

L'IPA mention urgences : de nouvelles perspectives en France pour les secteurs d'urgence

Kevin Van Den Bergh*

© Robert Krieschke

Une implantation dans un environnement fragile

Les dysfonctionnements multifactoriels du système de santé français n'ont pas épargné les services et soins d'urgences. En effet, depuis quelques décennies, les instances et les acteurs sur le terrain tirent la sonnette d'alarme concernant la mise en danger des soignants et des patients.

En 1993, le Pr Adolphe Steg, dans un rapport publié par le Conseil économique et social, posait les bases fondatrices de la médicalisation de qualité des services d'urgences, alertait sur la croissance exponentielle du nombre de passages aux urgences et soulignait le manque de moyens matériels et humains des services d'urgences. Puis des rapports, plans santé et autres textes gouvernementaux se sont succédé : des mots différents pour exprimer les mêmes maux. Le rapport Grall en 2015 prônait, entre autres, une nouvelle réorganisation par région des structures d'urgences qui connaissent une progression annuelle constante du nombre de passages. Ce rapport mettait en avant la surconsommation de soins aux urgences, conséquence majeure de la médicalisation de ces services, initialement recommandée par le rapport Steg [1].

Par ailleurs, un autre rapport de la commission des Affaires sociales du Sénat de 2017 questionnait la capacité des services d'urgences à répondre à une demande de soins de plus en plus diversifiée et croissante. Ce rapport proposait des solutions concrètes et transposables au quotidien à court terme. Il mettait en avant les causes transversales de l'engorgement

dans les services d'urgences : manque de solutions en amont (offre de soins en ville non adaptée) et en aval (nombre insuffisant de lits d'hospitalisation), quête d'immédiateté des patients, demandes consumeristes, absence d'avance de frais, changement de paradigme dans la perception de la maladie grave par les patients, modèle financier obsolète, personnel médical et paramédical en sous-effectif et manque d'attractivité professionnelle [2].

La crise des urgences a atteint son paroxysme au premier semestre 2019, une année avant la pandémie de Covid-19. En effet, les mouvements de grève des services d'urgences en France se sont multipliés, dénonçant les conditions de travail difficiles et le manque de moyens humains et matériels, encore une fois. De plus, le personnel soignant mettait en avant la nécessité de la sécurisation du parcours patient au sein des services. Bénéficiant du soutien du corps médical, la grève s'organise au niveau national, et, en seulement quelques mois, 270 services d'urgences s'unissent à la cause [3, 4].

Le rapport "Pour un pacte de refondation des urgences", remis par le Pr P. Carli et le Dr T. Mesnier en 2019 au ministre des Solidarités et de la Santé, prévoit une nouvelle réorganisation des moyens et une augmentation du budget alloué qui inclut, entre autres, une ébauche de la profession d'IPA mention urgences (IPA U) [5]. En 2022, et après 2 années de pandémie, la crise aux urgences s'exacerbe en raison de la pénurie de soignants ; la fermeture des services touche environ 20 % des 620 services d'urgences des établissements de santé publics et privés en France [6]. C'est dans ce contexte fragile que naît l'IPA U.

* IPA mention urgences, CH de Perpignan.

Une nouvelle profession en France

La mention urgences est le 5^e domaine d'exercice des IPA en France depuis octobre 2021, date de parution du décret d'exercice qui officialise sa création [7]. En septembre 2019, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, annonçait le début du travail législatif pour créer cette nouvelle mention, formalisée dans le pacte de refondation des urgences [5].

En effet, au cours des 5 dernières années, plusieurs textes ont fait ressortir la nécessité de faire évoluer les compétences infirmières aux urgences :

- dans le livre blanc de Samu-Urgences de France (2015) [8], la mesure 17 prônait l'évolution des compétences cliniques des infirmiers qui travaillent aux urgences par le biais de l'exercice en pratique avancée ;
- le rapport de la commission des Affaires sociales du Sénat sur les urgences hospitalières (2017) [3] objectivait les dysfonctionnements

des services des urgences et de la médecine de ville et proposait une autre série de mesures à court et à moyen terme pour réorganiser les circuits patients au sein des

urgences, et préconisait de discuter d'une nouvelle spécialisation "urgences" pour les IDE afin d'élever l'expertise des soignants. Le rapport insistait sur le fait que cela pourrait avoir un impact positif sur le parcours patient ;

- dans le pacte de refondation des urgences du Pr P. Carli et du Dr T. Mesnier (2019) [5], la recommandation 17 visait à créer ce nouveau corps de métier dans les secteurs d'urgences bénéficiant de compétences cliniques et techniques supplémentaires ;

- le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de novembre 2021 [9] soulignait le besoin de développer d'une manière générale la pratique avancée dans notre système de soins, celle-ci pouvant être un levier positif dans la prise en charge du patient en amont comme en aval des urgences. Le développement des IPA U était préconisé ;

- la mission flash sur les urgences et soins non programmés menée par le Dr F. Braun en juin 2022 [10] mettait en avant le développement nécessaire des IPA (mesure 4) et, plus particulièrement, les IPA U (mesure 8),

acteurs du système de soins pouvant entraîner une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et fluidifier le parcours patient.

Par ailleurs, cette profession, nouvelle en France, existe depuis des décennies sur d'autres continents : la pratique avancée aux urgences est déjà implantée dans diverses structures d'urgences et de soins non programmés, notamment dans des pays anglo-saxons. Plusieurs appellations existent, cependant celle qui se rapproche le plus de l'exercice de l'IPA U serait *emergency nurse practitioner* (ENP). Les résultats d'études d'après les revues de littérature étrangère ont déjà prouvé la plus-value de l'action de l'IPA U sur les différents indicateurs de suivi en santé dans le parcours patient. Ces résultats doivent permettre d'orienter la réflexion sur l'activité des IPA U en France, sans que cela nous astreigne à reproduire les modèles étrangers. Il sera important que les équipes porteuses de projets aient

une vision novatrice du sujet, alimentée par des preuves littéraires internationales, tout en l'adaptant au contexte local, législatif et institutionnel français.

La mention urgences est le 5^e domaine d'exercice possible des IPA depuis octobre 2021.

Une méta-analyse récente, menée par M.M. Jeyaraman et son équipe, a étudié l'impact de différentes organisations au sein même des services d'urgences et en a conclu que la présence d'un acteur en pratique avancée engendrait une importante amélioration des indicateurs de durée de séjour et de satisfaction du patient [11]. Cette méta-analyse a récupéré les données de 40 études, publiées entre 1993 et 2020, la plupart ayant un niveau de preuve élevé ou très élevé. D'autres revues systématiques, d'un niveau de preuve moins élevé ou égal, montrent que les données retrouvées par M.M. Jeyaraman et al. traduisent le bénéfice de l'IPA aux urgences (tableau I).

Exercice et formation

Cependant, en France, le métier d'IPA U présente quelques divergences avec l'exercice des ENP outre-Atlantique. En effet, l'IPA U ne peut exercer qu'au sein

Tableau I. Études portant sur le bénéfice de l'IPA dans les services d'urgences : revue de littérature.

Études	Principaux résultats
Fowler LH et al. Nurse Practitioners Improving Emergency Department Quality and Patient Outcomes. Crit Care Nurs Clin North Am 2019;31(2):237-47	Amélioration de la qualité de la prise en charge du patient tout en préservant la sécurité de prise en charge aux urgences ; amélioration de l'accès aux soins ; réduction de la durée totale du séjour ; temps dédié à l'éducation à la santé augmenté ; haut niveau de satisfaction des patients, notamment sur des filières courtes ; réduction du nombre de patients qui quittent les urgences sans être examinés ; réduction du temps d'attente global ; réduction de la morbidimortalité
Galiana-Camacho T et al. Advanced Practice Nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review. Rev Esp Salud Publica 2018;92:e201809065	Diminution du temps d'attente ; haut niveau de qualité dans l'éducation à la santé du patient concernant les thérapeutiques et leur pathologie ; efficacité des soins ; amélioration des temps d'attente avec un ENP dans l'équipe ; satisfaction des médecins
Jennings N et al. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. Int J Nurs Stud 2015;52(1):421-35	Efficacité des soins ; satisfaction des patients ; augmentation du temps consacré à l'éducation à la santé ; réduction du temps de contact initial patient-agent prescripteur ; qualité de soins maintenue

ENP: emergency nurse practitioner.

Tableau II. La liste des actes réalisés par les IPA a été étendue par arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du Code de la santé publique.

Actes issus de l'arrêté qui viennent compléter la liste d'actes réalisés par les IPA (dont les IPA Urgences)	Actes exclusifs réalisés par les IPA Urgences dans le cadre du parcours médical et paramédical
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une échographie de vessie • Échoguidage des voies veineuses périphériques difficiles • Pose de cathéter veineux court • Pose de sonde gastrique • Pose de sonde vésicale à demeure y compris le premier sondage chez l'homme • Toucher rectal • Spirométrie et mesure du monoxyde de carbone expiré • Méchage pour épistaxis (hors ballonnet) • Anesthésie locale et topique • Gypsothérapie • Immobilisations au moyen d'attelles, d'orthèses et autres dispositifs • Réalisation de sutures (sauf visage et mains) comprenant les arcades sourcilières, le crâne et la pose/ablation de crins • Incision et drainage d'abcès, méchage • Tests rapides d'orientation diagnostique inscrits au tableau 3 de l'arrêté du 1^{er} août 2016 ainsi que ceux recommandés en cas d'épidémie ou de pandémie • Dosage de l'hémoglobine par HemoCue® • Pose d'une oxygénothérapie (< 15 L/min) • Défibrillation manuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Test à la trinitrine • Recueil du signal et des images en échographie à l'aide de la technique "FAST" • Pose de cathéter intraosseux, veineux profond (type Désilet®), de pression artérielle sanglante • Pose d'une oxygénothérapie haut débit, d'une ventilation non invasive • Pose d'une canule oropharyngée, d'un masque oropharyngé, mise en place d'un dispositif de ventilation sans laryngoscopie • Ponction d'ascite • Décompression d'un pneumothorax suffocant • Pose d'attelle de traction • Aide à la réduction de fractures

d'établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence conforme aux dispositions de l'article R. 6123-1 du Code de la santé publique (CSP), contrairement aux ENP, qui s'investissent sur tous les lieux où leurs compétences sont nécessaires. Une place en centre de santé sur des créneaux de soins non programmés pourrait être envisagée pour les IPA U si cette restriction était levée. Épauler les équipes de soins primaires dans un exercice coordonné de soins peut également faire partie des réflexions menées à court ou à moyen terme pour l'IPA U et/ou l'IPA en soins primaires.

Par ailleurs, l'IPA U peut prendre en charge les patients qui présentent un motif de recours ou une situation clinique stipulée dans l'article R. 4301-3-1 du CSP. Ces situations cliniques sont divisées en 2 parcours :

- un parcours où l'IPA U est autonome en collaboration médicale et où la plupart des motifs de recours, dits de faible complexité (terme parfois utilisé à tort), correspondent à des situations cliniques retrouvées dans le TRI 4 et TRI 5 de la grille FRENCH (*FRENch Emergency Nurses Classification in Hospital triage*) de triage aux urgences [12]. Le médecin doit intervenir à un moment donné dans la prise en soins du patient ; les modalités

de cette intervention sont à discuter lors du projet d'implantation de l'IPA U dans chaque service ;

- un parcours avec des situations cliniques dites de haute complexité, où la conduite diagnostique et thérapeutique du médecin est requise lors de la prise en soins du patient par l'IPA U. Nous retrouvons, dans ces situations cliniques, des motifs de recours issus du TRI 1, 2, 3A et 3B de la grille FRENCH [12].

À la suite de la parution de l'arrêté du 11 mars 2022 s'ajoutent des actes nécessaires à l'activité et à l'exercice de l'IPA U (*tableau II, p. 21*). Il est important de noter que même si plusieurs actes sont exécutés régulièrement par l'IDE, la pose de l'indication de ces actes et leur réalisation font désormais partie intégrante des compétences socles de l'IPA. Ce qui représente un changement de paradigme non négligeable dans le domaine des soins infirmiers en France. Ces actes supplémentaires que peut effectuer l'IPA U ont été étudiés en formation, pratiqués pour la plupart en stage et réalisés régulièrement dans les services. L'approche IPA de ces actes nous a montré la nécessité d'une formation complète, pluridisciplinaire et adaptée sur les volets physiopathologique, thérapeutique et pratique. Une démarche de raisonnement clinique, acquise durant la formation IPA, doit être systématiquement menée lors de la réalisation de ces actes. La transversalité de la pratique avancée donne une dimension qualitative à la réalisation de ceux-ci, pouvant apporter une réelle plus-value à la prise en soins du patient.

La réalisation de stages dans les 3 secteurs de l'urgence (service d'accueil des urgences (SAU), régulation du centre 15, service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)) est nécessaire pour la validation de l'unité d'enseignement "stage" de l'IPA U. Ainsi, l'IPA U rejoint les équipes du SAU (possibilité d'intervenir dans tous les secteurs de soins), de la régulation du centre 15 et du SMUR, conformément à l'arrêté du 18 juillet relatif au régime d'études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Retour d'expérience des stages effectués dans les services d'urgences

Tout d'abord, en tant que stagiaire dans le service des urgences, nous avons pu participer aux séances de

travaux pratiques destinés initialement aux externes (suture, gypsothérapie...), ce qui nous a donné l'occasion d'échanger sur nos futurs rôles et positionnements. De plus, nous avons assisté à des cours proposés aux internes (prise en charge de la douleur thoracique aux urgences, prise en charge de la confusion chez le sujet âgé...) et à des simulations de situations sanitaires exceptionnelles. Nous avons constaté que plusieurs sujets abordés étaient traités dans la formation IPA U. Il nous semble donc important, durant le stage, d'adresser les travaux pratiques et certains supports pédagogiques aussi bien aux étudiants en médecine qu'aux futurs IPA. De même, nous avons participé à certains ateliers destinés aux infirmiers et aides-soignants des différents secteurs, qui ont abouti à des échanges intéressants sur l'interprofessionnalité de notre future pratique.

La prise en charge du patient se faisait, en première partie de stage, conjointement avec les internes et externes, supervisés par le médecin senior. En deuxième partie de stage, et toujours en accord avec les motifs de recours cités dans le décret, nous avions un peu plus d'autonomie concernant la prise en charge du patient, dans le respect de la conduite diagnostique et thérapeutique médicale. Les échanges cliniques entre les membres de l'équipe étaient bienveillants et pertinents.

Ensuite, la régulation médicale des appels au sein du service d'aide médicale urgente (SAMU) apparaît comme un terrain nouveau pour la plupart des infirmiers exerçant dans les secteurs de l'urgence (uniquement quelques SAMU emploient des infirmiers pour des missions au sein de la régulation). Les modifications que va apporter le service d'accès aux soins (SAS) dans la réorganisation des SAMU pourrait inclure une filière IPA. En effet, l'article R. 6311-7 du CSP permettrait de recourir à des professionnels non médicaux en régulation, et cela pourrait être une piste de réflexion pour les équipes intéressées. Les premiers jours de stage en régulation permettent de comprendre l'interdépendance des équipes qui interviennent, depuis les assistants de régulation médicale (ARM) jusqu'aux sapeurs-pompiers, en passant par la régulation médicale par les médecins libéraux. La double écoute avec le médecin urgentiste permet de connaître et d'appivoiser les éléments-clés d'une communication téléphonique lors d'une situation d'urgence : adapter son vocabulaire, garder un ton de

voix posé, rassurer les témoins, anticiper les besoins, les bénéfiques et les conséquences de l'envoi de vecteurs terrestres ou hélicoptérés, coopérer avec les différentes parties prenantes, demander l'avis de spécialistes... Le discours de l'entourage du patient à l'instant T de l'événement peut être empreint d'émotion. L'acteur de la régulation essaie d'atténuer la tension émotionnelle liée à la situation et de déceler les éléments de gravité factuels afin de proposer une prise en charge adéquate. À la fin du stage, ils nous a été proposé de réguler des appels pour appréhender toute la dimension du parcours patient en régulation, toujours en double écoute et en collaboration avec le médecin.

Une filière régulation par l'IPA destinée à seconder les médecins régulateurs, ARM et autres acteurs de la régulation, toujours en lien avec les motifs de recours cités dans le décret, pourrait être envisagée après une étude transversale des besoins du secteur. Cette filière IPA en régulation contribuerait ainsi à l'amélioration de certains indicateurs de qualité de soins.

Enfin, le parcours de stage en SMUR pour l'IPA U est tout aussi pertinent à analyser. L'IPA U a été présenté comme un nouvel acteur de la filière des urgences destiné à une réponse intermédiaire préhospitalière qui sera à définir au niveau local et régional, tout en tenant compte des besoins du terrain et des organisations préhospitalières déjà établies. Au carrefour des compétences infirmières et médicales en préhospitalier, l'IPA U représente un défi professionnel prometteur dans un système de soins préhospitaliers qui évolue. Néanmoins, le positionnement semble être compliqué du fait du grand nombre de stagiaires présents en même temps en SMUR. Les places dans les différents secteurs du SMUR n'étant pas extensibles, le planning de l'étudiant doit être bien conçu en amont par ses tuteurs. Des horaires nocturnes et en fin de semaine pourraient être envisageables avec l'accord des institutions. Les centres hospitaliers périphériques et les cliniques constituent une alternative séduisante permettant d'élargir l'offre de stages.

Par ailleurs, en fonction de la gravité clinique de la situation, l'intervention primaire d'une équipe SMUR peut vite regrouper plusieurs acteurs de l'urgence préhospitalière sur les lieux du sinistre : sapeurs-pompiers, forces de l'ordre, secouristes, équipes hospitalières.

L'étudiant IPA U et le tuteur doivent convenir ensemble des objectifs du stage, en fonction des limites du décret d'exercice et de compétences. Une expérience dans un service de médecine d'urgence préhospitalière est une importante plus-value préalable à ce stage. Le temps entre 2 interventions est l'occasion pour expliquer, discuter et échanger sur ces nouvelles compétences avec les infirmiers, ambulanciers, internes, docteurs juniors, externes et médecins seniors. Nous avons pu réaliser des exercices de simulation clinique afin que chacun puisse retrouver sa place dans l'équipe. Parfois, nous alternions avec les internes pour la mise en avant du raisonnement clinique sous la supervision du médecin senior : examen clinique, anamnèse, proposition d'un plan de soins et de prise en charge, exécution des actes divers évoqués par l'arrêté du 11 mars 2022. Sur le plan pédagogique, l'entraide avec ces mêmes internes et docteurs juniors a été très bénéfique pour nous. De plus, les échanges avec les infirmiers du SMUR ont été constructifs et pertinents : la vision pluriprofessionnelle dans les services préhospitaliers d'urgences induit un réajustement et une amélioration des projets en cours.

Changement de paradigme et perspectives

Grâce à ces 2 années d'études et aux stages réalisés, l'IPA U s'avère être un partenaire privilégié pour l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. En effet, les compétences polyvalentes de l'IPA U (examen clinique complet, anamnèse, conclusions cliniques, prescriptions d'examen paracliniques, demandes d'avis en radiologie et d'autres avis spécialisés, exécutions d'actes nécessaires à la prise en soins des patients...) et son positionnement sur le terrain ont donné des premiers retours positifs.

En outre, il est important de souligner que l'arrivée de la mention urgences provoque un changement majeur dans la pratique avancée en France, qui était ciblée initialement sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques. La mention IPA "pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires" peine à se développer sur le dernier volet de l'intitulé de la mention, sans un accès direct coordonné au sein d'une équipe soignante et

sans la prescription initiale afin d'optimiser l'accès aux soins des patients. Or, l'entrée dans le champ des soins aigus avec l'arrivée de la mention urgences constitue un changement de paradigme dans les soins infirmiers et dans l'organisation du système de soins.

En effet, l'accès direct des patients à l'IPA U est autorisé pour les motifs de recours avec un faible degré de complexité, soulignant l'approche autonome de ce nouvel acteur dans les soins aigus d'urgence, qui collabore avec l'ensemble des acteurs du service, notamment le médecin urgentiste.

L'élargissement de la prescription initiale thérapeutique et non thérapeutique pour les IPA U par le biais du protocole de coopération en cours d'élaboration va optimiser de façon exponentielle la pratique IPA aux urgences, au bénéfice du patient, de l'équipe et du service.

La deuxième année de master a dévoilé, en même temps, la richesse et la complexité de cette nouvelle mention : les 95 situations cliniques aiguës pouvant être prises en charge par l'IPA U recouvrent de nombreux domaines de la médecine d'urgence (cardiologie, pneumologie, traumatologie, neurologie, oto-rhino-

laryngologie...). La formation nous a montré l'importance du repérage des "drapeaux rouges" cliniques de l'examen physique et l'anamnèse du patient. De plus, elle a mis l'accent sur les diagnostics différentiels retrouvés dans les différentes filières des urgences.

Conclusion

La polyvalence de l'IPA U en tant que nouvel acteur de soins dans les différents secteurs de l'urgence est un atout. Ainsi, les médecins urgentistes, les internes et les équipes paramédicales peuvent être épaulés dans plusieurs secteurs : filière traumatologique, filière couchée, secteur d'hospitalisations, service d'accueil d'urgences vitales, préhospitalier et régulation. La possibilité de créer une filière IPA traitant des motifs ciblés, au sein de la filière couchée, n'est pas exclue et peut être très pertinente selon la volonté des services et des équipes. L'expérience dans le domaine des urgences serait un atout pour un futur IPA U lui permettant d'appréhender rapidement les différents raisonnements cliniques au sein des filières de soins. De même, l'IPA U peut copiloter des missions transversales dans le service en assistant les cadres, cadres supérieurs, directeurs de soins et autres intervenants. Or, il sera fondamental d'adapter la pratique de l'IPA aux différents besoins locaux, en fonction des ressources humaines et logistiques déjà disponibles dans le service, afin de réussir son implantation.

Ce nouveau métier, tel que décrit sur le papier, est un projet professionnel riche et attractif pour les infirmiers des filières de l'urgence ; il représente une évolution de carrière pour les soignants qui souhaitent s'impliquer dans la construction d'une organisation de soins nouvelle, et, a priori, bénéfique pour les patients. La pratique avancée, surtout aux urgences, peut apporter une réponse de santé intermédiaire face aux différents enjeux de santé publique dont nous sommes tous témoins.

Référence de l'article :

Van Den Bergh K. L'IPA mention urgences : de nouvelles perspectives en France pour les secteurs d'urgence. *Revue de la Pratique avancée* 2023;4(1):19-24.

Adresse de correspondance :

Kevin Van Den Bergh : ipau.kevin@gmail.com

K. Van Den Bergh déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références

1. Grall J.-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Juillet 2015. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
2. Commission des Affaires sociales du Sénat. Rapport d'information n° 685 (2016-2017). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
3. Franceinfo. Grève aux urgences. Juillet 2019. https://www.francetvinfo.fr/economie/greve/greve-aux-urgences/urgences-la-greve-se-poursuit-plus-de-200-services-touchees_3548283.html
4. Ridet D, Sainsaulieu I. Démobiliser les soignant-e-s ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital. *Espaces et sociétés* 2021;183(2):51-66.
5. Mesnier T, Carli P. Pour un pacte de refondation des urgences. 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf
6. Le Parisien. Hôpital : au moins 120 services d'urgences en détresse partout en France. Mai 2022. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/hopital-au-moins-120-services-durgences-en-detresse-partout-en-france-20-05-2022-DGSTASSV65EGPB2DGGIJ75V6D4.php>
7. Légifrance. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. NOR : SSAH2118549D.
8. Samu-Urgences de France. Livre blanc. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
9. Bohic D et al. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Novembre 2021. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf
10. Braun F. Mission flash sur les urgences et soins non programmés. Juin 2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
11. Jeyaraman MM et al. Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review. *BMJ Open* 2021;11(5):e048613.
12. Société française de médecine d'urgence. Grille tri FRENCH. Juin 2018. <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/2018%2006%2010%20FRENCH%20pour%20PDF%20A4%20V1.1%20site.pdf>