

L'INFIRMIER(E) D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

SYNTHESE. IMPORTANCE DU TRIAGE

LE CONTE P, BARON D.

Service d'Accueil et d'Urgence - Pôle Urgence - CHU Nantes

9^{èmes} Journées d'Enseignement Infirmier de Réanimation et d'Urgence

27 - 28 septembre 2001 - Brest

Dans un souci d'amélioration de l'accueil des patients dans les Services d'Urgence, d'organiser leur orientation à l'intérieur de ce service et de hiérarchiser leur prise en charge, la nécessité d'une nouvelle fonction soignante est apparue : l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO).

1 - DEFINITION DE LA FONCTION ACCUEIL

L'accueil est une évaluation paramédicale sommaire et rapide du point de vue bio-psychosocial de tous les patients se présentant dans un Service d'Urgence, qu'il s'agisse d'un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) ou d'une Unité de Proximité (UPATOU).

Il s'agit d'un accueil personnalisé du patient par un soignant et non par un administratif.

2 - OBJECTIFS DE L'ACCUEIL

La fonction essentielle du triage consiste en l'identification des conditions urgentes et la détermination du niveau de priorité des soins. A ce rôle principal, s'ajoute une fonction d'information et de réconfort.

Cette fonction peut se décliner en six objectifs :

- 1) déterminer la nature du motif de recours,
- 2) estimer un niveau d'urgence. Les patients ne sont pas pris en charge en fonction de leur heure d'arrivée mais en fonction de la hiérarchisation du degré d'urgence des soins requis. Il s'agit bien de hiérarchiser les priorités de prise en charge afin de mobiliser les moyens adaptés au niveau de soins à l'intérieur du secteur de soins du Service des Urgences, afin que les infirmières et médecins appropriés puissent s'adapter,

- 3) orienter le patient vers la ou les ressources appropriées à son état clinique, aussi bien les ressources humaines (IDE et médecins) que techniques. Ceci suppose une connaissance du niveau d'activités du secteur de soins concerné (secteur de consultation et de soins, secteur d'accueil des urgences vitales ...),
- 4) discerner les besoins relationnels,
- 5) débiter le dossier infirmier pour améliorer la circulation de l'information et sa plus grande exhaustivité pour les soignants du secteur de soins,
- 6) recevoir les annonces d'arrivée de patients provenant du SMUR ou de tout autre acteur de soins (médecin traitant, transfert) afin que la prise en charge soit organisée avant leur arrivée.

Au total, il s'agit bien d'une prise en charge personnalisée du patient et d'un objectif d'organisation des flux à l'intérieur du Service des Urgences.

3 - CONTINUITÉ DE LA FONCTION D'IAO

La fonction d'accueil et d'orientation doit être assurée 24 heures/24 et 7 jours/7.

Ce n'est pas une fonction permanente en ce sens que ce poste ne doit pas être occupé par des IDE n'assurant que cette fonction à l'intérieur du Service des Urgences. Une rotation parmi toutes les IDE du Service d'Urgence doit être organisée. Mais c'est une fonction exclusive : l'IAO ne peut pas être affectée à d'autres tâches à l'intérieur du Service d'Urgence.

En fonction des flux d'admission au Service des Urgences, il peut être envisagé des adaptations locales. La définition de cette adaptation suppose la connaissance très précise des périodes où le flux d'admission est maximal. Il faut se rappeler que la période de flux d'admission maximal n'est pas superposable avec les roulements de jour et de nuit. En effet, elle s'étend de 9 heures-10 heures à 23 heures-24 heures. Il sera également tenu compte du fait que, par définition, les patients les plus urgents et les patients à risque de gravité sont admis pendant la fermeture des autres structures de soins. Ceci suppose donc que si pendant la nuit le poste d'IAO n'est pas couvert, la procédure d'identification de ces patients soit clairement définie.

4 - LIEU DE L'ÉVALUATION

L'évaluation par l'IAO doit se faire dans un local ou une aire spécifique, isolée du hall d'entrée dans le Service d'Urgence. La confidentialité doit être impérative pour permettre un interrogatoire et au besoin la prise de constantes dans des conditions acceptables pour le soignant et le soigné.

L'environnement doit être rassurant, apaisant pour que le patient réalise que sa plainte est prise en compte. Ce lieu est un véritable nœud de communications, dont l'IAO est le pivot. L'environnement de proximité nécessaire à l'efficacité de la fonction impose que les accès à ce lieu soient facilités. Sur le tableau 1, figure l'environnement de proximité nécessaire.

5 - PROFIL DE L'IAO

La fonction d'IAO repose sur une compétence:

- technique : savoir reconnaître les signes cliniques d'urgence vitale, maîtriser la mesure des constantes vitales, savoir reconnaître les urgences sociales et psychiatriques, maîtriser l'organisation fonctionnelle du Service d'Urgence, savoir utiliser les autres structures de soins du Centre hospitalier,
- relationnelle. L'IAO doit avoir des capacités relationnelles solides afin que l'efficacité du service rendu au patient, à sa famille ou à son entourage permette au soignant du secteur de soins une prise en charge optimisée du patient,
- de savoir être : l'IAO doit être rassurante, avoir un esprit d'initiative, une maîtrise de soi et des situations parfois conflictuelles au centre desquelles elle peut se trouver.

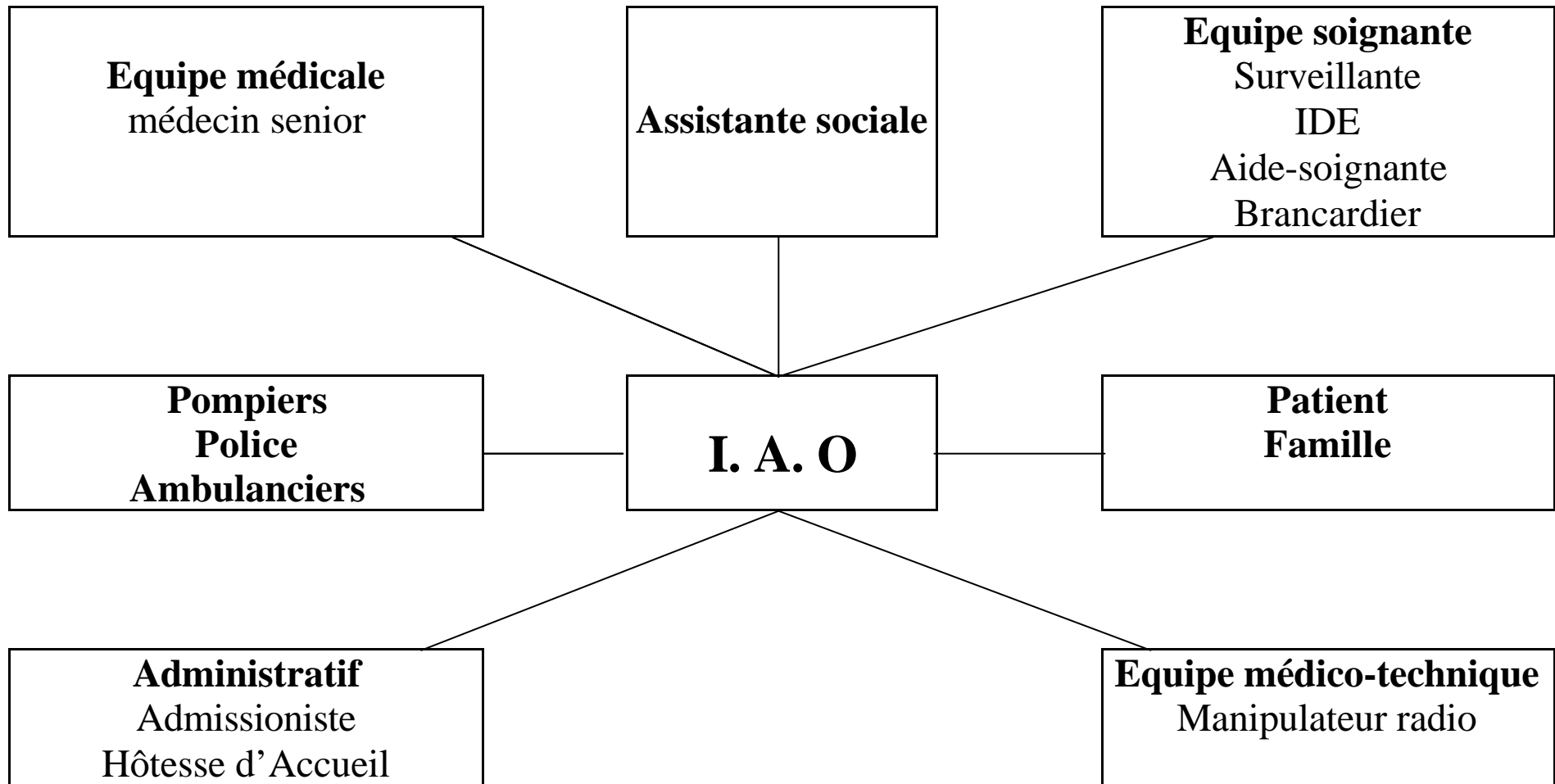
Ce profil suppose donc :

- une formation appropriée,
- un consensus parmi les soignants sur l'importance de la fonction,
- l'appropriation du protocole de prise en charge sur lequel repose la hiérarchisation des priorités.

Les exigences de la fonction d'IAO, le niveau de responsabilités imposent au moins une expérience d'un an au sein du Service des Urgences avant d'assurer cette fonction. L'IAO doit d'abord être une IDE qualifiée (acquisition des compétences techniques, relationnelles et de savoir être pendant cette première année au sein du Service d'Urgence) et expérimentée.

Tableau 1

Environnement de proximité de L'I. A. O.



Son expérience professionnelle, pendant sa première année dans le Service des Urgences, lui permet d'en connaître :

- l'organisation administrative, médicale, paramédicale, les principales pathologies reçues avec leur signe de gravité,
- l'organisation des soins adaptés au niveau des besoins du patient,
- les spécificités du Service d'Urgence où l'IDE a été recrutée.

L'IAO doit aussi avoir une expérience des ressources des différentes structures de l'hôpital : pendant sa première année, elle apprend à connaître les réseaux internes de l'établissement (services de soins, horaires de consultations, plateaux techniques ...), les réseaux extra-hospitaliers, les différentes spécialités de l'hôpital.

6 - ECHELLES DE TRIAGE ET DE GRAVITE

Afin de hiérarchiser les priorités de prise en charge, ont été élaborés des outils d'aide à la décision de l'IAO.

6.1 - Echelle de triage et de gravité (ETG) canadienne.

Elle est commune au Canada francophone et anglophone, et est très proche de l'échelle australienne (1).

Elle doit être réalisée dans les dix minutes qui suivent l'entrée du patient dans le service. Elle fixe deux délais : celui jusqu'à la prise en charge par l'IDE et celui jusqu'à la prise en charge par le médecin.

Elle détermine cinq niveaux de triage de gravité décroissante (tableau 2). Pour chaque niveau de triage, sont définis une présentation usuelle (par exemple : la détresse respiratoire sévère, le coma sont dans le niveau 1) et des diagnostics cible (par exemple toujours dans le niveau 1 : état de mal asthmatique, traumatisme crânien).

Les délais définis jusqu'à la prise en charge par l'IDE et le médecin représentent des objectifs opérationnels. Ce ne sont pas des normes de soins établies. Même les unités d'urgence sans couverture médicale sur place peuvent atteindre ces objectifs en utilisant des protocoles de délégation et des systèmes de communication à distance.

Les avantages de cette échelle sont de fixer des délais de prise en charge par l'IDE et le médecin. Le respect de ces délais s'inscrit dans un processus d'évaluation de la qualité des

Tableau 2

Niveaux de triage et délais de prise en charge dans l'E. T. G. canadienne

Niveau de triage	Délai jusqu'à évaluation	
	par infirmière	par médecin
1 (Réanimation)	immédiat	immédiat
2 (Très urgent)	immédiat	15 minutes
3 (Urgent)	30 minutes	30 minutes
4 (Moins urgent)	60 minutes	60 minutes
5 (Non urgent)	120 minutes	120 minutes

soins. Parmi les présentations usuelles, figure la douleur aiguë dont l'intensité est mesurée par l'échelle numérique.

Les inconvénients de cette échelle sont de classer les patients en fonction du motif clinique de recours. Par exemple : altération de l'état général, qui pourrait être classée dans la classe 5 (non urgent) peut recouvrir le diagnostic de choc septique. Cette classification est vague sur certains signes vitaux et en particulier ne tient pas compte de la mesure des constantes vitales. Or on conçoit facilement qu'un patient admis pour malaise dont la mesure de la fréquence cardiaque est à 40, ou a une hypotension artérielle ne peut pas être classé comme le patient avec le même motif de recours mais sans ces anomalies des constantes. Elle ne peut pas, non plus, être appliquée telle quelle en France. Certains termes ont besoin d'être réécrits en langue métropolitaine.

6.2- Echelle de Genève

Il s'agit d'une adaptation de l'ETG canadienne. Elle inclut des signes et des symptômes et la prise de constantes vitales : fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle, température, score de GLASGOW, intensité de la douleur par l'échelle numérique, Peak-flow, oxymètre de pouls. Elle comprend quatre classes de gravité croissante de 1 à 4 avec classement des items à cheval sur deux classes, voire sur trois classes pour tenir compte de la subjectivité du jugement clinique de l'IAO.

Par exemple, les motifs de recours : parésie, paralysie, sont classés en classe 1-2-3, le patient étant classé en 1 si les symptômes sont apparus depuis moins de 120 minutes. Cet exemple a le mérite de souligner l'importance pour un même motif de recours, d'y adjoindre un critère imposant une évaluation médicale urgente. Dans cette situation clinique, un examen tomodensitométrique céphalique s'impose en urgence pour une éventuelle décision thérapeutique de thrombolyse, la rapidité du délai de prise en charge étant une condition de son efficacité.

6.3- Classification infirmière des malades des urgences (CIMU)

Cette classification est le pendant infirmier de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) pour les médecins. Elle a été élaborée par un consensus entre médecins et IDE d'un Service d'Urgence, au sein duquel elle a été validée (2).

Les cent items qui la composent sont cliniques : circonstances de survenue, signes ou symptômes, et instrumentaux : fréquence cardiaque et pression artérielle par un

enregistreur automatique, la fréquence respiratoire, température mesurée par thermométrie tympanique, mesure du Peak-flow et de la saturation périphérique en oxygène par oxymètre de pouls, mesure de l'hémoglobine et de la glycémie capillaire par bandelette, mesure de l'intensité de la douleur. Chaque item correspond à une des cinq classes de priorité de prise en charge (et non de gravité) croissante de 1 à 5. Les cent items tiennent sur une seule page.

La plupart des items sont à cheval sur deux classes, par exemple : fièvre aiguë entre 38 et 40° C correspond aux classes 2-3 pour autoriser une part de subjectivité à l'IAO. Si l'item est unique, c'est la classe la plus faible qui est retenue. Si l'item est unique mais associé à une maladie grave sous-jacente ou à un âge élevé ou à une température supérieure ou égale à 40° C ou s'il est associé à un autre item, c'est la classe la plus forte qui est retenue (3 dans l'exemple de la fièvre aiguë).

Les avantages de cette classification sont son assimilation et son appropriation en quatre heures de formation. Elle prend en compte les constantes vitales. Le classement à cheval sur deux classes n'est pas un inconvénient. Il permet de tenir compte du caractère subjectif du jugement clinique, de diminuer l'angoisse de l'IAO d'enfermer le patient dans une classe.

6.1 - Aux Etats-Unis, la réalisation d'échelles de triage est en cours de validation.

Une première échelle (3) en trois classes : prise en charge immédiate, urgente et non urgente avait une mauvaise performance. Une deuxième échelle en cinq classes de gravité : Emergency Severity Index (ESI) est en cours de validation (4-5). Elle s'inspire des échelles australiennes et canadiennes.

7 - CONDUITE DU TRIAGE PAR L'IAO

L'IAO se présente comme infirmière devant le patient et ses accompagnants (Sapeurs-Pompiers, ambulanciers, familles ...).

Pour estimer le niveau d'urgence, les besoins du patient en fonction du risque potentiel que présente son état pour sa vie et sa santé, le délai adéquat de prise en charge, l'organisation du circuit de prise en charge du patient, l'IAO a à sa disposition des critères :

- cliniques. Un interrogatoire bref du patient lui permet de préciser les circonstances de survenue du motif de recours, les premiers troubles ressentis et les signes et

symptômes de l'instant. Sont également précisés l'âge, les antécédents remarquables, les traitements en cours et le degré d'autonomie. Toutes ces informations ont leur importance puisque le patient peut se retrouver ensuite seul, être incapable de les préciser dans le secteur de soins. La coopération des accompagnants doit être recherchée, La lettre du médecin traitant sera lue.

- quantitatifs. Les seuls signes et symptômes tendent à surévaluer le degré de priorité de prise en charge.

Afin de renforcer la précision du jugement et de mieux repérer les patients à risque potentiel évolutifs vers l'instabilité, des mesures quantitatives devraient être ajoutées. Ce sont : mesure de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, de la température centrale, du Peak-flow, de la saturation en oxygène, de l'intensité de la douleur par l'échelle numérique. L'IAO peut avoir à sa disposition des lecteurs du taux d'hémoglobine et de la glycémie capillaire. Il a été montré que l'oxymétrie de pouls a conduit l'IAO à changer la classification du patient. Cette modification portait sur un petit nombre de patients : 2,8 %. 2,5% se sont retrouvés classés en niveau 3 alors qu'avec la seule clinique, ils étaient classés en niveau 4. De même, elle a permis à 0,2 % de patients de se retrouver classés en classe 1 de prise en charge immédiate. Certes, cet impact décisionnel apparaît faible, mais il est très important pour un petit nombre de patients (6).

Tous les items cliniques et quantitatifs sont consignés dans le dossier infirmier qui est débuté et signé par l'IAO. L'heure de l'évaluation est notée. Une place est réservée aux observations de l'IAO et bien entendu à la classe de priorité de prise en charge.

Le personnel médico-infirmier du Service d'Urgence doit avoir parfaitement intégré que l'évaluation par l'IAO n'implique pas la détermination d'un diagnostic médical. Il s'agit de porter un jugement clinique sur le degré de gravité potentielle du problème de santé présenté par le patient qui induit une priorité de prise en charge.

8 - APPROPRIATION DE LA FONCTION D'IAO

L'appropriation d'une échelle de priorité de prise en charge est médico-infirmière. Un groupe de travail doit se réunir pour décrire les circuits où le patient sera dirigé et avec quel niveau de priorité, quels patients devront être dirigés directement vers l'Unité Médico-Psychologique, vers

une consultation ouverte spécialisée de l'hôpital, vers un secteur d'accueil des urgences vitales. Les critères devant conduire à une alerte par l'IAO du secteur social seront également définis.

Le résultat du groupe de travail est ensuite présenté à l'ensemble des médecins du service et à l'ensemble des IDE. Les remarques auxquelles la procédure élaborée peut conduire seront renvoyées vers le groupe de travail pour aboutir à une procédure définitive appropriée par l'ensemble de la communauté des soignants.

Il sera précisé, dans la procédure, toute évaluation ayant ses défaillances et ses limites liées à une part de subjectivité, qu'un médecin du secteur de soins doit être disponible et mobilisable à la demande de l'IAO, y compris pour les patients plus légers qui sollicitent un simple conseil.

L'organisation en aval de l'IAO, une gestion continue de la file d'attente par une IDE figurera dans la procédure car tout patient, même s'il a été classé non urgent, doit être considéré a priori comme à risque d'instabilité.

Le protocole écrit final sera signé par les responsables médical et infirmier, représenté et distribué à l'ensemble du personnel soignant. Les séances d'appropriation constituent dans l'état actuel des connaissances la meilleure méthode.

9 - MESURES DE L'IMPACT DES ECHELLES DE PRIORITE DE PRISE EN CHARGE

9.1- Prédicativité sur le besoin de soins. Une échelle en trois classes de priorité de prise en charge : immédiate, urgente, non urgente, évaluée à partir de scénarios ne montre une bonne corrélation entre les infirmières que pour prédire le besoin de lits monitorés (3). Une échelle en cinq classes (ESI) montre une bonne corrélation avec la survie à six mois, aucun mort n'étant observé dans les patients ayant été classés dans les catégories les plus basses de priorité (classes 4 et 5) et avec la décision d'hospitalisation après la prise en charge dans le secteur de soins (5,7).

9.2- Reproductibilité. L'échelle en trois classes de priorité ayant une très mauvaise reproductibilité entre les IAO qui étaient soumises à différents scénarios de prise en charge (WUERZ 1998), l'échelle ESI comprenant cinq classes a été évaluée à partir de scénarios comprenant des signes cliniques et des mesures de constantes vitales (température, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle). La

corrélation entre les IDE, entre les IDE et les médecins et chez les mêmes IDE soumises après un intervalle de temps aux mêmes scénarios, était bonne pour définir le niveau de sévérité, l'urgence à la prise en charge par un médecin et le besoin de monitoring cardiaque (4). En situation réelle, le coefficient de reproductibilité entre IDE est excellent (0,80). Cette échelle a été très bien adoptée par les IDE et est apparue plus facile à utiliser qu'une échelle en trois classes (7).

La reproductibilité de l'échelle australienne (en cinq classes) entre IAO n'est pas altérée par la charge de travail selon l'activité journalière et persiste dans le temps (8). La corrélation entre infirmières et médecins de l'échelle canadienne est également excellente (0,80) signifiant par là qu'elle est bien comprise et également interprétée par l'ensemble du personnel soignant (9).

9.3- Impact sur la prise en charge du patient. L'objectif est d'évaluer si l'échelle de triage répond bien à son objectif de priorisation de la prise en charge des patients et au respect des délais. Pour l'échelle canadienne, les délais sont parfaitement tenus pour les classes 1 et 2 (prises en charge les plus prioritaires). Par contre, ils ne sont pas tenus pour les classes 3, 4 et 5. Si une prise en charge rapide des patients non urgents (classe 5) est organisée, ceux-ci sont plus rapidement pris en charge que ceux des classes 3 et 4 (10).

L'utilisation de la CIMU ne diminue pas la charge de travail de l'IDE du secteur de soins. Elle raccourcit les délais de prise en charge pour les patients instables des classes 3 et 4 (classes les plus prioritaires de prise en charge) par comparaison avec la période précédant la création du poste d'IAO.

L'utilisation d'une échelle de priorité diminue le nombre de patients quittant le Service d'Urgence avant d'être vus et le délai entre l'entrée dans le Service d'Urgence et l'évaluation médico-infirmière dans le secteur de soins (11). Cette étude souligne le rôle joué par l'information du patient et de son entourage par l'IAO.

9.4- Impact sur la satisfaction du patient. Un questionnaire de satisfaction portant sur la qualité de l'accueil a été soumis aux patients admis. Avant la création du poste d'IAO, le pourcentage de patients satisfaits était de 82 %. Après la création de ce poste, il est monté à 96 % ($p \geq 0,05$). L'IAO améliore l'accueil des patients (2).

9.5- Impact sur le personnel soignant. Les IDE du Service d'Urgence du CHU de Nantes ont été soumises à un questionnaire d'opinions. Il y a eu 22 réponses sur 40. La

majorité des IDE ont plus de deux ans de fonction dans le Service d'Urgence (tableau 3). Le poste d'IAO est considéré par la majorité des IDE comme un poste indispensable de soins relationnels et non pas comme un poste de soins techniques. La grande majorité des IDE exerçant la fonction d'IAO n'est pas angoissée par la fonction malgré son haut niveau de responsabilités (tableau 4). Les IDE considèrent que la coordination se fait bien à l'intérieur du Service d'Urgence mais mal avec les autres services ou consultations de l'hôpital (tableau 5). Cette enquête a permis de mettre en évidence les besoins prioritaires de formation pour que l'IAO connaisse mieux l'institution (tableau 5), puisse mieux faire face à l'agressivité verbale, à la reconnaissance de certains signes, symptômes ou circonstances de survenue (tableau 6), à la gestion de la simultanéité des patients admis dans le même temps. Elle a permis à redéfinir le contenu des classes de priorité et les conditions idéales de l'évaluation. En particulier, le manque de confidentialité était souligné. Présentée lors de la journée d'évaluation des soins infirmiers, elle a conduit à redéfinir et à restructurer l'espace d'accueil par l'IAO.

Une revue de la littérature montre que la meilleure méthodologie de formation pour l'acquisition d'une compétence au triage n'a pas été explorée (12).

10 - IAO ET QUALITE DES SOINS

Dans le manuel d'accréditation des établissements hospitaliers, les efforts faits pour améliorer la qualité de l'accueil sont pris en compte. Les critères sont définis au chapitre OPC 3 (13). Parallèlement et sans se concerter, les médecins et infirmières du Québec (14) et de services d'urgence francophones européens rassemblés en un groupe de travail de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (15) ont défini les critères permettant de juger de la qualité du tri et de l'orientation des patients à leur arrivée dans le Service d'Urgence. Il doit exister des procédures de prise en charge des patients tenant compte de la hiérarchie de leurs besoins et précisant leur orientation dans les filières de soins internes au Service d'Urgence et au sein de l'établissement en fonction des signes de gravité et de la pathologie. La fonction d'IAO doit être permanente, 24 heures/24. L'IAO doit être clairement et immédiatement identifiable. Un espace confidentiel permettant l'évaluation du patient doit exister. L'enregistrement des informations sur le dossier infirmier respecte la confidentialité de ces données. La décision de non examen d'un patient se présentant à l'IAO est prise par un médecin.

Tableau 3

Ancienneté à l'Urgence	< 2 ans	2 ans > < 5 ans	5 ans > < 10 ans	> 10 ans
	4	8	6	4

Tableau 4

LE POSTE D'IAO	OUI	NON	MOYEN
Aimez-vous ce poste ?	19	1	2
Etes-vous stressé(e) ?	2	17	3
Ce poste est-il indispensable ?	19	2	1 sans réponse
L'accueil est-il un soin relationnel ?	20	0	2

Tableau 5

	OUI	NON	MOYEN
Connaissez-vous bien le fonctionnement du Service ?	17	2	3
Connaissez-vous bien l'Institution ?	12	1	9
Appelez-vous facilement vos collègues ?	18	3	1
Appelez-vous facilement vos référents hiérarchiques (médecins, cadres infirmiers ...) ?	19	0	3
La coordination est-elle bonne avec les services :			
• du C. H. U. ?	10	6	6
• extérieurs (Pompiers, Ambulanciers) ?	8	3	11

Tableau 6

LE POSTE D'IAO	OUI	NON	MOYEN
Un an d'ancienneté suffit-il pour être IAO ?	14	2	6
Vos connaissances sont-elles suffisantes pour être IAO ?	15	4	3
Sont-elles suffisantes pour évaluer les priorités ?	15	4	3

Dans le cadre d'un processus dynamique d'évaluation de la qualité des soins, l'identification des patients à prendre en charge immédiatement et qui auraient dû être dirigés dans le Secteur d'Accueil des Urgences Vitales constitue un critère. Un autre critère peut être représenté par la diminution du délai de prise en charge. L'étude des délais de prise en charge permet d'identifier les insuffisances organisationnelles, de définir les mesures correctives et de juger de leur impact (11). L'étude de la satisfaction des patients et de leur entourage sur la qualité de l'accueil, de l'information peuvent constituer d'autres critères d'étude. De telles études d'évaluation continue de la qualité des soins permettent de fixer des objectifs et de concentrer les efforts pour atteindre cet objectif après leur appropriation par l'ensemble du personnel médico-infirmier du Service d'Urgence.

CONCLUSION

Le triage est une fonction effectuée par rotation par l'ensemble des IDE du Service d'Urgence. Il a un impact organisationnel. Le triage ne doit pas être assuré à partir du pool existant d'IDE de soins mais à partir de postes créés pour répondre à ce besoin. Il ne s'agit pas de définir un diagnostic mais une priorité de prise en charge. Il ne s'agit pas non plus de définir le caractère justifié de la venue du patient au Service d'Urgence. La fonction d'IAO répond à un objectif de qualité du soin.

« Pour le Service d'Urgence du futur, le challenge est de changer comment nous opérons »
J Emerg Nurs 1999 ; 25 . 480-488

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Guide d'implantation de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence. www.urgent.qc.ca. (cliquer sur Département).
- 2) TABOULET P, FONTAINE J P. et al. Triage aux urgences par une Infirmière d'Accueil et d'Orientation. *Réan Urg* 1997 ; 6 : 433-442.
- 3) WUERZ R, FERNANDES C M, ALARCON J. Inconsistency of emergency department triage. *Ann Emerg Med* 1998 ; 32 : 431-435.
- 4) FERNANDES C M, WUERZ R et al. How reliable is emergency department triage ? *Ann Emerg Med* 1999 ; 34 : 141-147.
- 5) WUERZ R for the ESI triage study group Emergency Severity Index triage category is associated with six-month survival. *Acad Emerg Med* 2001 ; 8 : 61-64.
- 6) SUMMERS R L, ANDERS R M et al. Effect of routine pulse oxymetry measurements on ED triage classification. *Am J Emerg Med* 1998 ; 16 : 5-7.
- 7) WUERZ R TRAVERS D et al. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. *Acad Emerg Med* 2001 ; 8 : 170-186.
- 8) RICHARDSON D. No relationship between emergency department activity and triage categorization. *Acad Emerg Med* 1998 ; 5 : 141-145.
- 9) BEVERIDGE, DUCHARME J. et al. Reliability of the canadian emergency department triage and acuity scale : interrater agreement (Canada). *Ann Emerg Med* 1999 ; 34 : 155-159.
- 10) FERNANDES C M, CHRISTENSON J M, PRICE A. Continuous quality improvement reduces length of stay for fast-track patients in an emergency department. *Acad Emerg Med* 1996 ; 3 : 258-263.
- 11) KYRIACOU D N, RICKETTS V et al. A-5 year time study analysis of emergency department patients care efficiency. *Ann Emerg Med* 1999 ; 34 : 326-335.
- 12) WILKINSON R A. Triage in accident and emergency department. Educational requirements. *Br J Nurs* 1999 ; 8 : 165-168.
- 13) Manuel d'accréditation des hôpitaux. ANAES, 147, rue Nationale - PARIS 75013.
- 14) Guide de gestion de l'Unité d'Urgence. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (Canada) : www.msss.gouv.qc.ca. (cliquer sur Documentation).
- 15) Société Francophone de Médecine d'Urgence. Référentiel. Critères d'évaluation des Services d'Urgence. Mars 2001 : www.sfm.org. (cliquer sur RessourcesSFMU puis sur Référentiels).