

Sommaire

| | PAGE |
|--|------|
| 1 Introduction MICHÈLE BOIVIN (PARIS) | 3 |
| 2 La fiche de poste de l'IOA LILIANE ROUX (LILLE) DANIÈLE VAN DER HOOST (BRUXELLES) | 6 |
| 3 Le tri et la décision du lieu de soins adapté aux besoins du patient MARIE-CHRISTINE LEGAY, AGNÈS FICARELLI (BRY-SUR-MARNE) DAVID HUARD (CRÉTEIL) | 12 |
| 4 Architecture et conditions d'exercice PIERRE MARIE HAZEBROUCK, ISABELLE PIEDADE, ISABELLE COURNAULT (CHALON) | 17 |
| 5 Plan de formation MICHÈLE BOIVIN (PARIS) CLAUDINE BRÉMONT (DRAGUIGNAN) | 24 |
| 6 Évaluation DIDIER FEBVRE (NICE) | 32 |
| 7 Annexe Démarche de tri : outils de tri existants LINE DIVORNE (GENÈVE) | 39 |

UNE PRODUCTION



Brain Storming SAS

122, avenue du Général Leclerc 75014 Paris

Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel

Coordination et suivi technique : Corinne Bouilly

Relecture : Muriel Maroussie

Imprimé en UE

Dépôt légal : Avril 2004 - ISBN : 2-914275-68-4

1 INTRODUCTION

"De l'infirmier(ère) d'accueil et d'orientation (IAO) à l'infirmier(ère) organisateur(trice) de l'accueil (IOA)" Histoire et évolution

En Europe, ce n'est qu'à partir des années 1980 que l'on évoque une nécessité d'améliorer l'organisation des équipes soignantes dans le domaine de l'accueil des urgences. Ainsi, en Grande-Bretagne, en Suisse et en Belgique, on envisage la mise en place d'infirmier(ères) à l'accueil des urgences. Le modèle existe déjà au Canada et aux États-Unis depuis une dizaine d'années.

Afin de suivre l'évolution européenne dans ce domaine, regardons celle des organisations suisses et françaises.

Dans les années 1980, la volonté des institutions est d'améliorer la gestion des flux. En France, on assiste à la mise en place d'un(e) infirmier(ère) à l'accueil des urgences, basée sur le volontariat (pas de dotation spécifique supplémentaire). On constate également une absence de fiche de poste institutionnelle. En Suisse, l'équipe médicale est dédiée au service d'urgence (équipe fixe) et y exerce un(e) infirmier(ère) régulateur(trice). L'amélioration de la gestion des flux tant attendue ne progresse que très peu : augmentation de l'activité d'année en année, émergence de l'agressivité liée aux délais d'attente.

De 1988 à 1994, l'objectif d'amélioration de la gestion des flux s'accompagne d'une volonté d'améliorer l'accueil. En France, se multiplient des rapports de tous ordres : rapport Steg, rapport sur la qualité de l'accueil suite à enquête IFOP, mémoires universitaires infirmiers.

Des actions telles que la mise en place d'une formation spécifique

Référentiel IOA Infirmière Organisateur de l'Accueil

infirmière et la rédaction d'une fiche de poste institutionnelles voient le jour. On parle d'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation), sans que les textes en vigueur prennent en compte les compétences et responsabilités de l'infirmier(ère) exerçant dans le domaine de l'urgence (tri, orientation). L'exercice de la fonction d'IAO n'est que très peu cadré par des protocoles écrits et validés par le responsable médical. La fiche de poste n'est pas toujours diffusée au sein des établissements, la formation n'est pas obligatoire (le contenu et la durée fluctuent en fonction de l'organisme formateur), il n'y a pas de poste spécifique pris en compte dans les demandes budgétaires. En Suisse, l'organisation infirmière de l'accueil s'étend sur 24 h, la formation est permanente. On constate une amélioration des délais d'attente, bien vite altérée par des délais de prises en charge de l'aval (surtout en France). L'équipement-lits hospitalier, les structures d'aval s'avèrent insuffisants face à une activité en courbe exponentielle. L'agressivité de la population reçue dans les services d'urgences augmente, on parle d'épuisement professionnel pour les soignants syndromes de "burn out" bien répertorié dans les pays anglo-saxons.

4

De 1995 à 2000, l'objectif institutionnel est le même (gestion des flux, qualité de l'accueil). Les actions se multiplient : en France (référentiel ANAES, recommandations des Agences Régionales de l'Hospitalisation, convention avec les secteurs spécialisés : mise en place d'infirmiers experts, enveloppe budgétaire ciblée) et en Suisse (référentiel, protocoles écrits, procédures d'évaluation). On constate malgré cela une insatisfaction de l'utilisateur liée au délai d'attente (problème de l'aval), surtout en France. L'agressivité verbale évolue vers une violence certaine, se pose le problème de la sécurité des équipes.

En conclusion, malgré l'importance des moyens mis en œuvre, on constate une insatisfaction de l'utilisateur portant sur la qualité de l'accueil et une insatisfaction du professionnel de santé qu'est l'infirmier d'urgence, en termes d'épuisement et d'insécurité.

Les infirmiers ont tenté de répondre aux objectifs ciblés tels que l'amélioration de la gestion des flux et de la qualité de l'accueil, mais n'ont pas suffisamment tenu compte de certains paramètres tels que : accueil personnalisé du patient et de ses accompagnants, tri efficace, gestion de l'attente, prise en charge holistique, protection du professionnel de santé.

En 2001, le Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (CCII) de la SFMU, présentait un projet de formation devant permettre aux infirmiers d'urgences de définir l'accueil, le tri et l'orientation, de déterminer les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la fonction

d'IAO, de délimiter le champ d'activité, d'en déduire les axes de formation et d'aboutir à une démarche d'évaluation.

En 2002, après avoir défini les axes de formation (rôle de l'IAO, accueil et soin relationnel, tri et processus de tri, aspects éthiques et juridiques, procédure d'évaluation, techniques de communication, gestion du stress) et la démarche d'évaluation (protocoles écrits, définition et utilisation de critères, actualisation des procédures), le CCIJ décide de bâtir un référentiel sur l'exercice de cette fonction.

Ce référentiel, qui vous est présenté dans ce document, s'est enrichi de recommandations portant non seulement sur une formation spécifique, mais également sur les conditions matérielles et organisationnelles d'exercice de la fonction et sur les outils devant être mis à disposition (fiche de poste, outils de tri, grille d'évaluation).

En effet, en 2003, les membres référents médicaux et infirmiers de la SFMU rédigeaient une Charte définissant ce qu'est la médecine d'urgence, les conditions requises de bon fonctionnement des services d'urgence, les compétences des acteurs intervenant dans le domaine de l'urgence.

Comme dans toute organisation rationnelle, il est effectivement indispensable de définir "qui fait quoi". Les équipes d'un service d'urgence, bien que leur organisation soit dépendante de flux aléatoires d'arrivées de patients, ne peuvent l'ignorer.

Ainsi, les fonctions et compétences sont-elles précisées et cadrées. Quelques points de sémantique sont précisés : **l'orientation médicale** porte sur la prise de décision de l'urgentiste, après consultation du patient, d'une hospitalisation, d'un retour domicile ou d'un recours à une structure d'aval particulière. De fait, **l'infirmier(ère) devient organisateur(trice) de l'accueil : IOA.**

La mission générale de l'IOA est d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins, de décider du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...). L'IOA est en lien permanent avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux. La qualité de l'organisation qu'il met en place doit répondre aux critères précités ainsi qu'aux modes d'interaction avec les autres acteurs pouvant intervenir à l'accueil : secrétaire d'accueil, brancardiers accompagnateurs, assistante sociale, agent de sécurité, agent chargé des admissions, inventaire et dépôts de valeur.

2 La fiche de poste de l'IOA

6

La fiche de poste est la base de toute organisation de travail. Elle permet à la personne de connaître le champ de ses compétences, l'interaction de ses fonctions avec les autres acteurs, son positionnement hiérarchique.

Elle clarifie les qualités requises et les formations nécessaires au bon exercice des fonctions que la personne doit exercer. Elle doit permettre enfin de visualiser les évolutions potentielles (carrière, spécialité, hiérarchie...).

La fiche de poste sert de référence lors de l'évaluation annuelle de la personne avec ses pairs et/ou sa hiérarchie. Elle se doit d'être évolutive parallèlement à l'évolution des organisations existantes et des outils utilisés (protocoles, outils de tri...).

Il est présenté ici un modèle type.

Infirmière Organisateur de l'Accueil **Référentiel IOA**

Hôpital ou Service Général :

Direction :

Fait le : *(date de réalisation de profil)*

Service : Service des Urgences

Par : *(CIS ou CI du service)*

IDENTIFICATION DU POSTE

Fonction : Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil

Grade : IDE

Position dans la structure : Liaisons hiérarchiques ou rattachement hiérarchique : *(nom du supérieur hiérarchique direct)*
Liaisons fonctionnelles : *(structures, interlocuteurs, internes ou externes au service, avec lesquels l'agent est amené à développer régulièrement des relations).*

Présentation du service et de l'équipe : *Préciser la spécificité du service (différents secteurs d'activité)*
Citer le nom du responsable médical
Décrire les éléments quantifiant l'activité
Présenter les nombre et fonctions des personnes dans l'équipe ainsi que l'organisation
Présenter dans les grandes lignes le projet de service.

Horaires de travail : *Indiquer les horaires du poste de travail.*

ÉVOLUTION POSSIBLE DU POSTE ET DE SON ENVIRONNEMENT

Évolution possible du poste :
(évolution dans une qualification particulière)

Évolution organisationnelle :
(nouveaux locaux, réorganisation du service, nouvelle activité)

MISSIONS DU POSTE

Mission générale

Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux.

Missions permanentes

L'infirmier(ère) doit :

- **Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences**
Il(elle) accueille, c'est-à-dire qu'il(elle) effectue un soin relationnel infirmier auprès du patient, afin de lui permettre de comprendre et d'accepter le soin dans les meilleures conditions : gestion du stress, information, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur. Il(elle) évalue rapidement le degré d'urgence afin de privilégier la prise en charge du patient présentant un caractère réel d'urgence. Le tri doit s'effectuer à partir d'outils spécifiques utilisés dans le service et sur protocoles écrits et signés par le responsable médical ;
- **Décider du lieu de soins adapté**
Il(elle) décide, en lien permanent avec le médecin référent, du lieu de soins approprié à son état, après recueil et synthèse des informations. Celles-ci sont obtenues par une observation, un entretien et la connaissance de tous documents en possession du patient. En cas de besoin, l'implication de l'Assistant(e) Social(e) se réalise dès l'accueil ;
- **Informé, aider**
Il(elle) informe le patient et ses accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du service, le délai et les raisons d'une attente éventuelle ;
- **Installer**
Il(elle) installe ou fait installer le patient en fonction de ses besoins (chaise, brancard...), protection (froid), confort (position antalgique) ;
- **Rassurer**
Il(elle) rassure les familles et les informe des soins en cours, de l'attente des examens de laboratoire, radiologiques. Il(elle) est en relation permanente avec les médecins et infirmiers(ères) effectuant les soins. Il(elle) répercute l'information aux accompagnants ; ▶▶▶



- **Surveiller**

En fonction de la structure du service, il(elle) est amené(e) à surveiller la salle d'attente et le box d'accueil de premiers soins ;

- **Communiquer et coordonner**

Il(elle) centralise les informations, localise les patients afin de pouvoir répondre à toute demande. Les familles doivent, par sa présence et ses informations, trouver un(e) interlocuteur(trice) référent(e) performant(e) ;

- **Enseigner**

Dans le domaine de sa spécificité, il(elle) encadre les étudiants infirmiers lors de leur stage en rapport avec le module urgence et les infirmiers en stage d'intégration.

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA FONCTION IOA

Mobilité

Compte tenu de la pénibilité de ce poste, cette fonction doit être exercée en alternative par l'ensemble de l'équipe infirmière du service (sous condition de suivi de formation IOA et d'évaluation validée par l'encadrement). L'IOA doit pouvoir se faire remplacer dès qu'il(elle) en formule la demande.

Organisation avec les autres acteurs

L'IOA est assisté(e) d'une secrétaire d'accueil (enregistrement administratif). Des agents d'accueil sont présents à l'accueil afin d'aider à l'installation du patient, ou à le maintenir si nécessaire et veiller à sa sécurité.

Missions spécifiques

Dans le contexte de recherche de polyvalence et transversalité en médecine d'urgence :

(préciser les activités spécifiques liées à l'organisation du service et de l'établissement)

L'infirmier(ère) exerce :

(citer les secteurs : sortie SMUR, UHCD...)

Conditions matérielles et organisationnelles

(consulter la partie du référentiel IOA sur ce sujet)

COMPÉTENCES REQUISES

Formation et qualifications requises

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier(ère) ;
- Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée par des organismes agréés par les sociétés savantes de l'urgence.
(à négocier rapidement si l'infirmier(ère) n'a pas suivi de formation et qu'il(elle) a exercé dans un service d'urgences).

Expérience professionnelle et connaissances particulières requises

- Détenir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence de 2 ans au minimum ;
(connaître les gestes d'urgence et les différentes pathologies traitées aux urgences)
- Connaître les textes législatifs en vigueur ;
- Savoir gérer le stress et l'agressivité des patients et familles ;
- Savoir utiliser les outils existants et faire formuler le patient dans le cadre de la prise en charge de la douleur ;
- Posséder les connaissances suivantes (sinon lui faire bénéficier d'une formation) :
 - utilisation du matériel informatique (logiciel de gestion des urgences),
 - utilisation des outils de tri ;
- Connaître les structures hospitalières et extra-hospitalières.

Qualités requises

- Avoir une attitude assertive ;
- Posséder la réactivité nécessaire à l'observation et à la prise de décision ;
- Savoir évaluer et tenir compte de la charge de travail de l'équipe, des impondérables ;
- Présenter une tenue et un langage discrets et respectueux.

FICHE DE POSTE

| | OUI/NON | COMMENTAIRES |
|--|---------|--------------|
| Les IOA disposent d'une fiche de poste | | |
| La fiche de poste comporte les items préconisés dans le référentiel IOA | | |
| Les missions définies dans la fiche de poste sont conformes à celles préconisées dans le référentiel | | |
| La fonction est exercée en alternative par l'ensemble de l'équipe infirmier(ère) répondant aux critères d'exercice de cette fonction | | |
| L'IOA peut se faire remplacer dès qu'il(elle) en formule la demande | | |
| L'IOA est assisté(e) d'un(e) secrétaire d'accueil (enregistrement administratif) | | |
| Des agents sont présents à l'accueil pour aider à l'installation du patient et contribuer à sa sécurité | | |

3 Le tri et la décision du lieu de soins adapté aux besoins du patient

12

Actuellement, il existe des outils de tri performants (*voir annexe page 39*). En Europe, les outils diffèrent en fonction d'initiatives locales, l'échelle de tri, le Classement Infirmier des Malades d'Urgences (CIMU) en sont des exemples.

Comme nous avons pu le constater suite à l'intervention, au congrès SFMU 2002, d'un expert infirmier de la SFMU Line Divorve (*article de référence en annexe*), "le processus de tri est considéré comme une évolution importante dans le domaine des soins infirmiers".

Cette partie du référentiel IOA propose donc des concepts, des repères, une méthode de travail afin d'élaborer des outils de tri et de prise de décision adaptés à chaque service d'urgences.

L'Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil est le premier maillon d'une chaîne de soins. Son efficacité conditionne la qualité de la prise en charge médico-infirmière. Aussi, il est important que les outils de tri, d'évaluation et la décision du lieu de soins adapté soient le résultat d'une réflexion médicale et infirmière et fassent l'objet d'un consensus.

Concepts et objectifs

Le tri des patients à leur arrivée dans le service des urgences se veut d'être un processus qui identifie, évalue et classe les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité, et détermine la meilleure façon d'y répondre.

Les principaux objectifs du tri des patients à leur arrivée sont les suivants :

- Analyser rapidement le motif de recours aux urgences par un professionnel de santé ;
- Évaluer les besoins en soins et leur priorisation ;
- Faciliter la gestion des flux ;
- Optimiser les délais d'attente.

Finalité du tri

13

Un tri efficace doit permettre d'acheminer les patients vers les ressources adéquates, dans des délais appropriés.

La méthode consiste à définir en équipe pluridisciplinaire la politique de tri et de prise de décision à partir des paramètres suivants :

- La politique du service ;
- La situation géographique ;
- La composition et la situation géographique du plateau médicotechnique ;
- La population accueillie ;
- L'architecture du service ;
- Les ressources humaines.

Il s'agit ensuite de respecter les objectifs incontournables tels qu'ils sont définis précédemment ; ceux-ci ayant pour but d'assurer la sécurité du patient.

Ensuite, on peut procéder à l'élaboration de l'outil de tri, ou s'inspirer de l'existant dans la bibliographie. La grille de tri et d'évaluation des besoins en soins ne se substitue pas au support des transmissions écrites de l'observation infirmière, elle le complète.

Méthode d'élaboration d'une grille de tri

PREMIÈRE ÉTAPE

Identifier et lister les motifs d'arrivée, les symptômes devant être répertoriés dans chaque catégorie.

Exemple : douleur aiguë dans l'oreille (vertiges, nausées, angoisse).

Définir les délais de prise en charge et les symboliser (chiffres, lettres, couleurs...).

DEUXIÈME ÉTAPE

Il est recommandé de classer les urgences par un indice de gravité.

Exemples :

14

| | | |
|---|---|---------------|
| Délai 0 | <i>Urgence vitale ou absolue</i> | <i>code 1</i> |
| Délai < 20 min | <i>Urgence immédiate</i> | <i>code 2</i> |
| Délai ≤ 1 h | <i>Urgence vraie</i> | <i>code 3</i> |
| Délai non déterminé (variable selon le flux) | <i>Urgence ressentie ou urgence relevant d'une consultation</i> | <i>code 4</i> |

TROISIÈME ÉTAPE

Définir des procédures et conduites à tenir pour chaque cas, en particulier pour les urgences vitales ou absolues.

Exemples :

*Lieu de soins adapté aux besoins, circulation de l'information,
relais de prise en charge.*

Cas concret :

| | |
|--------------------------------------|---|
| Troubles de la conscience | <i>Position latérale de sécurité Alerter et diriger vers la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)</i> |
|--------------------------------------|---|

QUATRIÈME ÉTAPE

L'outil de tri de base doit faire l'objet d'une simulation, avant sa mise en place, afin de tester sa cohérence et son ergonomie d'utilisation. Cet outil est validé par le responsable médical du service.

L'équipe médico-infirmière procède à une évaluation régulière aux fins d'actualisation ou de réajustements (forme et contenu), en tenant compte des incidents liés à l'accueil, des insatisfactions des utilisateurs et des besoins du service.

Procédure organisationnelle de l'accueil

RECUEIL DE DONNÉES

Face à une urgence vitale, en aucun cas ces paramètres ne sont mesurés à l'accueil.

Avant de décider du lieu de soins adapté aux besoins du patient, l'IOA doit observer et noter les éléments suivants qui servent à affiner la précision du degré d'urgence :

- Le motif de recours exprimé ou non par le patient (*plainte du patient, symptomatologie, observation comportementale*);
- Les circonstances de survenue (*début des symptômes, évolution, aggravation*);
- Les antécédents pertinents (*allergies*);
- Les traitements spécifiques en cours (*anticoagulant, hypoglycémiant...*).

En fonction de l'observation infirmière, l'IOA peut prendre certains paramètres vitaux :

- Tension artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire;
- Glycémie capillaire;
- Évaluation de la douleur (*localisation, heure de début, intensité*);
- *Peak flow*.

Cette conduite est à tenir pour les patients se présentant pour une pathologie non traumatique, ainsi que pour les patients victimes de

Référentiel IOA Infirmière Organisateur de l'Accueil

traumatismes thoracique, abdominal, crânien, lombaire ou lorsque les circonstances du traumatisme laissent présager une éventuelle lésion d'un organe immédiate ou secondaire.

Pour la psychiatrie, lors de l'élaboration de la grille de tri, il est indispensable de classer les troubles comportementaux selon un degré d'urgence.

Pour la pédiatrie, les services d'urgences regroupant l'accueil des urgences adultes et enfants doivent disposer de procédures et d'outils de tri spécifiques à l'enfant.

TRANSMISSIONS DES DONNÉES

L'IOA doit transmettre une synthèse de tous les éléments recueillis sur un support informatique. Tous les éléments significatifs doivent y figurer, justifiant ainsi de la décision du lieu de soins adapté aux besoins du patient observé. Si la grille de tri élaborée dans le service met en évidence des codes, ceux-ci doivent être transmis.

Il est rappelé qu'un(e) infirmier(ère) ne peut poser un diagnostic médical. Il lui appartient donc de décrire les signes objectifs recueillis au cours de l'entretien et à travers l'observation clinique et comportementale du patient.

16

GUIDE D'UTILISATION

L'appropriation des outils de tri et de transmissions doit être effective par tous les intervenants et utilisateurs médico-infirmiers.

L'élaboration d'un "guide utilisateurs" doit permettre une harmonisation des pratiques et l'appropriation des outils par les nouveaux arrivants dans l'équipe soignante.

BIBLIOGRAPHIE

- Ulrich M, Chagnon-Lamarque M. Soins d'urgence : perspective infirmière. Éditions du Renouveau Pédagogique, Montréal 1994.
- Ménard-Pariseau L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences (conférence). Réanimation-Urgences 1998 ; vol. 7, n° 2.
- Piquet AF et al. Bien accueillir, c'est déjà soigner, SFMU Rennes, Bulletin d'information spécial, 1998.

4 Architecture et conditions d'exercice

Ce que l'on constate

17

Chacun s'accorde à dire que le Service d'Urgences est la vitrine de l'établissement tout entier. Au niveau psychologique, il est la projection de la valeur que l'on donne à la santé et donc à la vie. Cette vision ainsi que l'évolution de la spécialité de Médecine d'Urgence font du projet de rénovation/construction un projet basé sur l'amélioration de la qualité des soins et répondant aux missions spécifiques de ce service (cf. *Charte SFMU – Sept. 2003*).

D'autre part, il est prouvé que l'environnement architectural affecte plus ou moins le processus de soins, aussi bien du point de vue du soignant que du patient. En effet, lumière, bruit, fausses alarmes, va-et-vient..., agissent sur l'état de stress, la tension artérielle, le besoin d'antalgique, la durée d'hospitalisation...

C'est pourquoi le projet de rénovation/construction du service requiert une attention toute particulière, et le groupe de projet doit impérativement intégrer des représentants des personnels des urgences (toutes

catégories, y compris les équipes de nuit), des experts (ergonome, acousticien...) et l'analyse de l'opinion des usagers.

Cependant, la revue de la littérature permettant de repérer certaines habitudes architecturales concernant l'implantation et l'organisation des locaux réservés au tri, ne présente pas clairement de normes légales (en France), hormis en ce qui concerne le respect de la vie privée.

Les recommandations suivantes résultent donc de la présentation des plans architecturaux d'une série de services d'urgences anglo-saxons, français et québécois, d'articles répertoriés sur Internet.

Une bonne structure architecturale relative au tri doit :

- Garantir la qualité des soins ;
- Assurer la sécurité du patient, du personnel soignant et administratif ;
- Être accessible à tous les patients et leurs accompagnants ;
- Permettre la confidentialité et l'intimité ;
- Intégrer la gestion des périodes de pic d'activité (analyse de la fréquentation du service : nombre de visites annuelles, pics journaliers, hebdomadaires, mensuels et saisonniers, besoins en soins de la population, types de consultations, pathologies les plus fréquentes...).

Les critères d'emplacement de l'accueil des urgences sont géographiques, le secteur de tri doit être le plus proche de l'entrée des ambulances et du lieu d'inscription des arrivants. La salle de déchocage, la/les salle(s) d'attente, les toilettes doivent être dans l'environnement proche du secteur de tri.

Il apparaît que le secteur d'accueil et de tri doit être informatisé. Pour les grands Services d'Urgences, la multiplication des salles d'attente concourt au bon fonctionnement du tri : en amont, il est souhaitable de discerner les enfants des adultes, en aval de discerner les patients dont les examens complémentaires sont en cours de ceux qui attendent leurs instructions de sortie.

Recommandations

Jamais neutre, l'architecture a une influence directe sur les usagers et les personnels des services d'urgences et doit répondre à deux attentes : un cadre sécurisant et le besoin d'écoute pour les premiers, fonctionnalité, technicité, rapidité et efficacité pour les seconds.

Cet espace, si particulier, qu'est la zone d'accueil des urgences ne doit pas être un champ où se heurtent deux conceptions de l'urgence, mais bel et bien un lieu où s'expriment concrètement les notions d'accueil (réponse à l'état psychologique du patient) et d'efficacité.

L'objectif est de faire cohabiter ces deux conceptions dans un projet de soins afin d'améliorer le vécu et la prise en charge du patient et de ses accompagnants, tout en optimisant les conditions de travail des personnels.

Au centre de cet enjeu : l'IOA. Il(elle) se tient nécessairement dans la zone d'accueil et de tri. Tous les patients arrivants sont dirigés vers lui(elle). Il(elle) se doit, conformément aux textes en vigueur (*voir en annexe*) relatifs à l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences, d'accueillir, évaluer, hiérarchiser, décider du lieu de soins adapté aux besoins du patient, surveiller et informer.

Ces actions peuvent être menées de manière fonctionnelle dès lors que l'IOA se situe au centre d'une articulation cohérente entre les différents secteurs du service d'urgences :

1. **La zone d'accueil** comprenant la zone d'admission, le box d'accueil de premiers soins, la salle d'attente des patients "debout" ;
2. **La zone de soins** comprenant la salle d'attente des patients "couchés" et le(s) secteur(s) de soins.

LA ZONE D'ACCUEIL

La zone d'admission

Quel que soit le mode d'arrivée des patients, ceux-ci doivent obligatoirement converger vers un lieu d'accueil unique associant l'IOA, le secrétaire d'accueil, les brancardiers accompagnateurs d'accueil. L'architecture doit conduire naturellement le nouvel arrivant vers l'IOA, les panneaux d'affichage n'étant pas réputés efficaces.

- Cette zone se situe au centre des différents lieux de prise en charge afin de pouvoir en assurer la surveillance ;
- Elle doit être proche de la zone d'arrivée des ambulances (si possible visible par une fenêtre), de la réserve de brancards et de fauteuils roulants, des salles de déchocage ;
- Elle doit disposer d'un système sécurisé d'ouverture de portes, rendant les accès au service contrôlables (en particulier la nuit) et de boutons d'appel d'urgence à des emplacements stratégiques (lien direct avec le service de sécurité de l'établissement ou des forces de l'ordre police/gendarmerie). L'architecture doit protéger les personnels de l'accueil des actes de violence de certains usagers ou de leurs accompagnants ;
- Son accès doit être aisé (places de stationnement, arrêt de bus...) et facilement identifiable (affichage, éclairage) ;
- Elle doit être accessible à tous, notamment aux personnes handicapées ou à mobilité réduite ;
- Elle doit permettre la confidentialité et le respect de la personne ;
- Le propagation du bruit provenant des salles d'attente et de soins est contrôlée afin d'optimiser les conditions d'accueil et la confidentialité. Température, air conditionné et courant d'air sont parfaitement régulés ;
- Son équipement est facilitateur de communication (téléphone, interphone, outil de communication informatisé) ;
- Chaque poste de travail doit être étudié dans les règles d'ergonomie et équipé d'outil informatique. Les matériaux sont solides, confortables, attrayants et faciles d'entretien ;
- Le flux des patients doit être géré à sens unique, la sortie est distincte de l'entrée (ainsi les caisses dédiées au service d'urgences se situent à la sortie).

20

Le box des premiers soins

Il se situe dans le prolongement logique de la zone d'admission. Il permet d'affiner et d'objectiver l'évaluation première. La consultation des protocoles doit y être possible.

Ce secteur doit permettre le passage d'un brancard, garantir la confidentialité et le respect de la personne accueillie, permettre un entretien individualisé et une évaluation des besoins de santé et d'hygiène. Pour ce faire, l'équipement matériel comprend : un appareil à tension, un thermomètre, un oxymètre de pouls, un mesureur du débit de pointe, une échelle visuelle analogique, un appareil lecteur de glycémie capillaire, un coupe-alliance.

Infirmière Organisateur de l'Accueil **Référentiel IOA**

Architecture et conditions d'exercice*

| | OUI/NON | COMMENTAIRES |
|---|---------|--------------|
| Le secteur de tri est proche de l'entrée des ambulances | | |
| Le secteur de tri est proche du lieu d'inscription des arrivants | | |
| Le secteur d'accueil et de tri est informatisé | | |
| La salle d'attente des enfants est distincte de celle des adultes | | |
| La zone d'accueil comprend un box d'accueil de premiers soins permettant un entretien individualisé | | |
| La salle d'attente des patients debout est en zone d'accueil | | |
| La salle d'attente des patients couchés n'est pas en zone d'accueil mais en zone de soins | | |
| La zone d'admission dispose d'un système sécurisé d'ouverture des portes | | |
| La zone d'admission dispose d'un bouton d'appel d'urgence | | |
| Son accès est facilement identifiable (éclairage, fléchage) | | |
| La sortie est distincte de l'entrée | | |
| La zone est accessible aux personnes handicapées | | |
| La configuration permet le respect de la confidentialité | | |
| La zone est équipée en matériel de communication (téléphones, interphones...) | | |
| L'équipement du box de premiers soins est conforme au listing du référentiel | | |
| Le box de premiers soins est équipé d'un point d'eau | | |
| La situation de la salle d'attente "debout" permet le contrôle visuel par l'IOA | | |

* Exemple de fiche d'évaluation.

Le matériel nécessaire aux premiers soins doit inclure des gants à usage unique, des antiseptiques locaux, un nécessaire à pansements, des attelles, des canules de Guédel.

Ce secteur doit être équipé d'un point d'eau.

La salle d'attente des patients "debout"

Elle doit être distincte de la salle d'attente patients "couchés".

Elle doit répondre à des besoins d'apaisement, de confort et non de distraction. L'IOA doit avoir une vue directe sur cette zone afin d'en assurer la surveillance (contrôle visuel permettant de repérer le patient qui se dégrade ou s'agite, contact avec patients et accompagnants).

Cette structure doit être conçue à dimension humaine, c'est-à-dire permettre un certain isolement des zones actives (confidentialité, pudeur), sans engendrer un sentiment d'isolement ou d'abandon (source d'angoisse et d'agressivité). Des couleurs douces, un éclairage chaleureux, le maintien d'un contact avec l'extérieur ou des plantes vertes contribuent à un climat apaisant.

22

Un point téléphone et des toilettes sont à disposition, ainsi qu'un accès rapide à un service de restauration minimal pour les accompagnants (cafétéria ou point chaud au sein de l'établissement ou distributeur de boissons et d'en-cas).

LA ZONE DE SOINS

Le secteur de soins doit se situer à proximité de la zone d'admissions afin de permettre d'y accompagner rapidement le patient et de faciliter la communication entre l'équipe soignante et l'IOA.

La salle d'attente des patients "couchés"

C'est un des lieux de soins adaptés aux besoins du patient après évaluation de l'IOA. Dans ce cas de figure, il s'agira d'un patient nécessitant une surveillance (par l'équipe assurant les soins) mais dont le degré de gravité autorise une attente de soins.

Les patients "couchés" ne doivent pas être visibles ni par les usagers arrivant en zone d'admission, ni par les personnes en salle d'attente patients "debout".

Son équipement doit inclure : une arrivée de fluides (O₂, air, vide), un nécessaire à la surveillance des constantes.

Infirmière Organisateur de l'Accueil **Référentiel IOA**

L'éclairage doit être chaleureux et indirect (attention aux plafonniers qui éblouissent les patients allongés !). Les courants d'air de l'entrée principale et de l'arrivée des ambulances, la température et l'air conditionné, le bruit provenant des autres zones, doivent être contrôlables efficacement.

Le parc de brancards doit correspondre à l'occupation moyenne quotidienne de cette salle. Un nécessaire d'hygiène est prévu : armoire à linge, haricots, urinaux, bassins, produits d'entretien et de toilette.

Les secteurs de soins

L'organisation doit permettre la transmission des informations. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Circulaire DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
- Bouquin M. Urgences, l'IAO dans l'œil du cyclone. Soins, 2002 ; 664 : 31-35.
- Ancelin P. Modalités pratiques et difficultés de mise en place du triage aux urgences. www.caducee.net/Congres/archives/camu/modalites-triage.asp
- Cristofari JJ. L'architecture et la cité hospitalière : Nouveaux espaces et nouvelles priorités. [www.snitem.fr/Pages-Snitem/info/SI n 149/149 dossier.html](http://www.snitem.fr/Pages-Snitem/info/SI_n_149/149_dossier.html)
- Debaud S. Thèse de doctorat en médecine générale : informatisation de l'accueil des urgences : une première démarche vers l'assurance qualité. <http://perso.club-internet.fr/debaud/index.html>
- Santalier D. L'architecture comme réponse à l'état de crise. Conférence de Consensus de la SFMU. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). 2002 ; 141-148.
- Guide de gestion de l'Unité d'Urgence. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, novembre 2000. www.msss.gouv.qc.ca
- Poitras J, Prevost G, Lepine S. L'environnement physique de l'Unité d'Urgence ; Journal de l'AMUQ (Archives de la Médecine d'Urgence Québécoise), n°13, été 2000 ; p. 32-41. www.amuq.qc.ca
- Villeneuve J. Violence à l'urgence ! Un problème qui fait les manchettes. Objectif Prévention 2001, vol. 24 (1) : 22-24.
- Villeneuve J. L'aménagement des urgences : quelques repères de conception. Objectif Prévention 2001, vol.24 (1) : 18-21.

5 Plan de formation

Pré-requis

24

La Commission IDE SFMU est composée d'un Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (CCII) et de huit Commissions Régionales Infirmières. Y travaillent des infirmier(ères) et infirmier(ères) anesthésistes diplômé(es) d'État.

Le CCII recommande que l'infirmier(ère) exerçant dans un service (tel que défini dans la charte SFMU - Sept. 2003) d'urgences, ait acquis une formation spécifique et qu'il(elle) possède une expérience professionnelle.

Ainsi, avant d'accéder à une formation spécifique IOA, un certain nombre de pré-requis doit être pris en compte :

1. Formation interne (dans le service) à et/ou formation continue (dans l'hôpital) :
 - a. pathologies d'urgences ;
 - b. gestes d'urgence.
2. Cadre du projet de service (définition du projet validée par les responsables médicaux et non médicaux) :
 - a. Formation IOA : pourquoi ? Comment ?
 - b. Fiche de poste et organisation de l'équipe (qui fait quoi ?) ;
 - c. Protocoles et outils (tri, décision du lieu de soins adapté aux besoins du patient).





3. Spécificités de prise en charge, par exemple :

Prise en charge de la douleur : savoir utiliser l'échelle d'évaluation de la douleur, élaborer des protocoles antidouleur écrits et validés par le responsable médical.

4. Évaluation :

- a. À court terme, en interne au service (6 mois) (grille d'évaluation SFMU) ;
- b. À moyen terme (n + 1) : conservation ou non des acquis, actions menées...

Le cadre infirmier du service doit bénéficier d'une formation IOA, afin de faciliter la mise en place du projet de service.

PRÉAMBULE AU PLAN DE FORMATION

Plan de formation, pré-requis

Le contenu de la formation présenté par le CCII de la SFMU est assuré par des intervenants spécifiques (juriste, administrateur, expert infirmier, psychosociologue, médecin...). La prestation est assurée :

1. Par des organismes de formation (publics et/ou privés), agréés par la SFMU après évaluation du contenu de formation ;
2. Par les journées d'enseignement d'urgences infirmier régionales de la SFMU.

LES TEXTES

La circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, aborde les points suivants :

- Diminution des délais d'attente ;
- Renforcement de l'évaluation ;
- Fluidité de l'aval (lien avec l'assistant socioéducatif) ;
- Informatisation des données (transmissions des informations) ;
- Permanence des soins (ambulatoire amont/aval, maisons médicales, réseaux de santé).

FORMATION – OBJECTIF GLOBAL

Optimiser la qualité de l'accueil et la prise en charge rapide et personnalisée par une évaluation du degré de l'urgence et des besoins de communication et de soins des patients.

FORMATION – OBJECTIFS CIBLÉS

Définir le rôle de l'IOA afin de se positionner au sein de l'équipe pluridisciplinaire des Urgences :

- Accueillir le patient et ses accompagnants (famille, entourage) ;
- Définir les priorités de soins ;
- Reconnaître le motif de consultation et apprécier le degré de gravité pour procéder au tri et à l'organisation de la gestion des flux, décider du lieu de soins adapté aux besoins. Utiliser les outils d'aide au tri ;
- Clarifier les différentes réglementations concernant les urgences ;
- S'approprier des méthodes de communication et de gestion du stress et de l'agressivité (pour le patient et le soignant) ;
- Transmettre ses décisions au médecin et à l'infirmier(ère) chargé(e) du secteur de soins.

26

FORMATION – DURÉE

Le programme décrit ci-dessous doit s'inclure dans une période supérieure à 3 jours et ne pas excéder 5 jours pleins.

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

Il s'agit de présenter des cadres de référence (cas concrets), de faire découvrir les concepts à partir d'exercices individuels et de groupe.

La formation doit permettre l'émergence des représentations pour résoudre des problèmes dans diverses situations.

Enfin, les formés doivent pouvoir effectuer des liens avec des situations concrètes dans leur pratique quotidienne.

AXES DE FORMATION

Le contenu de la formation se décompose en 3 axes :

- Les sciences humaines ;
- Les soins infirmiers en situation d'urgence ciblés sur l'exercice de la fonction IOA ;
- Les cadres législatif et administratif, les aspects médicosociaux.

Plan de formation

SCIENCES HUMAINES

Objectifs : savoir établir une communication efficace afin :

- D'expliciter une demande d'aide au moment de l'accueil ;
- D'aider efficacement un demandeur de soins ;
- De gérer l'attente et le stress des consultants et des accompagnants ;
- D'éviter le syndrome d'épuisement professionnel ;
- De traiter collectivement les stress vécus.

L'accueil est le premier soin. L'infirmier(ère), par une attitude respectueuse, chaleureuse et empathique, crée un climat de confiance et de sécurité dès le premier contact. De la qualité de l'accueil dépend le bon déroulement de la suite des soins.

L'accueil est un soin relationnel : écouter, rassurer, informer, faire reformuler. Il doit permettre d'apprécier la dimension physio-psycho-socio-culturelle des besoins de la personne.

L'accueil permet d'effectuer un recueil de données pertinentes lié au problème de santé exprimé par le patient.

Enfin, **l'accueil**, c'est introduire quelqu'un dans un lieu en s'appliquant à aider le nouveau venu à se sentir bien.

LES SOINS INFIRMIERS EN SITUATION D'URGENCE

Objectifs : savoir détecter et évaluer dans un court laps de temps les éléments essentiels à une première appréciation de l'état du patient et les manifestations somatiques et/ou psychiques, en collaboration avec le médecin, afin de :

1. Repérer et évaluer les signes cliniques ;
2. Trier ;
3. Diriger vers le lieu de soins adapté aux besoins du patient.

Repérer et évaluer les signes cliniques

C'est mesurer l'écart entre une norme et l'existant. La procédure d'évaluation est une démarche commune à toute une équipe soignante. Elle est constituée de plusieurs étapes :

1. Observer le patient ;
2. Recueillir les données pertinentes permettant l'identification des besoins ;
3. Évaluer le degré de gravité.

Trier

Le tri a pour objectif principal de déterminer rapidement le degré d'urgence que présente le patient à son arrivée :

1. C'est un moyen de sécurité pour sélectionner les patients qui se présentent en urgence, selon les priorités et des critères établis ;
2. C'est un processus permettant d'identifier, d'évaluer et de classer les patients en déterminant la réponse la plus appropriée à leurs besoins dans les limites de temps acceptables ;
3. Il se fait à l'aide d'un outil préétabli en fonction des critères de gravité définis en collaboration avec l'encadrement médical (*voir annexe page 39*).

Diriger vers le lieu de soins adapté aux besoins du patient

Ces choix se font en fonction :

1. Du degré d'urgence ;
2. Des besoins de sécurité ;
3. Des besoins sanitaires et de confort.

Contenu du cours :

- Le tri et l'organisation de l'accueil ;
- Procédure d'évaluation "ABCD" : exercice individuel, analyse de situation à partir de situations concrètes, mise en commun, évaluation ;
- Définition des degrés d'urgences, classification des motifs d'arrivée : jeux de rôle, travail à partir des représentations individuelles, mise en commun, discussion de groupe ;
- Utilisation de la feuille de tri : aborder les différentes grilles existantes retenues dans le référentiel IOA SFMU ;
- Protocoles médico-infirmiers : étude de cas, analyse de situations, synthèse.

LES CADRES LÉGISLATIF ET ADMINISTRATIF

Objectifs : appréhender la notion de responsabilité, découvrir le système judiciaire, analyser les textes concernés afin de :

- Savoir identifier et nommer les situations mettant en cause la responsabilité des soignants et les textes en rapport avec l'exercice professionnel ;
- Cerner le champ d'application des différentes responsabilités : pénale, civile, administrative ;
- Identifier les situations génératrices de risques ;
- Valoriser et positiver ces obligations, synonymes de protection et de respect du patient.

Contenu du cours :

- Décrets de compétence et décret sur les règles professionnelles ;
- Charte du patient ;
- Accueil des mineurs ;
- Hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- Accouchement aux urgences ;
- Problèmes relatifs aux agressions, viols.

LES ASPECTS MÉDICOSOCIAUX

Objectifs : savoir répondre à des questions simples concernant la prise en charge, le paiement, la sécurité sociale... sans attendre les formalités administratives, afin de diminuer l'anxiété des patients et/ou de l'entourage.

Travailler en partenariat avec l'assistante sociale dès l'accueil, afin de mettre en place une stratégie d'accueil des "urgences sociales".

Contenu du cours :

- Problèmes liés aux admissions en urgence :
 - toxicomanes,
 - personnes en situation d'exclusion sociale (sans domicile fixe),
 - personnes en situation de précarité,
 - personnes âgées,
 - personnes bénéficiant d'aide sociale (aide médicale gratuite) ;
- Problèmes spécifiques à la pédiatrie :
 - relation avec l'enfant et les parents,
 - démarches liées à l'accueil d'un mineur,
 - placement des enfants.

Les intervenants

EXPERTS EN SCIENCES HUMAINES

(psychosociologue, anthropologue, ethnologue)

Matières abordées :

- Gestion du stress ;
- Techniques de communication (le toucher, l'écoute) ;
- Gestion de l'agressivité et de la violence ;
- Ethnies.

Référentiel IOA Infirmière Organisateur de l'Accueil

EXPERTS INFIRMIERS

(cadres experts, cliniciens)

Matières abordées :

- Soin relationnel ;
- Tri, organisation de l'accueil ;
- Évaluation.

ASSISTANT SOCIOÉDUCATIF

Matières abordées :

- Aspects médicosociaux ;
- Filières d'aval actualisées et adaptées à la région ;
- Organisation IOA/ASE.

JURISTE OU ADMINISTRATEUR

(chef d'établissement, enseignant universitaire)

Matières abordées :

- Aspects juridiques des situations d'urgence ;
- Responsabilités civiles, professionnelles, institutionnelles ;
- Textes en vigueur.

MÉDECINS

(médecin urgentiste, pédiatre urgentiste)

Matières abordées :

- Responsabilité et organisation de l'accueil ;
- Liens fonctionnels entre IOA et médecin senior ;
- L'orientation médicale.

30

Bilan de la formation

Il est recommandé, comme dans tout programme de formation, de prévoir une fiche d'évaluation destinée aux infirmiers(ères) formés(es).

Le bilan écrit et anonyme est présenté sous forme de questionnaire, remis à chaque participant(e) au début de la formation et restitué en fin de session.

Il a pour finalité d'évaluer les acquis au cours des différentes parties enseignées et le degré de satisfaction concernant l'ensemble de la

Infirmière Organisateur de l'Accueil **Référentiel IOA**

formation. Il permet de recueillir des suggestions et des remarques pour améliorer le contenu de la formation et le compléter.

Il est constitué de questions fermées portant sur :

- La qualité des apports par domaine (3 domaines) tant sur le contenu que sur la durée ;
- La qualité des intervenants.

Propositions et suggestions sont traitées par une question ouverte.

BIBLIOGRAPHIE

- Plan de Formation 2000. 88 p. ; Ediform, Paris, 1999.
- Formation continue 2003. École Régionale d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État de St Germain en Laye. 22 p.
- Quelle formation à l'accueil pour les infirmières d'urgence ? L. Divorne, J. Simon, DUMC Hôpital Cantonal de Genève, Suisse. 5 p., 1997.
- Infirmière d'Accueil et d'Orientation des Urgences. AP-HP, CESU 75, Hôpital Necker, Paris, 1999. 12 p.
- Programme du Diplôme Universitaire d'accueil et de prise en charge des urgences. depulp.u-strasbg.fr, 2003.
- Démarche de Tri : outils de tri existants. L. Divorne, Lausanne, Suisse.
- Cours supérieur de Médecine d'Urgence, SFMU 2003. Arnette, Paris, 2003.
- Un geste ou un entretien. Pr. JP. Assal et Pr. J. Fabre, Genève. 72 p. ; Éditions Roche, Bâle, 1992.
- Concept de la fonction d'Infirmier d'accueil et d'orientation d'un service d'accueil de l'urgence. École Régionale d'infirmiers anesthésistes de Saint-Germain en Laye, 1994. 17 p.
- Infirmier(ère) d'accueil, un poste pivot. C. Bonhomme. Revue hospitalière de France. mars-avril 1993 ; 21-31 : 2.
- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999. Mise en Place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes (...).
- Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins. Ministère de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. 19 p., Annexe 1 de la Circulaire 195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003.
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002. Mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

6 Évaluation

32

Évaluation de la fonction d'IOA

L'évaluation est un processus indispensable dans une démarche d'amélioration de la qualité : le dispositif d'évaluation qui va être développé doit permettre de mesurer la performance de l'organisation (qualité voulue/qualité obtenue) et la satisfaction du patient (qualité attendue/qualité perçue).

Ce dispositif d'évaluation de la fonction d'IOA s'articule autour de 3 axes :

1. L'organisation de cette fonction ;
2. La mise en œuvre des missions de l'IOA ;
3. La perception des IOA concernant leur fonction.

ÉVALUATION DE L'ORGANISATION DE LA FONCTION

Il va s'agir de mesurer le niveau de conformité aux préconisations concernant l'organisation de la fonction.

L'outil permettant cette mesure est le questionnaire d'audit construit à partir du présent référentiel.

ÉVALUATION DES MISSIONS DE L'IOA

L'objectif est d'évaluer chacune des fonctions dévolues aux IOA :

- Accueil ;
- Recueil d'informations et définition des besoins prioritaires en soins ;
- Tri (organisation des flux en fonction du degré de priorité, choix du lieu de soins le plus adapté aux besoins).

Le dispositif d'évaluation, pour être efficace et le plus objectif possible, doit impliquer l'ensemble des acteurs concernés : les IOA, les autres membres de l'équipe des urgences, mais aussi les patients et leurs accompagnants.

Pour l'évaluation de l'accueil

1. "Observation clinique : infirmière d'accueil et d'orientation" référentiel réalisé selon le modèle de la Formation en Soins d'urgence des Hôpitaux Universitaires de Genève ;
2. "Évaluation de la qualité du soin relationnel dans les services d'urgences" Comité de coordination infirmier SFMU, janvier 2001.

Ces deux grilles sont remplies en temps réel soit par l'infirmier(ère) lui(elle)-même, soit par un observateur. L'infirmier(ère) peut ainsi effectuer l'auto-évaluation de ses compétences relationnelles, et si nécessaire effectuer, conjointement avec le cadre infirmier, une démarche visant à améliorer ses pratiques ; l'analyse de l'ensemble des grilles permet d'effectuer, pour le service, le bilan global des points forts et des points à améliorer en matière d'accueil par les IOA.

3. Les informations apportées par la grille d'observation utilisée sont à mettre en lien avec les réponses apportées par les patients et leurs accompagnants dans le questionnaire de satisfaction mis à leur disposition par le service d'urgence. Un exemple de questions spécifiques à l'accueil est proposé en fin de chapitre.

Pour l'évaluation du recueil d'informations et de la définition des besoins prioritaires en soins

1. Analyse de dossiers par un "groupe expert médico-infirmier" désigné par le conseil de service. La grille d'analyse devra explorer :
 - La pertinence des données recueillies et transmises ;
 - L'exhaustivité des données suivantes : motif de recours exprimé ou non

Référentiel IOA Infirmière Organisateur de l'Accueil

par le patient, circonstances de survenue, antécédents et traitement en cours pertinents, prise des paramètres vitaux nécessaires ;

- La qualité de la synthèse transmise aux autres acteurs dans laquelle doit figurer l'ensemble des éléments significatifs.

2. Cette analyse gagne à être complétée par une enquête de perception sur la qualité de ces informations : un questionnaire (*exemple en fin de chapitre*) à l'usage des médecins, infirmier(ère) de zone de soins, assistant social...

Pour l'évaluation du tri réalisé par les IOA

1. Analyse de dossiers par un "groupe expert médico-infirmier" désigné par le conseil de service. La grille d'analyse devra explorer la conformité de la priorité attribuée à l'outil de tri en usage dans le service et la pertinence du choix du lieu de soins le plus approprié.
2. L'observation des délais de prise en charge et la mesure de leur pertinence à l'outil de tri :
 - Initiale : délai entre l'arrivée du patient et la prise en charge par l'IOA ;
 - Médicale : délai écoulé entre la fin de la prise en charge IOA et le premier examen médical.Ces démarches de mesure de délais sont difficiles à mettre en œuvre en l'absence de logiciel informatique permettant un calcul automatisé.
3. L'évaluation peut être complétée et mise en lien avec des questions du questionnaire de satisfaction patient qui abordent ce thème (*exemple en fin de chapitre*).

La définition d'une **procédure de recueil et d'analyse et de traitement d'événements indésirables** est indispensable pour compléter le dispositif d'évaluation des missions de l'IOA : analyse des lettres de plainte et extraction des items concernant l'accueil ou l'IOA ; document collationnant les événements indésirables relatifs au tri ou à l'orientation...

PERCEPTION DES IOA SUR LEUR MISSION ET SA MISE EN ŒUVRE

Une enquête de perception auprès des IOA complète enfin le dispositif d'évaluation. Cette enquête peut être menée sous forme d'entretien réalisé par le cadre infirmier ou sous forme de questionnaire (*exemple en fin de chapitre*).

CONCLUSION**Tableau de synthèse. Dispositif d'évaluation de la fonction IOA.**

| OBJET D'ÉVALUATION | IOA | SERVICE | PATIENT |
|--|--|---|--|
| Organisation de la fonction | | Audit suivant référentiel | |
| Mission : accueil | Grille d'observation | | Enquête satisfaction Lettres de plainte ou de félicitations |
| Mission : recueil de données et détermination des besoins prioritaires en soins | | 1. Analyse de dossiers 2. Enquête de perception de autres acteurs 3. Recueil et analyse des événements indésirables | Lettres de plainte ou de félicitations |
| Mission : tri | | 1. Analyse de dossiers 2. Mesure de la pertinence des délais IOA / examen médical 3. Recueil et analyse des événements indésirables | Enquête satisfaction Lettres de plainte ou de félicitations |
| Perception des IOA concernant leur fonction | Enquête de perception (entretien ou questionnaire) | | |

Le dispositif d'évaluation proposé peut sembler lourd et difficile à mettre en application. Mais il est indispensable, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, de se doter d'outils de mesure performants, validés et reconnus.

Les outils d'évaluation utilisés, leur fréquence d'utilisation et l'exploitation qui en est faite doivent être définis par le Conseil de Service.

Questions à intégrer dans un questionnaire adressé aux patients et leurs accompagnants

Vous êtes :

- un patient pris en charge au service des urgences
- l'accompagnant d'un patient

Qui est la première personne qui vous a accueilli lors de votre arrivée au SAU ?

- un(e) infirmier(ère)
- un(e) secrétaire
- un(e) aide-soignant(e)
- une autre personne qui ?
- je ne sais pas

Avez-vous attendu longtemps avant que cette personne s'occupe de vous ?

- non, j'ai trouvé ce délai acceptable
- oui, mais elle était occupée avec d'autres patients
- oui, et je trouve ce délai injustifié

Commentaires éventuels :

.....

La personne qui vous a reçu vous a-t-elle informé sur les conditions de votre prise en charge au sein du service des urgences ?

- tout à fait
- en grande partie
- partiellement seulement
- pas du tout

Infirmière Organisateur de l'Accueil **Référentiel IOA**

A-t-elle répondu à vos questions et à vos préoccupations ?

- tout à fait
- en grande partie
- partiellement seulement
- pas du tout

Quelle note attribueriez-vous à la personne qui vous a accueilli en ce qui concerne :

Ses compétences professionnelles : /10

Ses qualités humaines : /10

Commentaires éventuels concernant l'accueil à votre arrivée :

.....

.....

.....

.....

Questions à intégrer dans un questionnaire adressé aux professionnels

Quelle est votre fonction ?

- médecin
- infirmier(ère)
- travailleur social
- psychologue
- autre (précisez)

Évaluation de l'accueil infirmier dans votre service.

Attribuez une note sur 10 à chacun des critères suivants :

- Qualité du recueil d'informations à l'arrivée : /10
- Compétences relationnelles des IOA : /10
- Pertinence du niveau de priorité attribué : /10
- Pertinence du lieu de soins choisi par l'IOA : /10

Selon vous, le poste d'infirmière d'accueil, tel qu'il est organisé dans votre service est :

- indispensable
- utile
- sans grande utilité
- absolument inutile

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

7 Annexe

Démarche de tri : outils de tri existants*

Au cours de ces trente dernières années, les services d'urgence ont considérablement évolué. Les problèmes de santé de la population ont généré une augmentation considérable du nombre de consultations en urgence. Le phénomène d'engorgement étant devenu chronique, les services d'urgences sont confrontés aux difficultés d'assurer l'accessibilité aux soins. Dans ce contexte, les professionnels ont recherché des mesures d'amélioration visant à réduire l'engorgement. Pour répondre aux besoins d'un volume fluctuant de patients, plusieurs services d'urgences ont mis en place un processus de tri permettant aux soignants de déterminer la priorité de soins en fonction de l'urgence et de la gravité des cas.

Cette dynamique oblige les professionnels à être en mesure de gérer l'imprévisible. Les soignants doivent être des professionnels de haut niveau, compétents aussi bien dans les domaines technique que relationnel et éducatif. Ils sont soucieux d'améliorer les soins, de faire progresser leur champ d'action, d'acquérir de nouvelles connaissances et de trouver d'autres modalités d'organisation. L'enseignement infirmier, la formation continue, les groupes de réflexions professionnels servent de support à cette quête d'amélioration.

** Ce texte de synthèse a été rédigé en avril 2002. Par respect pour l'auteur, nous avons conservé les dénominations "IAO" qui n'ont plus cours à ce jour et qui ont été remplacées par "IOA".*

Tri

En Europe, la notion de tri est fort répandue dans les services d'urgences, mais les outils élaborés sont souvent issus d'initiatives locales et comportent des critères de classification différents. Même si l'implantation du tri à l'urgence en Amérique du Nord existe depuis les années 1960, aucun modèle standard n'a encore été reconnu. L'Australie et le Royaume-Uni ont mis en place un système national de catégorisation des priorités de soins au tri. Au Québec, les associations de médecins et d'infirmières ont proposé une échelle de triage et de gravité (ETG). Le Collège des médecins (CMQ) et l'Ordre des infirmières et des infirmiers (OIIQ) ont adopté une position conjointe sur le tri. Ils proposent un guide destiné aux services d'urgences dans le but d'aider à la mise en place d'un système de tri efficace et sécurisé.⁽¹⁾ L'intérêt principal de l'ETG est d'aboutir à la standardisation d'une échelle au plan national. Afin d'atteindre ces résultats, il a été jugé nécessaire de créer un programme de formation adapté, pour tout le personnel infirmier susceptible de faire du tri. Cette démarche devrait conduire à une prise de décision similaire quel que soit le centre d'urgence.⁽²⁾

40

DÉFINITION

Selon le Larousse, trier signifie *"choisir certains éléments en les séparant du reste, sélectionner, répartir selon certains critères"*. Et selon le Petit Robert, trier signifie *"choisir parmi d'autres, extraire d'un plus grand nombre après examen, répartir en plusieurs groupes sans rien éliminer"*.

Tri (triage en anglais) est le terme consacré pour décrire ce processus systématique. Il trouve ses origines sur les champs de bataille napoléoniens d'où les blessés étaient retirés pour être présentés en grand nombre aux unités chirurgicales. Cela exigeait une certaine forme de "tri" dans le but de déterminer l'urgence de la prise en charge.⁽³⁾ Dès l'ouverture de la première urgence, une forme de tri a existé.⁽⁴⁾ Avant l'apparition de classifications, il se faisait de façon subjective et n'était pas lié à une stratégie d'accueil formalisée.⁽⁵⁾ Dans sa forme la plus simple, le tri consiste à classer et à déterminer le degré de priorité.⁽⁴⁾ Chaque service possède ses particularités ; cependant, cette disparité renforce la nécessité d'un accueil structuré et efficace.

CONCEPT DE TRI AUX URGENCES

Le système de tri est un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à classer les problèmes de santé des patients qui se présentent au

service des urgences selon des critères établis. Ce processus permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leurs besoins dans les limites de temps acceptables.

Rôle infirmier

TEXTES LÉGISLATIFS

En Belgique et en Suisse, le rôle d'infirmière d'accueil et orientation (IAO) se développe, mais il n'existe aucun texte législatif relatif à cette fonction. En revanche en France, pour la première fois, la notion d'IAO est introduite dans un texte réglementaire. La circulaire du 14 mai 1991⁽⁶⁾ définit le rôle de l'IAO. Il y est indiqué que tous les patients sont dirigés vers l'IAO au point d'accueil. Ceux qui sont transportés par le SMUR et annoncés sont conduits directement vers le médecin. À l'entrée, ils doivent être signalés à l'IAO.⁽⁶⁾ Les patients acheminés par le SMUR devraient être triés comme les autres patients à l'entrée du service d'urgences. Selon la circulaire, l'IAO doit être avertie chaque fois que le SAMU adresse un patient, transporté d'urgence ou non, à l'établissement.

Pour tous les autres, elle les guide vers les salles d'examen et de soins ; elle informe aussitôt les médecins. Dans le cas où il y a distinction entre les circuits selon le degré de gravité, elle se réfère au médecin avant d'orienter les patients. Elle coordonne les relations avec les accompagnants et avec les familles. Elle assure la surveillance régulière de la salle d'attente. Elle est tenue informée des décisions médicales concernant les malades.⁽⁶⁾

RÔLE DE L'IAO

Selon la littérature récente et la pratique, il s'agit d'un poste exigeant, d'une importance centrale. Le tri est l'une des fonctions où l'infirmière a le plus d'autonomie et de responsabilités. Cette fonction critique ne peut être assurée que par l'infirmière qualifiée. L'expérience, les connaissances et les aptitudes de communications sont essentielles. Ainsi l'IAO, première intervenante, joue désormais un rôle essentiel dans la prise en charge des patients se présentant au service d'accueil et d'urgences. Des études ont démontré que la qualité des soins reçus aux urgences était influencée par ce premier contact avec l'IAO.^(7,8,9) Il est important, tant pour la qualité du service d'urgences que pour la satisfaction des usagers, qu'un professionnel qualifié procède à l'accueil du patient.⁽¹⁾

Processus de tri

Le tri est un processus qui consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer l'urgence d'une intervention médicale selon une classification prédéterminée. Cette évaluation s'effectue à partir d'un bref recueil d'informations sur la raison de la consultation, sur les signes et les symptômes du patient, selon son état général et d'après l'observation de certains paramètres. Il s'agit de porter un jugement clinique sur le degré de gravité potentielle du problème de santé.

LES NORMES DE FONCTIONNEMENT DU TRI

Il est essentiel de définir des normes de fonctionnement au tri pour assurer une meilleure prise en charge des patients à leur arrivée et durant leur séjour au service d'urgences. Le but du tri est un premier et bref contact à l'arrivée simultanée de plusieurs patients, permettant l'identification des patients requérant une intervention immédiate. Tous les patients doivent faire l'objet d'un tri avant l'inscription administrative, afin de déterminer rapidement le degré d'urgence. Cette mesure permet de donner en priorité les soins médicaux aux patients dont la condition est la plus urgente. Le temps alloué à chaque patient doit permettre d'évaluer toutes les personnes dans les 10 minutes après leur arrivée. Cette évaluation sommaire devrait prendre environ 5 minutes. Le tri s'effectue de manière continue. Ainsi, lorsque l'IAO s'absente, elle doit être remplacée par une autre infirmière. Le tri doit être rapide et non perturbé par d'autres tâches. Le document relatif au tri est rempli avec simplicité et de manière systématique. Pour prévenir l'agressivité, les infirmières qui assument la fonction d'IAO doivent être polyvalentes et ne pas être assignées à ce poste exclusivement.

Échelles de tri

Pour effectuer un tri, l'infirmière procède à une évaluation initiale du patient, dès son arrivée. C'est un outil de travail et de sécurité pour sélectionner les patients qui se présentent aux urgences, en fonction des priorités et des critères établis.⁽¹⁰⁾ L'échelle de tri établit une relation entre les besoins des patients en soins et les délais acceptables pour effectuer

les soins requis. L'objectif principal d'une échelle de tri est de définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. L'utilité, la validité et la pertinence sont trois concepts importants à respecter pour l'application d'une échelle de tri.

LES CATÉGORISATIONS

Les premières classifications et la notion de tri ont été développées par les militaires puis étendues aux situations de catastrophes, et ne concernent que la traumatologie. Deux catégories existent : les urgences absolues, dont la prise en charge et le traitement doivent être débutés immédiatement car le pronostic vital est engagé ; les urgences relatives où une évaluation et un traitement sont nécessaires, mais où le temps ne constitue pas un facteur critique immédiat. Actuellement, selon la littérature, les niveaux de priorité peuvent être définis en 3, 4 ou 5 catégories identifiées, soit par des chiffres, soit par un libellé (immédiat, très urgent, urgent, non urgent). Le degré de priorité à donner aux soins d'un patient doit être déterminé selon une classification pré-établie, et acceptée conjointement par les infirmières et les médecins. Il importe que le modèle de classification retenu permette de répondre de manière efficace aux besoins des patients. Dans les établissements où existe un système de tri structuré, les modèles de classification de priorité ont été définis par un consensus.⁽¹¹⁾ Il est essentiel que la catégorisation soit adaptée à la réalité de l'hôpital, car elle doit tenir compte des besoins de la clientèle, ainsi que des autres composantes qui influent sur le suivi du patient.

LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CLASSIFICATION

L'échelle de triage australienne : Australian Triage Scale (ATS)

Les services d'urgences australiens ont été les premiers à formaliser le tri. À Ipswich, dans le Queensland, Fitzgerald a développé et testé un score à 5 niveaux basé sur le temps optimal d'intervention médicale. À partir de ce travail déterminant, l'échelle de tri a été modifiée, puis définie, par le Collège de Médecine d'Urgence Australien, comme politique formalisée.⁽¹²⁾ L'implantation s'est faite très rapidement dans les services d'urgence d'Australie et de Nouvelle-Zélande.

Le premier modèle de classification formalisé comporte 5 catégories, dont la catégorie 1 est la plus sévère. Des délais d'intervention sont définis pour chaque catégorie. Ainsi, par exemple, la première correspond à une intervention immédiate de l'équipe médicale, car le pronostic vital est engagé. L'ATS comporte une description de chaque catégorie et une liste de situations cliniques correspondantes, basée sur une recherche, validée par un consensus d'experts. En revanche, cette liste n'est pas exhaustive et doit être utilisée de façon indicative. Si le patient présente plusieurs symptômes, c'est le plus important qui détermine la catégorie de l'ATS. Lorsqu'un haut risque de détérioration est détecté, la réponse initiale est proportionnelle au degré d'urgence. L'échelle de tri est basée sur les signes et symptômes évalués par l'infirmière. Tous les éléments essentiels observés sont consignés sur un document standard comprenant différentes rubriques : la date et le temps pour l'évaluation initiale ; le nom de l'infirmière du tri ; la plainte principale et les éléments relevant de l'histoire du patient, ainsi que les observations de l'infirmière ; la détermination de la catégorisation des patients en fonction des signes et symptômes présentés ; l'indication de l'orientation du patient vers le secteur de soins approprié ; les soins infirmiers initiés à l'accueil. Le code ATS alloué doit être enregistré systématiquement.

44

L'échelle de triage et de gravité canadienne (ETG)

Cette échelle a été élaborée sur les bases des priorités à 5 niveaux du modèle australien. ⁽⁴⁾ Ce modèle comprend 5 catégories (immédiat, très urgent, urgent, moins urgent et non urgent). Ce modèle de classification repose sur la présentation usuelle des situations cliniques, sur le niveau de réponse attendue et sur un taux prévisible d'admissions pour chacune des priorités. Il offre l'avantage d'introduire la notion d'un objectif à atteindre, exprimé en pourcentage des patients devant être pris en charge dans un délai établi selon la priorité (*tableau 1*). ⁽¹⁾ L'échelle de tri est basée sur les signes et symptômes, tels qu'évalués par l'infirmière, et le contrôle de qualité basé sur une approche par diagnostics-cibles pour chaque catégorie. Ces points sont importants, car la priorisation des cas doit se faire de manière identique dans les services d'urgence. Ces paramètres permettent de vérifier l'application uniforme d'un centre à l'autre ⁽⁴⁾, dans la perspective de développer une approche de tri moderne et standardisée.

Tableau 1. Modèle de classification avec les niveaux de priorité et les temps de réponse proposés. ⁽¹⁾

| NIVEAUX | DÉLAI AVANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE | POURCENTAGE DE LA RÉPONSE ATTENDUE | TAUX PRÉVISIBLE D'ADMISSIONS |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|
| Priorité I : réanimation | immédiat | 98 % | 70 % - 90 % |
| Priorité II : très urgent | 15 minutes | 95 % | 40 % - 70 % |
| Priorité III : urgent | 30 minutes | 90 % | 20 % - 40 % |
| Priorité IV : moins urgent | 60 minutes | 85 % | 10 % - 20 % |
| Priorité V : non urgent | 120 minutes | 80 % | 0 % - 10 % |

L'évaluation initiale comprend la raison de la consultation, l'évaluation subjective portant sur les principaux symptômes et l'évaluation objective comprenant l'appréciation de l'état général, le degré de détresse (évaluation de la douleur), l'état émotionnel et la mesure des paramètres vitaux. D'autres paramètres tels que la saturométrie, l'échelle AVPU, le débit expiratoire de pointe peuvent servir d'indice de gravité.

45

L'échelle de tri de Genève

Le modèle de classification a été créé à partir de références canadiennes et d'un relevé sur 4 semaines de situations rencontrées à l'accueil des urgences du service. Ce modèle comprend 4 catégories exprimées en degrés d'urgence (1 : aigu, 2 : urgent, 3 : semi-urgent, 4 : non urgent). La classification de l'échelle de tri associe les motifs d'admission numérotés, avec en regard de chacun une fourchette de degrés possibles. ⁽¹³⁾ Ce système de tri structuré a été mis en place en 1997.

C'est une évaluation initiale qui repose sur un recueil de données. Pour ce faire, l'IAO procède à une évaluation systématique, relativement brève mais visant à recueillir suffisamment de données, pour établir le degré de gravité de chaque patient et pour déterminer la priorité de soins en fonction du problème de santé. Après avoir évalué le degré d'urgence du patient, elle l'orientera vers une équipe pluridisciplinaire qui poursuivra les soins.

L'IAO consigne tous les éléments observés, le degré d'urgence et l'orientation sur une feuille de tri. Le motif d'admission et le degré d'urgence de chaque patient sont enregistrés sur informatique.

Le Classement Infirmière des Malades d'Urgence (CIMU)

C'est une classification française qui comporte 5 niveaux de priorité, dont le 5^e est le plus grave. Elle est basée sur un recueil de signes, de symptômes ou circonstances. À chaque item correspondent 2 bornes de priorité.⁽⁵⁾ Le niveau de priorité est défini en fonction d'un degré de stabilité clinique et de besoins de soins. Ce score repose sur des observations cliniques, en tenant compte de facteurs généraux tels que les antécédents et pathologies sous-jacentes, l'âge du patient, l'expression du symptôme ou de la douleur.⁽¹⁴⁾

En conclusion

Même si actuellement il n'y a pas de consensus, les 3 premiers modèles présentent beaucoup de similitudes. Il existe une catégorisation, une classification, des délais d'intervention définis pour chaque niveau de priorité, ainsi qu'une réévaluation périodique des patients en attente. En revanche, le quatrième modèle (CIMU) permet de fixer des niveaux de priorité, mais il est codifié dans le sens opposé des 3 premiers modèles. De plus, aucun délai de prise en charge médicale n'est défini et les délais de réévaluation ne pas prévus.

46

SUPPORTS POUR LE TRI

Document relatif au tri

Il est essentiel que l'IAO dispose d'un document de tri comportant différentes rubriques utiles pour relever tous les points essentiels retenus lors de l'anamnèse effectuée par l'IAO. Le document de tri dûment rempli est utilisé comme support de transmission des informations recueillies à l'accueil, pour le secteur de soins où une évaluation plus approfondie doit être complétée par une infirmière. Ce document fait partie intégrante du dossier médical. Il justifie l'intervention menée par l'IAO auprès des patients. L'utilisation d'une feuille de tri permet la traçabilité et la transmission écrite d'une démarche infirmière aboutissant à l'identification d'un motif d'admission, à la détermination d'un degré d'urgence et à la décision d'orientation du patient vers le secteur de soins approprié.⁽¹³⁾ Certains services d'urgences sont équipés d'un système informatisé pour le tri.

Tableau général d'activité

Selon l'organisation du SAU, l'IAO a un rôle d'accueil, mais elle intervient aussi dans la gestion du flux des patients. Elle est la seule personne habilitée à attribuer les salles d'exams pour les patients. Elle connaît à tout moment les différentes situations, le devenir des patients et la charge de travail de tous les secteurs du service d'urgences. Elle installe les patients en salle d'attente en l'absence de place disponible. Elle fait régulièrement le point avec le médecin responsable devant un tableau général d'activité du service. Celui-ci comporte l'identification des patients présents, en attente, annoncés. L'IAO fait une évaluation du délai d'attente écoulé, ainsi que du temps de soins déjà imparti dans les box. Cela permet de faire une analyse globale de la situation du service et de prendre des décisions quant aux mouvements possibles des patients, afin d'anticiper et libérer des box de consultation.⁽¹³⁾

Conclusion

Le processus de tri est considéré comme une évolution importante dans le domaine des soins infirmiers. La fonction d'IAO constitue un rôle clé, à la fois d'accueil, de décision et d'orientation. L'infirmière doit avoir un bon jugement clinique et doit être capable de prendre rapidement des décisions adaptées, au bénéfice des patients qui se présentent aux urgences. Elle doit disposer d'outils performants qui assurent la sécurité et la fiabilité. Ainsi, elle est en mesure de s'adapter à des situations changeantes et de prendre des décisions lui permettant d'assurer la gestion du service. ■

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Énoncé de position : Triage à l'urgence, un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence. Montréal, janvier 2000 ; 1-5.
- (2) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Recommandations pour une implantation réussie : Échelle de triage et de gravité, Montréal, 2001 ; 1-3.
- (3) Jelinek GA. Towards an International Triage Scale. *European Journal of Emergency Medicine*, 2001 ; 8 : 1-2.
- (4) Association canadienne des médecins d'urgence. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : guide d'implantation. *Journal de l'association canadienne des médecins d'urgence* octobre 1999 ; 1 (3) : 1-28.
- (5) Ancelin P. Modalités pratiques et difficultés de mise en place du triage aux urgences. IX^e Journées Annuelles du CAMU, session sur le tri à l'accueil, Bordeaux, février 2001.
- (6) Circulaire n° DH16/DSG/1+91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
- (7) Emergency Nurses Associations, Triage : Meeting the challenge. ENA 1992 ; 22.
- (8) Divorne L, Simon J. Quelle formation à l'accueil pour les infirmières d'urgence? *Hôpital Cantonal Universitaire*, Genève, décembre 1997 ; 2-4.
- (9) Chagnon-Lamarche M, Ulrich M. Soins d'urgence. *Perspective infirmière*. Éditions du Renouveau pédagogique, Montréal, 1994 ; 4.
- (10) Corporation professionnelle des médecins du Québec. Triage à l'urgence : position de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Montréal : la Corporation, août 1993 ; 1-4.
- (11) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne : un triage efficace et une prise en charge globale : prise de position. Montréal : 1995 ; 1-16.
- (12) Australian College for Emergency Medicine. Policy Document. *National Triage Scale*. *European Journal of Emergency Medicine* ; 6 : 145-146.
- (13) Simon J, Féry S. Organisation de l'accueil au service des urgences. *Hôpital Cantonal Universitaire*, Genève, 2001 ; 1-10.
- (14) Swinnen R, Collet V, Mullender D et al. La gestion du flux du service d'accueil des Urgences par un tri à la priorité et par une professionnalisation d'accueil grâce au poste d'infirmier d'accueil et d'orientation. *Urgences et Accueil* ; 2002 ; 2 (10) : 28-31.