

Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science
HES-SO en soins infirmiers

Par

Geinoz Elsa

Promotion 2008-2011

Sous la direction de Messieurs Giller Noël & Niggli Martin

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 Juillet 2011

Remerciements

J'aimerais remercier mes directeurs de mémoire Messieurs Noël Giller et Martin Niggli pour le soutien, la confiance et les conseils qu'ils m'ont apportés tout au long de ce travail. Je souhaite également remercier Madame Nicole Chollet, infirmière au service des urgences de l'Hôpital Cantonal à Fribourg pour m'avoir accordé de son temps. J'ai pu avec elle partager un après-midi au tri des urgences. Elle m'a donné beaucoup d'informations et elle m'a fait parvenir des documents de cours sur la formation des urgences avec le tri intégré à l'intérieur de celui-ci. J'ai pu également voir concrètement comment s'effectue un tri.

J'aimerais pour finir adresser un tout grand merci à Mesdames Valérie Both et Elodie Geinoz pour avoir relu et corrigé mon travail de mémoire avec vigueur.

Résumé

La réalisation de ce travail a pour objectif d'identifier les éléments posant problèmes lors des prises de décisions de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) dans les services d'urgences somatiques pour agir concrètement sur ceux-ci. Cette problématique est fondamentale puisque la littérature révèle que l'on rencontre des situations, lors de la prise de décisions au tri des urgences, où l'on sur ou sous-estime les degrés d'urgence. Par conséquent, la prise en charge n'est pas optimale.

A l'aide de seize documents pertinents tirés de la littérature, il a été possible d'analyser finement cette thématique. Il en ressort différents éléments comme des facteurs internes (l'expérience, les connaissances, l'intuition), des facteurs externes (les contraintes de temps, les interruptions fréquentes, le manque de formation), des facteurs cliniques et d'autres facteurs, notamment la prise en charge des enfants.

En lien avec le cadre de référence du jugement clinique on remarque que certaines notions ont été développées notamment les connaissances ou l'expérience. Cependant, d'autres n'ont pas été abordées comme la confiance en soi ou la capacité de raisonnement. Le travail infirmier ne se situe ainsi pas seulement dans le « faire » et dans « l'ici et maintenant », il demande l'acquisition de nombreuses compétences. La posture réflexive est indispensable pour arriver à un jugement clinique pertinent.

Table des matières

1	Introduction	5
2	Problématique.....	6
2.1	Question de recherche	6
3	Fondements théoriques	7
3.1	Concepts en lien avec la question de recherche.....	7
3.1.1	L'infirmière IAO.....	7
3.1.2	Les prises de décisions.....	9
3.1.3	Le triage des patients	9
3.1.4	Un service d'urgences somatiques.....	12
3.2	Cadre de référence.....	13
3.2.1	Jugement clinique	13
4	Méthodologie.....	16
4.1	Devis de recherche	16
4.2	Critères d'inclusion	17
4.3	Critères d'exclusion	17
4.4	Résultat des stratégies de recherches	18
5	Résultats	22
5.1	Prise de décisions	22
5.2	Facteurs influençant les prises de décisions des infirmières au poste de tri des urgences .	25
5.2.1	Les facteurs internes	25
5.2.1.1	L'expérience.....	25
5.2.1.2	Les connaissances	26
5.2.1.3	Du débutant au praticien expert	27
5.2.1.4	L'intuition	27
5.2.1.5	L'incertitude	28
5.2.2	Les facteurs externes, contextuels	28
5.2.3	Les facteurs cliniques et paracliniques	29
5.2.4	D'autres facteurs	29
5.2.4.1	Prise en charge des enfants	29
5.2.4.2	L'information	30
5.3	Moyens mis en place pour faire face aux facteurs influençant.....	30
5.3.1	Programme d'éducation particulier	30

5.3.2	Acquisition de compétences	31
5.3.3	Réflexion, pensée à haute voix	32
5.4	Propositions des auteurs pour de futures recherches.....	33
6	Discussion.....	33
6.1	Discussion des résultats des diverses études	34
6.2	Lien avec le cadre de référence, jugement clinique.....	36
6.3	Réponse à la question de recherche	38
6.4	Perspectives pour la pratique infirmière.....	40
6.5	Points forts et points faibles de la revue de littérature scientifique.....	41
7	Conclusion	42
8	Annexes	43
8.1	Annexe 1 : Déclaration d'authenticité.....	43
8.2	Annexe 2 : Grilles de lecture	44
8.3	Annexe 3 : Critères établis pour un tri le plus adéquat possible	78
8.4	Annexe 4 : Tableau du débutant au praticien expert.....	79
9	Bibliographie	82
9.1	Articles de revue de littérature	82
9.2	Ouvrages.....	83
9.3	Divers.....	83
9.4	Sites internet	85

1 INTRODUCTION

Le tri est un concept relativement complexe. Il s'élabore dès l'entrée des patients dans les services d'urgences somatiques par des infirmières¹ d'accueil et d'orientation (IAO). Ce poste est relativement récent puisqu'il est apparu dans les années 1980 (Marc et al. 2008). La spécialisation du travail infirmier aux urgences nécessite une formation complémentaire en cours d'emploi de deux ans durant laquelle on traite tous les aspects en lien avec les soins d'urgences. Le tri est également étudié avec un accent tout particulier sur les priorités de la prise en soins des patients.

Les responsabilités de l'IAO exigent des compétences professionnelles et des qualités personnelles. Ainsi, une expérience professionnelle est recommandée. Elle doit faire preuve de capacités d'organisation et de réalisation des soins médico-délégués (dextérité, technique), avoir des capacités d'observation et d'analyse pour le recueil de données, des capacités d'écoute, de disponibilité et de gestion de stress afin de gérer l'imprévu rencontré dans la pratique professionnelle quotidienne (Prudhomme, 2008).

Par conséquent, lorsqu'il fallait choisir une thématique pour le Bachelor Thesis (BT), d'emblée le rôle professionnel dans un service d'urgence est apparu. Je voulais travailler un domaine qui me passionne et qui me toucherait dans le futur en tant qu'infirmière diplômée. Mon projet professionnel est de plus tard, travailler dans un tel service. Mes ambitions ont fait suite aux situations d'urgences gérées lors de mon travail le week-end dans un petit hôpital ou lors de mon stage en Guyane Française où j'ai alors été amenée à gérer de manière autonome l'entier du service. En Amazonie, j'ai été confrontée à des situations très complexes de par leur gravité (machette au niveau thoracique, pathologies différentes), mais aussi par le fait que leur culture soit différente (ils parlent plusieurs dialectes et ont d'autres croyances). Je souhaitais également aborder un thème d'actualité qui intéresserait et serait utile à la profession. Je me suis alors aperçue qu'aujourd'hui le tri des urgences est un acte indispensable puisque les services débordent, « hausse annuelle des admissions de 5 à 6 % constante depuis le milieu de la décennie 1990, en particulier au CHUV » (Santé publique, 2001). Cet élément m'apporte la confirmation qu'il s'agit d'un sujet d'actualité et d'un problème crucial de santé publique.

Les éléments ci-dessous vont permettre par la suite, d'explicitier la problématique.

¹ Pour les termes infirmier/infirmière ils sont utilisées d'une manière épiciènes et avec un souci d'égalité.

2 PROBLÉMATIQUE

Dans la majorité des services d'urgences d'Europe et de Suisse, la littérature constate qu'il y a une augmentation importante du nombre de consultations pour des situations d'urgences ou des cas de polyclinique. Ainsi, il y a une surcharge chronique de travail dans les services d'urgences et une impossibilité de répondre immédiatement aux demandes des patients.

Pour faire face à ce problème récurrent, un concept de tri a été instauré il y a déjà trente ans dans les pays Anglo-Saxons. Il cherche à répondre à :

- L'identification immédiate et la catégorisation des plaintes du patient, selon les priorités vitales et les pathologies.
- L'évaluation tolérable du délai de temps d'attente avant une prise en charge médicale.
- La détermination de l'endroit le mieux adapté à la prise en charge (Rutschmann et al.2005).

Le but de ce travail est de trouver des pistes d'actions pour répondre aux problèmes que le personnel soignant rencontre lors de ses prises de décisions lors du tri des urgences et améliorer la pratique professionnelle. Comme le sujet est relativement récent, il ne peut qu'apporter des éléments constructifs pour les infirmières qui travaillent dans les postes de tri des services d'urgences.

Par conséquent, une recension des écrits en lien avec les éléments posant difficulté dans la prise de décisions lors du tri des urgences va être effectuée et étudiée. Les éléments seront retranscrits en français lors des résultats et l'on pourra prendre connaissance de ce qui est entrepris au niveau infirmier. C'est à dire découvrir ce qui est préconisé par les travaux de recherches actuels.

Pour ce faire, l'analyse va s'orienter sur la base de la question de recherche.

2.1 QUESTION DE RECHERCHE

«Quels sont les éléments qui influencent l'infirmière IAO dans sa prise de décision lors du triage des patients dans un contexte d'un service d'urgences somatiques et comment peuvent-ils être modulés afin que la prise en soins soit optimale ? »

La suite du travail abordera les différents concepts en lien avec la question de recherche.

3 FONDEMENTS THÉORIQUES

3.1 CONCEPTS EN LIEN AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE

La description des différents concepts permettant l'analyse et la compréhension de la question de recherche vont être établis ci-dessous.

3.1.1 L'INFIRMIÈRE IAO

Pour, B., Miroux, P., Piedade, I. & Benveniste, R. (2008) :

L'infirmière organisatrice de l'accueil a pour mission d'accueillir tout patient et ses accompagnants se présentant aux urgences, d'identifier le motif de consultation, d'évaluer l'état clinique et d'orienter dans le secteur approprié en fonction du degré de gravité.

Elle a comme missions permanentes :

- D'assurer un accueil adapté (recueil du motif de consultation, histoire de la maladie, antécédents).
- D'assurer la réalisation des premiers soins (constantes : pouls, PA, saturation en O₂, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, peak-flow, évaluation de la douleur, ECG, gestes de première urgence).
- D'assurer une orientation dans les différents secteurs adaptée au motif de consultation selon l'échelle de tri.
- D'orienter vers le bureau des admissions afin de procéder à l'enregistrement administratif en fonction de l'état de santé du patient.
- D'informer le patient et les accompagnants du déroulement de la prise en charge.
- De renseigner les familles en attente.
- D'encadrer les étudiants infirmiers et le nouveau personnel.

Une règle incontournable à considérer : l'IAO ne peut renvoyer un patient sans avis médical (p.XIX-XX).

L'organisation pratique de l'IAO selon Prudhomme, C., Jeanmougin, C. & Kessler, B. (2008) considère que:

La condition essentielle est une expérience de travail dans un service d'urgence.

L'IAO peut être seule ou assistée d'une autre soignante selon les services. Elle doit en permanence être disponible et immédiatement joignable pour qu'elle puisse prendre en charge chaque patient dès son arrivée.

La transmission des informations recueillies est capitale : le contact oral direct est primordial mais ne doit pas faire négliger le support papier, dont la permanence permet de limiter les pertes de données.

Cette transmission, selon les cas, se fera à un (e) collègue, au médecin, voire au service de consultation vers lequel peut être dirigé d'emblée le patient dans certains cas. La compétence reconnue et assumée autorise une certaine liberté de décision qui permet d'améliorer le fonctionnement du service et, notamment, de réduire les temps d'attente (p.4).

Au niveau des responsabilités par Prudhomme, C., Jeanmougin, C. & Kessler, B. (2008) elles ont des compétences:

Elles requièrent des capacités professionnelles généralement acquises après une à deux années d'exercice dans une unité d'hospitalisation.

En effet, ses capacités d'organisation et de réalisation des soins (dextérité, technicité), ses capacités d'observation et d'analyse en vue de contribuer au recueil de données cliniques (...), alliées à des capacités relationnelles d'écoute, de disponibilité et de gestion du stress, sont gages de la qualité des soins donnés dans un contexte de gestion de l'imprévisible tant au niveau des flux variables de patients que des pathologies rencontrées.

L'exercice au poste d'IAO nécessite une formation complémentaire (une semaine par un organisme de formation après expérience professionnelle de deux ans au moins dans le domaine de l'urgence, *Recommandations de la Société française de médecine d'urgence*), en particulier au tri permettant d'affecter de manière adaptée les priorités de prise en charge (p.13).

3.1.2 LES PRISES DE DÉCISIONS

Elles sont présentes tout au long de la vie quotidienne et touchent tout organisme vivant ayant un système nerveux. Celles-ci évoquent une méthode de raisonnement en lien avec certains éléments rationnels et/ou irrationnels. Les décisions rationnelles ont un impact important dans les professions médicales. Elles interviennent par exemple lors de la pose du diagnostic et de la prescription du traitement. Toutefois, la littérature relève que lors de situations d'urgences ou lorsqu'il est utopique de connaître certaines informations, on privilégie son intuition.

Les prises de décisions sont ainsi des processus cognitifs complexes visant la sélection de différents types d'actions parmi diverses alternatives (Wikipédia, l'encyclopédie libre, 2011).

3.1.3 LE TRIAGE DES PATIENTS

Selon le Service des Urgences (SU) (2009) :

Le tri est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les besoins de santé des bénéficiaires qui se présentent aux urgences selon des critères établis et à déterminer la réponse la plus adaptée à leurs besoins dans des limites de temps acceptables (p.1).

Pour Simon (s.d) :

Des normes de fonctionnement du triage existent :

- Le triage s'effectue de manière continue : remplacement de la personne affectée au tri lorsqu'elle s'absente.
- Tous les patients qui se présentent doivent faire l'objet du triage, avant l'inscription administrative.
- Le triage doit être rapide et non perturbé par d'autres tâches.
- Le document relatif au triage doit être rempli avec simplicité mais systématique.
- La réévaluation périodique des patients en attente doit être faite.

Les principaux objectifs visés par le triage sont :

- L'évaluation rapide de toutes personnes qui se présentent aux urgences.
- La détermination de la priorité des soins en fonction de l'état de santé de la personne.
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les personnes dont l'état requiert une intervention immédiate et rapide.
- La réduction des risques de détérioration de l'état clinique par des soins rapides ou une surveillance appropriée.
- La diminution de l'anxiété et l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires et de leur famille par une information facile à comprendre et pertinente.
- L'individualisation et l'humanisation de l'accueil.
- La diminution des frustrations et des inquiétudes du personnel.
- La réduction du temps d'attente.
- La réduction des risques d'agression contre le personnel ou les autres personnes dans la salle d'attente.
- L'amélioration du fonctionnement du service d'urgence.
- L'éducation et l'information à la clientèle en matière de santé.
- L'inscription au dossier des résultats du triage à des fins d'appréciation de la qualité (p.5).

Après avoir atteint ces objectifs lors du triage, il faut classer les urgences selon le niveau de gravité. Pour ce faire, plusieurs échelles existent. Il y a par exemple l'échelle canadienne de tri de gravité aux urgences (ETG) ou encore la classification infirmière de médecine d'urgence (CIMU).

L'échelle utilisée par les hôpitaux universitaires de Genève sur laquelle l'Hôpital Cantonal site de Fribourg s'est basé va être décrite.

Pour Simon (ibid) :

Cet outil a été créé à partir de références canadiennes et d'un relevé sur 4 semaines des situations de soins rencontrées à l'accueil dans notre service. La feuille de tri est composée de rubriques relatives à l'anamnèse effectuée

par l'IAO, éléments indispensables pour aboutir à un jugement clinique. Au verso de la feuille, les motifs numérotés sont listés avec en regard de chacun une fourchette de degrés possibles. L'infirmière doit maîtriser la définition des degrés d'urgences préétablis soit :

URGENCE 1 (Situation aiguë, délai d'installation immédiat) :

Situation pathologique pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe, si la prise en charge n'est pas immédiate. L'infirmière amène directement la personne dans un box rouge (salle de déchoquage). Elle note uniquement le degré d'urgences et le motif d'entrée sur la feuille de tri.

URGENCE 2 (Situation urgente, délai d'installation : 20') :

Situation pathologique n'engageant pas le pronostic vital, mais qui est susceptible de s'aggraver dans l'immédiat. L'infirmière fait une évaluation rapide, remplit la feuille de tri et accompagne le patient dans un box adapté à son état.

URGENCE 3 (Situation semi-urgente, délai d'installation : 120') :

Situation pathologique où le temps ne constitue pas un facteur critique. L'état du patient à son arrivée est jugé stable. L'infirmière remplit la feuille de tri et dirige le patient vers un lieu de soins ou en salle d'attente où il sera réévalué régulièrement.

URGENCE 4 (Situation non urgente) :

Situation pathologique jugée stable et ne nécessitant pas de soins dans le service d'urgence. L'infirmière remplit la feuille de tri et dirige le patient :

- soit dans un secteur ambulatoire de type policlinique aux heures ouvrables
- soit à la Division des Urgences Médico-Chirurgicales (DUMC) à partir de 18h.

Cet outil est évolutif, afin de le rendre le plus opérationnel possible et adapté au contexte de l'offre et de la demande en soins. A ce jour, nous en sommes à la 6^{ème} version (p.6).

3.1.4 UN SERVICE D'URGENCES SOMATIQUES

Les services d'urgences font parties d'unités de l'hôpital qui s'occupe de fournir des soins 24h/24, 365 jours sur 365.

Ils reçoivent tant des malades que des personnes blessées venant d'elles-mêmes ou de services de secours comme l'ambulance, la Rega.

Ces services d'urgences sont complexes car ils ont plusieurs missions. Prenons l'exemple des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 2009 :

- Assurer 24 heures sur 24 et 365 jours par an sur l'ensemble du territoire cantonal une aide médicale urgente efficace, rapide, coordonnée et économique, en fonction des partenaires et des moyens à disposition, au quotidien, et lors d'événements majeurs planifiés ou non.
- Etre un service de référence en soins d'urgence et de réanimation pour les autres structures d'urgence du canton de Genève et selon les cas, la France voisine.
- Accueillir, stabiliser et "trier" le patient quelle que soit la nature de son problème de santé.
- Initier les investigations nécessaires à l'évaluation et au tri du patient et, si nécessaire, à l'instauration d'un traitement, et recourir à une compétence spécialisée (consultant, plateau technique) selon les besoins du patient.
- Décider de la trajectoire initiale de soins des patients au sein des HUG en les orientant vers la structure (à l'intérieur ou en dehors des HUG) à même de répondre le mieux à leur problème de santé et leur état clinique.
- Assurer une qualité dans l'écoute, l'accueil et la prise en charge initiale globale des patients et de leurs accompagnants.
- Développer un enseignement post-gradué spécialisé afin de former des spécialistes en médecine d'urgences et développer la recherche clinique dans cette discipline.

La structure est également particulière. Au HUG par exemple le service est structuré en 6 zones de soins :

- la zone d'accueil
- le secteur de soins ambulatoires médicaux (5 box)
- le secteur de soins ambulatoires chirurgicaux (6 box)
- le secteur de soins aigus (16 box dont 3 salles de déchocage)
- le secteur psychiatrique (2 box)
- l'unité d'observation de 32 lits

Pour chaque secteur de soins, des critères d'orientation ont été définis et sont respectés par l'IAO afin d'installer le patient dans le secteur de soins le plus approprié à son problème de santé (Simon, s.d).

Cependant, si le HUG possède 6 zones de soins et d'une grandeur considérable tous les hôpitaux ont une structure différente. Cependant, leurs missions restent semblables.

3.2 CADRE DE RÉFÉRENCE

3.2.1 JUGEMENT CLINIQUE

Le travail de l'infirmière représente une réalité complexe. Il peut mettre en cause l'état du malade, les complications de son état ou les signes de son amélioration ainsi que la transmission des informations. Par conséquent, le jugement posé par l'infirmière sur ces éléments est au centre des soins. Il oriente non seulement ses actions mais également celles des différents professionnels des soins. Il est alors fondamental que l'infirmière ait une qualité d'observation et de raisonnement qui lui permette de poser de bons jugements sur lesquels tous peuvent s'appuyer.

Poser un jugement clinique est exigeant pour les professionnels des soins en raison d'une grande quantité de données qui ne peuvent pas être mémorisées dans la mémoire à court terme. L'émergence d'hypothèses pour structurer la pensée et la mobilisation de connaissances sont nécessaires. Le jugement clinique est ainsi indépendant de l'observation, de la sélection de données pertinentes, des liens que l'on fait entre ce qu'on voit, ce qu'on sait et sa capacité de raisonnement. Le jugement clinique demande une certaine maturité intellectuelle et professionnelle en ce qui concerne l'attention, la capacité de raisonnement et la synthèse pour arriver à une déduction logique. En

fonction de l'expérience de l'infirmière, le processus intellectuel pour poser ce jugement est plus ou moins long. Chez la novice (définition annexe 4), il ne peut être que lent et laborieux, alors que chez l'experte, il peut devenir intuitif et très rapide. La pensée humaniste se traduisant par l'écoute, le respect et l'authenticité dans sa relation avec le patient est aussi nécessaire au jugement clinique (Phaneuf, 2008). Ci-dessous, le processus est mis en image.

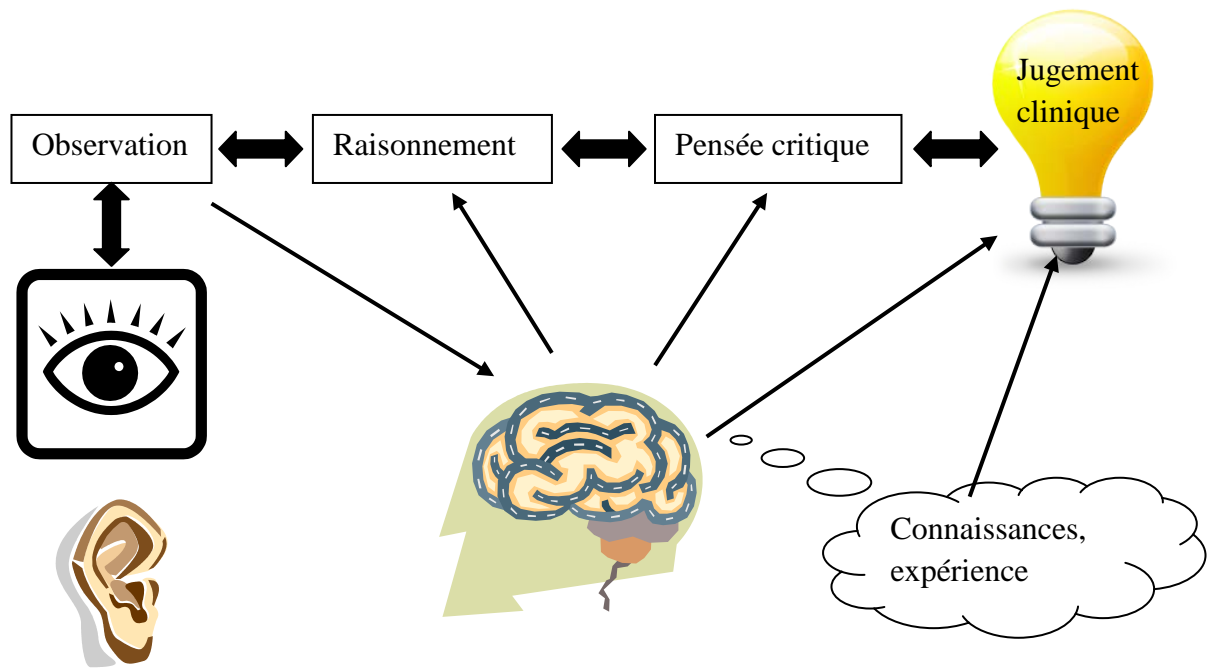


Figure 1 : Processus de jugement clinique

Le terme "raisonnement" est défini à la fois comme un processus intellectuel et comme le résultat d'un processus ; la personne qui raisonne effectue une série d'inférences mais n'exprime que le produit de son raisonnement » (Revue de référence infirmière, 2010, p.1).

Le processus de pensée est indispensable pour arriver à un jugement clinique. Pour ce faire, pour Phaneuf (2008), : « il faut d'abord porter attention à ce que la personne vit, réunir les informations qui forment un faisceau de renseignements tournant autour d'une même difficulté, utiliser son raisonnement pour les interpréter et sa pensée critique pour distinguer les différentes hypothèses possibles. Faire ensuite une déduction logique pour identifier le problème » (p.2).

« Le jugement clinique est une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire » (Phaneuf, ibid, p.1).

Par conséquent, « le jugement clinique exige :

- Des connaissances théoriques sur le problème en cause.
- Une certaine expérience clinique.
- Une capacité rigoureuse d'observation.
- Une bonne capacité de raisonnement sur la réalité observée.
- Le développement de la pensée critique l'aide à peser les « pour » et les « contre ». Ces exigences permettent à l'infirmière de reconnaître des signes et symptômes caractéristiques de certains problèmes et de juger des hypothèses possibles.
- La confiance en soi, en ses connaissances et la capacité d'oser.
- L'acceptation des responsabilités inhérentes au jugement clinique puisqu'il conduit à la prise de décision.
- Le respect des standards de qualité de soins et des principes éthiques. (Adapté de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994). A critical model for nursing judgement. *Journal of Nursing education*, 33 (8), 351-356 cité par Phaneuf, 2008, p 4 ».

En conclusion, la réunion des résultats d'observation, leur regroupement logique et leur identification à la suite d'un raisonnement sur leur origine, leur pertinence et leurs effets combinés aboutit à ce que l'infirmière prenne des décisions et effectue des soins adaptés. Le jugement clinique est alors essentiel à l'exercice de notre profession. On remarque alors que le travail infirmier ne se situe pas seulement dans le « faire » et dans « l'ici et maintenant ». Il demande l'acquisition de tous les éléments nommés ci-dessus. Cet aspect professionnel est essentiel dans la formation des infirmières. Si la posture réflexive est développée au cours de l'apprentissage, elles développeront l'habileté à "penser leur pensée". Le nouveau référentiel de formation est centré sur un apprentissage qui respecte trois paliers : comprendre, agir, transférer. Par conséquent, il cite qu'évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne en utilisant un raisonnement clinique est la première des dix compétences. L'infirmier doit apprendre à reconnaître sa façon de raisonner, ses forces et ses faiblesses pour apprendre à poser un jugement sur ses capacités et proposer des axes d'amélioration (La revue de référence infirmière, 2010).

4 MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à la question de recherche, une revue d'articles sur la banque de données PubMed / Medline a été effectuée. Elle s'est étendue de la période de janvier 2010 à mai 2011. Pour ce faire, la combinaison de différents termes MeSH (mots clefs répertoriés sur PubMed) a été utilisée.

Des articles pertinents en lien avec la totalité de la problématique ont été choisis. Il y avait une masse très importante d'articles traitant du fonctionnement du tri des urgences mais peu traitaient des éléments posant problèmes lors du tri. Ainsi, une vision globale était nécessaire pour ne pas retenir des articles spécifiques à un domaine. L'affluence d'articles a permis de relever des critères d'inclusions très précis et de cibler au mieux la thématique de ce BT.

Il est fondamental dans la pratique quotidienne d'avoir une vue d'ensemble sur cette thématique. Toutefois, la littérature spécialisée est fréquemment en anglais. Ainsi, faire une revue de littérature en français permet aux professionnels de savoir où en est actuellement la recherche dans le monde entier.

4.1 DEVIS DE RECHERCHE

Afin d'élaborer ce travail de Bachelor Thesis, le choix a été d'élaborer une revue de littérature sur les compétences à développer par les infirmières en vue d'effectuer un tri des urgences adéquat et ayant pour objectif la diminution des éléments posant difficultés lors des prises de décision. Par conséquent, cette revue permettra une vision globale des écrits et des pratiques de soins actuels. Elle amènera à porter un regard critique et peut-être de découvrir des changements possibles en vue d'améliorer la prise en soins quotidienne. Aussi, cette revue répondra au mieux à la question de recherche nommée auparavant (Loiselle, C.G & al., 2007,p.139).

Pour répondre à celle-ci, 16 documents pertinents tirés de la littérature seront analysés et traduits. Les résultats de ceux-ci seront regroupés puis explicités dans la discussion en lien avec le cadre de référence. Ils permettront de mettre en lien les différents cadres théoriques présentés ci-dessus. Pour ce faire, des critères d'inclusions et d'exclusions seront utilisés pour guider au mieux cette revue de littérature.

4.2 CRITÈRES D'INCLUSION

- Année de publication inférieure à 13 ans ;
- Langues : anglais, français ; allemand puisqu'il y a beaucoup de publications ;
- Service d'urgences somatiques ;
- Hôpital de soins aigus ;
- Articles en lien avec le tri des IAO et leurs prises de décisions ;
- Etudes de qualité ayant au moins un résumé, une méthodologie scientifique ;
- Infirmières diplômées

Remarque : deux recherches dans leurs analyses nommant les services d'urgences psychiatriques ont tout de même été retenues car elles apportaient des éléments importants pour le triage des urgences tant somatiques que psychiatriques.

4.3 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Recherches étant seulement en lien avec le tri
- Tout ce qui ne relève pas des urgences somatiques (sauf deux recherches)

4.4 RÉSULTAT DES STRATÉGIES DE RECHERCHES

Le tableau suivant présente les études retenues présentées avec leurs termes de recherche. Elles sont toutes issues de la banque de données Pubmed.

Combinaison des mots de recherche	Résultats	Articles retenus	Infirmiers questionnés
[("Nurse's Role"[Mesh]) AND ("Triage"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh])]	45 articles	Wolf, L. (2009). When Trauma Walks Into Triage. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 35, 389-391.	4
[("Decision Making"[Mesh]) AND ("Practice Guidelines as Topic"[Mesh]) AND ("Triage"[Mesh])]	13 articles	Andersson, A.K., Omberg, M. & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. <i>Journal compilation</i> , 3, 136-145 Chung, J-Y-M. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. <i>Accident and Emergency Nursing</i> . 13, 206-213.	19 7

<p>[("Decision Making"[Mesh]) AND ("Triage"[Mesh])]</p>	<p>174 articles</p>	<p>Göransson, K-E., Ehnfors, M., Fonteyn, M-E. & Ehrenberg, A. (2007). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 61 (2), 163-172.</p> <p>Considine, J., Botti, M. & Thomas, S. (2007). Do Knowledge and Experience Have Specific Roles in Triage Decision-making ? <i>Academic Emergency Medicine</i>, 14, 722-726.</p> <p>McBrien, B. (2007). Learning from practice-Reflections on a critical incident. <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 15,128-133.</p>	<p>16</p> <p>884</p> <p>1</p>
<p>Cette stratégie est différente parce qu'il n'y a pas d'utilisation des termes de recherche Mesh mais seulement une recherche Pubmed avec des mots-clefs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actors ; - Influencing ; - Triage. 	<p>34 articles</p>	<p>Gerdtz, M-F., Chu, M., Collins, M., Considine, J., Crellin, D., Sands, N., Stewart, C. & Pollock, W-E. (2009). Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale : Implications for guideline development. <i>Emergency Medicine Australasia</i>, 21, 277-285.</p>	<p>50</p>

[("Clinical Competence" [Mesh]) AND ("Decision Making" [Mesh]) AND ("Nursing Assessment" [Mesh])]	141 articles	Cioffi, J. (1999). Triage decision making: educational strategies. <i>Accident & Emergency Nursing</i> , 7, 106-111. Hamers, J-P-H., Huijer Abu-Saad, H & Halfens, R-J-G. (1994). Diagnostic Process and Decision Making in Nursing: A Literature Review. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 10, 154-163. Gerdtz, M. & Bucknall, T. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 18 (1), 24-33.	12 128 172
[("Clinical Competence" [Mesh]) AND ("Emergency Nursing" [Mesh]) AND ("Program Development" [Mesh])]	23 articles	McNally, S. (1996). The triage role in emergency nursing : Development of an educational programme. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 2 (3), 122-8.	102
[("Attitude of Health Personnel" [Mesh]) AND ("Clinical Competence" [Mesh]) AND ("Decision Support Techniques" [Mesh])]	80 articles	Gillespie, M. & Peterson, B. (2009). Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions : The Situated Clinical Decision-Making Framework. <i>Nursing Education Perspectives</i> , 30 (3), 164-70.	1

[("Attitude of Health Personnel" [Mesh]) AND ("Clinical Competence" [Mesh]) AND ("Knowledge" [Mesh]) AND ("Decision Making" [Mesh])]	29 articles	Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F. & Yonge, O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. <i>Nurs Forum</i> , 42 (3), 147-55.	105
Cette stratégie est différente parce qu'il n'y a pas d'utilisation des termes de recherche Mesh mais seulement une recherche Pubmed avec des mots-clefs : <ul style="list-style-type: none"> - Past experiences ; - In clinical decision making. 	51 articles	Cioffi, J. (2000). A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 38, 591-599. Cioffi, J. (2000). Recognition of patients who require emergency assistance: A descriptive study. <i>Heart & Lung : The journal of Acute and Critical Care</i> . 29,262-268. Cioffi, J. (2004). Decision making by emergency nurses in triage assessments. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 6, 184-191.	32 32 20

5 RÉSULTATS

A la suite de l'analyse des données, les résultats ont été classés en plusieurs groupes. Ceux-ci seront nommés séparément.

5.1 PRISE DE DÉCISIONS

Dans les soins infirmiers, la capacité à traiter l'information, attribuer un sens et rendre un jugement sur l'étiologie, la gravité et les conséquences possibles sont au cœur de la pratique (Wolf, 2009). Ce processus n'est pas évident ; parfois les infirmières semblent porter des jugements différents quant aux mêmes situations rencontrées dans leur service. Ils font aussi différents diagnostics et choisissent différentes façons d'intervenir (Hamers, Huijer Abu-Saad & Halfens, 1994). Aussi, parmi les infirmières interrogées 47,3% ont pris leur propre décision lors de l'évaluation du triage. 7% étaient dirigées par des protocoles ou lignes directrices. 45,6% ont pris la décision basée sur une combinaison de leur propre évaluation et avec l'aide de protocoles (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Les infirmières ayant travaillé dans les zones rurales ou éloignées géographiquement ont une participation accrue lors du processus décisionnel par rapport aux infirmières qui travaillent dans les régions métropolitaines. Près d'un tiers des infirmières qui travaillent dans les régions rurales ou éloignées ont travaillé dans les services sans une infirmière de triage désignée (Gerdtz & al., *ibid*).

Les infirmières participent fréquemment aux prises de décisions lors de diagnostics complexes. Il faut être prudent puisque cela pose des risques juridiques spécifiques pour l'infirmière de triage. Ils sont importants à cause de leurs ressources limitées, du manque de temps et de la pauvreté des données concernant l'état du patient (Gerdtz et Bucknall, 1999 cité dans Gerdtz & al., *ibid*).

Elstein & Bordage (1988) distingue deux approches importantes dans la psychologie du raisonnement clinique : l'approche résolvant le problème et l'approche de jugement. Evans (1990) distingue des théories de raisonnement. Ces classifications sont un peu semblables mais montrent la différence entre la manière dont les décisions sont prises, c'est-à-dire, le modèle de traitement de l'information et comment elles doivent être prises, c'est-à-dire, le modèle mathématique.

Dans le modèle de traitement de l'information, un être humain est perçu comme un système de résolution de celle-ci répondant à un problème. On dit que ce système se compose de deux parties à savoir, une mémoire à court terme et une mémoire à long terme.

Ce modèle distingue également quatre stades au processus de raisonnement et prise de décisions : l'acquisition de repères, le fait de générer des hypothèses, l'interprétation des hypothèses et l'évaluation des hypothèses. Lors de l'acquisition de repères, les données sont recueillies et les repères peuvent être obtenus par différentes méthodes. Les hypothèses émises ne sont souvent basées que sur quelques repères. Le nombre d'hypothèses varie entre quatre ou cinq et excède rarement six ou sept. Dans l'interprétation des hypothèses, les repères sont analysés selon deux points : ils confirment ou réfutent une hypothèse (Elstein et autres, 1978; Elstein & Bordage, 1988). Finalement, lors de l'évaluation des hypothèses, le praticien doit arriver à un diagnostic.

Le modèle de Tanner explique le processus de jugement clinique par 4 aspects :

- L'infirmière développe une perception de la situation. Celle-ci est influencée par les attentes, elles mêmes influencées par les antécédents de l'infirmière, la relation avec le patient et le contexte clinique.
- L'interprétation par les données disponibles.
- La détermination d'un plan d'action approprié.
- La réflexion face aux comportements du patient lors des interventions et la réflexion face à la situation dans son ensemble (Gillepsie & all., *ibid*).

Par conséquent, le processus de prise de décision inclut des repères (observations, intuition), des jugements (que pourrait-il se passer ?), des décisions et pour terminer l'évaluation des résultats (Gillepsie & Peterson, 2009). Toutefois, différents éléments peuvent influencer les prises de décisions:

- Le problème (indices)

En ce qui concerne le problème, on remarque que plus la complexité est prononcée, plus la prise de décision est difficile. Il y a alors un plus grand risque de prendre une décision incorrecte (Corcoran, 1986 cité dans Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Halfens, R.J.G, 1994).

Il est aussi important d'utiliser des données fiables et valides dans le traitement des situations. Un complément d'informations peut s'avérer nécessaire (Gordon, 1980).

- Celui qui prend la décision (son expérience, ses connaissances ainsi que sa variabilité personnelle)

L'expérience est un facteur influençant la prise de décisions. Des expériences passées sont stockées dans la mémoire à long terme et les expériences peuvent influencer le processus de prise de décisions. L'expérience parmi d'autres éléments distingue l'expert du novice (Benner, 1982). Elle influence surtout les hypothèses. Tanner (1984) nomme trois éléments : la fréquence des événements, la nouveauté des événements, la capacité de la mémoire.

Comme l'expérience, la connaissance influence aussi l'infirmière. Elle est également stockée dans la mémoire à long terme et est une condition nécessaire pour toutes les étapes de la prise de décisions. Pour Carnevali (1984), « on ne peut pas diagnostiquer ce que l'on ne comprend pas » (p.32). La connaissance distingue également l'expert du novice.

La variabilité personnelle peut aussi influencer toutes les étapes du processus de prise de décisions. Elle inclut la perception ainsi que la communication. L'état physique, mental et émotionnel au moment de la décision peut également jouer un rôle (Carnevali, 1984). Les préjugés et les valeurs quant à l'âge, au sexe, au type de maladie, au contexte socio-économique ou à la religion influencent aussi. (Woolley, 1990). La collecte de données excessive peut également entraver ce processus (Elstein & Bordage, 1988). L'erreur la plus souvent commise dans l'interprétation, est de mettre trop d'importance aux découvertes qui ne contribuent pas au diagnostic.

- La discipline

Elle met des limites dans le domaine de la prise de décisions et donne le domaine dans lequel elles doivent être prises. Par exemple, dans la discipline des soins infirmiers, les décisions sont dirigées vers le travail social plutôt que vers la guérison. Les jugements et les choix diffèrent d'un domaine à un autre. Les prises de décisions sont alors restreintes au milieu. Dans une discipline, différentes théories affectent le processus de prise de décision. Ces théories voient et décrivent le monde de différentes façons. Cela a par conséquent un impact sur les décisions et les jugements faits par les utilisateurs.

5.2 FACTEURS INFLUENÇANT LES PRISES DE DÉCISIONS DES INFIRMIÈRES AU POSTE DE TRI DES URGENCES

Il est possible de classer ces différents facteurs. Il est alors important de les nommer afin d'agir en conséquence. On retrouve :

5.2.1 LES FACTEURS INTERNES

5.2.1.1 L'expérience

Plusieurs professionnels de la santé reconnaissent que la prise de décisions lors du triage requiert de la pratique. Les infirmières avec davantage d'expérience se sentent plus en confiance lors de prise de décisions (Chung, 2005). Les études le démontrent, cette expérience est fondamentale.

Dans l'étude de Cioffi (2000), 63% des infirmières interrogées relient leurs processus décisionnels à leurs expériences acquises.

De plus Cioffi (2004), relève que les expériences passées ont été utilisées dans la prise de décision dans 5 des 6 évaluations. Certaines infirmières étaient en mesure d'indiquer le degré d'urgence du patient uniquement à partir de leurs expériences vécues.

Le personnel infirmier expérimenté a recueilli plus d'informations sur le patient que les soignants moins expérimentés dans quatre des évaluations de triage soit les étourdissements, la douleur thoracique, la douleur abdominale et la respiration sifflante (Cioffi, *ibid*).

Les infirmières les plus expérimentées verbalisent plus que leurs collègues ayant moins d'expériences. Elles donnent de meilleures estimations tandis que les infirmières novices donnent davantage de probabilités (Cioffi, *ibid*).

Les descriptions de l'utilisation des expériences passées montrent que les infirmières utilisent l'heuristique². Quatre méthodes heuristiques classiques sont utilisées : la représentativité, la disponibilité, l'ancrage et l'ajustement. L'heuristique de représentativité a été la plus utilisée. Les expériences passées associées aux différentes

² Procéder par approches successives en éliminant progressivement les alternatives et en ne conservant qu'une gamme restreinte de solutions tendant vers celle qui est optimale (CNRTL, 2009).

stratégies heuristiques montrent que les infirmières évaluent et jugent les patients en s'appuyant sur leurs expériences cliniques individuelles (Cioffi, 2000).

On remarque également que les infirmières des urgences utilisent les expériences cliniques et les discussions avec les pairs pour développer leurs compétences dans les soins infirmiers lors du triage (McNally, 1996).

Toutefois, une étude ne partage pas l'avis que l'expérience influence les décisions de triage. Pour LeVasseur, Considine et al., (2001) il n'y a aucune relation significative entre ces éléments. Aussi, on retrouve pas de liens entre la précision du triage, les soins d'urgence et l'expérience du triage. Pour Wuerz et al., (1998) les infirmières et les techniciens d'urgence qui pratiquent régulièrement le triage relèvent une faible fiabilité lors de celui-ci. Les connaissances de base semblent être plus importantes que des années d'expérience lors des prises de décisions au triage des urgences (Considine, Botti & Thomas, 2007).

5.2.1.2 Les connaissances

Le triage des patients dans un service d'urgences demande des connaissances et de l'expérience pour prendre des décisions rapides (Cioffi, 1999).

Pour Gillespie & Peterson (2009), en ce qui concerne les connaissances de base on retrouve les connaissances de la profession, de soi, du cas (physiopathologie), du patient (traitement, données personnelles), de la personne (expériences passées face à la maladie).

Les études de LeVasseur, Considine, Charles, Castle & Villanueva, 2006 cité par Considine et al., (2007) et Fernandes, Wuerz, Clark & Djurdjev, 1999 cité par Considine et al., (2007) ont montré que les connaissances ont un effet bénéfique sur la prise de décisions infirmières. On remarque notamment une amélioration notable dans le triage des situations de santé mentale.

Les infirmières ont une expérience considérable acquise lors de leur pratique quotidienne. « Les connaissances nécessaires à la pratique des soins infirmiers sont intégrées dans les décisions prises par les infirmières jour après jour. Faire un jugement dans la pratique clinique ne vient pas d'une connaissance objective mais de jugements intuitifs » (Benner, (s.d), cité par Cioffi Jane, 2000, p.267).

5.2.1.3 Du débutant au praticien expert

On retrouve 4 domaines de pratique des soins infirmiers allant du débutant avancé au praticien expert :

Le débutant avancé utilise les procédures et protocoles pour déterminer les actions cliniques nécessaires. Ces praticiens ont des difficultés lorsqu'ils perdent le contrôle de leur environnement de travail. Ils sentent le danger. Ainsi, lors de situations cliniques complexes, ils soulignent le manque de connaissances. L'enseignement de situations réelles ainsi que les actions des collègues ont aidé les praticiens débutants à avancer pour devenir praticien compétent.

L'infirmière compétente est témoin du personnel soignant expérimenté (infirmières, médecins) faisant des erreurs dans l'évaluation ou les prescriptions. Par conséquent, celle-ci sent l'obligation d'en savoir plus sur les problèmes cliniques. Elle voit également la pertinence de l'évolution de la prise en charge des patients. Cette infirmière reconnaît les changements de situations nécessitant des actions de soins infirmiers autres que ceux prévus ou anticipés.

L'infirmière performante a une forte capacité à lire les situations. Lorsque l'état du patient change, elle a de l'habileté à gérer les situations.

L'infirmière experte sait et a de bonnes connaissances des situations cliniques. Elle démontre de l'intuition et agit sans perdre de temps. Elle se montre confiante (Benner et al., 1992 cité par Billay et al., 2007).

5.2.1.4 L'intuition

Les infirmières utilisent l'intuition dans leur prise de décisions. Ce processus décisionnel subjectif est nommé l'heuristique. Plusieurs études ont signalé que les infirmières de triage surtout celles ayant de l'expérience utilisent ce processus (Chung, 2005).

L'examen et l'exploration de la connaissance intuitive des infirmières sont nécessaires. Au Québec, les infirmières doivent reconnaître l'intuition comme partie intégrante de l'information à prendre lors de la prise de décisions (Jambons, 2000, cité par Billay et al., 2007).

Le jugement intuitif est ce qui distingue le jugement d'un expert d'une décision qui pourrait être prise par un débutant ou une machine (Billay, Myrick, Luhanga & Yonge, 2007).

5.2.1.5 L'incertitude

Cet élément est très fréquent lors des prises de décisions. Pour le diminuer, une responsabilité juridique claire du rôle de l'infirmière au tri doit être explicitée à celle-ci pour que son travail ne soit pas influencé par l'anxiété (Chung, 2005).

5.2.2 LES FACTEURS EXTERNES, CONTEXTUELS

L'environnement de travail notamment la lourde charge de travail, le manque d'espace, d'équipement spécifique, la disponibilité du personnel soignant, le nombre de patients en attente ainsi que la sévérité de leurs symptômes sont des facteurs externes. Les interruptions fréquentes, le manque de temps et le manque de formation sont également importants:

- Les interruptions représentent les demandes d'autres patients, l'intervention dans la salle d'attente ou encore de nouveaux patients arrivants. Ces éléments ont conduit dans certaines circonstances au manque d'informations sur les patients (Chung, 2005). L'importance des interruptions est partagée avec d'autres études dans la littérature (Crouch et Dale, 1994, Geraci et Geraci, 1994 et Gerdtz et Bucknall, 2001).
- Lorsqu'il y a une contrainte de temps, les infirmières expliquent qu'il est plus difficile de prendre une décision. Pour elles, c'est un facteur déterminant (Chung, *ibid*). C'est dommage car les infirmières sont en générale plus familières avec les patients que le reste du personnel soignant et sont par conséquent capables de détecter de petits changements qui précèdent une détérioration clinique mais cela si elles ont du temps (Cioffi, 2000).
- La prise de décisions pour les participantes est facilitée par la formation. Deux infirmières ont relevé l'importance des compétences pour les aider à recueillir une information beaucoup plus précise au cours de l'évaluation du triage. Quatre infirmières ont relevé le fait que la mise à jour des connaissances médicales pourrait les aider à évaluer efficacement les signes et les symptômes

des patients. Pour terminer, trois soignantes ont mentionné qu'un feedback constructif ainsi que les conseils des collègues sont des éléments qui les ont aidés (Chung, 2005).

Selon Gillepsie & Peterson (2009), on retrouve différents niveaux dans les facteurs externes en lien avec le contexte :

- micro : la relation patient-soignant ;
- méso : l'unité de soins, l'institution ;
- macro : la société, le gouvernement et la profession.

Chaque niveau inclut potentiellement des facteurs sociaux, culturels, politiques, idéologiques, économiques, historiques, temporels et physiques.

5.2.3 LES FACTEURS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

L'état clinique des patients (couleur, agitation, mauvaises sensations ressenties par les patients, observations), les antécédents cliniques, les différents examens, les tests utilisés sous forme d'évaluation pour donner par la suite un ordre de priorité sont des facteurs cliniques. Ces caractéristiques ne sont pas nécessairement utilisées de manière indépendante mais sont généralement combinées.

5.2.4 D'AUTRES FACTEURS

5.2.4.1 Prise en charge des enfants

Certaines infirmières donnent la priorité aux enfants. Elles disent que sinon le stress psychologique aggrave les conditions dans la salle d'attente (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006).

Gerdtz & Bucknall, (2000) relèvent que la décision de prélever du sang, mesurer le taux de glucose et effectuer un électrocardiogramme est moins susceptible d'être effectuée sur un enfant dans la zone de triage parce que les enfants nécessitent généralement plus de temps pour les procédures et impliquent généralement l'aide d'une autre infirmière.

5.2.4.2 *L'information*

L'expérience permet une meilleure utilisation de l'information dans la prise de décisions. Elle peut être collectée auprès de différents professionnels comme la police, les ambulanciers. Aussi, l'information donnée par les patients est importante pour la prise de décisions. Cependant, elle n'est pas toujours précise (Chung, 2005).

Les indicateurs que les infirmières utilisent pour reconnaître les patients sont des éléments primordiaux. Les informations sont subjectives, parfois considérées comme intuitives et expérimentales et peuvent être sous estimées par les infirmières et médecins. Ainsi, cela a des conséquences sur les patients. C'est pourquoi, ces informations, lors de décisions cliniques complexes, doivent être reconnus (Cioffi, 2000).

Le processus utilisé pour recueillir et interpréter l'information concernant les patients consiste à toucher, regarder, écouter, sentir ainsi que savoir (Cioffi, *ibid*).

Dans une méta-analyse d'environ 200 études, on retrouve fréquemment des théories psychologiques ou heuristiques pour traiter l'information. Tanner (2006) a identifié les limites de ces théories. Les soins infirmiers lors de la prise de décisions sont réduits à la résolution de problèmes linéaires, ce qui limite cette théorie. On ne prend pas en considération la nature complexe et contextuelle de ce que les infirmières font dans leur pratique quotidienne.

5.3 MOYENS MIS EN PLACE POUR FAIRE FACE AUX FACTEURS INFLUENÇANT

De nombreux éléments sont conseillés pour améliorer la prise de décisions des infirmières au tri des urgences. La majorité des études donnent des pistes d'actions pour le futur. Un élément fondamental revenant plusieurs fois est l'enseignement spécifique.

5.3.1 *PROGRAMME D'ÉDUCATION PARTICULIER*

Un programme d'éducation de triage devrait contenir des articles concernant le domaine du cognitif et de la psychomotricité. Dans le domaine psychomoteur, ont été classées des compétences pour l'évaluation des enfants, de la communication, de la négociation et l'évaluation de patients ayant des problèmes de santé mentale. Pour le domaine cognitif, ils ont inclus les implications juridiques, le triage de codage et le système de

classification. La prise de décisions devrait être également enseignée aux infirmières (McNally, 1996).

De nombreux enseignements sur le triage, sur la compréhension des relations entre les décisions cliniques, les connaissances et sur l'expérience sont essentiels à une évaluation rigoureuse tout comme le développement d'une approche globale de triage.

Les infirmières exigent une connaissance approfondie et la maîtrise de l'heuristique pour assurer des jugements précis pour leurs patients. Par conséquent, les programmes d'enseignement doivent traiter cet aspect de prise de décisions cliniques (Cioffi, 2000).

Cela améliorerait pour les infirmières de triage, l'évaluation des patients notamment ceux en santé mentale, cela diminuerait le temps d'attente, le temps de transit et améliorerait la cohérence lors des décisions prises et enfin, réduirait les traitements (Considine, Botti & Thomas (2007).

Dans l'étude de McNally, (1996), les infirmières devaient indiquer parmi trois méthodes laquelle était la plus adaptée pour développer son expertise du triage. Les 3 options étaient : un programme éducationnel de triage, l'exposition répétée de cas cliniques et une combinaison des deux. L'option qui a été la plus relevée est le programme éducationnel de triage suivi de l'exposition répétée de cas cliniques et pour terminer l'option intégrant les deux.

5.3.2 ACQUISITION DE COMPÉTENCES

On remarque que l'acquisition de connaissances est importante mais l'acquisition de compétences est fondamentale (Cioffi, 1999).

En ce qui concerne la recherche mondiale actuelle sur le triage, il demeure encore une incertitude concernant les compétences importantes pour les infirmières lors du triage. Les études futures devraient se concentrer sur les facteurs individuels et contextuels lors du triage ainsi que sur l'impact de l'éducation sur ce processus de prise de décisions (Göransson, Ehnfors, Fonteyn & Ehrenberg, 2007).

L'utilisation de règles de décisions utilisées par le personnel de triage expérimenté peut favoriser le développement des compétences des infirmières novices de triage (Cioffi, 1999).

5.3.3 RÉFLEXION, PENSÉE À HAUTE VOIX

La réflexion sur sa pratique professionnelle est fondamentale, cela représente une auto responsabilisation. Elle permet une vision de sa compréhension personnelle. On prend ainsi conscience de ses croyances, de ses frustrations personnelles et professionnelles face à la pratique infirmière (McBrien, 2007).

La réflexion critique dans les processus de décision clinique aide les infirmières à identifier et à contester les hypothèses, les valeurs et les croyances dans une situation donnée et dans un contexte spécifique (Gillepsie & Peterson, 2009).

L'utilisation de simulations « penser à haute voix », la réflexion et l'incorporation des règles de décision sont de bons moyens d'apprentissage pour les infirmières novices. Elles développent des compétences plus rapidement et deviennent plus efficaces dans la prise de décisions cliniques (Cioffi, 1999).

La verbalisation du processus de prise de décisions permet une plus grande prise de conscience, de la perspicacité ainsi que de la réflexion (Cioffi, 2004).

Le niveau de confort avec le « la penser à haute voix » à la fin de chaque évaluation a été très apprécié par les soignants à 67.5% (Cioffi, 2004).

Les résultats montrent que les infirmières ont utilisé un répertoire de stratégies de pensée en raisonnant au cours du processus de triage. Elles ont structuré l'information de plusieurs manières afin d'arriver à une décision de triage. Elles vont de la recherche d'informations aux hypothèses ainsi qu'aux propositions. Elles structurent le processus de triage de plusieurs façons, en commençant par la collecte de données, les hypothèses puis l'attribution des cotes d'évaluation (Göransson, Ehnfors, Fonteyn & Ehrenberg, 2007).

L'utilisation de multiples stratégies de la pensée au cours du triage indique qu'il s'agit d'une tâche complexe qui nécessite de nombreuses actions cognitives. Au cours du triage, l'infirmière évalue le patient pour déterminer le degré de l'urgence. Pour ce faire, l'infirmière de triage doit recueillir des données en posant des questions, en mesurant des paramètres physiologiques ce qui lui permettra d'attribuer une cote au patient (Göransson & all., *ibid*).

Le « penser tout haut » est une méthode de recherche qui tente de saisir et de révéler le contenu de la mémoire à court terme par la personne lors de la résolution de problèmes.

La méthode est souvent réalisée en utilisant des scénarios du patient ou avec de vrais patients. « Les infirmières se penchent sur une méthode hypothético-déductive au cours du triage dans leur prise de décisions. Cet aspect a été confirmé lors de cette étude » (Lyneham, 1998 cité par Göransson et al., 2007).

5.4 PROPOSITIONS DES AUTEURS POUR DE FUTURES RECHERCHES

Les recherches futures devraient impliquer l'impact des interventions infirmières de triage en lien avec la satisfaction des patients (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Un examen plus poussé lors du processus de prise de décisions du triage devrait se produire. On devrait avoir une attention toute particulière quant au rôle des expériences passées dans le triage, au fait de reporter des jugements, au développement des règles de prise de décisions pour les infirmières (Cioffi, 2004).

Il est primordial de connaître le processus de prise de décisions lors du triage pour développer une compréhension de l'information clinique essentielle à la catégorisation des patients se présentant aux urgences (Cioffi, 1999). Les expériences passées, la connaissance du patient ainsi que des schémas de progrès ont également été utilisés pour reconnaître les patients (Cioffi, 2000).

On devrait aussi faire une évaluation des lignes directrices de la pratique pour faciliter le processus de prise de décisions. Un élément principal est alors d'aiguiller le triage (32%) (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Les résultats seront mis en lien avec les différents cadres théoriques ainsi que le cadre de référence cités-ci-dessus. Le caractère de ceux-ci ainsi que des recherches seront explicités dans la discussion.

6 DISCUSSION

Dans ce chapitre, la qualité de la méthodologie des différentes recherches et apprentissages méthodologiques sera évaluée. Les résultats nommés précédemment permettent de répondre à la question de recherche et d'apporter de nouveaux éléments à la pratique professionnelle. Par la suite, les éléments seront mis en lien avec les différents concepts théoriques explicités ci-dessus (l'infirmière d'accueil et d'orientation, les prises de décisions, le triage des patients, un service d'urgences somatiques).

6.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS DES DIVERSES ÉTUDES

Seize documents pertinents ont été analysés lors de cette revue de littérature soit dix recherches et six articles. J'ai retenu :

- L'article de Billay, Myrick, Luhanga & Yonge (2007) puisqu'il amène des connaissances intuitives et établit les liens depuis le débutant jusqu'au praticien expert.
- L'article de Considine, Botti & Thomas (2007) qui relève l'importance des connaissances ainsi que l'expérience. Les auteurs citent ce qu'un programme d'enseignement devrait contenir.
- L'article de Gillespie & Peterson (2009) qui explicite un cadre en soins infirmier pour les infirmières débutantes basé sur le model de Tanner.
- L'article de McBrien (2007) qui examine de façon critique un incident de la pratique professionnelle et montre comment la réflexion aide au développement personnel et professionnel.
- L'article de Cioffi (1999) nomme les éléments à prendre en consideration lors de la prise de décisions des infirmières au tri des urgences.
- L'article de Wolf (2009) qui cite les notions fondamentales lors de la prise de décisions des infirmières comme le contexte.

Ces articles complètent les données des recherches et apportent de nouveaux éléments primordiaux à la revue de littérature. Par conséquent, ils sont inclus au travail même s'ils ne détiennent pas les critères de scientificité. Aussi, il était impossible d'avoir accès à d'autres études.

Si l'on revient maintenant aux recherches, celle de Hamers (1994) représente une revue de littérature. En tout, deux recherches ont présenté un modèle d'étude quantitatif et sept un modèle qualitatif. Dans le domaine de la recherche sur les facteurs qui influencent le tri des infirmières aux urgences, on retrouve une majorité d'études qualitatives. En analysant plus finement l'échantillon de population (1585 infirmières), on remarque que pour les études quantitatives, c'est un total de 70 infirmières qui ont été interrogées. Pour les études qualitatives, le total d'infirmières questionnées est de 380. Pour les articles, cela représente 1007 infirmières. Enfin, la revue de littérature a un échantillonnage de 128 infirmières.

Les études retenues pour l'élaboration de ce travail s'établissent sur une période de quinze ans ; la plus récente date de 2009, la plus ancienne de 1994. Cette dernière comme revue de littérature (Hamers, Huijer Abu-Saad & Halfens, 1994) est enrichissante. Elle permet de voir qu'il y a déjà quinze ans, on se questionnait sur les facteurs influençant les prises de décisions. On avait alors remarqué que deux infirmières lors de situations semblables pouvaient prendre en charge le même patient de manière différente. Il est intéressant de voir qu'en 2009 on insiste toujours sur la cohérence du triage et notamment sur les éléments perturbateurs de celui-ci.

Toutes les études ne relèvent pas que l'expérience influence fondamentalement la prise de décisions. Les auteurs LeVasseur, Considine, Charles, Castle, Villanueva, Fernandes, Wuerz, Clark, Djurdjev, Smart, Pollard, Walpole dans l'étude de Considine, Botti & Thomas (2007) soulèvent que les connaissances et la formation influencent davantage la prise de décision de l'infirmière au tri des urgences.

Malgré l'énoncé de la question de recherche, toutes les études ne traitaient pas exclusivement des urgences somatiques. Certaines ont fait des liens avec les urgences psychiatriques et d'autres des liens avec les urgences pédiatriques pour étayer leur développement sur les facteurs influençant la prise de décision des infirmières aux services des urgences somatiques.

L'exemple d'enfants pour nommer les facteurs influençant le tri des infirmières aux services des urgences a été soulevé. Andersson, Omberg & Svedlund (2006) dans leur étude explique le côté humain tandis que Gerdtz & Bucknall (2000) relève le facteur du temps qui est plus important lors de la prise en charge d'un enfant.

Chung (2005) & Considine, Botti, Thomas (2007) lors de leurs études, établissent des liens avec la psychiatrie. Cet élément est mis en lien avec l'incertitude que peut avoir l'infirmière au tri des urgences et le fait qu'un enseignement spécifique améliore l'évaluation des patients avec des problèmes en santé mentale. Ces deux études sont fondamentales car actuellement tous les services d'urgences n'ont pas de services annexes d'urgences psychiatriques ou pédiatriques.

Gerdtz, Chu, Collins, Considine, Crellin, Sands, Stewart, Pollock (2009) relèvent l'importance de travailler davantage sur la cohérence du triage. Il y a encore de grosses difficultés lors du triage des urgences en santé mentale et celles se présentant pour des problèmes liés à la grossesse.

Néanmoins, très peu de recherches ont été plus loin que la recommandation de mesures à prendre. Il pourrait être enrichissant que les auteurs ayant apporté celles-ci fassent de nouvelles études pour évaluer ces mesures ainsi que leur efficacité lors de la prise en charge quotidienne.

Par la suite, les liens avec les cadres de références sont exposés:

6.2 LIEN AVEC LE CADRE DE RÉFÉRENCE, JUGEMENT CLINIQUE

Le jugement clinique est au centre des soins infirmiers. Il peut très vite influencer l'état du patient comme les décisions prises par les collègues. On voit que dans une même situation les infirmières peuvent prendre en charge le patient de manière très différente (Hamers, Huijer Abu-Saad & Halfens, 1994). Pour Phaneuf, 2008 : « la réunion des résultats d'observation, leur regroupement logique et leur identification à la suite d'un raisonnement sur leur origine, leur pertinence et leurs effets combinés aboutit à ce que l'infirmière prenne des décisions et effectue des soins adaptés » (p.2). En résumé, le processus de jugement clinique regroupe l'observation, le raisonnement, la pensée critique influencés par les connaissances et l'expérience. Le modèle de Tanner (Gillepsie & Peterson, 2009) explique le processus de manière semblable mais va plus loin ; il nomme 4 aspects :

- L'infirmière développe une perception de la situation. Celle-ci est influencée par les attentes, elles-mêmes influencées par les antécédents de l'infirmière, la relation avec le patient et le contexte clinique.
- Elle interprète les données disponibles.
- Elle détermine un plan d'action approprié.
- Elle développe une réflexion face aux comportements du patient lors des interventions et face à la situation dans son ensemble.

On peut aussi davantage se pencher sur les hypothèses avec le modèle de traitement de l'information qui distingue quatre stades au processus de raisonnement et prise de décisions : l'acquisition de repères, le fait de générer des hypothèses, l'interprétation des hypothèses et l'évaluation des hypothèses (Elstein et autres, 1978; Elstein & Bordage, 1988). Aussi, pour Gillespie & Peterson, 2009 le processus de prise de décision inclut des repères (observations, intuition), des jugements (que pourrait-il se passer ?), des décisions et pour terminer l'évaluation des résultats. Différents éléments peuvent également influencer les prises de décisions: le problème (indices), celui qui prend la décision (son expérience, ses connaissances ainsi que sa variabilité personnelle) et la discipline.

Pour Phaneuf, 2008, lors du jugement clinique, il y a :

- Les connaissances théoriques

Les connaissances nécessaires à la pratique des soins infirmiers sont intégrées dans les décisions prises par les infirmières jour après jour. Aussi, elles permettent un triage rapide des patients dans un service d'urgences. Pour Gillespie & Peterson (2009), en ce qui concerne les connaissances de base, on retrouve les connaissances de la profession, de soi, du cas (physiopathologie), du patient ou client (traitement, données personnelles), de la personne (expériences passées face à la maladie).

- Une certaine expérience clinique

Plusieurs professionnels de la santé reconnaissent que la prise de décisions lors du triage requiert de la pratique. Beaucoup relient leurs processus décisionnels à leurs expériences acquises. Ils se sentent davantage confiants, recueillent plus d'informations, verbalisent plus et donnent de meilleures estimations. On remarque également que les infirmières utilisent les discussions avec les pairs pour développer leurs compétences lors du triage. Toutefois, plusieurs auteurs ne partagent pas cet avis (Cioffi, 2004).

- Une capacité rigoureuse d'observation

Il est nécessaire de prendre en considération l'état clinique des patients (couleur, agitation, mauvaises sensations ressenties par les patients).

- Le développement de la pensée critique

Les expériences vécues par les professionnels des soins montrent l'utilisation de l'heuristique ; une manière de trouver la solution optimale en procédant par

élimination progressive. Cela revient à réunir des renseignements, utiliser son raisonnement pour les interpréter et sa pensée critique pour distinguer les différentes hypothèses possibles pour ensuite faire une déduction logique et identifier le problème (Phaneuf, 2008).

- Le respect des standards de qualité de soins

On remarque que le débutant utilise les procédures et protocoles pour déterminer les actions cliniques nécessaires. Il rencontre des difficultés lorsqu'il perd le contrôle de l'environnement de travail. Néanmoins, 45,6% prennent leurs décisions en combinaison leur propre évaluation et l'aide de protocoles (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Néanmoins, le jugement clinique exige aussi une bonne capacité de raisonnement sur la réalité observée, une confiance en soi, en ses connaissances, une capacité à oser et l'acceptation des responsabilités inhérentes au jugement clinique puisqu'il conduit à la prise de décisions. Ces éléments n'ont pas été développés dans les documents analysés. Toutefois d'autres sont apparus qui ne sont pas décrits dans le cadre de référence comme le fait d'être débutant ou expert, l'intuition, l'information, l'incertitude, les interruptions fréquentes, les contraintes de temps, le manque de formation, les antécédents cliniques, les différents examens et tests réalisés ainsi que la prise en charge des enfants.

Ces innombrables définitions et théories du jugement clinique relève la complexité des prises de décisions. Toutes détiennent de bons éléments à prendre en considération. Toutefois, il convient d'utiliser une posture réflexive afin de développer cette thématique qui est essentielle à l'exercice de notre profession.

6.3 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Les résultats obtenus ont permis de relever plusieurs éléments en lien avec la question de recherche : « Quels sont les éléments qui influencent l'infirmière IAO dans sa prise de décisions lors du triage des patients dans un contexte d'un service d'urgences somatiques et comment peuvent-ils être modulés afin que la prise en soins soit optimale ? »

L'infirmière doit prendre en considération le processus de prise de décision qui est au cœur de sa profession. Pour se faire, le cadre de référence du jugement clinique par son

observation, son raisonnement et sa pensée critique peut l'aider. Toutefois, la littérature relève d'autres théories comme le modèle de traitement de l'information, le modèle de Tanner, le modèle de Gillespie & Peterson qui inclut des repères, des jugements, des décisions et pour terminer l'évaluation des résultats.

Si on prend les éléments influençant les prises de décisions, on retrouve :

- L'expérience qui requiert de la pratique mais qui permet une sécurité, une meilleure confiance en soi, un meilleur jugement clinique.
- Les connaissances qui ont un effet bénéfique sur la pris de décisions des infirmières.
- Le fait d'être débutant ou expert amène à suivre ou non les procédures et protocoles et détermine une habilité à lire les situations, percevoir les changements, anticiper, agir avec intuition et sans perdre de temps.
- L'information donnée par les patients est importante mais pas toujours précise. Il faut être attentif aux types d'informations parfois subjectives.
- L'intuition fait partie intégrante de l'information à prendre lors de la prise de décisions. Elle distingue aussi le novice de l'expert.
- La variabilité personnelle inclut la perception (état physique, mental, préjugés, valeurs quant à l'âge, sexe, religion etc) ainsi que la communication.
- L'incertitude est influencée par une reponsabilité juridique pas claire du rôle de l'infirmière au tri des urgences (Billay et al., 2007).
- La discipline met des limites et détermine le domaine dans lequel les décisions doivent être décidées.
- La prise en charge des enfants peut être plus rapide puisqu'elle influence le climat de la salle d'attente. Cependant, les enfants nécessitent fréquemment deux infirmières. Cela peut alors avoir une influence sur les différents examens demandés.
- Les interruptions fréquentes amènent l'infirmière à manquer d'informations sur les patients.
- Les contraintes de temps amènent à la complexité des situations et au risque d'erreurs.
- Le manque de formation pose des difficultés lors du recueil de l'information, de l'évaluation des signes et symptômes des patients.
- L'état clinique des patients avec leurs antécédents cliniques, les différents examens et les tests utilisés qui sont généralement combinés.

Au niveau des moyens à mettre en place contre ces éléments posant des difficultés lors de la prise de décisions des infirmières d'accueil et d'orientation au tri des urgences la littérature relève :

- Des programmes d'enseignement qui contiendraient des articles concernant le domaine du cognitif et de la psychomotricité. Pour le domaine du psychomoteur, il serait bien de travailler des compétences pour l'évaluation des enfants, d'avoir des cours sur la communication, la négociation et l'évaluation de patients ayant des problèmes de santé mentale. Pour le domaine cognitif, cela serait des cours sur les implications juridiques, le triage de codage, le système de classification. La prise de décision devrait être aussi un cours enseigné (McNally, 1996). Enfin, un cours sur l'intuition pourrait aider à avoir des jugements précis.
- L'utilisation de règles de décisions lors du triage pour mieux acquérir les connaissances et les compétences.
- La réflexion par la « pensée à haute voix » qui est une auto-responsabilisation et qui permet la compréhension individuelle.

6.4 PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Il est important que l'infirmière connaisse le processus de prise de décisions ainsi que les différents facteurs qui l'influencent. Ainsi, elle est en mesure d'évaluer les signes et de reconnaître quand ceux-ci apparaissent pour agir. En utilisant les moyens cités ci-dessus, le tri des urgences sera plus adéquat. Les infirmières novices développeront rapidement des compétences. Elles se sentiront également davantage encadrées. Les autres infirmières avec de l'expérience prendront en considération le fait que ce processus demande du temps. Par conséquent, il y aura une amélioration de la prise en charge des patients aux bons moments, au bon endroit et par les bonnes personnes. La prise en charge médicale sera plus adaptée et tout le monde sera satisfait tant le personnel que les patients.

Actuellement, énormément de recherches existent sur le processus de tri des urgences. Pourtant, encore peu d'études traitent des facteurs influençant les prises de décisions des infirmières au tri des urgences et des moyens pour y faire face.

6.5 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Du point de vue de la méthodologie, la majorité des études retenues sont de bonne qualité. Cependant dans la recherche de Billay, Myrick, Luhanga, Yonge (2007), celle de Cioffi (1999) & celle de Wolf (2009) les différentes étapes comme la conclusion et la discussion ne sont pas décrites de manière claire et distincte. Cependant, toutes les données sont présentes et pertinentes, elles ont donc toutes été retenues. Seule celle de Wolf (2009) concernant les caractéristiques que l'infirmière doit avoir au tri des urgences n'est pas de bonne qualité méthodologique. Elle a toutefois été utilisée pour le travail puisqu'elle a permis la découverte d'autres facteurs influençant la prise de décisions de l'infirmière au tri des urgences.

Parmi les points positifs, si on prend la totalité des articles de recherche, on remarque que les points clés relevés dans ceux-ci sont très souvent identiques même s'ils proviennent de différents pays (Colombie, Suède, Hollande, Canada, Angleterre, Australie & Irlande). Toutefois, même si les points sont semblables dans toutes les études, les auteurs LeVasseur, Considine, Charles, Castle, Villanueva, Fernandes, Wuerz, Clark, Djurdjev, Smart, Pollard, Walpole dans l'étude de Considine, Botti & Thomas (2007) ne relèvent pas l'expérience comme point prioritaire lors de la prise de décisions mais plutôt les connaissances et la formation.

Cette revue de littérature représente une première expérience dans le domaine de la recherche. Parfois, des difficultés ont été rencontrées lors de la traduction des recherches, lors de l'interprétation des résultats ou lors de la méthodologie. Il est alors possible de rencontrer quelques erreurs.

7 CONCLUSION

Cette revue de littérature fait prendre conscience des difficultés à prendre des décisions lors du triage des patients dans un service d'urgences somatiques. Ce n'est pas parce qu'une échelle de triage existe que le tri est un acte aisé. On remarque que différents facteurs interviennent et posent obstacle comme le manque de temps ou de formation, les interruptions fréquentes ou le fait d'être novice ou expert.

Pour agir sur ces différents éléments, la littérature nous donne des pistes d'action comme les programmes d'enseignement éducatif, l'acquisition de connaissances et de compétences ainsi que la réflexion par la « pensée à haute voix ». Le cadre de référence nous aide également à prendre des décisions adaptées par l'observation, le raisonnement et la pensée critique influencée par les connaissances et l'expérience.

Ainsi, pour une meilleure gestion et prise en soins des patients, chaque soignant devrait être conscient des éléments qui posent problème ou aident lors des prises de décisions au triage des urgences.

L'élaboration de cette revue de littérature aura permis d'aborder la thématique de la recherche en science infirmière. Aujourd'hui, l'importance de celle-ci dans notre pratique quotidienne est plus claire. Elle permet d'avancer dans les services et d'atteindre d'énormes progrès. Si ce travail permet la réflexion sur les éléments qui posent difficultés lors des prises de décisions des infirmières aux urgences alors le but de ce travail sera atteint.

8 ANNEXES

8.1 ANNEXE 1 : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

Pour clore cet écrit, je déclare avoir réalisé ce travail moi-même et respecté les normes et consignes lors de l'élaboration de cette revue de littérature. Les références utilisées durant ce travail sont nommées et identifiées.

Elsa Geinoz

8.2 ANNEXE 2 : GRILLES DE LECTURE

Bibliographie	Andersson, A-K., Omberg M. & Svedlund M. (2006). Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. <i>Journal compilation</i> , 3, 136-145.
Type d'étude	Etude qualitative phénoménologique
Questions/But	L'objectif de cette étude est de décrire comment agissent les infirmières de triage lorsque les patients arrivent aux urgences d'un hôpital du comté, situé dans une zone rurale de la Suède. Elle vise aussi à mettre en évidence les facteurs pris en considération pour donner des priorités, en relation avec les prises de décisions des infirmières.
Méthode	La méthode utilisée a été l'observation de 19 infirmières, avec un minimum de perturbations dans leur travail de triage, suivie par un court entretien enregistré, au cours duquel les infirmières ont été invitées à réfléchir sur leurs décisions de priorités.
Résultats	Les résultats ont été divisés en deux zones, les facteurs internes et facteurs externes. Les facteurs internes reflètent les compétences infirmières et leurs capacités personnelles. Les facteurs externes reflètent l'environnement de travail, notamment les dispositions lourdes de charges de travail. Ils devraient toujours être perçus et pris en considération. L'utilisation de ces facteurs de base, l'état clinique des patients, les antécédents cliniques, les différents examens et les tests utilisés sous forme d'une évaluation, donne par la suite les résultats dans un ordre de priorité.
Discussion/Conclusion	Les infirmières sont entraînées dans un esprit humain. Elles pensent fréquemment que cela est difficile de s'arrêter aux facteurs cliniques pour prendre des décisions. Plusieurs infirmières donnent la priorité aux enfants. Elles disent que sinon le stress psychologique aggrave leurs

	<p>conditions.</p> <p>Il faut aussi noter que le tri n'est pas sans frictions dans l'équipe.</p> <p>Dans cette étude, on relève aussi des différences considérables entre les différentes infirmières. Il est alors primordial de bénéficier de guidelines clairs.</p> <p>En conclusion, le triage est une activité complexe où de multiples facteurs interviennent.</p>
--	--

Bibliographie	<p>Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F. & Yonge, O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. <i>Nurs Forum</i>, 42 (3), 147-55.</p>
Type d'étude	Article
Questions/But	Explorer les connaissances intuitives dans le contexte de la pratique infirmière.
Méthode	<p>Cette étude a été élaborée par Benner, Tanner et Chesla. Ils ont utilisé un échantillon de 105 infirmières qui exercent dans des services d'adultes, de pédiatrie, de néonatalogie, de soins intensifs. Ceux-ci se situant dans huit hôpitaux de trois régions métropolitaines. Les données ont été récoltées par des entretiens de groupe (4 à 6 infirmières) ou tous les participants ont été interrogés. Les groupes ont été formés en fonction du niveau de la pratique attendue. Le premier groupe était des débutantes avancées, elles avaient une expérience de travail jusqu'à 6 mois. Ensuite, on retrouvait le groupe intermédiaire avec 2 ans d'expérience et enfin celui avec une expérience d'au moins 5 ans, les expertes.</p>
Résultats	<p>On retrouve 4 domaines de pratique des soins infirmiers allant du débutant avancé au praticien expert.</p> <p>Le débutant avancé utilise les procédures et protocoles pour déterminer les actions cliniques nécessaires. Ces praticiens ont des difficultés lorsqu'ils perdent le contrôle de leur environnement de travail. Ils sentent le danger. C'est</p>

	<p>pourquoi lorsque des situations cliniques complexes se produisent ils soulignent le manque de connaissances. L'enseignement de situations réelles ainsi que les actions des collègues ont aidé les praticiens débutants à avancer pour devenir praticien compétent.</p> <p>L'infirmière compétente est témoin du personnel soignant expérimenté (infirmières, médecins) faisant des erreurs dans l'évaluation ou les prescriptions. Par conséquent, celle-ci sent l'obligation d'en savoir plus sur les problèmes cliniques. De plus, elle voit la pertinence de l'évolution de la prise en charge des patients. Elle reconnaît les changements de situations nécessitant des actions de soins infirmiers autres que ceux prévus ou anticipés.</p> <p>L'infirmière performante quant à elle, a une forte capacité à lire la situation lorsque l'état du patient change ; elle anticipe.</p> <p>Pour terminer, l'infirmière experte sait et a de bonnes connaissances des situations cliniques. Elle démontre de l'intuition et agit sans perdre de temps. Elle se montre confiante (Benner et al., 1992 cité par Billay et al., 2007).</p>
Discussion/Conclusion	<p>L'examen et l'exploration de la connaissance intuitive des infirmières sont nécessaires. Au Québec, les infirmières doivent reconnaître l'intuition comme partie intégrante de l'information à prendre lors de la prise de décisions (Jambons, 2000, cité par Billay et al., 2007). La connaissance intuitive de l'infirmière joue un rôle majeur lors des soins prodigués aux patients.</p> <p>Le jugement intuitif est ce qui distingue le jugement d'un expert d'une décision qui pourrait être prise par un débutant ou une machine.</p>

Bibliographie	Chung, J-Y-M. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. <i>Accident and Emergency Nursing</i> . 13, 206-213.
Type d'étude	Etude qualitative descriptive
Question/But	Explorer les expériences des infirmières des services d'urgences de Hong Kong lors de la prise de décision pendant le triage et comprendre quels éléments contextuels influencent leurs décisions d'orientation ?
Méthode	Sept infirmières expérimentées ayant travaillé dans trois départements différents d'urgence ont participé à l'étude. Toutes les participantes étaient des femmes. Le nombre moyen d'années d'expérience était de 9 ans et variait de 5 à 11 ans. Aucune des participantes n'avait une formation sur la prise de décision. Cependant, six avaient un baccalauréat en sciences infirmières et une avait une maîtrise en sciences infirmières. Des interviews non structurés ont été utilisés pour fournir aux infirmières la possibilité de décrire leurs expériences pratiques.
Résultats	Les résultats se répartissent en trois catégories soit : l'expérience dans la prise de décisions au triage, l'utilisation de l'information dans la prise de décisions ainsi que les facteurs qui influencent leur prise de décision au triage. Malgré l'expérience de triage qui a été habituellement positive, les infirmières se sentent frustrées dans certaines circonstances. Elles ont toutes exprimé avoir rencontré des difficultés dans leur prise de décisions à différents stades. Cependant, les infirmières plus expérimentées se sentent plus en confiance lors de prise de décisions. En ce qui concerne l'utilisation de l'information dans la prise de décisions, on retrouve l'expérience mais aussi celle venant d'autres professionnels de la santé comme les ambulanciers, la police etc. Cette étude montre qu'ils

n'influencent pas l'infirmière. Cependant, elles ont nommé le fait que l'information donnée par les patients a été importante pour la prise de décisions. Il faut néanmoins faire attention car certains patients ne donnent pas une information précise. L'intuition comme donnée subjective est aussi très utilisée lors de la prise de décisions.

Une série de facteurs ont influencé la prise de décisions de l'infirmière au tri dans la pratique au quotidien. Il s'agit des interruptions, des contraintes de temps et du manque de formation.

Les interruptions représentent les demandes d'autres patients, l'intervention dans la salle d'attente ou encore de nouveaux patients qui arrivaient. Ces éléments ont conduit dans certaines circonstances au manque d'informations sur les patients.

Pour les contraintes de temps, les infirmières trouvent que prendre une décision dans une courte période est très difficile. Elles disent que cela représente un facteur déterminant dans leur processus de décisions.

En ce qui concerne le manque de formation, toutes les participantes ont nommé ce fait comme un facteur essentiel pour faciliter la prise de décisions. Deux infirmières ont relevé l'importance des compétences pour les aider à recueillir une information beaucoup plus précise au cours de l'évaluation du triage. Quatre infirmières ont relevé le fait que la mise à jour des connaissances médicales pourrait les aider à évaluer efficacement les signes et les symptômes des patients. Pour terminer, trois soignantes ont mentionné qu'un feedback constructif ainsi que les conseils des collègues sont des éléments qui les ont aidées. C'est ainsi qu'à l'avenir elles traiteront des cas semblables d'une meilleure manière.

Discussion/Conclusion	<p>La prise de décision est une composante importante de l'art du triage. Ceci est également vrai dans d'autres domaines mais il existe certaines différences importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière du triage est séparée géographiquement du reste de l'équipe des urgences et ne peut donc pas prendre de décisions grâce aux inputs des collègues - L'infirmière du triage est seule responsable de fournir l'accueil/soins des patients présents dans le secteur d'attente en attendant que des ressources se libèrent - L'infirmière du triage peut également envoyer des patients non-urgents dans d'autres services. <p>L'infirmière du triage a une vue globale de la charge de travail à l'intérieur du service et joue un rôle principal dans le flux des patients à travers celui-ci.</p> <p>Aussi, les infirmières au triage ont mentionné l'incertitude quant à des patients atteints de symptômes borderline et lors de longues périodes d'attente. Ces questions n'ont pas été traitées dans les études précédentes. Pour diminuer l'incertitude, une responsabilité juridique claire du rôle de l'infirmière au tri doit être explicitée à celle-ci pour que son travail ne soit pas influencé par l'anxiété.</p> <p>La majorité des infirmières ont révélé que les expériences antérieures ont été un facteur important lors de leurs prises de décisions.</p> <p>De plus, elles utilisent l'intuition. Ce processus décisionnel subjectif est nommé l'heuristique. Plusieurs études ont signalé que les infirmières de triage, surtout celles ayant de l'expérience, utilisent ce processus.</p> <p>Les infirmières ont aussi explicité le fait que les interruptions étaient un problème fréquent qui les influençait dans leur prise de décision. Ce fait est partagé avec d'autres études dans la littérature (Crouch et Dale, 1994, Geraci et Geraci, 1994 et Gerdtz et Bucknall, 2001).</p>
-----------------------	---

Bibliographie	Cioffi, J. (2004). Decision making by emergency nurses in triage assessments. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 6, 184-191.
Type d'étude	Etude quantitative descriptive
Question/But	Décrire les aspects du processus de prise de décisions par des infirmières plus ou moins expérimentées afin de tester l'effet de l'incertitude sur les situations de triage.
Méthode	<p>Lors de cette étude, 6 situations basées sur des situations réelles de triage aux urgences ont été simulées aux sujets. Ainsi, la manière verbale de fonctionner des infirmières a été recueillie, transcrite puis analysée.</p> <p>L'échantillon était composé de 20 infirmières bénévoles qui se sont proposées des services d'urgences de différents hôpitaux (locaux, universitaires...).</p> <p>Chaque sujet a été interviewé de manière orale individuellement et enregistré.</p>
Résultats	<p>Lorsque les infirmières avaient un enseignement supérieur, l'incertitude dans les situations de triage se basait sur une probabilité de jugement.</p> <p>Les expériences passées ont été utilisées dans la prise de décisions. Dans 5 des 6 évaluations, certaines infirmières étaient en mesure d'indiquer le degré d'urgence du patient rien qu'à partir de leurs expériences passées.</p> <p>Le personnel infirmier expérimenté a recueilli plus d'informations sur le patient que les autres soignants dans quatre des évaluations de triage soit les étourdissements, la douleur thoracique, la douleur abdominale et la respiration sifflante.</p> <p>Les infirmières les plus expérimentées verbalisent plus que leurs collègues ayant moins d'expériences. Cependant, ceux-ci donnent davantage de probabilités.</p> <p>Les plus expérimentés ont établies ainsi de meilleures estimations.</p>

	<p>Il est aussi à souligner que le niveau de confort avec la « pensée à haute voix » utilisée à la fin de chaque évaluation a été très apprécié par les soignants à 67,5%.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Un examen plus poussé lors du processus de prise de décisions du triage devrait se produire. On devrait avoir une attention toute particulière quant au rôle des expériences passées dans le triage, au fait de porter des jugements, au développement des règles de prises de décisions pour les infirmières.</p> <p>Les facteurs contextuels comme la disponibilité du personnel soignant, le nombre de patients en attente et la sévérité de leurs symptômes influencent la prise de décisions des infirmières au triage.</p> <p>La verbalisation du processus de prise de décisions devrait permettre une plus grande prise de conscience, de la perspicacité ainsi que de la réflexion. Ainsi, cela améliore la qualité des soins. C'est pourquoi, il est nécessaire de se pencher sur ce processus de décisions.</p>

Bibliographie	Cioffi, J. (1999). Triage decision making : educational strategies. <i>Accident & Emergency Nursing</i> , 7, 106-111.
Type d'étude	Article
Question/But	Développer la prise de décision lors du triage
Méthode	Des simulations de triage développées à partir de « cas de triage réel » ont été utilisées pour que les infirmières puissent vivre le processus de prise de décisions. Ces simulations de triage sont accompagnées de protocoles verbaux, les soignants peuvent alors explorer leur a posteriori quant à leur prise de décision par la réflexion. On a récolté 6 cas de triage auprès de 12 infirmières expérimentées aux urgences.

Résultats	<p>Le triage des patients dans un service d'urgences demande des connaissances et de l'expérience pour prendre des décisions rapides. Plusieurs professionnels de la santé reconnaissent que la prise de décision lors du triage requiert de la pratique.</p> <p>Afin de s'améliorer dans le processus de prise de décisions, on peut utiliser la technique « penser à haute voix » qui favorise la réflexion.</p> <p>Il est primordial de connaître le processus de prise de décisions lors du triage pour développer une compréhension de l'information clinique ce qui est essentiel à la catégorisation des patients se présentant aux urgences.</p> <p>L'utilisation de règles de décisions utilisées par le personnel de triage expérimenté peut favoriser le développement des compétences des infirmières novices de triage.</p>
Discussion/Conclusion	<p>La prise de décisions devrait être enseignée aux infirmières.</p> <p>L'acquisition de connaissances est importante mais ce qui est fondamental c'est l'acquisition de compétences.</p> <p>L'utilisation de simulations pensées à haute voix, la réflexion et l'incorporation des règles de décision sont des bons moyens d'apprentissage réalistes pour les infirmières novices. Elles développent des compétences plus rapidement et deviennent plus efficaces dans la prise de décision clinique.</p>

Bibliographie	Cioffi, J. (2000). A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 38, 591-599.
Type d'étude	Etude descriptive qualitative
Questions/But	Décrire la dépendance des infirmières quant aux expériences passées et identifier les stratégies de jugement qui y sont associées (heuristique).

Méthode	<p>Cette étude décrit la prise de décisions des infirmières à appeler une équipe médicale d'urgence lors d'entretiens en lien avec leurs expériences passées. Les sites d'étude ont été quatre unités dans un hôpital d'enseignement et trois services dans un hôpital de la région. Les spécialités cliniques de ces services étaient : médecine, chirurgie, gynécologie, soins coronariens et orthopédie ainsi que tout ce qui est en rapport avec les problèmes rénaux. Ces zones faisaient appels régulièrement à une équipe médicale d'urgences. Les comités d'éthique institutionnels du service de santé de la région et de l'université ont approuvé l'étude. Les infirmières ont reçu des fiches d'information pour les inviter à participer à l'étude. Les participantes devaient être des infirmières ayant au moins cinq ans d'expérience et ayant dû appeler l'équipe médicale d'urgence. 32 infirmières ont été interviewées.</p> <p>Celles-ci ont été invitées à décrire leurs expériences lors de leurs appels à une équipe médicale d'urgence. Des entrevues ont été enregistrées pendant une durée d'environ 45mn.</p>
Résultats	<p>63% des infirmières interrogées ont décrit leurs processus décisionnel quant à leurs expériences acquises. Les 37% restants ne s'y réfèrent pas ouvertement lors de l'appel à une équipe médicale d'urgence.</p> <p>Les descriptions de l'utilisation des expériences passées montrent que les infirmières utilisent les quatre méthodes heuristiques classiques soit la représentativité, la disponibilité, l'ancrage et l'ajustement. L'heuristique de représentativité a été la plus utilisée. Les expériences passées associées aux différentes stratégies heuristiques montrent que les infirmières évaluent et jugent les patients en s'appuyant sur leurs expériences cliniques individuelles.</p>

Discussion/Conclusion	<p>En conclusion, les expériences passées sont intrinsèques à la prise de décision. Par conséquent, cela a des implications sur la partie clinique de la formation des infirmières et sur l'attribution/engagement de personnel par les administrateurs. Toutefois, certaines infirmières n'ont pas inclus de référence aux expériences passées en décrivant leur processus de prise de décision.</p> <p>Les infirmières exigent une connaissance approfondie et la maîtrise de l'heuristique pour assurer des jugements précis pour leurs patients. Par conséquent, les programmes d'enseignement doivent traiter cet aspect de prise de décisions cliniques. Ainsi, la qualité des soins ne pourra que s'améliorer davantage.</p>
-----------------------	---

Bibliographie	Cioffi, J. (2000). Recognition of patients who require emergency assistance: A descriptive study. <i>Heart & Lung : The journal of Acute and Critical Care</i> . 29,262-268.
Type d'étude	Etude qualitative phénoménologique exploratoire descriptive
Questions/But	Le but de cette étude est d'explorer et décrire les caractéristiques des patients qui inquiètent les infirmières lors du tri des urgences et relever les processus utilisés par celles-ci pour y faire face.
Méthode	Cette étude décrit la prise de décisions des infirmières à appeler une équipe médicale d'urgence lorsque la situation se péjore. Des entretiens pour enquêter sur l'utilisation de leurs expériences passées ont été établis. Les sites d'étude ont été quatre unités dans un hôpital d'enseignement et trois services dans un hôpital de la région de Sydney en Australie. Les spécialités cliniques de ces services étaient : médecine, chirurgie, gynécologie, soins coronariens et orthopédie ainsi que tout ce qui est en rapport avec les problèmes rénaux. Ces zones faisaient appel souvent à une équipe médicale d'urgences. Les comités d'éthique institutionnels du service

	<p>de santé de la région et de l'université ont approuvé l'étude.</p> <p>Les 32 infirmières ont reçu des fiches d'information pour les inviter à participer à l'étude. Les participantes devaient être des infirmières ayant au moins cinq ans d'expérience et avoir eu appelé l'équipe médicale d'urgence.</p> <p>Ceux-ci ont été invités à décrire leurs expériences lors de leurs appels à une équipe médicale d'urgence. Des entrevues ont été enregistrées pendant une durée d'environ 45mn.</p> <p>Les deux questions spécifiques de recherche sont : Quelles sont les caractéristiques des patients inquiétant sérieusement les infirmières ? Comment les infirmières reconnaissent les patients dont elles sont sérieusement inquiètes ?</p>
Résultats	<p>Cette étude démontre que les infirmières invoquent 4 caractéristiques lorsqu'elles sont « gravement préoccupées par un patient ». Celles-ci étant : la couleur du patient, l'agitation, le fait qu'il ne se sente pas bien ainsi que les observations. Ces caractéristiques ne sont pas nécessairement utilisées de manière indépendante mais sont généralement combinées.</p> <p>Le processus utilisé pour recueillir et interpréter l'information pour ces patients est : toucher, regarder, écouter, sentir ainsi que savoir.</p> <p>Les expériences passées, la connaissance du patient ainsi que des schémas de progrès ont également été utilisés pour reconnaître les patients.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Les infirmières sont en général plus familières avec les patients que le reste du personnel soignant parce qu'elles passent plus de temps avec eux. C'est pourquoi, elles sont capables de détecter de petits changements qui précèdent une détérioration clinique.</p> <p>Dans cette étude, les infirmières ont une expérience considérable acquise lors de leur pratique quotidienne. « Les connaissances nécessaires à la pratique des soins infirmiers</p>

	<p>sont intégrées dans les décisions prises par les infirmières jour après jour. Le fait d'utiliser le jugement clinique dans la pratique ne vient pas d'une connaissance objective mais de jugements intuitifs » (Benner, (s.d), cité par Cioffi Jane, 2000, p.267).</p> <p>En conclusion, les indicateurs que les infirmières utilisent pour reconnaître les patients sont des éléments primordiaux. Le type d'information est subjectif, parfois considéré comme intuitif et expérimental cependant, il peut être sous-estimé par les infirmières et médecins. Ainsi, cela a des conséquences sur les patients. C'est pourquoi, ce type d'information lors de décisions cliniques complexes doit être reconnu.</p>
--	---

Bibliographie	Considine, J., Botti, M. & Thomas, S. (2007). Do Knowledge and Experience Have Specific Roles in Triage Decision-making ? <i>Academic Emergency Medicine</i> , 14, 722-726.
Type d'étude	Article
Question/But	Evaluer la connaissance des faits et l'expérience dans la prise de décision lors du triage.
Méthode	<p>Les recherches ont été effectuées avec les moteurs de recherches Medline et Cinahl ainsi qu'avec des termes meshes. Une limite a été mise pour avoir uniquement des études en anglais. Le chef du projet a passé en revue chaque curriculum vitae et pris des documents de recherche uniquement spécifiques à la prise de décision lors du triage, à la connaissance ou aux effets des programmes d'éducation du triage sur les soignants ainsi que ceux traitant des infirmières avec de l'expérience aux urgences ou au triage. Au total, 8 études ont été prises en considération.</p> <p>Tous les articles cités dans cette revue ont été des documents de recherche ayant examiné la relation entre la prise de décisions lors du triage, la connaissance ou l'expérience des infirmières.</p>

<p>Résultats</p>	<p>Les auteurs (Smart, Pollard & Walpole, 1999) ont relevé qu'un enseignement spécifique pour les infirmières de triage améliore l'évaluation des patients en santé mentale, diminue le temps d'attente, diminue le temps de transit, améliore la cohérence lors des décisions prises et réduit les traitements.</p> <p>Les auteurs (Fernandes & al., ibid) nomme le fait que le personnel de triage ayant reçu huit heures de formation, huit heures de supervision pratique et ayant utilisé 5 scénarios écrits avaient un jugement prudent lors des décisions relatives aux admissions probables (0.452), pour les décisions d'urgences pour voir un médecin (0.563), pour le besoin de la radiologie ou du service laboratoire (0.491), pour les décisions relatives aux maladies ou blessures sévères (0.662) et pour les décisions concernant les surveillances cardiaque (0.755). Par la suite, 6 semaines plus tard, les 5 scénarios sont réapparues, le jugement est meilleur.</p> <p>Pour LeVasseur et al., (2001) un enseignement spécifique des infirmières de triage améliore leur jugement de 54,8% à 86,4%. A noter également que les infirmières partagent des prises de décisions semblables malgré des différences d'années d'expérience (Dilley & al., 1998). Toutefois pour Considine & al., (2001), il n'y a aucune relation significative entre les soins d'urgence, l'expérience du triage et la prise de décision lors de celui-ci.</p> <p>Les infirmières et les techniciens d'urgence qui pratiquent régulièrement le triage relèvent une faible fiabilité lors de celui-ci (0.347). On a alors par la suite réévalué cette fiabilité en utilisant les mêmes scénarios en format écrit présenté aux participants après quatre à six semaines. Celle-ci a alors montré un coefficient de corrélation allant de 0.145 à 0.554 (Wuerz & al., 1998).</p>
------------------	--

Discussion/Conclusion	<p>Les études de LeVasseur, Considine, Charles, Castle & Villanueva, 2006 cité par Considine et al., (2007), Fernandes, Wuerz, Clark & Djurdjev, 1999 cité par Considine et al., (2007), Smart, Pollard & Walpole, 1999 cité par Considine et al., (2007) ont montré que les connaissances ont un effet bénéfique sur la prise de décisions infirmières. On remarque notamment une amélioration notable dans le triage des situations de santé mentale (Smart et al., 1999 cité par Considine et al., 2007), (LeVasseur et al., 2006 cité par Considine et al., 2007). Ainsi, les connaissances jouent un rôle important dans la prise de décision lors du triage.</p> <p>Bien qu'un certain nombre d'études ait examiné le rôle de l'expérience comme une influence sur les décisions de triage, aucune n'a trouvé une relation significative entre l'expérience et la prise de décision de triage. Les connaissances de base semblent être plus importantes que des années d'expérience lors des prises de décision au triage des urgences. De nombreux programmes d'éducation sur le triage sur la compréhension des relations entre les décisions cliniques, les connaissances et sur l'expérience est essentielle à une évaluation rigoureuse.</p>
-----------------------	---

Bibliographie	Gerdtz, M. & Bucknall, T. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 18 (1), 24-33.
Type d'étude	Etude qualitative phénoménologique exploratoire
Question/But	<p>Les objectifs de cette étude étaient :</p> <p>Décrire le niveau d'engagement, l'expérience et le bagage des infirmières de triage des urgences dans l'État de Victoria en Australie.</p> <p>Décrire l'incidence de la prise de décision par le personnel de triage en ce qui concerne dix-huit décisions cliniques tirés</p>

	<p>de la pratique.</p> <p>Décrire le niveau d'autonomie du personnel par apport à ces dix-huit décisions cliniques.</p> <p>Explorer les caractéristiques démographiques des services de triage ainsi que la participation des infirmières de triage à la prise de décisions.</p> <p>Explorer la relation entre les niveaux d'autonomie du personnel de triage et leur participation lors de la prise de décision.</p>
Méthode	<p>Une méthode descriptive a été choisie pour faciliter la description de l'environnement de travail et une exploration de la fréquence des tâches de décision dans la pratique.</p> <p>Beanland et al (1999) utilisent des études de sondage comme méthode de recherche pour le recueil d'informations sur les caractéristiques des sujets, des groupes, des organisations et sur la fréquence de renouvellement d'un phénomène.</p> <p>Un sondage de 172 infirmières australiennes de triage a été entrepris. On a distribué un questionnaire divisé en 2 sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La première comprenait des questions sur les caractéristiques démographiques, sur le type de service d'urgences, sur le nombre d'heures de travail et sur les qualifications infirmières. - Le deuxième comprenait des questions sur les tâches effectuées par les infirmières, on évaluait aussi l'autonomie.
Résultats	<p>Lors du premier triage, les infirmières prennent fréquemment la décision de : évaluer les signes vitaux (95.9%), immobiliser un membre blessé (91.8%), réévaluer le patient dans la salle d'attente (81.2%), adresser le patient à un médecin généraliste (74.9%), consulter une unité d'hospitalisation (77.6%).</p> <p>Le deuxième triage relève l'incidence de la prise de</p>

décision. Les infirmières vont fréquemment: effectuer une analyse d'urine (92.4%), prendre le pouls (81.9%), effectuer une surveillance de la glycémie (73.1%), administrer du paracétamol à un enfant avec de la fièvre (71.4%), demander une radiographie pour une blessure d'un membre (54.6%), demander un plâtre (46.7%), administrer de l'oxygène (43.8%), donner de la réhydratation à un enfant (54.1%), administrer un médicament pour l'inhalation (33.9%), faire un électrocardiogramme (30.2%), faire une prise de sang (27.6%) et mettre une perfusion (24.3%).

L'analyse des données relève l'importance d'aiguiller le triage (32%). Cela implique : l'accès aux services de liaison psychiatrique (11,6%), les médicaments et les services de désintoxication à l'alcool (3,4%), faciliter l'accès aux services médicaux spécialisés (5,2%). D'autres éléments sont également importants comme : administrer une antalgie (4,7%), donner les premiers soins (15,6%), prévenir les interventions d'urgence (4,7%), pratiquer une évaluation physique (8,1%) et diriger la gestion des soins infirmiers en cours (12,2%).

Parmi les infirmières interrogées, 47,3% ont pris leurs propres décisions lors de l'évaluation du triage alors que 7% étaient dirigées par des protocoles ou lignes directrices. 45,6% ont pris les décisions en lien avec leurs propres évaluations ainsi qu'à l'aide de protocoles.

Par la suite, l'étude a analysé le degré d'autonomie lors de la prise de décisions au moment du premier et du second triage des urgences. L'analyse relève une grande variabilité de l'autonomie lors du deuxième triage.

Les infirmières ayant travaillé dans les zones rurales ou éloignées ont une participation accrue lors du processus décisionnel par rapport aux infirmières qui travaillent dans les régions métropolitaines dans trois des décisions

	<p>énumérées. Il s'agit notamment de la décision de prélever du sang pour les études en laboratoire, insérer un cathéter intraveineux et effectuer un électrocardiogramme. Aussi, dans les services d'urgence traitant plus de 30'000 patients par an, elles participent d'avantage au processus décisionnel que les infirmières travaillant dans les services traitant 10'000 à 30'000 patients par an ou moins de 10'000.</p> <p>Quatre décisions pour les infirmières du tri des urgences sont significatives dans cette recherche : effectuer un plâtre, effectuer une mesure de la glycémie, effectuer un électrocardiogramme et prélever du sang pour les études en laboratoire.</p> <p>En raison du petit nombre d'infirmières travaillant dans les services d'urgence privés (6,9%), aucune comparaison n'a été faite concernant la participation de ces infirmières dans la prise de décision par rapport aux infirmières du secteur public.</p>
Discussion/Conclusion	<p>La caractéristique la plus importante des résultats du sondage est le degré de variabilité identifiée dans le niveau d'éducation et de formation requis par les infirmières lors de leur rôle de triage. Plus de la moitié des infirmières qui ont assisté à cette étude ont travaillé dans des services d'urgence fournissant aucune formation spécifique de triage. Cette recherche s'appuie sur les travaux de Standen et Dilley (1998) qui ont également identifié des incohérences dans la formation des infirmières de triage travaillant dans les hôpitaux publics.</p> <p>Malgré ce résultat, une conclusion importante de l'étude est le nombre d'infirmières de triage ayant déclaré participer fréquemment aux prises de décisions lors de diagnostics complexes. Par exemple, les décisions de commencer la thérapie de réhydratation par voie orale chez l'enfant et ordonner des tests diagnostiques comme les rayons X.</p>

Parmi les infirmières interrogées, plus des deux tiers ont déclaré prendre ces décisions. Ces décisions posent des risques juridiques spécifiques pour l'infirmière de triage. Les risques pris par les infirmières lors de la prise de décisions sont importants à cause de leurs ressources limitées, du manque de temps et du peu de données concernant l'état du patient (Gerdtz et Bucknall, 1999). Les prises de décisions requièrent du temps, de l'espace et un équipement spécifique.

Il est intéressant de noter que près d'un tiers des infirmières qui travaillent dans les régions rurales ou éloignées ont travaillé dans les services sans une infirmière de triage désignée.

Cette étude relève aussi que la décision de prélever du sang, mesurer le taux de glucose et effectuer un électrocardiogramme est moins susceptible d'être effectuée sur un enfant dans la zone de triage. Les enfants nécessitent généralement plus de temps pour les procédures et impliquent généralement l'aide d'une autre infirmière ce qui pose souvent problèmes.

Les résultats de cette recherche montrent également que le travail des infirmières de triage n'a aucune instruction spécifique. Ces résultats soulignent la nécessité d'une évaluation des lignes directrices de la pratique et des programmes d'éducation.

Les caractéristiques démographiques et organisationnelles de l'environnement de travail ont peu d'impact sur les prises de décisions lors du premier triage.

Pour terminer, les recherches futures devraient impliquer l'impact des interventions infirmières de triage en lien avec la satisfaction des patients.

Bibliographie	Gerdtz, M-F., Chu, M., Collins, M., Considine, J., Crellin, D., Sands, N., Stewart, C. & Pollock, W-E. (2009). Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: Implications for guideline development. <i>Emergency Medicine Australasia</i> , 21, 277-285.
Type d'étude	Etude quantitative descriptive comparative : statistiques, analyse de variance.
Question/But	Examiner l'influence de l'infirmière quant au type de patient se présentant au triage des urgences en lien avec le « Australian Triage Scale ».
Méthode	<p>Les participants à cette étude étaient des infirmières ayant 5 ans au moins d'expérience de travail dans un service d'urgences, faisant au moins 1 rotation par semaine au triage et étant employées par un des 50 services d'urgence Australiens sélectionnés pour cette étude. Il y avait une infirmière par site.</p> <p>L'étude était divisée en deux parties. Une première concernant des données démographiques composée de 10 éléments : l'âge, le sexe, les heures de travail dans le service d'urgence et au triage, les qualifications, les années d'expérience (en tant qu'infirmière, aux urgences, au triage), la fonction au sein de l'établissement et le type d'hôpital. La deuxième partie comprenait 237 scénarios de triage sous forme de narration qui ne dépassait pas 10 lignes.</p> <p>L'enquête était fondée sur deux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le scénario comptait une sélection de communes et tenait compte de la présentation de la santé mentale, de la pédiatrie et de la grossesse. - Il comptait un nombre suffisant de cas dans chaque catégorie de l'urgence et demandait la présentation de celles-ci. <p>Pour l'analyse, l'étude a classé les facteurs influençant les prises de décisions lors du triage en quatre groupes : l'infirmière, le patient, les facteurs aidants la prise de décision</p>

	<p>comprenant la disponibilité, l'utilisation de lignes directrices cliniques et les outils de prise de décision.</p> <p>Le document « ATS Guidelines » actuel est basé sur des preuves solides étant donné que les indicateurs cliniques de chacun des 5 niveaux ont été élaborés depuis la pratique.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Dans l'étude actuelle, nous avons découvert de nombreuses incohérences de triage dans le domaine de la santé mentale et lors de problèmes liés à une grossesse. Les supports pour la prise de décisions en ce qui concerne le domaine de la santé mentale sont basés sur les opinions d'experts et sont couverts par les « ATS Guidelines » actuels. Il s'avère que plus de recherches seraient nécessaires en vue de développer et d'évaluer les outils de prise de décisions lors du triage d'urgences dans le domaine de la santé mentale. Lors de la présente étude, il a également été constaté que le niveau de concordance était plus bas de manière significative lors d'urgences liées à une grossesse. Etant donné la fréquence de ces cas et des risques inhérents au manque de triage de femmes enceintes, il est recommandé que les « ATS Guidelines » incorporent des critères spécifiques à ce groupe de patients. Il faut donc que des critères permettant un meilleur triage concernant ces deux groupes soient développés et intégrés dans les directives existantes.</p>
<p>Discussion/Conclusion</p>	<p>Il est à noter que les différences significatives dans la cohérence de triage pour la santé mentale et les présentations de la grossesse chez les infirmières de triage dans cette étude ont été identifiées à partir d'un échantillon national des infirmières. Elles ont en moyenne 10 ans d'expérience dans le triage.</p> <p>Les infirmières ont des difficultés à s'entendre sur la catégorisation de l'urgence pour la santé mentale et les présentations liées à la grossesse. Il faut ainsi travailler davantage pour améliorer la cohérence du triage.</p>

Bibliographie	Gillespie, M. & Peterson, B. (2009). Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions : The Situated Clinical Decision-Making Framework. <i>Nursing Education Perspectives</i> , 30 (3), 164-70.
Type d'étude	Article
Questions/But	Présenter un cadre en soins infirmiers à l'usage des infirmières novices pour soutenir le développement des processus de décisions cliniques.
Méthode	Différents chercheurs ont tenté d'identifier des modèles de prise de décision en soins infirmiers qui pourraient être utiles au développement des compétences. Dans une récente recherche d'environ 200 études, on retrouve fréquemment des théories psychologiques ou heuristiques pour traiter l'information. Tanner (2006) a identifié les limites de ces théories. La limitation principale est le fait que les soins infirmiers lors des prises de décisions sont limités à la résolution de problèmes linéaires. Cela dément alors la nature complexe et contextuelle de ce que les infirmières font dans leur pratique quotidienne.
Résultats	<p>Le modèle de Tanner explique le processus de jugement clinique par quatre aspects:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière développe une perception de la situation. Celle-ci est influencée par les attentes, elles-mêmes influencées par les antécédents de l'infirmière, la relation avec le patient et le contexte clinique - L'interprétation par les données disponibles - La détermination d'un plan d'action approprié - La réflexion face aux comportements du patient lors des interventions et la réflexion face à la situation dans son ensemble. <p>La prise de décision clinique intègre le contexte, les connaissances de base, le processus de prise de décision et le processus de pensée.</p>

	<p>On retrouve dans le contexte plusieurs facteurs qui influencent les décisions cliniques : au niveau micro (la relation patient-soignant), au niveau méso (l'unité de soins, l'institution) et au niveau macro (la société, le gouvernement et la profession). Chaque niveau inclut potentiellement des facteurs sociaux, culturels, politiques, idéologiques, économiques, historiques, temporels et physiques.</p> <p>En ce qui concerne les connaissances de base, on retrouve (les connaissances de la profession, de soi, du cas (physiopathologie etc), du patient ou client (traitement, données personnelles etc), de la personne (expériences passées face à la maladie).</p> <p>Le processus de prise de décision inclut des repères (observations, intuition etc), des jugements (que pourrait-il se passer ? etc), des décisions et pour terminer l'évaluation des résultats.</p> <p>La prise de décision clinique intègre aussi le processus de pensée. Celui-ci dit que la réflexion critique dans les processus de décision clinique aide les infirmières à identifier et à contester les hypothèses, les valeurs et les croyances dans une situation donnée compte tenu du contexte.</p>
Discussion/Conclusion	<p>L'environnement actuel des soins montre une augmentation des patients, une complexité importante, une plus grande charge de travail et des changements dans les prestations des soins. Il y a alors une diminution des ressources qui constitue un défi accru pour la prise de décisions par toutes les infirmières. Pour les soignants novices ce défi est encore plus grand. Le cadre concernant les décisions cliniques peut servir d'outil pour guider la pratique. Il aide à réfléchir sur l'efficacité du processus de prise de décisions et permet une compréhension de nombreuses composantes qui finissent par influencer la façon dont les décisions sont prises. Dans ce</p>

	<p>cadre, la nature complexe du processus de décision clinique est évidente. Il reconnaît par la réflexion la réalité clinique des soins infirmiers d'aujourd'hui. On y retrouve alors l'individualité des patients. Ainsi, en utilisant la pensée d'anticipation les infirmières se servent des connaissances de bases pour affronter les situations. Elles sont alors soutenues par des stratégies qui minimisent les influences contextuelles lors de leurs prises de décisions.</p> <p>Ce cadre peut être utilisé pour guider le choix des stratégies appropriées et pour évoluer dans son processus de prise de décisions. Il est destiné surtout aux infirmières novices mais chacun peut l'utiliser afin de s'améliorer.</p>
--	---

Bibliographie	Göransson, K-E., Ehnfors, M., Fonteyn, M-E. & Ehrenberg, A. (2007). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 61 (2), 163-172.
Type d'étude	Etude qualitative descriptive comparative
Questions/But	L'objectif de l'étude est de décrire et comparer les stratégies ainsi que les processus cognitifs utilisés lors du processus de triage par les infirmières avec une grande précision.
Méthode	Utilisation de la méthode de pensée à haute voix. Les données ont été recueillies en 2004-2005 à partir de 16 infirmières travaillant dans les services d'urgence Suédois qui avaient déjà participé à une étude sur l'exactitude du triage.
Résultats	Les résultats montrent que les infirmières ont utilisé un répertoire de stratégies de pensée en raisonnant au cours du processus de triage. Elles ont structuré l'information de plusieurs manières afin d'arriver à une décision de triage. Elles vont de la recherche d'informations aux hypothèses ainsi qu'aux propositions. Elles structurent le processus de triage de plusieurs façons, en commençant par la collecte de

	<p>données, les hypothèses puis l'attribution des cotes d'évaluation. Cependant, la comparaison de l'utilisation de stratégies de réflexion et de structuration du processus de triage en fonction de la précision de triage n'a montré que de petites différences.</p> <p>Le « penser tout haut » est une méthode de recherche qui tente de saisir et de révéler le contenu de la mémoire à court terme par la personne lors de la résolution de problèmes. La méthode est souvent réalisée en utilisant des scénarios du patient ou avec de vrais patients. Dans l'étude actuelle, les scénarios des patients ont été utilisés, afin de ne pas interférer avec la tâche de résolution de problèmes.</p>
Discussion/Conclusion	<p>L'utilisation de multiples stratégies de la pensée au cours du triage indique qu'il s'agit d'une tâche complexe qui nécessite de nombreuses actions cognitives. L'infirmière doit ainsi recueillir des données en posant des questions, et en mesurant des paramètres physiologiques ce qui lui permettra d'attribuer une cote au patient.</p> <p>« Les infirmières se penchent sur une méthode hypothético-déductive au cours du triage dans leur prise de décision. Cet aspect a été confirmé lors de cette étude » (Lyneham, 1998 cité par Göransson et al., 2007).</p> <p>Sur la base de la recherche mondiale actuelle sur le triage, il demeure encore une incertitude quant aux compétences importantes pour les infirmières lors du triage. Les études futures devraient se concentrer sur les facteurs individuels et contextuels lors du triage ainsi que l'impact de l'éducation sur ce processus de prise de décisions.</p>

Bibliographie	Hamers, J-P-H., Huijer Abu-Saad, H & Halfens, R-J-G. (1994). Diagnostic Process and Decision Making in Nursing: A Literature Review. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 10, 154-163.
Type d'étude	Revue de littérature
Questions/But	Revoir ce que l'on connaît déjà de la prise de décisions dans les soins et répondre à ces questions : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce que la prise de décisions et comment est-elle définie en général ? - Comment le processus de prise de décisions est-il décrit dans la littérature ? - Quels sont les facteurs qui influencent le processus de prise de décisions ? - Quelle est la recherche sur les prises de décisions dans les soins en lien avec les diagnostics et les interventions ?
Méthode	Une recherche de littérature a été élaborée pour commencer. Pour ce faire, la méthode informatique a été utilisée. Les experts de la prise de décisions ont recommandé par la suite du matériel de lecture supplémentaire. Ensuite, une recherche autonome a été réalisée. Elle a utilisé la Med-ligne (CD-ROM, 1984-B/1992), des références dans des livres et les articles ont été analysés.
Résultats	On utilise le terme " jugement clinique" pour décrire le processus de prise de décisions. Elstein & Bordage (1988) distinguent deux approches importantes dans la psychologie du raisonnement clinique : l'approche résolvant le problème et l'approche de jugement. Evans (1990) distingue des théories de raisonnement. Ces classifications sont un peu semblables mais montre la différence entre la manière dont les décisions sont prises, c'est-à-dire, le modèle de traitement de l'information et comment elles doivent être prises, c'est-à-dire, le modèle mathématique. Dans le modèle de traitement de l'information, un être humain est perçu comme un

système de résolution de celle-ci répondant à un problème. On dit que ce système se compose de deux parties à savoir, une mémoire à court terme et une mémoire à long terme. Ce modèle distingue quatre stades au processus de raisonnement et prise de décisions : l'acquisition de repères, le fait de générer des hypothèses, l'interprétation des hypothèses et l'évaluation des hypothèses (Elstein et autres, 1978; Elstein & Bordage, 1988). Lors de l'acquisition de repères, les données sont recueillies et les repères peuvent être obtenus par différentes méthodes. Lorsqu'il faut faire des hypothèses, on retrouve le fait qu'elles sont basées seulement sur quelques repères. Le nombre d'hypothèses varie entre quatre ou cinq et n'excède rarement six ou sept (Elstein et autres, 1978; Elstein & Bordage, 1988). Dans l'interprétation des hypothèses, les repères sont analysés selon deux points : ils confirment ou réfutent une hypothèse (Elstein & Bordage, 1988). Finalement, lors de l'évaluation des hypothèses le praticien doit arriver un jugement diagnostic.

La majorité des recherches sur la prise de décision dans les soins infirmiers semble se pencher davantage sur les étapes et stratégies dans le processus décisionnel ainsi que sur les facteurs influençant celle-ci. On retrouve dans les facteurs:

- Le problème (indices)

En ce qui concerne le problème, on remarque que plus la complexité est prononcée plus la prise de décision est difficile. Il y a alors un plus grand risque de prendre une décision incorrecte (Corcoran, 1986 cité dans Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Halfens, R.J.G, 1994).

Il est aussi important d'utiliser des données fiables et valides dans le traitement des situations. Un complément d'informations peut s'avérer nécessaire (Gordon, 1980).

	<p>- Celui qui prend la décision (son expérience, ses connaissances ainsi que sa variabilité personnelle)</p> <p>Pour ce qui est de l'infirmière, l'expérience est un facteur influençant sa prise de décisions. Des expériences passées sont stockées dans sa mémoire à long terme et ses expériences peuvent influencer le processus de prise de décisions. L'expérience parmi d'autres éléments distingue l'expert du novice (Benner, 1982). L'expérience influence surtout les hypothèses. Tanner (1984) nomme trois éléments : la fréquence des événements, la nouveauté des événements, la capacité de la mémoire. La tâche peut-être plus ou moins complexe en fonction de l'expérience. Un soignant novice va effectuer une collecte de données excessive (facteur de variabilité personnelle) qui peut augmenter la complexité de la tâche et influencer à son tour la prise de décision.</p> <p>Comme l'expérience, la connaissance influence aussi l'infirmière. Elle est également stockée dans la mémoire à long terme. La connaissance est une condition nécessaire pour toutes les étapes de la prise de décisions. Pour Carnevali (1984), « on ne peut pas diagnostiquer ce que l'on ne comprend pas » (p.32). La connaissance distingue également l'expert du novice.</p> <p>La variabilité personnelle peut également influencer toutes les étapes dans le processus de prise de décisions. Elle inclut la perception ainsi que la communication. L'état physique, mental et émotionnel au moment de la décision peut aussi modifier la prise de décisions (Carnevali, 1984). Les préjugés et les valeurs quant à l'âge, au sexe au type de maladie au contexte socio économique ou à la religion influencent également le processus de raisonnement (Woolley, 1990). La collecte de données excessive peut également entraver le</p>
--	---

	<p>processus (Elstein & Bordage, 1988). L'erreur la plus souvent commise dans l'interprétation est de mettre trop de poids aux découvertes qui ne contribuent pas au diagnostic.</p> <p>- La discipline</p> <p>Elle intervient en limitant le domaine de la prise de décisions et en nommant ou elles doivent être prises. Par exemple dans la discipline des soins infirmiers, les décisions sont dirigées vers le travail social plutôt que vers la guérison. Les jugements et les décisions diffèrent d'un domaine à un autre. Ainsi, dans une discipline, différentes théories affectent le processus de prise de décision. Ces théories voient et décrivent le monde de différentes façons. Cela a par conséquent un impact sur les décisions et les jugements faits par les utilisateurs.</p> <p>Les caractéristiques des patients influencent également l'infirmière. On retrouve alors l'âge, le sexe, la classe socio-économique, ethnique et religieuse. Les résultats montrent que la classe sociale des patients fait une différence au niveau de la douleur physique. Les patients d'une classe inférieure tant masculins que féminins étaient jugés comme subissant plus de douleurs que les autres avec la même maladie ou blessure.</p> <p>L'intuition est également fondamentale. Benner et Tanner (1987) définissent l'intuition comme la compréhension sans raisons.</p>
--	---

Discussion/Conclusion	<p>Dans le début de cette revue, il est exposé que des infirmières semblent faire des jugements différents lors de certaines situations comme lors de la prise en charge des enfants. Si l'enfant pleure une infirmière peut penser que c'est la douleur et une autre que ses parents lui manquent. Cependant, même si les deux infirmières font le diagnostic de la douleur l'une peut donner la médication et une autre peut obtenir pour la thérapie de la musique, de la distraction. Autrement dit, quand deux infirmières sont confrontées à la même situation lors de la prise de décisions, elles font souvent des diagnostics différents. Plusieurs explications sont possibles comme la complexité du problème, les cris, la douleur, la crainte et la nostalgie sont des éléments qui touchent le côté maternel des infirmières. Par conséquent, les caractéristiques des infirmières peuvent jouer un rôle important. Les différences d'éducation, le niveau de spécialisation, l'expérience, la variabilité personnelle peuvent influencer les prises de décisions.</p> <p>De nouvelles études sur les prises de décisions dans les soins seraient nécessaires tout comme des recherches sur les facteurs qui les influencent.</p> <p>Finalement, l'administration d'une médication à un patient qui se plaint de douleurs ne devrait pas dépendre de l'infirmière qui se soucie de lui. On devrait apprendre au personnel soignant comment les décisions sont prises et faire que chacun soit conscient des facteurs qui peuvent l'influencer.</p>
-----------------------	--

Bibliographie	McBrien, B. (2007). Learning from practice-Reflections on a critical incident. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 15,128-133.
Type d'étude	Article
Question/But	L'objectif de cette étude est d'examiner de façon critique un incident de la pratique professionnelle et de montrer comment la réflexion aide au développement personnel et professionnel. Cet article se concentre sur la conscience de soi, le jugement intuitif, la prise de décisions pour créer la compréhension.
Méthode	Une infirmière d'un service des urgences avec 7 ans d'expérience a été observée afin de décrire ses processus de réflexions. Cette observation l'a amené à de nouvelles connaissances et compréhensions sur la pratique des soins infirmiers.
Résultats	L'incident traité lors de cet article a permis l'encouragement à la réflexion et à la compréhension d'autrui. Les modes de connaissances de Carper (1978) ont été utilisés dans cette étude. Ainsi face à cette réflexion, la personne a pris connaissance du fait qu'elle ne pouvait pas tout arranger. Elle doit aussi écouter davantage les patients et prendre de la distance pour ne pas avoir la prétention de tout savoir.
Discussion/Conclusion	La réflexion sur sa pratique professionnelle est une auto-responsabilisation. Elle permet une vision de sa compréhension personnelle. De plus, on prend ainsi conscience de ses croyances, de ses frustrations personnelles et professionnelles face à la pratique infirmière. C'est pourquoi, il est nécessaire que le soignant se familiarise avec une réflexion critique sur sa pratique pour qu'il puisse progresser, accroître ses connaissances et améliorer sa qualité de soins.

Bibliographie	McNally, S. (1996). The triage role in emergency nursing : Development of an educational programme. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 2 (3), 122-8.
Type d'étude	Etude qualitative phénoménologique descriptive
Question/But	Explorer le développement professionnel et éducatif des infirmières et infirmiers des services d'urgences ainsi que leurs croyances au sujet du contenu approprié pour un programme de triage éducatif.
Méthode	<p>Pour cette recherche, on a utilisé comme cadre conceptuel le Modèle de Dreyfus dans l'acquisition des compétences des soins infirmiers établi par Patricia Benner.</p> <p>Le questionnaire a été développé à partir de questions soulevées dans la littérature et de questions inspirées par l'expérience personnelle. Il contenait 75 articles, 63 questions à 4 points établies selon l'échelle Likert (entièrement d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord), 3 questions ouvertes et 9 questions démographiques.</p> <p>L'étude a été menée par des infirmières d'urgence chargées de l'enseignement. Elles ont été choisies au hasard et non dans des hôpitaux d'enseignement.</p>
Résultats	<p>Un taux de réponses au questionnaire de 33% a été obtenu. 80% étaient des femmes et 15% des hommes. Approximativement 1/3 des répondants avaient entre 0 et 3 ans d'expériences. 59% des répondants étaient employés par un hôpital formateur tandis que 34% ne l'était pas. 7% n'ont pas répondu aux questions. Le personnel infirmier intéressé à s'inscrire dans un programme éducatif était de 85% pour celles de 0 à 3 ans d'expérience, 68% pour celles ayant 4 à 6 ans d'expérience, 35% pour les infirmières ayant 7 à 9 ans d'expérience et 28% pour celles ayant une expérience plus grande que 10 ans. Les infirmières devaient aussi indiquer parmi trois méthodes laquelle seraient la plus</p>

	<p>adaptée pour développer son expertise du triage. Les 3 options étaient : un programme éducationnel de triage, l'exposition répétée de cas clinique et une combinaison des deux. L'option qui a été la plus relevée est le programme éducationnel de triage suivi de l'exposition répétée de cas clinique et pour finir l'option intégrant les deux. De multiples comparaisons de tests ont montré une préférence significative pour la méthode de combinaison, pour les deux autres méthodes la différence n'était pas significative.</p>
Discussion/Conclusion	<p>On remarque que les infirmières des urgences utilisent les expériences cliniques et les discussions avec les pairs pour développer leurs compétences dans les soins infirmiers lors du triage.</p> <p>Cette enquête a soulevé aussi un grand intérêt des soignants à s'inscrire à un programme éducatif. Elle relève le fait qu'un programme d'enseignement sur le développement d'une approche globale de triage est important. C'est pourquoi, à la suite de cette recherche un programme d'éducation de triage a été développé.</p> <p>Aussi, les répondants ont nommé ce qu'un programme d'éducation de triage devait contenir soit des articles contenant du psychomoteur et du cognitif. Dans le domaine psychomoteur ont été classés des compétences pour l'évaluation des enfants, de la communication, de la négociation et l'évaluation de patients ayant des problèmes de santé mentale. Pour le domaine cognitif, ils ont inclus les implications juridiques, le triage de codage, le système de classification.</p>

Bibliographie	Wolf, L. (2009). When Trauma Walks Into Triage. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 35, 389-391.
Type d'étude	Article
Question/But	Explorer la prise de décisions des infirmières lors du triage.
Méthode	Cet article présente 4 études de cas avec à chaque fois des propositions de prise en charge. Elle est basée sur l'observation et inclue 26 infirmières et 404 incidents de triage.
Résultats	<p>On remarque un lien dans le triage entre l'importance des symptômes du patient et l'expérience de l'infirmière. Cette étude montre que l'information, l'intuition, l'expérience ainsi que le contexte sont des éléments influençant la prise de décisions lors du triage. De plus, on remarque que la prise de décisions est affectée par des interruptions, un manque de connaissances, des contraintes de temps. Les données physiologiques ne priment pas comme on pourrait le croire.</p> <p>Lors de cette recherche 2 patients sur 4 n'ont pas été triés avec précision. On ne sait pourquoi : les signes vitaux étaient-ils stables à l'entrée ? l'histoire du patient n'était-elle pas claire ?</p> <p>Aujourd'hui il est primordial que l'infirmière de triage soit experte, habile et rapide quand aux situations qu'elle rencontre.</p>
Discussion/Conclusion	Dans les soins infirmiers, la capacité à traiter l'information, attribuer un sens et rendre un jugement sur l'étiologie, la gravité et les conséquences possibles sont au cœur de la pratique. C'est pourquoi, l'expérience ainsi que la reconnaissance la plus rapide possible des symptômes sont primordiales.

8.4 ANNEXE 4 : TABLEAU DU DÉBUTANT AU PRATICIEN EXPERT

Selon Le Boterf (2002), « le premier niveau de professionnalisme : le débutant

	Démarche/mode d'intervention	Contextualisation des savoirs	Méta-connaissances	Gestion du temps	Degré d'autonomie	Image de soi	Fiabilité
Débutant	<ul style="list-style-type: none"> • Vision partielle d'une situation • Difficulté à distinguer l'essentiel de l'accessoire ; s'attarde aux détails d'un énoncé, d'un problème • Faible tri des informations • Fonctionne par tâtonnement, essais et erreurs • Progression pas à pas et analytique • Peu ou pas de recours à l'intuition • Forte référence à des règles et procédures générales indépendamment du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraux et peu contextualisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaît mal ses potentialités et les utilisations possibles de ses ressources ; ne sait pas toujours à quoi ses connaissances peuvent servir • Organise ses connaissances davantage en fonction de l'énoncé d'un problème que de schèmes mémorisés • Savoirs fragmentaires • En reste à la structure superficielle des problèmes • Faible capacité à utiliser ses connaissances en temps opportun 	<ul style="list-style-type: none"> • En apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible autonomie • Application des règles formelles • Forte utilisation des règles d'entraînement 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertaine • En pleine construction • Recherche de modèle 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu fiable mais réussites ponctuelles » (p.42)

Pour Le Boterf (2002), « le deuxième niveau de professionnalisme : le professionnel confirmé

	Démarche/mode d'intervention	Contextualisation des savoirs	Méta-connaissances	Gestion du temps	Degré d'autonomie	Image de soi	Fiabilité
Maîtrise professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies d'étude et de résolution de problèmes • Sait décider ce qu'il doit faire pour atteindre un objectif • Sait prendre des décisions raisonnées en fonction d'un diagnostic et d'un objectif • Vision globale et cohérente des situations • Confiance limitée en l'intuition ; se fie aux méthodes d'analyse • Adapte les règles à un contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne connaissance de ses savoirs, capacités et compétences 	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • Sait interpréter les règles • Simplification ou abandon progressif des règles d'entraînement 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance en ses capacités et connaissances acquises 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilité » (p.43)

Pour Le Boterf (2002), « le troisième niveau de professionnalisme : l'expert »

	Démarche/mode d'intervention	Contextualisation des savoirs	Méta-connaissances	Gestion du temps	Degré d'autonomie	Image de soi	Fiabilité
Expertise	<ul style="list-style-type: none"> • Réagit de façon intuitive et globale, sans se référer explicitement aux règles de la profession ; voit directement ce qu'il faut faire ; ne calcule pas sa réponse ; sait faire face de façon immédiate aux événements ; agit de façon spontanée ; sait court-circuiter les étapes d'une procédure, faire des impasses ; forte capacité d'intuition • Ne recourt aux démarches, aux règles et procédures habituelles qu'en situation inhabituelle de rupture ou dégradée • Se fie davantage à des approches de structure qu'à la recherche des détails ; forte capacité de reconnaissance de formes • Met en œuvre des stratégies globales plutôt qu'analytiques ; vision synthétique • Sépare l'essentiel de l'accessoire ; fait l'économie d'informations • Anticipe à partir de signaux faibles • Sait se prononcer dans une conjoncture 	<ul style="list-style-type: none"> • Très contextualisés • Très rapidement mobilisables 	<ul style="list-style-type: none"> • Se réfère à une heuristique (rapportant à une typologie de problèmes ou de situations) • Organise ses connaissances à partir de schèmes, de modèles d'analyse, de « patterns » de « théories d'actions » • Organise ses connaissances en blocs (« chunks ») reliés entre eux et faciles à mobiliser • A su développer des méta-connaissances qui lui permettent de mieux savoir mettre en cause ses savoirs • Connaît les utilisations multiples des ressources (savoirs, capacités...) qu'il possède • Forts automatismes et savoir-faire incorporés • Capacité à saisir le bon moment de mise en œuvre de ses connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut agir très vite mais sait choisir les rythmes adéquats • Non seulement réagit mais anticipe • Immédiatement opératoire • Rapidité d'exécution • Aisance 	<ul style="list-style-type: none"> • Totale : peut en fixer les limites • Sait donner de nouvelles interprétations aux règles • Capacités à créer ses propres règles • Abandon des règles d'entraînement • Prend des risques à titre personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Très congruente • Connaît les points forts et les limites de son expertise • Confiance en soi, aisance, aplomb • Sait gérer son image 	<ul style="list-style-type: none"> • Très grande régularité de la compétence » (p.44)

9 BIBLIOGRAPHIE

9.1 ARTICLES DE REVUE DE LITTÉRATURE

Andersson, A.K., Omberg, M. & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Journal compilation*, 3, 136-145.

Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F. & Yonge, O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. *Nurs Forum*, 42 (3), 147-55.

Chung, J-Y-M. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing*. 13, 206-213.

Cioffi, J. (1999). Triage decision making : educational strategies. *Accident & Emergency Nursing*, 7, 106-111.

Cioffi, J. (2000). A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. *International Journal of Nursing Studies* 38, 591-599.

Cioffi, J. (2000). Recognition of patients who require emergency assistance: A descriptive study. *Heart & Lung : The journal of Acute and Critical Care*. 29,262-268.

Cioffi, J. (2004). Decision making by emergency nurses in triage assessments. *Accident and Emergency Nursing*, 6, 184-191.

Considine, J., Botti, M. & Thomas, S. (2007). Do Knowledge and Experience Have Specific Roles in Triage Decision-making ? *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*, 14, 722-726.

Gerdtz, M. & Bucknall, T. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18 (1), 24-33.

Gerdtz, M-F., Chu, M., Collins, M., Considine, J., Crellin, D., Sands, N., Stewart, C. & Pollock, W-E. (2009). Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale : Implications for guideline development. *Emergency Medicine Australasia*, 21, 277-285.

Gillespie, M. & Peterson, B. (2009). Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions : The Situated Clinical Decision-Making Framework. *Nursing Education Perspectives*, 30 (3), 164-70.

Göransson, K-E., Ehnfors, M., Fonteyn, M-E. & Ehrenberg, A. (2007). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing* 61 (2), 163-172.

Hamers, J-P-H., Huijer Abu-Saad, H. & Halfens, R-J-G. (1994). Diagnostic Process and Decision Making in Nursing: A Literature Review. *Journal of Professional Nursing* 10 (3), 154-163.

McBrien, B. (2007). Learning from practice-Reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing*, 15,128-133.

McNally, S. (1996). The triage role in emergency nursing : Development of an educational programme. *International Journal of Nursing Practice*, 2 (3), 122-8.

Wolf, L. (2009). When Trauma Walks Into Triage. *Journal of Emergency Nursing*, 35, 389-391.

9.2 OUVRAGES

Benner, P. (1995). *De Novice à Expert*. Paris : InterEditions.

Issy-les-Moulineaux Jeanmougin, C. & Kessler, B. (2008). *Urgences et réanimation*. Paris : Maloine.

Le Boterf, G. (2002). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Editions d'Organisation.

Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Erpi.

Marc, B., Miroux, P., Piedade, I. & Benveniste, R. (2008). *Guide infirmier des urgences*.

Prudhomme, C. (2008). *L'infirmière et les urgences*. Paris : Maloine.

9.3 DIVERS

Casimiro, L & Tremblay M. (s.d). *Raisonnement clinique : Le lien entre la théorie et la pratique*. Consortium national de formation en santé Volet Université d'Ottawa.

Quinton, A. (2007). L'enseignement du Raisonnement clinique : les stratégies diagnostique et thérapeutique, l'établissement du pronostic.

La revue de référence infirmière (2010). *Du raisonnement clinique à la pratique infirmière*. Elsevier Masson.

Milhomme, D. (2010). Étude descriptive des facteurs facilitants et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. Faculté des sciences infirmières université Laval Québec.

Perrenoud, P. (1996). *Former des enseignants débutants qui deviendront des praticiens réflexifs*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation & Université de Genève.

Perrenoud, P. (2001). *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation & Université de Genève.

Phaneuf, M. (2008). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance.

Pont, M. (2001). Appeler le médecin avant l'hôpital. 24 Heures, 2.

Rutschmann, O., Simon, J., Geissbühler, A., Vermeulen, B., Golard, I., Kossovsky, M. & Sarasin, F. (2005). Evaluation, à l'aide d'un stimulateur, de l'échelle de tri à 4 degrés d'urgence utilisée au Centre d'Accueil et d'Urgences des HUG. *Evaluation du tri aux urgences*. 1, 1-10.

Rutschmann, O-T., Kossovsky, M., Geissbühler, A., Perneger, T-V., Vermeulen, B., Simon, J. & Sarasin, F-P. (2006). *Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage*. Document interne des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Rutschmann, O., Simon, J., Geissbühler, A., Meyer, M-L., Gilber, A., Aubin, M-P., Dubas, M-J., Golard, I., Vermeulen, B., Bovier, P., Kossovsky, M. & Sarasin, F. (2007). *Amélioration de la fiabilité et de performance du tri infirmier à l'accueil du service d'accueil et d'urgences*. 1-6.

Service des Urgences (SU), Soins Infirmiers (2009). *TRI, normes de triage et guide d'utilisation de la feuille de tri*. Hôpitaux universitaires de Genève.

Simon, J. (s.d). *L'infirmière d'accueil et d'orientation*. Hôpitaux universitaires de Genève.

9.4 SITES INTERNET

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) (2009). *Heuristique* [Page WEB]. Accès : <http://www.cnrtl.fr/definition/heuristique> [Page consultée le 8 juin 2011].

Hôpitaux Universitaires de Genève (décembre 2009). *Qui sommes-nous ? Mission* [Page WEB]. Accès : http://urgences.hug-ge.ch/qui_sommes_nous/mission.html. [Page consultée le 10 février 2010].

Société Française de Médecine d'Urgence (septembre 2009). *Présentation, objectifs* [Page WEB]. Accès : <http://www.sfm.org/fr/kiosque> [Page consultée le 9 janvier 2010].

Wikipédia (1 mai 2011). *Prise de décision* [Page WEB]. Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Prise_de_d%C3%A9cision [Page consultée le 7 juin 2011].