

# L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions

## Emergency nurse at admission in the emergency department

T. Desmettre · A.F. Baron · G. Capellier · K. Tazarourte

Reçu le 24 septembre 2013 ; accepté le 28 septembre 2013  
© SRLF et Springer-Verlag France 2013

**Résumé** L'augmentation des flux aux urgences rend indispensable le triage dès l'accueil par un personnel dédié : l'infirmier(e) organisat(eur)(rice) de l'accueil (IOA). Les compétences attendues d'une IOA comprennent des compétences relationnelles, cliniques et organisationnelles. Ses missions concernent l'accueil, le tri, la décision du lieu de soin adapté, l'information du patient et des accompagnants, la surveillance et la coordination du parcours du patient. Le triage nécessite des conditions d'accueil et d'examen adaptées ainsi qu'une excellente collaboration entre équipe médicale et paramédicale. Pour effectuer ces missions, l'IOA dispose d'une échelle de tri et d'outils d'évaluation et de mesure des paramètres vitaux. Le délai avant contact avec l'IOA, la durée du triage et le pourcentage de patients sous- ou sur-triés sont des indicateurs de qualité permettant l'évaluation de cette activité. L'IOA a ainsi un rôle fondamental dans l'organisation d'un service d'urgence, d'importance croissante compte tenu de l'augmentation des passages. L'exercice de cette mission nécessite préalablement une expérience clinique d'une année dans le service des urgences, la mise à disposition d'outils uniformisés et d'une échelle de tri validée, fiable et reproductible, tout comme de protocoles formalisés vis-à-vis de la douleur ou d'examen complémentaires au premier rang desquels l'électrocardiogramme. La formation à la gestion du flux et des situations de violence représente un enjeu important. Le référentiel de la Société française de médecine d'urgence de 2004 précise le rôle, la fonction et les compétences de ce poste. Des recommandations formalisées d'experts sont en cours de publication.

**Mots clés** Infirmière d'accueil et d'orientation · Flux · Triage

**Abstract** The increasing number of patients referred to the emergency department highlights the importance of emergency triage by a dedicated nurse in charge of the organization at arrival (IOA). IOA's expected expertise includes public relation, clinical, and organizational skills. IOA's tasks consist in the initial evaluation, the decision of choosing the appropriate place of care, information of the patient and his accompanying persons as well as monitoring patient's orientation. Triage requires appropriate working conditions and excellent collaboration between the medical and paramedical teams. A triage scale including evaluation and measurement of vital parameters is mandatory. The time required to contact the IOA, the delay to triage, and the percentage of under- and over-sorted patients represent indicators for quality. The IOA plays a major role in organizing the emergency department due to the regular increase in admissions. IOA's task requires a prior one-year clinical experience in the emergency department, the provision of standardized tools, validated triage scales, reliable and reproducible protocols like screw pain, as well as additional tests like electrocardiogram. Training in the management of patient flows and violent situations represent major challenges. The 2004 guidelines of the French Society of Emergency Medicine detail the role and required qualifications for the job of IOA. Recommendations by experts are expected to be published soon.

**Keywords** Emergency room · Nurse · Triage · Flow

---

T. Desmettre (✉) · A.F. Baron · G. Capellier  
Université de Franche-Comté,  
pôle urgences-SAMU-réanimation médicale,  
CHRU de Besançon, 1 boulevard Fleming,  
F-25030 Besançon cedex, France  
e-mail : tdesmettre@chu-besancon.fr

K. Tazarourte  
Pôle SAMU-urgences – réanimation,  
centre hospitalier Marc Jacquet, rue Freyteau de Pény,  
F-77000 Melun, France

## Introduction

La mission d'un service (ou structure) d'urgence (SU) est d'accueillir, d'évaluer et de prendre en charge toute situation aiguë à caractère médical ou chirurgical d'une personne qui s'y présente, spontanément ou adressée par un médecin, qu'elle s'y rende par ses propres moyens ou par

l'intermédiaire d'un vecteur sanitaire (ambulance) ou de secours (VSAV). Cette arrivée peut se faire directement, sans annonce préalable, ou après avis de la régulation médicale du SAMU, effectuée par les centres de réception et de régulation des appels du « 15 » (CRRA15). La régulation médicale du CRRA15, premier maillon de la chaîne de secours, a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse la plus adaptée à chaque situation. Lors du premier contact téléphonique avec l'appelant en cas d'appel au « 15 », les assistants de régulation médicale évaluent la gravité et l'urgence de l'appel par un interrogatoire bref mais précis, trient l'appel urgent réel de celui ressenti et transmettent l'appel au médecin régulateur. Le choix par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle, l'appréciation du contexte, l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles. Le CRRA15 oriente ensuite le patient vers la structure adéquate, prépare et annonce cette arrivée [1,2].

Les flux de patients admis en SU sont difficilement contrôlables et ne cessent de progresser, en moyenne de 4 % par an en France depuis 1996. Le recours croissant aux urgences est constaté également dans tous les pays développés et concerne régulièrement des patients dont la demande relève de la médecine ambulatoire [3]. Cette progression du flux entrant conduit à une saturation des SU, particulièrement en période hivernale, conduisant régulièrement à une suractivité (*overcrowding*) de ces structures [4]. Cette suractivité n'est pas sans conséquences : elle conduit à un allongement des durées de passage et des délais de prise en charge aux urgences.

Face à cette augmentation des flux et à l'impossibilité de prise en charge immédiate de tous les patients, il est indispensable qu'un triage soit organisé lors de l'accueil initial dans la structure d'urgence [5]. Ce triage a pour objectif principal de prioriser l'ordre de prise en charge des patients. Il est effectué à l'accueil par une infirmière dédiée : l'infirmier(ère) organisat(eur)(rice) de l'accueil (IOA). En raison de l'importance de cette fonction, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a émis, dès 2004, un référentiel professionnel spécifique [6] et un décret législatif en 2006, a précisé le rôle, la fonction et les compétences nécessaires de l'IOA [7]. Des recommandations formalisées d'experts concernant les modalités, les rôles et compétences d'un(e) infirmier(ère) au triage, sont en cours de publication par la SFMU. Cette mise au point a pour objet de préciser les enjeux inhérents à la fonction d'accueil et de tri, de préciser dans ce cadre les missions et rôles de l'IOA et d'envisager les évolutions futures.

## Les enjeux du triage

Le triage est connu depuis longtemps, il est issu du terme français « trier », et retrouvé dans la littérature internationale

depuis les années 1970. Le triage a initialement consisté à déterminer sur les champs de bataille de la fin du XIX<sup>e</sup> et début du XX<sup>e</sup> siècle, les blessés pouvant être soignés, contrairement à ceux devant être laissés sur place. Lors de la Seconde Guerre mondiale, le triage médical avait pour but d'identifier les blessés graves ; ses principes ont été déclinés ensuite dans les plans de secours des catastrophes civiles [8]. En France, le triage s'est développé avec la mise en place de filières d'amont de soins urgents via la régulation médicale du CRRA15 et les équipes SMUR. Ces filières concernent les patients les plus graves (syndrome coronarien, traumatologie vitale, accident vasculaire cérébral...). Malgré cela, certains patients échappent à cette filiarisation et se présentent directement aux urgences, sans avoir composé le « 15 ». Dans le monde, des centres d'appels effectuent la réponse aux appels d'urgence, le plus souvent sans régulation médicale préalable, et le triage à l'accueil des urgences s'est développé, avec mise en place d'outils d'aide au tri.

L'augmentation du recours aux urgences de la population est multifactorielle : accessibilité 24h/24 tous les jours de l'année à ce service sans avance de frais, difficultés d'hospitalisation directe depuis la ville par les médecins généralistes ou spécialistes de patients polyopathologiques, de plus en plus âgés, spécialisation et surspécialisation des services hospitaliers, ou encore effondrement de l'offre de soins en médecine générale aux horaires de la permanence des soins ambulatoire avec impossibilité d'accès à une consultation durant ces périodes. Ainsi, les SU représentent une part croissante des admissions hospitalières, jouant le rôle de porte d'entrée principale des hospitalisations [5]. De fait, les urgences sont devenues une préoccupation importante des politiques, médias, administrateurs et experts de l'organisation de la santé [9].

Pour faire face à ce phénomène, plusieurs pistes de travail et actions ont été envisagées, en amont du SU avec la création de maisons médicales de garde, et en aval avec la nécessité d'une montée rapide des patients afin de désengorger les SU. Au sein même des structures d'urgence, l'organisation de la gestion du flux est primordiale et repose sur plusieurs principes : le triage infirmier à l'accueil et la gradation de la prise en charge en aval du tri ; la mise en place d'une filière rapide de prise en charge ; l'adaptation des effectifs au flux ; l'adéquation de la démarche diagnostique au sein du SU, avec une demande raisonnée et maîtrisée des examens complémentaires – biologiques et radiologiques – et des avis spécialisés.

Ainsi, l'activité des SU ne faisant que croître, ces situations d'afflux de patients conduisent à une inadéquation des capacités d'accueil et de soins aux besoins, répondant à la définition d'une situation de catastrophe. Dans ces situations, le but du triage est de définir des priorités de prise en charge en fonction d'une évaluation initiale, afin d'insérer les patients, au mieux et dans les meilleurs délais, dans le secteur ou la filière de prise en charge adéquate. Le triage a

donc pour objet principal d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge, et donc de favoriser la mise en œuvre des démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes aux bonnes pratiques. Pour effectuer cette mission de triage, l'IOA doit disposer d'échelles de tri à plusieurs niveaux. La formation à l'utilisation de ces outils, la mise en place d'indicateurs de suivi mais également la mise en adéquation de l'effectif en personnel à l'importance du flux, et donc du triage, sont essentiels à la performance de cette activité. Une revue récente de la littérature concernant la gravité des patients admis en SU, a montré une grande variabilité des méthodes de catégorisation et des proportions de patients non urgents variant de 5 à 90 % [10].

## Aspects réglementaires et référentiels

### Rôles et fonctions de l'IOA

La notion d'IOA a été introduite par la circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale, à la suite du rapport STEG sur l'urgence à l'hôpital. Originellement basée sur l'orientation, la notion d'organisation a pris une place prépondérante que l'on retrouve dans le changement de l'acronyme IOA pour Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation en acronyme IOA pour Infirmier(ère) Organisat(eur)(rice) de l'Accueil.

Cette circulaire décrit les missions de l'IAO ; le texte précise que l'IOA se situe dans la zone d'accueil et d'orientation, voit tous les patients, guide et oriente dans le SU, coordonne les relations avec la famille, informe le patient, surveille la salle d'attente et informe les médecins [11]. Le décret 2006-577 concerne les conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, et précise que la présence de l'IOA est nécessaire mais doit être adaptée au flux entrant des patients. Le décret du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique précise les compétences attendues d'une infirmière, elles comprennent celles requises pour l'accueil et l'organisation : il s'agit des compétences relationnelles, cliniques et organisationnelles. Les compétences relationnelles, déclinées dans l'article R4311-3, correspondent à l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire, à l'aide et au soutien psychologique, à l'observation et la surveillance des troubles du comportement. Les compétences cliniques sont regroupées dans l'établissement du diagnostic infirmier : évaluation des besoins de santé et des attentes des personnes, recherche et sélection des informations utiles dans le respect des droits des patients, identification des symptômes liés à la pathologie, conduite d'entretien de recueil de données, analyse d'une situation de santé et de soins et formulation des hypothèses interprétatives, élaboration d'un diagnostic infirmier

et identification des interventions infirmières nécessaires, évaluation des risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et détermination des mesures prioritaires [12]. Les compétences organisationnelles (article R4311-3) concernent l'identification des besoins de la personne, la formulation des objectifs de soins, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de soins appropriées.

### Les missions de l'IOA

Le référentiel de la SFMU de 2004 précise ces missions : « *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 adaptés. 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 du flux* ».

Ces missions concernent cinq points principaux. Tout d'abord : accueillir, évaluer et procéder au tri des patients. Cela comprend un soin relationnel infirmier qui a pour but de faire comprendre et accepter le soin ; dans ce cadre, l'IOA aide le patient dans sa gestion du stress, l'informe, l'écoute, l'installe, veille à son confort et prend en charge la douleur. L'évaluation du degré d'urgence consiste à effectuer un tri à partir d'outils spécifiques et sur protocoles écrits et signés par le responsable médical du SU. Le deuxième point est la décision du lieu de soin adapté et l'installation. Cette action se fait en lien permanent avec le médecin référent ; l'installation du patient se fait en fonction de ses besoins (chaise, brancard...), de la nécessité de protection (froid), et afin d'assurer le meilleur confort (position antalgique). En fonction du niveau de gravité, l'IOA décide d'installer le patient à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), en salle d'examen ou en salle d'attente, couchés ou assis. L'orientation du patient en dehors du SU ne peut être envisagée qu'après avis médical. Le troisième point concerne l'information, l'aide, et le fait de rassurer le patient. L'information concerne le patient mais également ses accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du SU, le délai et les raisons de l'attente, permettant de poser les bases d'une relation de confiance. Le quatrième point concerne la surveillance : l'IOA a pour mission de surveiller les patients de la zone d'attente, ainsi que du box d'accueil. Enfin, elle a aussi pour mission de communiquer et coordonner le parcours du patient et donc sa bonne orientation.

### Quelle formation ?

Les compétences attendues d'une IOA diffèrent d'un pays à l'autre et peu de recommandations précisent les modes de

formation et les compétences cliniques attendues. Le plan de formation de l'IOA en vue d'acquies les compétences spécifiques à la fonction de tri a été défini dans le référentiel de la SFMU de 2004. Les axes de formation principaux sont les sciences humaines pour les aspects concernant la communication, la gestion du stress, l'accueil, les soins infirmiers en situation d'urgence, la gestion des situations de violence, la connaissance des textes administratifs, législatifs, les aspects médicosociaux. La formation et l'évaluation peuvent se faire grâce à des kits de scénarii papiers, sur simulateur ou via des sites internet [13-15]. La littérature n'apporte pas d'éléments précis permettant de recommander une durée minimum d'ancienneté en SU avant d'exercer la fonction d'IOA, un minimum de six mois et au mieux d'une année semble indispensable [15-17]. En France, il y a un consensus sur un prérequis d'une expérience clinique d'une année dans le SU.

## Organisation pratique

### Rôles et compétences d'une infirmière de tri

La réalisation du triage nécessite des conditions d'accueil et d'examen adaptées, et une excellente collaboration de l'équipe médicale et paramédicale. L'évaluation et l'initiation sur protocole d'une prise en charge de la douleur sont autorisées en France, tout comme la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), d'un examen biologique ou radiologique sur la base d'un protocole de service. Ces pratiques exposent cependant au risque de prescriptions inappropriées [18]. Le temps moyen nécessaire à l'accueil et au tri est de cinq à dix minutes par patient, ainsi six à huit patients/h peuvent être admis et pris en charge par une IOA.

### Organisation opérationnelle

Afin d'assurer ses missions, la fonction d'IOA doit être assurée 24h/24, tous les jours de l'année. L'IOA exerce cette mission de façon exclusive dès que le nombre de patients à trier par heure se situe entre cinq et huit. Au-delà de dix patients à trier par heure, un renfort est nécessaire, et au-delà de dix patients/h, le renfort doit être effectué par un personnel formé au triage. Dans le cadre de l'exercice de son rôle, le temps maximum de triage ne doit pas excéder dix minutes par patient. La douleur est évaluée systématiquement, l'IOA dispose d'une échelle d'évaluation de la douleur et d'un protocole de prise en charge formalisé, fonction de sa sévérité qui lui permet de soulager rapidement le patient. L'IOA dispose d'une échelle de tri et d'outils d'évaluation adaptés pour la mesure des paramètres vitaux : pression artérielle, fréquence cardiaque, température, SpO<sub>2</sub>, fréquence respiratoire ; elle peut également

recueillir les éléments suivants : poids, bandelette urinaire, saturation pulsée en CO (SpCO), mesure de la glycémie capillaire, débitmètre de pointe et concentration d'éthanol à l'éthylomètre. L'IOA peut organiser dans les dix minutes la réalisation d'un ECG en cas de douleur thoracique, et celui-ci doit pouvoir être analysé immédiatement par un médecin. La bonne organisation du poste de l'IOA nécessite qu'elle connaisse en temps réel le nombre de patients présents, leur niveau de priorisation, le temps écoulé depuis leur arrivée, leur localisation et la disponibilité des box d'examen. L'IOA peut aussi s'aider d'outils formalisés pour la gestion du triage.

### Les outils de triage

Plusieurs échelles de tri existent pour les urgences adultes, d'autres sont dédiées aux urgences pédiatriques. L'*Emergency Severity Index* (ESI) est une échelle américaine en cinq points, validée, qui a subi plusieurs modifications pour arriver à sa version actuelle [19-21]. Elle est présentée sur le Tableau 1. Un score de 1 correspond à une prise en charge immédiate, alors qu'à l'opposé, un patient avec un score de 5 ne nécessite pas de soins urgents. Cette échelle semble transposable dans d'autres pays, comme cela a été étudié dans une étude allemande [22]. La *Manchester Triage Scale* (MTS) a été élaborée en 1996, elle comprend également cinq niveaux (Tableau 2) et permet de déceler les patients sévères [23]. Cette échelle semble avoir une bonne sensibilité si elle est bien utilisée et sous la condition d'une formation du personnel avec un apprentissage suffisant [24,25]. Comparativement à l'échelle ESI, la reproductibilité avec la MTS

**Tableau 1** *Emergency Severity Index* (ESI)

Niveau	Type de patient	Prise en charge
ESI1	Instabilité importante	Nécessite d'une prise en charge médicale immédiate pour stabilisation
ESI2	Potentiellement instable	Prise en charge médicale < 10 min
ESI3	Stable	Prise en charge médicale < 30 min
ESI4	Stable	Peut ne pas être pris en charge rapidement par un médecin ; nécessite des examens complémentaires ; doit normalement sortir en externe
ESI5	Stable	Peut ne pas être pris en charge rapidement par un médecin ; ne nécessite pas d'examen complémentaires ; doit normalement sortir en externe

Niveau	Prise en charge	Délai recommandé
MTS 1	Immédiate	0 min
MTS 2	Très urgente	10 min
MTS 3	Urgente	60 min
MTS 4	Standard	120 min
MTS 5	Non urgente	240 min

semble meilleure, tout comme la concordance qui augmente avec le niveau d'expérience. La *Canadian emergency department Triage and Acuity Scale* (CTAS) date de 1998, prend en compte la rapidité de mise en œuvre des soins et la consommation de soins [26-28]. Cette échelle s'appuie sur le motif de consultation, assorti de modificateurs de premier et deuxième ordre. Ceux de premier ordre concernent les motifs de consultation les plus fréquents, les signes vitaux, l'intensité de la douleur et le mécanisme du traumatisme. Ceux de deuxième ordre permettent de stratifier le risque quand il n'existe pas de données à propos des modificateurs de premier ordre. Cette échelle nécessite une importante formation des IOA et un outil informatique. En France, la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) a été proposée ; elle utilise une échelle en cinq stades et permet de prédire la complexité et la sévérité (Tableau 3) [13]. Pour les échelles pédiatriques, l'échelle ESI (version 3) a été testée par des équipes rétrospectivement puis prospectivement, démontrant sa validité pour le triage des enfants de moins de 14 ans ; mais elle n'a pas été testée chez les nourrissons

[29] ; la version 4 ne serait pas fiable avec 11 % de patients sous-évalués et 16 % de surévalués [30].

## Évaluation

La compétence d'une IOA est le plus souvent appréciée avec des indices concernant le nombre de patients sous ou sur-triés, comparativement à une grille établie par des experts et la capacité à anticiper la consommation de ressources hospitalières. Cette compétence s'accroît en fonction de la qualité de l'échelle de tri utilisée, du temps de formation initiale, mais n'est pas corrélés à l'ancienneté de travail en structure d'urgence de la personne.

En ce qui concerne les indicateurs du triage, le délai avant contact avec l'IOA est un indicateur institutionnel, tandis que la durée du triage par l'IOA est un indicateur de la qualité du triage. Le délai de premier contact médical reflète quant à lui la qualité organisationnelle de l'accueil (temps entre l'arrivée dans le SU et la prise en charge médicale). Enfin, le pourcentage de prises en charge médicales dans le délai indiqué par la grille de tri, est un indicateur qualité de l'organisation de la structure d'urgence.

## Conclusion

L'IOA a un rôle fondamental dans l'organisation d'un SU. Ce poste clé revêt une importance croissante compte tenu du

Niveau	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	> ou = 5	Support d'une ou plusieurs fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchocage (SAUV)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	> ou = 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchocage (SAUV)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle complexe	Dans les 24h	> ou = 3	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle	Non	0	Pas d'acte diagnostique ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

rôle primordial du tri face à l'augmentation constante des passages. Cette mission est bien définie par un référentiel de la SFMU et des recommandations d'experts en cours de publication, le cadre légal doit être connu et respecté. L'exercice de cette mission nécessite une ancienneté dans le SU d'une année, la mise à disposition d'outils uniformisés et d'une échelle de tri validée, fiable et reproductible tout comme de protocoles formalisés vis-à-vis de la douleur, ou d'examen complémentaires au premier rang desquels vient l'ECG. La formation à la gestion du flux et des situations de violence représente un enjeu important, qui nécessite des moyens humains et organisationnels adaptés. L'accomplissement de son rôle nécessite que l'IOA travaille dans un environnement architectural répondant aux exigences de ce poste [31]. Un médecin référent au triage est indispensable afin d'affiner la qualité du triage et de réaliser une évaluation médicale rapide de la gravité. L'impact de ce dernier sur la morbidité reste cependant à démontrer.

**Conflit d'intérêt :** T. Desmettre, A.F. Baron, G. Capellier et K. Tazarourte ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## Références

- Giroud M (2009) La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation* 18:737–41
- Modalités d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf). Dernière consultation le 23 septembre 2013
- Schurr JD, Venkatesh AK (2012) The growing role of emergency departments in hospital admissions. *N Engl J Med* 367:391–3
- Anneveld M, van der Linden C, Grootendorst D, Galli-Leslie M (2013) Measuring emergency department crowding in an inner city hospital in The Netherlands. *Int J Emerg Med* 6:21
- Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, et al (2010) Optimizing emergency department front-end operations. *Ann Emerg Med* 55:142–60
- Référentiel SFMU Infirmière d'Organisation de l'Accueil (2004). Consultable sur [www.sfm.org](http://www.sfm.org)
- Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale. Consultable sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Dernier accès le 23 septembre 2013
- Roy PM, Lannehoa Y (2002) Le triage aux urgences. *Réanimation* 11:480–5
- Riou B (2013) Les urgences : une solution et non un problème ! *Ann Fr Med Urg* 3:1–2
- Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al (2011) ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 29:333–45
- Circulaire n° DH.4B/DGS 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale. Consultable sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Dernier accès le 23 septembre 2013
- Décret 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. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Dernier accès le 23 septembre 2013
- Taboulet P, Moreira V, Haas L, et al (2009) Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 16:61–7
- Gertz MF, Chu M, Collins M, et al (2009) Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: implications for guideline development. *Emerg Med Australas* 21:277–85
- Rutschmann OT, Kossovsky M, Geissbuhler A, et al (2006) Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage. *J Clin Epidemiol* 59:615–21
- Kriengsoontornkij W, Homcheon B, Chomchai C, Neamsomboon W (2010) Accuracy of pediatric triage at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* 93:1172–6
- Considine J, Botti M, Thomas S (2007) Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? *Acad Emerg Med* 14:722–6
- Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, et al (2011) A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 19:43
- Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijk BT, et al (2007) Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J* 24:170–4
- Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, et al (2003) The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. *Acad Emerg Med* 10:1070–80
- Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG (2004) The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs* 30:22–9
- Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, et al (2011) Transporting clinical tools to new settings: cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. *Ann Emerg Med* 57:257–64
- Cooke MW, Jinks S (1999) Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med* 16:179–81
- Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JS (2009) Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J* 26:556–60
- Martins HM, Cuna LM, Freitas P (2009) Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J* 26:183–6
- Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge R, et al (2003) Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *CJEM* 5:315–22
- Murray M, Bullard M, Grafstein E, Groupes de travail nationaux sur l'ETGeS (2005) Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *CJEM* 7:28–35
- Bullard MJ, Unger B, Spence J, et al (2008) Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 10:136–51
- Baumann MR, Strout TD (2005) Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3) triage algorithm in pediatric patients. *Acad Emerg Med* 12:219–24
- Travers DA, Waller AE, Katznelson J, Agans R (2009) Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. *Acad Emerg Med* 16:843–9
- Maillard-Acker C (2012) Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. In: Conférence d'Actualisation, Urgences 2012, chapitre 102, Formation-encadrement