audio

Responsables de projet :

Pitance Laurent, laurent.pitance@uclouvain.be

Demont Anthony, anthony.demont@gmail.com

De Rijck Muhl Laura, laura.derijckmuhl@student.uclouvain.be

Titre de l'étude : Évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des services d'urgence en Belgique : étude exploratoire qualitative.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude susmentionnée, nous vous invitons à participer à des entretiens collectifs semi-dirigés. Ceux-ci visent à identifier, selon les besoins et attentes des professionnels, les modèles de soins pour lesquels l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée serait bénéfique ainsi qu'à déterminer ses rôles, objectifs et compétences médicales déléguées.

Les trois séances d'entretien, d'une durée d'environ une heure chacune, seront enregistrées à l'aide d'un dispositif audio à des fins de transcription et d'analyse approfondie ultérieure. Au cours de celles-ci, vous serez amené à donner votre avis sur plusieurs thématiques portant sur la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute en pratique avancée au sein des urgences belges. Vos données sociodémographiques (genre, âge, profession, expérience professionnelle, diplômes post-gradués et niveau de connaissance concernant la kinésithérapie en pratique avancée) seront recueillies et anonymisées.

Votre profil sera associé à un numéro de participant et seuls les responsables auront accès à la liste contenant la correspondance entre votre numéro et votre identité. Les retranscriptions des entretiens et des observations seront uniquement reliées au numéro de participant que l'on vous aura attribué. Votre identité sera donc strictement confidentielle. Toutes les données seront traitées de manière anonyme et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Les enregistrements seront conservés de manière sécurisée et ne seront accessibles qu'aux membres autorisés de l'équipe de recherche.

En participant à cette étude, vous consentez à l'enregistrement audio des entretiens. Vous comprenez que ces enregistrements seront utilisés uniquement à des fins de recherche et que toutes les informations personnelles seront traitées de manière confidentielle.

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans fournir de justification. Si vous choisissez de vous retirer, vos données seront exclues de l'analyse et supprimées.

Si vous avez des questions concernant cette étude, veuillez contacter les responsables de projet.

Je soussigné(e), reconnais avoir lu et compris les informations fournies ci-dessus. J'accepte volontairement de participer à cette étude et consens à l'enregistrement audio des entretiens.

Date :

Signature :

Annexe D : Synthèse des besoins en santé pour chaque hôpital.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	HÔPITAL DE LA LOUVIERE - SITE JOLI-MONT	GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI
<p>Augmenter l'offre de soins disponible aux urgences et améliorer la qualité de la prise en charge via un kinésithérapeute possédant une qualification particulière (pratique avancée) dans des domaines de pratiques généralement moins bien maîtrisés par les médecins et infirmiers urgentistes. (7 références)</p> <p>Pallier le manque de ressources humaines actuel et futur au sein du service d'urgence grâce à un KPA capable de prendre en charge certains profils de patients de manière autonome. (5 références)</p> <p>Optimiser l'organisation du service d'urgence via l'introduction d'un KPA afin de décharger l'équipe de soin actuelle des urgences (médecins et infirmiers) face au nombre croissant de patients consultant pour une urgence relative ou une affection non-urgente. (4 références)</p> <p>Assurer, via l'intégration d'un KPA, une meilleure répartition des tâches en recentrant l'expertise de chaque profession afin de libérer du temps médical (médecins) et paramédical (infirmiers) et ainsi augmenter le temps de prise en charge accordé aux patients. (3 références)</p> <p>Réduire le recours inapproprié à des ressources humaines (variété des intervenants), matérielles et financières lors du parcours de soins du patient pendant et après son séjour aux urgences. (2 références)</p> <p>Assurer un rôle d'enseignement auprès des médecins et des médecins en formation et de transmission de son expertise concernant certains domaines de compétences qui lui seront propres. (1 référence)</p>	<p>Augmenter l'offre de soins disponible aux urgences et améliorer la qualité de la prise en charge via un kinésithérapeute possédant une qualification particulière (pratique avancée) dans des domaines de pratiques généralement moins bien maîtrisés par les médecins et infirmiers urgentistes. (13 références)</p> <p>Assurer, via l'intégration d'un KPA, une meilleure répartition des tâches en recentrant l'expertise de chaque profession afin de libérer du temps médical (médecins) et paramédical (infirmiers) et ainsi augmenter le temps de prise en charge accordé aux patients. (5 références)</p> <p>Diminuer le recours à la médication au regard des recommandations de bonnes pratiques au profit de traitements non-médicamenteux délivrés par le KPA. (2 références)</p> <p>Optimiser l'organisation du service d'urgence via l'introduction d'un KPA afin de décharger l'équipe de soin de médecine d'urgence actuelle (médecins et infirmiers) face au nombre croissant de patients consultant pour une urgence relative ou une affection non-urgente. (1 référence)</p> <p>Assurer une prise en charge plus rapide des patients admis aux urgences (réduction du délai d'attente pour accéder au bon traitement). (1 référence)</p>	<p>Augmenter l'offre de soins disponible aux urgences (plus-value) et améliorer la qualité de la prise en charge via un kinésithérapeute possédant une qualification particulière (pratique avancée) dans des domaines de pratiques généralement moins bien maîtrisés par les médecins et infirmiers urgentistes. (16 références)</p> <p>Assurer, via l'intégration d'un KPA, une meilleure répartition des tâches en recentrant l'expertise de chaque profession afin de libérer du temps médical (médecins) et paramédical (infirmiers) et ainsi augmenter le temps de prise en charge accordé aux patients. (8 références)</p> <p>Réduire le recours inapproprié à des ressources humaines (variété des intervenants), matérielles et financières lors du parcours de soins du patient pendant et après son séjour aux urgences. (2 références)</p> <p>Soulager le flux aux urgences via une prise en charge plus rapide des patients consultant pour une urgence relative ou ne nécessitant pas de prise en charge urgente afin de désencombrer le service, mais aussi via une réduction du taux de réhospitalisation. (2 références)</p> <p>Pallier le manque de ressources humaines actuel et futur au sein du service d'urgence grâce à un KPA capable de prendre en charge certains profils de patients de manière autonome. (1 référence)</p> <p>Diminuer le recours à la médication au regard des recommandations de bonnes pratiques au profit de traitements non-médicamenteux délivrés par le KPA. (1 référence)</p>

KPA : Kinésithérapeute en pratique avancée

Annexe E : Synthèse des rôles du kinésithérapeute en pratique avancée pour chaque hôpital.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Ligne 1	Motif de consultation	<p>Affection musculosquelettique :</p> <p>1) Traumatisme isolé d'une région anatomique (rachis, membres, articulation temporo-mandibulaire, région costale). Ex: entorse de cheville/genou, luxation de l'articulation temporo-mandibulaire, fracture costale</p> <p>2) Symptômes musculosquelettiques d'une région anatomique avec ou sans irradiation d'origine atraumatique Ex: cervicalgie, lombalgie, épaule douloureuse, ...</p>
	Critères d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Absence de drapeaux rouges > Histoire clinique, mécanisme lésionnel et/ou cinétique de l'accident n'évoquant pas de problème sous-jacent ou plus complexe > Présentation du patient non critique > Adultes (16 ans et +), pédiatrie (< 16 ans) si traumatique > Absence d'évidence de fracture complexe/déplacée ou déformation du membre > Absence d'évidence de luxation > Absence d'indication évidente de chirurgie > Douleur ne nécessitant pas d'antalgiques de palier 3 > Critères Nexus négatifs
	Rôles	<p>Evaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Formulation d'un diagnostic dans un contexte de soins d'urgence > Réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique adéquats dans un contexte de soins d'urgence > Prescription et interprétation d'une radio standard > Prescription, réalisation et interprétation d'une écho musculosquelettique (POCUS) de toute région anatomique <p>Orientation :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Référencement du patient vers un soignant approprié si nécessaire durant sa prise en charge aux urgences (urgentiste, spécialiste) > Demande d'avis de l'urgentiste/ spécialiste durant la prise en charge <p>Traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Initiation de la prise en charge > Support au choix et à la mise en place d'une contention (sauf plâtres) > Prescription d'antalgiques de paliers 1 et 2 > Education thérapeutique du patient > Conseils et consignes d'auto-rééducation <p>Coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Plannification du suivi : prescription d'une consultation de suivi en médecine physique, en médecine générale, en orthopédie ou chez un confrère kinésithérapeute en ville > Relais avec/orientation du patient vers le service de la médecine physique de l'hôpital si nécessaire > Assurer la gestion administrative et médico-légale associée à la prise en charge

Ligne 2	Motif	Patients nécessitant une prise en charge respiratoire
	Critères	<ul style="list-style-type: none"> > Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Adultes (16 ans et +), pédiatrie (< 16 ans)
	Rôles	<ul style="list-style-type: none"> > Indication, mise en place et gestion de la VNI > Procédures d'aspiration du patient > Aérosolthérapie > Indication et interprétation d'une gazométrie et adaptation de la VNI en fonction des résultats > Mobilisation du patient > Prise en charge respiratoire (dont drainage bronchique et expectoration) > Education et conseils au patient (dont rinçage nasal)

VNI : Ventilation non-invasive

Ligne 2	Motif	Patients hospitalisés en unité d'observation
	Critères	<ul style="list-style-type: none"> > Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Adultes (16 ans et +)
	Rôles	<ul style="list-style-type: none"> > Mobilisation du patient > Repositionnement

Ligne 1	Motif de consultation	<p>Affection musculosquelettique :</p> <p>1) Traumatisme isolé de la cheville, genou et doigt Ex: entorse de cheville/genou</p> <p>2) Symptômes musculosquelettiques d'une région anatomique avec ou sans irradiation d'origine atraumatique Ex: lésion musculaire, lombalgie</p>
	Critères d'orientation	<p>> Absence de drapeaux rouges</p> <p>> Histoire clinique sans trauma (chute ou choc, concerne les lombalgies, dorsalgies, cervicalgies), mécanisme typique, contexte d'accident sportif, scolaire ou de la vie quotidienne à basse vélocité</p> <p>> Adultes (16 ans et +), pédiatrie (< 16 ans) si traumatique</p> <p>> Critères d'Ottawa négatifs, positifs avec radio négative, positifs avec radio positive et indication de prise en charge conservatrice</p> <p>> Douleur ne nécessitant pas d'antalgiques de palier 3</p> <p>> Absence de déficit neurologique</p>
	Rôles	<p>Evaluation :</p> <p>> Formulation d'un diagnostic dans un contexte de soins d'urgence</p> <p>> Réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans un contexte de soins d'urgence</p> <p>> Prescription d'une radio standard, lecture de l'image et interprétation du protocole</p> <p>> Prescription, réalisation et interprétation d'une écho clinique musculosquelettique de toute région anatomique</p>
		<p>Orientation :</p> <p>> Référencement du patient vers un soignant approprié si nécessaire durant sa prise en charge aux urgences (urgentiste, spécialiste)</p>
<p>Traitement :</p> <p>> Initiation de la prise en charge</p> <p>> Choix et mise en place d'une contention</p> <p>> Prescription d'antalgiques de paliers 1 et 2</p> <p>> Prescription d'HBPM dans le cadre de la pose d'une immobilisation</p> <p>> Education thérapeutique du patient</p> <p>> Conseils et consignes d'auto-rééducation</p> <p>> Prévention de l'aggravation de la pathologie ou de la survenue d'autres pathologies</p>		
		<p>Coordination :</p> <p>> Planification du suivi : prescription d'une consultation de suivi chez un spécialiste ou chez un confrère kinésithérapeute en ville, prescription d'une radio/écho</p> <p>> Prescription de soins infirmiers</p> <p>> Assurer la gestion administrative et médico-légale associée à la prise en charge</p>

Ligne 2	Motif	Patients nécessitant une prise en charge respiratoire
	Critères	<ul style="list-style-type: none"> > Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Adultes (16 ans et +), pédiatrie (< 16 ans)
	Rôles	<ul style="list-style-type: none"> > Indication, mise en place et participation à la gestion de la VNI > Choix de l'interface la plus appropriée > Interprétation d'une gazométrie et adaptation de la VNI en fonction des résultats > Optimisation du positionnement initialement réalisé par l'infirmier > Prise en charge respiratoire (dont drainage bronchique et expectoration)

VNI : Ventilation non-invasive

Ligne 2A	Motif	<u>Plainte musculosquelettique :</u> > Douleur articulaire traumatique épaule, coude et poignet
	Critères	> Après diagnostic médical (sur demande) > Si prise en charge conservatrice > Si imagerie rassurante
	Rôles	> Rôles de la ligne 1
Ligne 2B	Motif	<u>Plainte musculosquelettique :</u> > Whiplash
	Critères	> Après diagnostic médical (sur demande) > Si prise en charge conservatrice > Si imagerie rassurante
	Rôles	> Initier la prise en charge > Prescription d'antalgiques de palier 1 et 2 > Education thérapeutique du patient > Conseils de gestion de la pathologie et prévention de l'aggravation de la pathologie ou de la survenue d'autres pathologies associées
Ligne 2B	Motif	<u>Patients présentant un syndrome gériatrique avec fragilité</u>
	Critères	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Sur base du score de fragilité > Dans le cas où un retour à domicile est prévu en première intention
	Rôles	> Participation à l'évaluation pluridisciplinaire du retour à domicile > Evaluation gériatrique (fragilité, perte d'autonomie, marche, chute, ...) > Assurer la liaison avec l'équipe gériatrique et le médecin traitant > Prévention primaire (escarre, chute, ...) > Mobilisation du patient > Conseils au patient
Ligne 2B	Motif	<u>Patients présentant des vertiges</u>
	Critères	> Après diagnostic médical > Si vertige d'origine purement périphérique
	Rôles	> Initier le traitement (manoeuvre libératoire) > Education thérapeutique du patient > Conseils et prévention > Participation de la décision du retour à domicile > Prescription de kiné en suivi

Ligne 1	Motif de consultation	<p>Affection musculosquelettique :</p> <p>1) Traumatisme isolé d'une région anatomique (rachis, membres, articulation temporo-mandibulaire, région costale). Ex: entorse de cheville/genou, luxation de l'articulation temporo-mandibulaire, fracture costale</p> <p>2) Symptômes musculosquelettiques d'une région anatomique avec ou sans irradiation d'origine atraumatique Ex: lombalgie</p>
	Critères d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Absence de drapeaux rouges > Contexte d'accident sportif, scolaire ou de travail > Adultes, patients âgés, pédiatrie si traumatique > Absence d'antécédents importants liés à la pathologie ou de récurrences de la pathologie > Critères d'Ottawa négatifs > Absence de suspicion de fracture ou de luxation (sauf luxation de mâchoire et pronation douloureuse) ou d'évidence de déformation du membre > Douleur ne nécessitant pas d'antalgiques de palier 3
	Rôles	<p><u>Evaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Formulation d'un diagnostic dans un contexte de soins d'urgence > Réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans un contexte de soins d'urgence > Prescription et première lecture d'une radio standard > Prescription, réalisation et interprétation d'une écho musculosquelettique dans un contexte de soins d'urgence
		<p><u>Orientation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Référencement du patient vers un soignant approprié si nécessaire durant sa prise en charge aux urgences (urgentiste, spécialiste)
<p><u>Traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Initiation de la prise en charge à visée antalgique > Choix et mise en place d'une contention (sauf plâtres) > Prescription d'HBPM dans le cadre de la pose d'une immobilisation > Education thérapeutique du patient > Prévention de l'aggravation de la pathologie ou de la survenue d'autres pathologies 		
		<p><u>Coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Planification du suivi : prescription d'une consultation de suivi en médecine physique, chez un spécialiste, chez un confrère kinésithérapeute en ville > Prescription de soins infirmiers > Assurer la gestion administrative et médico-légale associée à la prise en charge

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI

Ligne 2	Motif	Patients nécessitant une prise en charge respiratoire
	Critères	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Adultes (16 ans et +), pédiatrie (< 16 ans)
	Rôles	> Indication, mise en place et participation à la gestion de la VNI > Choix de l'interface la plus appropriée > Interprétation d'une gazométrie et adaptation de la VNI en fonction des résultats > Optimisation du positionnement > Prise en charge respiratoire (dont drainage bronchique et expectoration)

VNI : Ventilation non-invasive

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI

Ligne 2	Motif	Patients hospitalisés en hospitalisation provisoire
	Critères	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Adultes (> 16 ans)
	Rôles	> Mobilisation du patient > Repositionnement > Prévention
Ligne 2	Motif	Patients nécessitant une évaluation du risque de chute
	Critères	> Demande d'intervention/expertise de la part de l'équipe médicale et paramédicale > Contexte de risque de chute, de chutes à répétitions ou de trouble de la marche > Dans le cas où un retour à domicile est prévu en première intention > Patients âgés
	Rôles	> Participation à l'évaluation pluridisciplinaire du retour à domicile > Evaluation du risque de chute et de la marche > Education thérapeutique du patient > Prévention des chutes > Conseils au patient
Ligne 2	Motif	Patients présentant des vertiges
	Critères	> Après diagnostic médical > Si vertige d'origine purement périphérique
	Rôles	> Rôle non prioritaire

Annexe F : Synthèse des compétences du kinésithérapeute en pratique avancée pour chaque hôpital.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité d'élaboration d'un diagnostic musculosquelettique > Capacité de réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans le contexte des urgences > Capacité à poser les indications, prescrire, interpréter et adapter la conduite à tenir suite à la radiographie standard et/ou de l'échographie musculosquelettique
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à identifier les patients nécessitant la demande d'un avis d'un médecin spécialiste ((chirurgien) orthopédiste, (chirurgien) neurologue) ou d'un urgentiste
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication, à prescrire, à mettre en place et à gérer des paramétrages de la ventilation non-invasive > Capacité à poser l'indication, à prescrire, à mettre en place l'aérosol > Capacité à prescrire et à interpréter une gazométrie, et à adapter le traitement en fonction de la gazométrie > Capacité à poser l'indication, prescrire et appliquer les différentes techniques de contention pour la prise en charge des affections musculosquelettiques > Capacité à définir la conduite à tenir suite à la réalisation d'une contention (rééducation, rendez-vous chez un spécialiste, ...)
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'utilisation d'une contention et/ou d'une immobilisation > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'hygiène de vie
Médication	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et à prescrire les traitements médicamenteux : antalgiques paliers 1 et 2, HBPM > Capacité à adapter la conduite à tenir suite à l'introduction de traitements médicamenteux : antalgiques paliers 1 et 2, HBPM
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et prescrire de la kinésithérapie/rééducation > Capacité à poser l'indication d'orientation vers la médecine physique ou l'orthopédie > Capacité à poser l'indication et prescrire un certificat d'incapacité de travail > Capacité à apprécier les facteurs contextuels pour guider le choix et la durée de l'incapacité de travail

Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité d'élaboration d'un diagnostic musculosquelettique > Capacité de réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans le contexte des urgences > Capacité d'identification des indications de la réalisation d'une imagerie diagnostique (radiographie) > Capacité de poser les indications, prescrire, lire l'image (radio) interpréter (écho) et adapter la conduite à tenir suite à la radiographie standard et/ou de l'échographie musculosquelettique > Capacité de réaliser un examen neurologique approfondi d'un patient consultant pour des vertiges > Capacité à collaborer et communiquer en interprofessionnel avec l'équipe des urgences
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à identifier les patients nécessitant la demande d'un avis d'un médecin spécialiste ((chirurgien) orthopédiste, (chirurgien) neurologue) ou d'un urgentiste
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et à gérer les paramétrages de la ventilation non-invasive > Capacité à prescrire et à interpréter une gazométrie, et à adapter le traitement en fonction de la gazométrie > Capacité de réalisation des manoeuvres de repositionnement pour des vertiges périphériques positionnels bénins > Capacité à poser l'indication, prescrire et appliquer les différentes techniques de contention pour la prise en charge des affections musculosquelettiques > Capacité à définir la conduite à tenir suite à la réalisation d'une contention (rééducation, rendez-vous chez un spécialiste, ...)
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'utilisation d'une contention et/ou d'une immobilisation > Capacité à fournir des conseils personnalisés sur l'hygiène de vie > Capacité à assurer le suivi d'une immobilisation
Médication	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication, prescrire les traitements médicamenteux : antalgiques paliers 1 et 2, HBPM > Capacité à adapter la conduite à tenir suite à l'introduction de traitements médicamenteux : antalgiques paliers 1 et 2, HBPM
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et prescrire de la kinésithérapie/rééducation, soins infirmiers, ergothérapie, radiographie, échographie > Capacité à poser l'indication d'orientation vers un spécialiste extra-hospitalier > Capacité à poser l'indication et prescrire un certificat d'incapacité de travail

Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité d'élaboration d'un diagnostic musculosquelettique > Capacité de réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique dans le contexte des urgences > Capacité à poser les indications, prescrire, lire l'image (radio), interpréter (écho) et adapter la conduite à tenir suite à la radiographie standard et/ou de l'échographie musculosquelettique > Capacité de détection des signes d'insuffisance respiratoire
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à identifier les situations nécessitant un référencement
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et à gérer les paramètres de la ventilation non-invasive > Capacité à interpréter et à adapter le traitement en fonction de la gazométrie > Capacité à poser l'indication, prescrire et appliquer les différentes techniques de contention pour la prise en charge des affections musculosquelettiques
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> > Capacité à poser l'indication et prescrire un certificat d'incapacité de travail

Annexe G : Synthèse des précautions et préoccupations mentionnées dans chaque hôpital.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	HÔPITAL DE LA LOUVIERE - SITE JOLI-MONT	GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI
<p>Crainte des infirmières de se voir "voler" leur travail par le KPA, guerre de spécialités.</p>	<p>Crainte des infirmières de se voir "voler" leur travail par le KPA, d'être relégués au second plan, oubliés. Crainte d'une perte de frontière entre les deux métiers, de se marcher sur les pieds.</p>	<p>Crainte des infirmières de se voir "voler" leur travail par le KPA, que le KPA prenne tous ses champs de compétences, guerre des spécialités. Nécessité de baliser, de penser à l'impact que l'implémentation d'un KPA aurait sur les autres professions.</p>
<p>Ne pas prolonger le séjour aux urgences en amenant des thérapeutiques qui peuvent être faites ailleurs et qui ne relèvent pas de l'aigu et de l'urgence.</p>	<p>Ne pas prolonger le séjour aux urgences en amenant des thérapeutiques qui peuvent être faites ailleurs et qui ne relèvent pas de l'aigu et de l'urgence, ne pas sortir du champ de compétences des urgences.</p>	<p>/</p>
<p>Crainte d'une perte des compétences du côté médical par manque de pratique, perte de polyvalence.</p>	<p>/</p>	<p>Crainte d'une perte des compétences du côté médical par manque de pratique, perte de polyvalence.</p>
<p>Crainte qu'une diversification trop importante des tâches entraîne une perte d'expertise du KPA dans les rôles qui lui sont attribués.</p>	<p>/</p>	<p>Crainte qu'une diversification trop importante des tâches entraîne une perte d'expertise du KPA dans les rôles qui lui sont attribués et d'être surchargé de travail. Nécessité de définir des priorités.</p>
	<p>Question de la responsabilité du KPA.</p>	<p>Notion de responsabilité du KPA et de responsabilité collective car interdépendance des soignants aux urgences.</p>
	<p>Aspect financier : si introduction d'un KPA, il faudra trouver pour lui un budget dans une enveloppe fermée, nécessité d'adapter la nomenclature et qu'un financement soit prévu pour les actes du kiné. Notion du remboursement des actes du KPA et des actes prescrits par le KPA.</p>	<p>Aspect financier : si introduction d'un KPA, il faudra trouver pour lui un budget dans une enveloppe fermée, nécessité qu'un financement soit prévu pour les actes du KPA, notion du remboursement des actes du KPA ou actes prescrits par le KPA.</p>
	<p>Nécessité que le KPA soit polyvalent et n'ait pas des tâches trop spécifiques pour être capable d'assurer tous les rôles qu'il est censé remplir.</p>	<p>Nécessité que le kiné soit polyvalent et n'ait pas des tâches trop spécifiques pour être capable d'assurer tous les rôles qu'il est censé remplir et s'occuper toute la journée.</p>
	<p>Conflit d'intérêt si un KPA prescrit de la KPA et nécessité d'éviter la concurrence déloyale en interdisant au KPA de prendre des patients dans un certain périmètre autour des urgences où il travaille.</p>	<p>/ Non car le patient choisit son kiné.</p>
	<p>Crainte que le KPA ne soit pas accepté par certains soignants (ex: appel à l'orthopédiste qui ne le prendra pas en considération).</p>	<p>Crainte que le KPA ne soit pas accepté par certains soignants (ex: appel à l'orthopédiste qui ne le prendra pas en considération).</p>
	<p>Importance de mettre des balises pour bien définir les rôles de chacun et ne pas surcharger le KPA en lui déléguant tout, il faut un équilibre entre médecin-infirmier-KPA</p>	<p>/</p>
	<p>Attention à ne pas mettre trop de balises non plus sinon on n'a plus de marge de manoeuvre, on risque d'entraîner les libérés du KPA.</p>	<p>Le KPA doit être présent 24h/24, les week-ends et jours fériés parce qu'il fait partie de l'équipe et pour assurer une même qualité de soins pour tous les patients.</p>
	<p>/</p>	<p>Crainte que le KPA ne parvienne plus à être critique par rapport à ses compétences et ne réfère pas quand il doit, qu'il ne connaisse plus ses limites.</p>

Bibliographie

1. Direction générale Soins de Santé, Service Data et Informations stratégiques. Caractéristiques des contacts avec les services des urgences entre 2010 et 2019 [Internet]. Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2022 janv [cité 7 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/rhm-services-durgence>
2. Fele D, Mendes Da Costa E, Verduyck P, Yannart M, Hercot D, Gillis O. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016). Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale; 2019 sept.
3. Zhang G, Schmid C. World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries | DESA Publications [Internet]. United Nations; 2024 janv [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://desapublications.un.org/publications/world-population-ageing-2023-challenges-and-opportunities-population-ageing-least>
4. Oostrom SH van, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HSJ, et al. Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. PLOS ONE. 2 août 2016;11(8):e0160264.
5. Van Den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. KCE - Belgian Health Care Knowledge Center; 2016. Report No.: 263Bs.
6. Commission de planification - offre médicale. Avis concernant le contingentement des médecins (fixation quota 2029-2033) [Internet]. Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2023 mai. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/formeel_advies_quota_2029-33_-_avis_formel_quota_2029-33_signe.pdf

7. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Turale S, Pulcini J, et al. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. International Council of Nurses; 2020 avr.
8. Tawiah AK, Desmeules F, Finucane L, Lewis J, Wieler M, Stokes E, et al. Advanced practice in physiotherapy: a global survey. *Physiotherapy*. déc 2021;113:168-76.
9. World Physiotherapy. Policy statement: Advanced physiotherapy practice [Internet]. 2023 [cité 7 juill 2024]. Disponible sur: <https://world.physio/policy/ps-advanced-pt-practice>
10. Australian Physiotherapy Association. Advanced Practice (including Emergency Department) [Internet]. [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: <https://australian.physio/membership/national-groups/advanced-practice-including-emergency-department>
11. Conseil fédéral de la kinésithérapie. Le profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020 [Internet]. 2016 [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/201601-profil-de-competences-professionnelles-du-kinesitherapeute>
12. Benson CJ, Schreck RC, Underwood FB, Greathouse DG. The Role of Army Physical Therapists as Nonphysician Health Care Providers Who Prescribe Certain Medications: Observations and Experiences. *Phys Ther*. 1 mai 1995;75(5):380-6.
13. Tourjansky Y, Demont A. Preuve de concept « Kinésithérapie en pratique avancée » en région Ile-de-France. Dans le cadre d'une convention avec l'ARS Ile-de-France. Résultats spécifiques au contexte de soins d'urgence. 2023.
14. Alkhouri H, Maka K, Wong L, McCarthy S. Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. *Emerg Med Australas EMA*. avr 2020;32(2):202-9.

15. Tawiah AK, Stokes E, Wieler M, Desmeules F, Finucane L, Lewis J, et al. Developing a core competency and capability framework for advanced practice physiotherapy: A qualitative study. *Physiother Theory Pract.* juill 2024;40(7):1477-91.
16. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother.* 1 oct 2016;62(4):209-14.
17. Ferreira GE, Traeger AC, Maher CG. Review article: A scoping review of physiotherapists in the adult emergency department. *Emerg Med Australas EMA.* févr 2019;31(1):43-57.
18. Howland D, Cunniffe G, Morris S, Staunton P. An evaluation of the effectiveness of an advanced practice physiotherapist in the emergency department setting in Ireland. *Ir J Med Sci.* juin 2024;193(3):1533-8.
19. Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther.* 1 sept 2019;99(9):1150-66.
20. Sayer JM, Kinsella RM, Cary BA, Burge AT, Kimmel LA, Harding P. Advanced musculoskeletal physiotherapists are effective and safe in managing patients with acute low back pain presenting to emergency departments. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* juin 2018;42(3):321-6.
21. Henderson J, Gallagher R, Brown P, Smith D, Tang K. Emergency department after-hours primary contact physiotherapy service reduces analgesia and orthopaedic referrals while improving treatment times. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* juin 2020;44(3):485-92.
22. Jovic D, Tuckerman K, Bergenroth C, Tran V. Time to analgesia for musculoskeletal presentations in Tasmanian emergency departments: a case-controlled comparative observational study investigating the impact of advanced practice physiotherapists. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* juin 2023;47(3):268-73.

23. Pugh A, Roper K, Magel J, Fritz J, Colon N, Robinson S, et al. Dedicated emergency department physical therapy is associated with reduced imaging, opioid administration, and length of stay: A prospective observational study. *PloS One*. 2020;15(4):e0231476.
24. Matifat E, Perreault K, Roy JS, Aiken A, Gagnon E, Mequignon M, et al. Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emerg Med*. 10 nov 2019;19(1):67.
25. Gagnon R, Perreault K, Berthelot S, Matifat E, Desmeules F, Achou B, et al. Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2021;28(8):848-58.
26. Schulz P, Prescott J, Shifman J, Fiore J, Holland A, Harding P. Comparing patient outcomes for care delivered by advanced musculoskeletal physiotherapists with other health professionals in the emergency department-A pilot study. *Australas Emerg Nurs J AENJ*. nov 2016;19(4):198-202.
27. Gridley K, Strudwick K, Pink E, Nelson M. Comparison of emergency physiotherapy practitioner prescribers versus existing emergency department prescribers for musculoskeletal injuries. *Emerg Med Australas EMA*. déc 2019;31(6):935-41.
28. Lafrance S, Vincent R, Demont A, Charron M, Desmeules F. Advanced practice physiotherapists can diagnose and triage patients with musculoskeletal disorders while providing effective care: a systematic review. *J Physiother*. 1 oct 2023;69(4):220-31.
29. Gagnon R, Perreault K, Brun G, Matifat E, Desmeules F, Berthelot S, et al. Diagnostic concordance between physiotherapist and emergency physicians for patients with a musculoskeletal disorder in the emergency department [Internet]. 2020 [cité 12 juill 2024]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.10.28.20221762>
30. Lesser A, Israni J, Kent T, Ko KJ. Association Between Physical Therapy

in the Emergency Department and Emergency Department Revisits for Older Adult Fallers: A Nationally Representative Analysis. *J Am Geriatr Soc.* nov 2018;66(11):2205-12.

31. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp.* juin 2018;5(2):101-6.

32. Blondin J, Desmeules F, Matifat E, Kechichian A. Patients presenting with musculoskeletal disorders in the emergency department: A qualitative study of their experiences when cared by advanced practice physiotherapists in the province of Québec. *Musculoskeletal Care.* sept 2024;22(3):e1914.

33. Coyle J, Gill SD. Acceptance of primary practitioner physiotherapists in an emergency department: A qualitative study of interprofessional collaboration within workforce reform. *J Interprof Care.* mars 2017;31(2):226-32.

34. Fruth SJ, Wiley S. Physician Impressions of Physical Therapist Practice in the Emergency Department: Descriptive, Comparative Analysis Over Time. *Phys Ther.* sept 2016;96(9):1333-41.

35. Matifat E, Lavoie-Côté P, Kounda N, Charrier L, Perreault K, Desmeules F. The Acceptability of Physiotherapy Care in Emergency Departments: An Exploratory Survey of Emergency Department Physicians. *J Res Interprofessional Pract Educ [Internet].* 27 avr 2021 [cité 14 juill 2024];11(1). Disponible sur: <https://jripe.org/jripe/index.php/journal/article/view/321>

36. Lafrance S, Demont A, Thavorn K, Fernandes J, Santaguida C, Desmeules F. Economic evaluation of advanced practice physiotherapy models of care: a systematic review with meta-analyses. *BMC Health Serv Res.* 9 nov 2021;21(1):1214.

37. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - guide méthodologique. 2022.

38. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Med Hyg.* 22 sept 2004;2497:1818-24.

39. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;102(3):23-34.
40. Ayton D, Tsindos T, Berkovic D. Open Textbook Library. 2023 [cité 3 juill 2024]. *Qualitative Research – a practical guide for health and social care researchers and practitioners.* Disponible sur: <https://open.umn.edu/opentextbooks/textbooks/1607>
41. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 1 juill 2015;15:252.
42. Harding P, Prescott J, Sayer J, Pearce A. Advanced musculoskeletal physiotherapy clinical education framework supporting an emerging new workforce. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* juin 2015;39(3):271-82.
43. Vervaeke R, Lafrance S, Demont A. Core competencies for first contact physiotherapists in a direct access model of care for adults with musculoskeletal disorders: A scoping review. *Musculoskeletal Care.* déc 2023;21(4):1353-63.
44. Affaires sociales - Santé Publique et Environnement. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « première prise en charge des urgences » pour être agréée. [Internet]. 1998022815 nov 18, 1998. Disponible sur: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1998/11/18/1998022815/justel>
45. Sante Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée. [Internet]. 2008024500 déc 15, 2008. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&sum_date=&pd_search=2008-12-23&numac_search=2008024500&page=&lg_txt=F&caller=article&2008024500=1
46. Vers une Belgique en bonne santé [Internet]. 2021 [cité 3 juill 2024]. *Services d'urgence.* Disponible sur:

https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/aide-medicale-et-psychosociale-urgente/organisation/via-un-appel-au-112-vers-un-hopital-processus-de-soins-pour-un-individu/services-d-urgence#_ftnref1

47. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: *Analyzing Qualitative Data*. Routledge; 1994.

48. Bryman A, Burgess B, éditeurs. *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge; 1994. 246 p.

49. Morris J, Vine K, Grimmer K. Evaluation of performance quality of an advanced scope physiotherapy role in a hospital emergency department. *Patient Relat Outcome Meas*. 2015;6:191-203.

50. Demont A, Kechichian A, Thomas D, Woodhouse L, Bourmaud A, Desmeules F. New models of care integrating more autonomous roles for physiotherapists: a narrative review. *Physiother Q*. 1 sept 2022;30:91-8.

51. Anaf S, Sheppard LA. Describing physiotherapy interventions in an emergency department setting: an observational pilot study. *Accid Emerg Nurs*. 21 nov 2006;15(1):34-9.

52. Frank J, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

53. Australian Physiotherapy Association. *Physiotherapy Competence Framework* [Internet]. Australian Physiotherapy Association; 2023 janv. Disponible sur: https://australian.physio/sites/default/files/APA_COMPETENCE_FRAMEWORK_v7.1_FINAL.pdf

54. Clark J, Radford M, Rastrick S. Multi-professional framework for advanced clinical practice in England [Internet]. National Health Service; 2017. Disponible sur: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Multi-professional%20framework%20for%20advanced%20clinical%20practice%20in%20England.pdf>

55. Conseil fédéral de la kinésithérapie. Annexes au profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020. 2016.
56. Fennelly O, Desmeules F, O’Sullivan C, Heneghan NR, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula. *Musculoskelet Sci Pract.* 1 août 2020;48:102174.
57. Demont A, Vervaeke R, Bourmaud A. Required competencies for French physiotherapists for direct access to primary care for patients with musculoskeletal disorders: consensus statement based on a Delphi survey. *Physiother Theory Pract.* 8 janv 2024;1-12.
58. Evans C, Poku B, Pearce R, Eldridge J, Hendrick P, Knaggs R, et al. Characterising the outcomes, impacts and implementation challenges of advanced clinical practice roles in the UK: a scoping review. *BMJ Open.* 5 août 2021;11(8):e048171.

Résumé

Contexte : Les services d'urgence belges sont confrontés à divers enjeux tels que leur encombrement par des affections non-urgentes et le manque de médecins. Pour relever des défis similaires, des pays ont développé des modèles de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée (KPA), dont l'intérêt et l'efficacité ont été prouvés dans la littérature. Cette étude vise à évaluer la pertinence d'intégrer un KPA dans les services d'urgence de Belgique francophone.

Méthode : L'étude adopte une approche descriptive qualitative suivant un processus itératif : focus group visant à identifier les besoins, rôles et compétences du KPA auprès de 19 médecins et infirmiers de 3 services d'urgence belges ; construction des filières de soins dans chaque hôpital ; élaboration d'un cadre final.

Résultats : Les participants sont favorables à l'intégration d'un KPA aux urgences, l'estimant capable de contribuer à améliorer les soins et optimiser l'utilisation des ressources et l'organisation des urgences. Deux principaux parcours de soins ont été décrits : un musculosquelettique avec autonomie complète du KPA, et un respiratoire où il agit en tant qu'expert pour des actes spécifiques. Les compétences qu'il devrait posséder incluent l'évaluation, l'orientation, le traitement et la coordination.

Conclusion : Les résultats convergent avec les mesures mises en œuvre dans d'autres pays. L'étude offre une base théorique pour de futures recherches, telles qu'une étude Delphi et une étude pilote.