



## Chapitre 102

# Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel

C. MAILLARD-ACKER

### Point essentiels

- Un référentiel SFMU pour faire apparaître des solutions à un problème posé : encadrer le poste IOA.
- Les services d'urgences sont à moyens dépassés pratiquement 24 h/24.
- Une des vocations de ces services reste la prise en charge rapide du patient médicalement urgent ou instable.
- Détecter le patient urgent doit se faire dès les premiers instants de son arrivée dans les urgences, pour garantir la sécurité de sa prise en charge.
- Les compétences nécessaires pour cette mission entrent toutes dans le cadre du rôle propre de l'infirmière.
- L'évaluation du patient se fonde sur l'examen clinique infirmier.
- Des grilles de tri proposent une classification et doivent favoriser rapidité, fiabilité et reproductibilité mais elles ne se substituent pas à l'examen clinique d'accueil, elles le complètent.

### 1. Introduction

En 2004 la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) édite le référentiel de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) (1). Il a été écrit par les membres de la commission de soin de la SFMU et des experts en soins et n'a pas évolué depuis.

*Correspondance* : Claire Maillard-Acker, urgences, hôpital Hôtel Dieu, 1, place du parvis Notre Dame 75004 Paris. Tél. : 01 42 34 82 32 - DECT 41145. Fax : 01 42 34 81 33.  
E-mail : c.maillard-acker@orange.fr

En 2011 la Sous Commission au Référentiel (SCREF) entreprend un travail de relecture et de veille qui doit mettre en évidence les évolutions, les modifications apparues sur le sujet et aboutir à une mise à jour.

Méthode utilisée pour la mise à jour.

La méthodologie de la SCREF est celle de la recherche : les questions sur le tri sont posées (5 maximum), de ces questions sortent des mots clefs. Ils sont utilisés pour faire une recherche bibliographique. Celle ci est répartie entre les membres de la commission pour lecture, à l'aide une grille identique pour chacun d'eux. Chaque article est lu par 2 personnes. De ces lectures sont issues des fiches validant l'intérêt, la qualité de l'article, dégagant les idées principales. S'en suivra un travail de rédaction de mises à jour.

Un référentiel qu'est-ce que c'est ? Pour le dictionnaire Larousse : « un ensemble auquel doivent appartenir les éléments, les solutions d'un problème posé ». Pour Qualité online c'est une « disposition de référence, servant pour la construction et la vérification d'un système. Ce sont des modèles d'exigences ». Un référentiel n'est donc pas un outil comme peut l'être une grille de tri, mais un document comprenant réponses et modèles.

Le référentiel IOA propose le cadre nécessaire au bon fonctionnement du poste de l'infirmière organisatrice de l'accueil. Cela va des objectifs du tri à l'architecture du poste d'accueil en passant par la formation nécessaire.

## 1.1. Historique et réglementation

L'Histoire nous rappelle, que réflexion et organisation du tri sont apparues sur les champs de batailles au XIX<sup>e</sup> siècle au cours des guerres Napoléoniennes. Il s'agissait de savoir qui traiter dans la multitude des blessés et où (sur place, hôpital de campagne ?). Les moyens étaient dépassés, il fallait donc classer rapidement les priorités, pour savoir qui soigner. Un saut dans le temps nous amène à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. La question est la même, les usagers sont de plus en plus nombreux à avoir recours aux services d'urgences (2). Les services étant de plus en plus débordés, il devient impératif d'organiser l'accueil et le tri des patients afin de garantir la sécurité de leur prise en charge. La question principale est : comment sécuriser la prise en charge des patients, et en particulier des plus graves, dans une structure dépassée ? L'idée du tri précoce s'impose rapidement. Partout les professionnels des urgences s'interrogent sur qui est le plus apte à évaluer et trier, et sur les outils de classification des patients.

Sans doute dès l'origine, une infirmière, accueillait et évaluait les priorités parmi les patients se présentant dans un service d'urgence, comme le montre le rapport Steg en 1989. C'est lui qui évoque pour la première fois l'infirmière d'accueil, ce rôle restera longtemps informel avant d'être reconnu et identifié (3).

Dans les années 1980, les premiers travaux concernant le poste d'infirmière d'accueil aux urgences sortent. Les premières grilles de tri apparaissent, elles se veulent outil d'aide à la décision des infirmières. Les pionniers, dans cette réflexion,

sont infirmières et médecins anglophones : australiens, canadiens, anglais (4, 5). Dans ces pays, les grilles sont validées par les sociétés savantes traitant des urgences et revêtent un caractère national. En Suisse, en France, en Belgique, cette même réflexion voit le jour, mais les initiatives et création de grilles restent locales.

En France, en 1991, à la suite du rapport Steg, une circulaire vient encadrer l'organisation, le fonctionnement de la prise en charge des urgences, c'est la circulaire du 14 mai 1991 (6). Une partie de ce texte est consacrée à l'infirmière d'accueil. À ce jour c'est le seul qui décrit ses missions (6) :

*« Elle se tient dans la zone d'accueil et d'orientation. Tous les malades arrivants sont dirigés vers elle au point d'accueil. Ceux qui, amenés par le SMUR et annoncés, sont conduits directement vers le médecin, doivent être à l'entrée signalés à l'infirmière d'accueil. Elle 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 les 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 fait rechercher, s'il y a lieu, leur dossier médical. Elle coordonne les relations avec les accompagnants et avec la famille qu'elle avertit ou fait avertir en application du décret du 14 janvier 1974. Elle assure la surveillance régulière de la salle d'attente. Elle assure et, selon les cas, coordonne l'information des patients eux-mêmes entre les diverses phases de la prise en charge. Elle est tenue informée des décisions médicales concernant les malades. »*

Il y est dit ; que l'infirmière se situe dans la zone d'accueil.

Elle voit tous les patients.

Les guide et oriente dans le service.

Elle coordonne les relations avec la famille.

Elle informe le patient.

Elle surveille la salle d'attente.

C'est le seul texte réglementaire qui définit le poste d'infirmière d'accueil.

Un autre le complète en mai 2006, c'est le décret 2006 -577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence (7) :

*« Art. D. 6124-18. Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient.*

*« Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier. »*

Par cet article, la réglementation rappelle que la présence de l'IOA est fonction de la fréquentation des urgences. Elle est nécessaire quand l'affluence est dense, mais devient inutile dès que le flux diminue, par exemple un certain nombre de services n'auront pas besoin d'IOA la nuit. À l'inverse, en cas de grande affluence, le nombre d'IOA doit être revu à la hausse.

## 1.2. Compétences infirmières

L'infirmière d'accueil s'est d'abord appelée Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) comme il est apparu dans la circulaire de 1991 (6). En 2003, la SFMU rédige une charte des urgences, à la demande des médecins elle renomme celle-ci : Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Cette nouvelle appellation insiste sur le fait que, si l'infirmière peut orienter à l'intérieur du service, elle n'a pas les compétences pour réorienter un patient hors des urgences, seul un médecin y est habilité, après évaluation de ce dernier.

À ce jour, les 2 acronymes perdurent et si l'on se réfère au dernier texte légal, le décret 2006-577, il parle d'Infirmière d'Accueil et Organisatrice de la prise en charge de patients (IAO), là aussi la notion d'orientation a disparu pour faire place à celle d'organisation (7).

Avant de pouvoir définir les compétences requises pour l'accueil et l'organisation, rappelons ce qui est attendu. Ces missions sont : accueillir patient et accompagner, définir les degrés de priorité de prise en charge médicale, et choisir le lieu de soins adapté. C'est ce processus complet que l'on appelle le tri.

Qui peut effectuer ce tri ? Rapidement les infirmières sont identifiées comme des professionnelles aptes à remplir cette mission (18).

Les compétences requises sont relationnelles, cliniques et organisationnelles. Elles relèvent toutes des actes du rôle propre du décret d'actes professionnels si l'on fait référence à la réglementation française (8).

Les compétences relationnelles sont déclinées à l'article R 4311-5 :

« 40 Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire

41 Aide et soutien psychologique

42 Observation et surveillance des troubles du comportement. »

Les compétences organisationnelles paraissent à l'article R.4311-3 : « ... il identifie les besoins de la personne, formule des objectifs de soins met en œuvre des actions appropriées et les évalue... »

Pour ce qui est des compétences cliniques on les retrouve, toujours dans le cadre du rôle propre :

Art R4311-5 « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : ...

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie. »...

Cette compétence clinique est déclinée, comme suit, dans le nouveau référentiel des études d'infirmière (9) :

« Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique.

Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient.

Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à la sante de la personne et à leur évolution.

Conduire un entretien de recueil de données.

Repérer les ressources et les potentialités d'une personne notamment dans la prise en charge de sa santé.

Analyser une situation de santé et de soins et de poser des hypothèses interprétatives.

Élaborer un diagnostic de la situation clinique et/ou un diagnostic infirmier... et identifier les interventions infirmières nécessaires.

Évaluer les risques dans une situation d'urgences, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires. »

Toute la réflexion et les étapes de travail de l'infirmière d'accueil aux urgences se trouvent dans cette compétence. C'est celle que l'IOA met en action pour poser un diagnostic de priorité et organiser la prise en charge du patient.

## 2. Missions de l'IOA

La mission générale de l'IOA définie dans le référentiel de la SFMU est d' :

« 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. »

Ces missions générales se déclinent en missions permanentes :

Toutes sont relatives au rôle propre défini dans le décret d'actes professionnels pour ce qui est de la France (8).

La première est d'accueillir évaluer, procéder au tri. Elle s'adresse au patient et pour ce qui est de l'accueil proprement dit, aussi à son entourage.

## 2.1. Accueillir

L'accueil permet à l'IOA de faire le recueil de données nécessaires à l'évaluation du patient, et aussi de le rassurer ainsi que son entourage.

Dans sa partie technique l'accueil consiste à faire une évaluation clinique du patient mais n'oublions pas qu'il s'agit aussi d'un soin relationnel.

L'infirmière effectue un entretien clinique (10). Elle établit une communication adaptée au patient qui passe autant par la communication verbale que non verbale. Elle se présente, présente sa fonction, l'intérêt de l'évaluation d'accueil, les variations d'ordre de passage, ce sont des informations indispensables au patient et à son entourage, qui leur permettent d'accepter l'attente et de diminuer leur anxiété (12). Les gestes et l'interrogatoire pratiqués avec professionnalisme sont les premiers soins qui vont rassurer le patient et donner sa légitimité à l'infirmière d'accueil.

Choisir de venir aux urgences n'est jamais anodin, en dehors de certains aspects matériels (pas d'avance d'argent, médecin traitant pas libre...), le patient vient parce qu'il vit une crise. Ce choix est souvent mu par une inquiétude, voire une angoisse. C'est cette émotion qui sera à prendre en charge précocement. Le patient ressent presque toujours sa situation comme urgente, ne pouvant pas attendre, alors que le soignant s'intéresse d'abord à l'urgence médicale. Il faut savoir faire exprimer au patient son sentiment de danger imminent et l'aider à le relativiser, mettre des mots sur les points de vue différents (urgence/urgence médicale). L'accueil est un soin, il permet d'établir les bases d'une relation de confiance et de diminuer l'anxiété. Il nécessite, neutralité, bienveillance et professionnalisme.

## 2.2. Évaluer

L'évaluation s'appuie sur l'examen clinique infirmier (10).

Une partie repose sur un entretien structuré, commence par des questions ouvertes, puis devient semi-directif dès lors que l'infirmière cerne le problème, elle recherche les éléments utiles à l'analyse de la situation. Celle-ci est évoquée en 3 phases : la situation elle-même : motifs ? Le comportement mis en place par le patient : soins préalables ? Choix des urgences ? Et enfin les émotions du patient.

L'entretien doit nous permettre de connaître les antécédents et traitement du patient, en particulier ceux qui pourraient avoir des répercussions sur l'évolution des symptômes, exemple : plaies et anticoagulant ou encore crise d'asthme peu

sévère avec antécédent d'hospitalisation en réanimation. L'IOA mène un interrogatoire pour cerner le motif de la consultation, en faire l'anamnèse, chercher les antécédents, les traitements, l'histoire de santé du patient.

Deuxième partie de l'évaluation : l'examen physique.

En même temps que l'entretien clinique, l'IOA effectue un examen physique, elle fait une évaluation clinique. Il s'appuie sur l'observation et la prise de paramètres vitaux. S'il ya lieu, des premiers gestes seront effectués : installation du patient, nettoyage de plaie... Ces gestes poursuivent des objectifs divers : évaluation (voir une plaie), confort (installation du patient), sécurité (mettre des barrières).

Tout ce que nous observons est utile pour le tri : position du patient, couleur ou aspect de la peau, comportement... De façon générale les critères de gravité doivent être recherchés systématiquement pour tous les motifs de recours. Les éléments sont recherchés en corrélation avec ce que le patient exprime. Ex : S'il dit être gêné pour respirer observe-t-on une cyanose ? Un tirage ? Une difficulté à la parole ?

Les constantes sont choisies, là aussi, en fonction des motifs de recours aux soins. Il existe deux attitudes, l'une prône la mesure systématique du pouls, de la pression artérielle, de la température, de la douleur, du poids pour les enfants, en y ajoutant les plus pertinentes en fonction du tableau clinique : fréquence respiratoire sur les dyspnées, glycémie capillaire pour les diabétiques, les malaises... ces paramètres vitaux nous donnent une indication sur l'état général du patient.

L'autre école laisse l'IOA se déterminer en fonction des situations.

L'essentiel de cet examen clinique sera de rechercher les éléments utiles et pertinents pour que l'évaluation de chaque cas soit optimale et permettre une classification sécurisée (11).

### 2.3. Décider du lieu de soins adapté

L'infirmière après évaluation et classification choisit le lieu d'attente ou de soins du patient. Les patients stables sont renvoyés en salle d'attente, assis ou couchés. Les patients niveau 1 sont immédiatement installés à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Les patients niveau 2 seront rapidement installés en box d'examen ou en SAUV, en fonction des ressources techniques présumées nécessaires.

Une orientation hors des urgences ne peut se faire qu'après consultation médicale.

### 2.4. Informer, aider, rassurer

Les patients, comme leur entourage, arrivent aux urgences en milieu inconnu, ce qui va majorer leur inquiétude. Ils n'en connaissent ni les règles, ni le fonctionnement. Un grand nombre d'informations leur sont nécessaires (12, 13). Indiquer que l'on ne passe pas par ordre d'arrivée est essentiel. La grande majorité des patients souhaitent connaître leur temps d'attente, leur donner des indications qui leur permettent de gérer leur temps et d'en avoir la maîtrise est indispensable. Si

c'est possible, donner une valeur temps calme les esprits, donner de préférence une fourchette haute pour éviter de générer de nouvelles frustrations. De même, la durée d'un examen ou du retour de résultat d'une prise de sang n'est pas connue par la plupart d'entre eux. L'attente est aussi difficile pour le patient que pour son entourage, qu'il faut informer régulièrement des avancées de la prise en charge. Une attention particulière sera portée aux parents accompagnants un enfant, ils sont souvent très angoissés et les informations qui leur seront données, la compréhension qu'ils auront de la situation, participeront au retour au calme. Ce que le patient attend le plus, ce sont les informations sur l'attente et la communication durant celle-ci (14, 15). Nul n'ignore qu'un mauvais accueil ou ressenti comme tel, rendra le patient plus demandeur, voire agressif. Il sera plus consommateur en temps et en énergie puisque sollicitant régulièrement les soignants. Gérer ce qui devient de l'agressivité sera toujours plus difficile que de la prévenir. À l'extrême, une attente mal accompagnée peut déboucher sur le départ du patient avant les soins, à l'inverse l'information sur l'attente diminue le nombre de fugue (16).

Informé est une part du soin relationnel auprès du patient. Cela lui permet de comprendre et d'accepter le soin et pour commencer à accepter l'attente s'il y a lieu. Cela permet aussi, de poser les bases d'une relation de confiance toujours nécessaire dans le soin.

## 2.5. Installer

Le patient est installé dans le lieu adapté et surtout dans la position adéquate. Cette installation peut répondre à :

- des besoins vitaux : position demi-assise chez le patient orthopnéique ;
- des besoins de sécurité : mettre des barrières pour un patient allongé somnolent ;
- des besoins de soins : nettoyage d'une plaie ;
- des besoins de confort : attelle antalgique.

S'il nécessite une surveillance, il est installé à proximité de l'IOA ou des box d'examen, selon la configuration du service.

## 2.6. Surveiller

L'infirmière d'accueil doit surveiller la salle d'attente (6). Elle connaît tous les patients qui y sont puisqu'elle les a classés. L'état du patient est évolutif, il peut en cas d'attente prolongée s'aggraver. L'IOA devra réévaluer certains patients, au moins s'enquérir auprès d'eux de l'apparition ou disparition de symptômes. Cette surveillance, est au minimum visuelle, un œil clinique à la recherche de nouveaux signes.

## 2.7. Communiquer, coordonner

Elle coordonne l'utilisation des box d'examen ou de la SAUV, s'assure en permanence de la disponibilité des locaux, afin d'installer de nouveaux patients.



L'IOA communique avec l'ensemble de ses collègues, aides soignants, infirmières, assistante sociale, médecin. L'interlocuteur varie en fonction des étapes de prise en charge et des besoins du patient. Elle informe le médecin et ses collègues infirmières, de toute installation en SAUV. Dans certains services cette décision se prend avec le médecin.

Elle communique aussi avec ceux qui déposent le patient : pompiers, ambulanciers. Les informations recueillies à cette étape sont fondamentales. Elles ne concernent pas uniquement l'état de santé du patient mais aussi ses conditions de vie ou toutes informations utiles à la prise en charge (comme par exemple pour une personne isolée état de la maison ? qui a la clef ?..). Toutes les informations recueillies sont notées dans le dossier du patient.

## 2.8. Enseigner

L'IOA, comme toutes infirmières, participe à l'enseignement des étudiants et de ses pairs.

La formation à l'accueil se fait par un enseignement théorique mais aussi par compagnonnage. Les nouvelles infirmières d'accueil dans un premier temps observent leurs consœurs puis exercent sous le contrôle de celles-ci. L'IOA s'assure du positionnement professionnel, de la justesse du raisonnement et de l'analyse clinique avant de valider les nouvelles recrues à ce poste. La SFMU préconise une présence de 2 ans en service d'urgences avant de faire du tri.

## 3. Organisation du tri

Le tri mis en place dans les structures d'urgences vise à reconnaître ceux dont l'état nécessite une prise en charge médicale rapide, il classifie, il organise le parcours de soins des consultants selon leur niveau de priorité. Il permet d'orienter les patients vers la zone de soins la plus adaptée à leurs situations.

Pour être efficace, le tri repose sur quelques principes. Les patients sont vus le plus rapidement possible après l'entrée aux urgences. Ils doivent être évalué dans les 10 minutes qui suivent leur arrivée (5). Il s'agit de repérer les patients graves et instables, mais aussi ceux qui peuvent attendre.

Les patients sont vus, par l'IOA, dans l'ordre d'arrivée. Le mode d'arrivée (couché/debout) ne doit pas intervenir dans l'ordre de passage à l'accueil, sauf bien sûr, pour les patients dont la clinique est d'emblée alarmante. C'est après l'évaluation de l'IOA que celui-ci change.

Cet objectif, voir tous les patients précocement, impose un rythme à l'IOA, une évaluation doit se dérouler en 5 minutes environ (5). Pour y parvenir, l'infirmière se consacre uniquement au tri, elle ne doit pas se voir confier d'autres tâches comme répondre au téléphone, effectuer l'enregistrement administratif ou procéder à des examens trop longs.

Le tri est un processus permanent, si l'IOA doit s'absenter, elle est immédiatement remplacée.

En cas d'afflux massif de personnes, comme on peut le voir à certaines heures, il faut se poser la question du renforcement du tri, adjoindre un aide soignant ? Poster une deuxième IOA le temps nécessaire au tarissement du flux ? Ces réorganisations sont régulièrement mises en place, elles permettent une gestion efficace de ces afflux denses mais passagers.

### 3.1. Condition d'exercice

La politique poursuivie par le service quant à la place laissée au tri, à son organisation et à l'IOA est fondamentale. Les choix de celle-ci doivent être respectés de tous, niveau de tri, utilisation des box. Les patients doivent être installés, vus, en fonction de la classification qu'elle aura établie. À ce stade de la prise en charge, l'IOA est la seule à avoir vu le patient. Le respect du tri est le premier indicateur du bon fonctionnement de l'organisation.

L'architecture du service doit permettre d'effectuer l'accueil du patient en toute confidentialité (1, 7). Dans le box IOA on trouve le matériel nécessaire à la prise de constantes, aux premiers soins (attelle, nettoyage de plaie), il dispose d'un fauteuil et permet de faire entrer un brancard. Des protocoles, comme celui sur la prise en charge de la douleur sont à la disposition de l'IOA.

Le box d'accueil se trouve à proximité de la salle d'attente pour en faciliter la surveillance.

### 3.2. Formation de l'IOA

Comme nous l'avons vu plus haut, la formation de base de l'infirmière met celle-ci en capacité d'évaluer une situation clinique et d'établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Cependant, une bonne connaissance de la symptomatologie et de la clinique d'un très grand nombre de pathologies est nécessaire, l'expérience vient compléter les connaissances, c'est pourquoi la SFMU préconise 2 ans de présence en service d'urgences avant de prendre le poste d'IOA. La réalité nous oblige souvent à réduire cette durée, six mois est un seuil au-dessous duquel il n'est pas raisonnable de descendre.

Ce temps est aussi nécessaire pour connaître le service, son organisation, ainsi que l'hôpital, toutes choses qui paraissent loin du tri, mais qui interfèrent néanmoins régulièrement avec celui-ci.

### 3.3. Tri et classification

Les objectifs du tri sont clairement définis : 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.

Le tri peut être confié à un binôme médecin-infirmière. En général, l'infirmière reste sur la mission d'évaluation, tandis que le médecin accélère les flux en faisant

des prescriptions précoces (exemple ; radio) ou des consultations et sorties rapides des urgences.

Pour ce qui est de la capacité à organiser, définir les priorités, l’infirmière se montre rapidement efficace (17, 18). Dans la plupart des services, c’est une infirmière seule qui effectue le tri. Elle s’appuie sur ses compétences cliniques, mais elle peut aussi se référer à une grille de tri, pour ceux qui en disposent.

Le tri consiste à classifier les patients, en plusieurs niveaux. Il convient donc de décliner le nombre de niveaux et de les définir. Les échelles existantes sont pratiquement toutes en 5 niveaux. À l’origine, il existe des échelles en 3 niveaux, mais celles-ci se sont montrées peu efficaces (19, 20).

La SFMU propose, dans son référentiel de 2004, une définition de 4 niveaux de tri, cependant la majorité des grilles qui existent aujourd’hui présentent 5 niveaux, c’est donc une définition des 5 niveaux que nous donnons ici. C’est une proposition calquée sur la grille australienne. Précisons que, pour ce qui est de la définition des niveaux, la plupart des grilles se ressemblent.

### 3.3.1. Définition des niveaux de tri et délai de prise en charge médicale

- **Niveau I: pronostic vital en jeu**

Situation qui menace la vie et qui demande une intervention médicale immédiate.

- **Niveau II : Détérioration imminente des fonctions vitales, ou douleur sévère**

L’état de santé du patient est assez grave ou se détériore si rapidement qu’il y a un risque potentiel à la survie, ou de défaillance organique, s’il n’est pas traité dans les dix minutes qui suivent l’arrivée.

Le délai de mise en place du traitement est en corrélation avec l’évolution de l’état clinique du patient.

Le délai de prise en charge doit être inférieur à 10 minutes.

- **Niveau III : défaillance latente ou situation urgente**

L’état de santé du patient risque de se dégrader et d’entraîner une défaillance organique ou d’un membre si la prise en charge dépasse 30 minutes.

- **Niveau IV : Problème sérieux sans risque de décompensation vitale**

Patient présentant un état aigu mais stable.

Délai de prise en charge 60 minutes.

- **Niveau V : motif de recours moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique**

L’évolution de l’état du patient n’est pas déterminée par le facteur temps.

Le délai de prise en charge peut attendre 2 heures.

D’autres grilles répartissent leur niveau en immédiat / 15mn / une heure / 2 heures/ sans délai.

Ces notions de temps de prise en charge ont moins de signification maintenant que des circuits courts (patient « léger » = prise en charge courte) sont mis en place un peu partout (19). Pour les deux derniers niveaux, on voit apparaître la notion de consultation simple, de médecine générale.

Les grilles de tri sont nombreuses, soit à dimension nationale, validées comme telles (australienne, canadienne), soit locales, et c'est la plupart des cas en France, Suisse ou Belgique. Ces dernières sont souvent inspirées des grilles décrites ci-après.

- **Australie** : L'ATS (Australian Triage Scale), échelle de tri à 5 niveaux est en place dans tous les services d'urgence d'Australie, elle remplace l'ancienne échelle : la NTS (National Triage Scale) (4).

L'objectif de l'ATS est de s'assurer que les patients soient vus en fonction de l'urgence de leur état et que le traitement soit initié dans des délais convenables, dans le cadre d'une orientation vers la zone de soins la plus adaptée. L'ATS fait une distinction entre l'urgence et la gravité d'un cas en précisant que le rôle de l'infirmière de tri est d'évaluer l'urgence de la situation et non sa gravité. L'ATS comporte une description de chaque catégorie et une liste de situations cliniques correspondantes.

Le temps de tri est compris entre 2 et 5 minutes, il est effectué par une infirmière spécialement formée et entraînée.

- **Canada** : ECTG (Échelle Canadienne de Triage et de Gravité) (5)

Échelle de tri à 5 niveaux, implantée dans tous les services d'urgence du Canada depuis le début des années 90. Ce tri est effectué par une infirmière formée à cette fonction.

Le but est de déterminer le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et son évaluation par le médecin. L'échelle de tri est basée sur les signes et symptômes, tels que évalués par l'infirmière, et le contrôle de qualité basé sur une approche par diagnostics-cibles pour chaque catégorie. Les éléments de l'évaluation par l'infirmière de tri sont : le motif de consultation, l'évaluation subjective des principaux symptômes et l'évaluation objective comprenant l'appréciation de l'état général, le degré de détresse, l'état émotionnel et les paramètres vitaux, auxquels on peut rajouter des informations (traitement, antécédent et allergies).

L'évaluation par l'infirmière de tri doit être faite dans les 10 minutes suivant l'arrivée du patient dans le service d'urgence. Le temps de tri ne doit pas excéder 5 minutes.

- **États-Unis** : ESI (Emergency Severity Index) (21, 22)

Système de tri à 5 niveaux mis en place aux États-Unis depuis la fin des années 90. Le processus de tri est basé sur un algorithme décisionnel. Les niveaux 1 et 2 sont à prendre en charge pour le premier dès l'arrivée aux urgences, pour le second dans les minutes qui suivent. Pour les tris 3, 4 et 5, l'infirmière de tri doit, lors de

l'évaluation initiale du patient, envisager les différents besoins en soins et en examens nécessaires à la prise en charge du patient. Cela demande de la part des infirmières une grande expérience afin qu'elles puissent prédire les différents types d'examens et de soins nécessaires à la prise en charge du patient.

- **France** : la Classification Infirmière de Médecine d'Urgence (CIMU) est la seule grille française qui ait fait l'objet d'une étude publiée. La version la plus récente date de 2007 (23, 24). Elle repose sur une description générale des tris croissants de 5 à 1. Sont introduites dans cette grille des notions de complexité et de sévérité. « *La complexité est évaluée par le taux de ressources consommées (actes infirmiers, médicaux, biologiques ou radiologiques) et la sévérité par le taux d'admission au sein de chaque tri. La CIMU propose un modulateur de tri symbolisé par une « \* ».* « *L'intérêt de ce modulateur est d'accélérer la prise en charge d'un patient, dont un symptôme intense ou paramètre vital anormal justifie une action thérapeutique spécifique, rapide et résolutive du problème. Par exemple, si l'infirmière d'accueil ajoute une étoile à un tri 4 ou 3 en raison d'une douleur intense, agitation menaçante, fièvre élevée ou hyperglycémie avec cétose, le patient doit être conduit en salle d'examen pour une prise en charge en moins de 20 minutes, tout comme un tri 2. Cela permet d'accélérer la prise en charge de certains malades sans en fausser la complexité/sévérité* »...

L'infirmière s'appuie sur l'examen clinique et une classification pour trier les patients. Les grilles sont des outils qui doivent lui permettre d'affiner celui-ci et répondre aux critères de fiabilité, reproductibilité et rapidité. L'évaluation clinique reste l'essentiel de la démarche de l'IOA.

## 4. Conclusion

Le référentiel SFMU propose un modèle, une définition, une organisation de l'IOA. Si les missions de l'IOA ont peu évolué ces dernières années, son environnement est en perpétuel changement nécessitant une adaptation constante.

Pour des raisons aussi bien organisationnelles, sociales, sociétales, les urgences reçoivent de plus en plus de patients et leurs capacités de soins sont régulièrement dépassées. Pour sécuriser la prise en charge des patients, et surtout des plus urgents, les services réfléchissent régulièrement à leur organisation. C'est pourquoi on voit apparaître des circuits différents dans les urgences. Si ces réflexions permettent une meilleure gestion des flux, seul un tri précoce permet de garantir l'accès au soin des patients les plus instables dans les meilleurs délais. Depuis plusieurs années, les infirmières répondent de façon sûre et efficace à cette mission. C'est un des rares postes où elles peuvent agir en toute autonomie, puisque les compétences requises relèvent toutes du rôle propre. Qui dit autonomie dit responsabilité, c'est l'enjeu de ce poste pour les infirmières. Le professionnalisme dont doivent faire preuve les IOA en est la meilleure garantie.

## Références

1. SFMU, référentiel infirmière organisatrice de l'accueil. SFMU 2004 : 48 p.
2. Cour des comptes : Rapport public annuel : les urgences médicales : constats et évolution récente fév. 2007 cour de comptes.
3. Conseil économique et social. L'urgence à l'hôpital, documentation française ; janvier 1989.
4. Australian college for emergency medicine; Guidelines on the implementation of the Australian triage scale in emergency departments ; 2000.
5. Association des médecins d'urgence du Québec. L'échelle canadienne de triage et gravité : triage à l'urgence : un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée aux urgences – collège des médecins du Québec et l'ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Guide d'implantation - 2000.
6. Circulaire N° 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 – décembre 1998 1 bis.
7. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.
8. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code : LIVRE III AUXILIAIRES MÉDICAUX TITRE I PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE. Chapitre I : Exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels.
9. Ministère de la santé et sport, profession infirmier, recueils des principaux textes, formations des professions de santé ; 2010, 199 p.
10. Cloutier L. La pratique infirmière de l'examen clinique. De Boeck 2010 : 389 p.
11. Boizat S. L'infirmière d'accueil aux urgences, guide de tri. Maloine 2011 : 427 p.
12. HAS information aux patients recommandations. 2000. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
13. HAS rencontre 2008 - dossier thérapeutiques, informations aux patients : enjeux, légitimité, exigences ; 2008. [www.hax-sante.fr](http://www.hax-sante.fr)
14. Goransson K.E., Von Rosen A. Patient experience of triage encounter in a Swedish emergency department. *Int Emerg Nurs* 2010 Jan; 18(1) : 36-40.
15. Cooke T., Watt D., Wertzler W., Quan H. Patient expectations of emergency department care: phase II - a cross-sectional survey . *CJEM* 2006 May ; 8 (") : 148-57.
16. Daniel A. Handel, MD, MPH ; the use of scripting at triage and its impact on elopements; *academic emergency medicine* 2010 ; 17 : 594-600.
17. Wuerz R., Fernandes C.M., Alarcon J. Inconsistency of emergency department triage. *Emergency Department Operations Research Working Group. Ann Emerg Med.* 1998 Oct ; 32(4) : 431-5.
18. Beveridge R., Ducharme J., Janes L., Beaulieu S., Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Interrater Agreement. *Ann Emerg Med* 1999 Aug ; 34(2) : 155-9.
19. MEHA. Réduire le temps de passage aux urgences tomes 2 et 3. ANAP ; avril 2008.
20. Toulson K., Laskowski-Jones L., McConnell L.A. *J Emerg Nurs* 2005 Jun ; 31(3) : 259-64.
21. Gurney D. Comparing triage decisions for the same patients with a five-level and a three-level triage scale: a quick exercise for nurses orienting to triage. *J Emerg Nurs* 2003 Apr ; 29(2) : 191-2.

22. Tanabe P., Gimbel R., Yarnold P.R., Adams J.G. The emergency severity Index (version 3) 5-level triage system score predict ED resource consumption J Emerg nurs 2004 feb ; 30(1) : 22-9.
23. Gilboy N., Tanabe P., Travers D.A., Rosenau A.M., Eitel D.R. Emergency Severity Index, Version 4 : Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
24. Taboulet P., Fontaine J.P., Afdjei A., Tran C., Le Gall J.R. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Influence sur la durée d'attente et la satisfaction des consultants aux urgences. Réa Urgences 1997 ; 4 : 433-442.
25. Taboulet P., Moreira V. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. European Journal of Emergency Medicine 2009 ; 16 : 61-6.