



SANTÉ MENTALE

© Sewart Charles/Dreamstime.com

© Dan Thomas/Dreamstime.com

DE PLUS EN PLUS NOMBREUSES SONT LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE QUI ONT RECOURS AUX URGENCES. LEUR ÉVALUATION POSE PROBLÈME AUX RESPONSABLES DU TRIAGE. CETTE RECHERCHE VEUT CONNAÎTRE LES PERCEPTIONS D'INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES URGENCES D'HÔPITAUX GÉNÉRAUX DU QUÉBEC QUANT AU BESOIN D'UNE NOUVELLE ÉCHELLE DE TRIAGE EN SANTÉ MENTALE.

DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION AU TRIAGE

Le triage des personnes souffrant de **TROUBLES MENTAUX** dans les urgences de nos hôpitaux généraux pose des défis aux infirmières responsables. Elles en parlent.

PAR JEAN-PIERRE BONIN, PH.D., TONIA DOMINIQUE, INF., M.SC., ALAIN LESAGE, M.D., MARIO FORTIER, INF., D.E.S.S., LOUISE ROCH, INF., M.SC., ALAIN VADEBONCŒUR, M.D., EMMANUELLE PÉLISSIER, INF., MICHEL PERREAULT, INF., PH.D., LÉO-ROCH POIRIER, INF., PH.D., WILLIAM SEMAAN, M.D., ET SYLVIE NOISEUX, INF., PH.D.

Selon Chaput et Lebel (2007), 5 % des personnes qui se sont présentées à l'urgence d'un établissement hospitalier à Montréal présentaient des problèmes de santé mentale. Généralement, elles ont attendu plus de 24 heures dans une salle bondée, attente qui au dire même du MSSS (2006) ajoute un élément de surstimulation et peut être perçue comme une menace par ces clients.

Or, le système de santé au Québec est aux prises avec une pénurie de personnel infirmier et médical (MSSS, 2006), une difficulté d'accès aux soins (Haggerty *et al.*, 2004) et un engorgement de ses urgences (Vadeboncœur et Beudet, 1999 ; Grafstein *et al.*, 2008). Pour aider à « désengorger » les urgences, il faudrait pouvoir prioriser les soins à donner aux usagers dès leur arrivée grâce à un système de triage efficace.

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été déployés pour améliorer l'évaluation du client à l'urgence. Ainsi, 89 % des établissements hospitaliers du Québec (Bellemare, 2005) ont adopté la grille de triage CTAS/ÉTG conçue pour les hôpitaux généraux (Beveridge *et al.*, 1999). Néanmoins, les responsables du triage éprouvent toujours des difficultés à mesurer le degré de priorité des patients psychiatriques (Broadbent *et al.*, 2004). Cet auteur propose d'utiliser une échelle de triage

propre à la santé mentale (SM) selon des critères précis semblables à ceux de l'ÉTG. On constate que les besoins de cette clientèle sont le plus souvent mal évalués quant au délai de prise en charge et des services requis (Bazarian *et al.*, 2004 ; Dennis *et al.*, 1997). Plus précisément, le personnel soignant de plusieurs hôpitaux généraux semble avoir des difficultés à évaluer les risques suicidaires et d'agressivité (Bellemare, 2005 ; O'Dwyer *et al.*, 1991).

Selon Dowding et Thompson (2003), le jugement clinique et les décisions de l'infirmière ont un impact sans précédent sur la vie du patient et sur son expérience.

Faut-il rappeler que l'évaluation de l'infirmière et sa décision relative à la détermination du degré de priorité constituent des volets importants de sa pratique autonome, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* réservant aux infirmières l'activité d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

En cette période où de plus en plus de personnes souffrant de problèmes de santé mentale occupent les urgences des grands hôpitaux généraux et où la responsabilité de l'évaluation de leur condition incombe aux infirmières, cette recherche présente les perceptions d'infirmières responsables du triage quant au besoin d'une nouvelle échelle en SM.

Les responsables du triage éprouvent des difficultés à mesurer le degré de priorité des patients psychiatriques.



> TROIS AXES

Trois axes ont été identifiés pour l'analyse des entretiens :

> AXE 1

La salle d'urgence dans les hôpitaux généraux : le contexte du triage des clients présentant des problèmes psychiatriques.

Deux dynamiques ressortent des descriptions faites par les participants de leurs expériences de triage de patients présentant des problèmes de SM :

- > La **première**, la conviction de ne pas posséder les compétences nécessaires pour procéder à un triage efficace ;
- > La **deuxième** causée par le manque de civières, l'obligation de négocier les conditions du maintien à l'urgence avec les autres professionnels et les services de soins psychiatriques.

1. Ne pas avoir les compétences.

Cette dynamique provient de trois facteurs :

1. L'infirmière doute de son évaluation quand il s'agit de déterminer l'urgence de la prise en charge d'un patient psychiatrique sauf dans les cas évidents de décompensation et d'agressivité ;
2. Les outils d'évaluation psychiatrique sont mal adaptés au triage ;
3. La présence d'infirmières peu expérimentées travaillant aux urgences renforce la perception d'incompétence.

« Notre feuille de triage est vraiment centrée sur les problèmes physiques. Il y a bien une petite place dans le bas de la feuille où sont mentionnés dans la section antécédents médicaux : *dépression, bipolarité, schizophrénie, autres.* »

« L'instrument d'évaluation de triage devrait être plus précis. Ainsi, si je dis qu'un client a des idées suicidaires modérées, je n'ai absolument rien d'objectif pour justifier pourquoi je porte ce jugement. »

2. Négocier avec d'autres professionnels pour justifier le temps et les modalités de séjour à l'urgence.

Les places limitées à l'urgence contribuent au malaise. L'obligation de négocier, de justifier ses positions avec les autres professionnels peut devenir un irritant. En l'absence de repères pour l'aider dans sa prise de décision, l'infirmier est partagé entre plusieurs options : doit-il renvoyer le patient dans l'aire d'attente avec les autres clients ? Lui permettre d'occuper une civière ? Dans une salle fermée ou ouverte ? Quel niveau de surveillance doit-il lui accorder ? Doit-il demander l'aide des agents de sécurité ?

Les décisions tardant à se prendre, la période d'attente comporte des risques pour le patient et son entourage : détérioration de son état, fugue, violence et inconfort des autres clients en présence de comportements dérangeants, etc.

« Il faut tout le temps qu'ils les fassent poireauter. Il faudrait qu'on soit capable d'évaluer s'ils sont suicidaires ou de les mettre au niveau 3. »

« Du point de vue organisationnel, un des problèmes majeurs en psychiatrie, ce sont les délais de consultation autant avec le médecin qu'avec le psychiatre. »

Les tensions dans les rapports interprofessionnels à l'urgence surgissent surtout quand l'évaluation de la condition est faite en se basant sur des zones grises, lesquelles peuvent alors devenir l'enjeu de négociations.

« Je préfère plus sécuritaire que moins, ce qui fait que ce n'est pas toujours évident. C'est difficile parce qu'il faut en avoir vu beaucoup avant de penser à telle ou telle affaire et avant de conclure "oui, lui, il est peut-être dangereux." »

Par exemple, dans le cas d'un client déjà connu des services psychiatriques et dont les symptômes cliniques ne sont pas extrêmes, l'attribution d'un code de priorité peut aussi bien dépendre du discours du patient lui-même que des rapports de force entre les intervenants.

« Les premiers disent connaître les clientèles parce que souvent, ce sont les mêmes qui reviennent. »

L'accès aux antécédents du patient demeure difficile en raison de l'absence d'un réseau informatisé intégré.



« Si le patient te dit qu'il est inconfortable, qu'il n'est plus capable de respirer, c'est qu'il n'est plus bien... Un patient qui panique, ça serait important de noter qu'il ne doit pas être retourné dans la salle d'attente. »

> AXE 2

La nouvelle échelle de triage : un ensemble d'outils pour répondre à la complexité des troubles psychiatriques.

Dans le contexte des urgences des hôpitaux généraux, une nouvelle grille de triage en SM deviendrait un outil de systématisation des pratiques, de sécurité et de réassurance. L'échelle doit tenir compte à la fois des ressources organisationnelles et du jugement infirmier.

1. Les ressources organisationnelles.

La nouvelle échelle de triage doit être conçue en tenant compte du peu de temps dont dispose le personnel de l'urgence.

Parmi les priorités définies par les participants, une meilleure prise en charge des patients présentant des troubles mentaux et la sécurité de l'ensemble des clients arrivent en tête de liste.

« Les centres de crise sont tous pleins. C'est pas au niveau du triage qu'est le problème, c'est plutôt le manque de place, des lieux physiques pour les installer. »

Ainsi, une nouvelle échelle de triage en SM devrait permettre de mieux utiliser les espaces disponibles. En établissant des repères à partir d'observations cliniques propres à la SM tels que les risques de suicide, de décompensation psychotique



ou d'agressivité, l'infirmier serait mieux préparé à orienter le patient physiquement et vers les ressources nécessaires. De plus, une échelle de triage propre à la SM permettrait d'accélérer son passage aux soins psychiatriques sans avoir à affronter d'autres professionnels ou l'administration.

« Grâce aux grilles d'évaluation avec des points, des objectifs, bien des infirmiers vont se sentir moins démunis face à des cas de dépression. »

2. Le jugement infirmier.

Tous les participants sont unanimes : une échelle de triage en SM ne saurait en aucune façon remplacer le jugement infirmier. Selon eux, l'échelle de triage représente un cadre de travail systématique et rigoureux qui dépasse la simple intuition. Elle permet une priorisation plus judicieuse des clients psychiatriques présentant des problèmes extrêmes. Dans ce contexte, le jugement infirmier devient le point d'intégration des multiples dimensions de la nouvelle échelle de triage.

« Je pense qu'il faut laisser assez de place ou pas mal de place au jugement infirmier. Parce qu'à force de mettre trop de points, on passe à côté du patient. »

3. Les éléments contextuels.

Connaître le contexte précédant l'arrivée du client à l'urgence permettrait à l'infirmier d'en dresser une image plus juste en dehors des tableaux cliniques de risques suicidaires et d'agressivité plus évidents. Ces éléments contextuels peuvent être la dynamique familiale et d'autres événements récents de sa vie.

« Épisode d'anxiété, c'est vague. Tentative de suicide, c'est quoi ? S'est-il jeté en bas d'un pont, a-t-il essayé de se jeter en bas d'un pont, la police l'a-t-elle attrapé ? Il n'y a rien d'écrit. »

4. Des repères d'évaluation psychiatrique « à cocher ».

Dans la nouvelle échelle de triage en SM, toutes les dimensions des problèmes psychiatriques majeurs devraient figurer. Aussi, la grille devrait permettre de dépasser la dimension subjective de la décision infirmière.

« Si on a les bonnes questions à poser aux patients dans une grille de triage et les bonnes choses à observer, ce sera plus facile de bien l'orienter. »

5. Une grille standardisée mais tenant compte de l'unicité des clients.

Cette préoccupation se situe entre l'uniformisation et l'adaptation aux cas particuliers au regard de la complexité des problématiques psychiatriques. Bien que la plupart des participantes reconnaissent la nécessité d'une grille standardisée pour offrir une base commune à toutes les infirmières, elles tiennent à pouvoir porter un jugement infirmier à l'intérieur de la nouvelle échelle de triage. Ainsi, elles craignent qu'un ensemble d'éléments à cocher, sans autre explication, ne puissent les aider dans les cas où l'évaluation des signes cliniques est subjective.

« (...) des comportements qu'on va observer chez la personne, des mots qu'elle va nous confier comme ses idées suicidaires et son plan pour y arriver. »

L'obligation de négocier, de justifier ses positions avec les autres professionnels peut devenir un irritant.

6. Une grille informatisée.

Quoique l'ensemble des répondantes optent pour une grille informatisée, elles expriment toutefois des réserves. Par exemple, une liste d'éléments à cocher risque-t-elle de limiter la prise de décision de l'infirmier en lui procurant un faux sentiment de sécurité ? Advenant qu'un élément ait été coché par erreur, le degré de priorité en sera-t-il faussé ? Pareille liste permettra-t-elle la prise en considération des éléments contextuels ? Aussi, les infirmières participantes croient que plus la grille accorde de l'importance au jugement infirmier plus l'unicité de chaque client a de chances d'être prise en considération. Elles ajoutent aussi que le jugement infirmier devra transparaître dans le rapport de transfert transmis à l'urgentologue.

« Je vais toujours favoriser une grille de triage informatisée, mais qui pourrait être complétée par de l'écriture. »

7. Les antécédents des clients.

Les antécédents identifiés sont la médication psychiatrique, l'adhérence au traitement et les troubles psychiatriques déjà diagnostiqués. Ces antécédents orientent le jugement infirmier pendant le triage. Toutefois, l'accès aux antécédents, toujours très pertinents, demeure difficile en raison de l'absence d'un réseau informatisé intégré.

« C'est le patient qui me dit s'il est déjà traité et pourquoi. On essaie de connaître ses différents problèmes de santé. C'est important. Ce qu'il ne nous dit pas, on ne peut pas le savoir. »

> AXE 3

La formation à l'échelle de triage.

Comment s'organiserait la formation sur l'application d'une nouvelle échelle de triage en SM ? Les participantes insistent

sur les besoins d'une formation formelle au moment de son implantation. Le contenu rappellerait les principales catégories psychiatriques et les notions générales de prise en charge des troubles mentaux. De plus, l'utilisation d'une grille en SM par des non-spécialistes comme les infirmières constitue une source permanente d'apprentissage de savoir informel.

Les méthodes pédagogiques privilégieraient la proximité des formateurs et des futures utilisatrices, l'objectif étant de les mener à une parfaite maîtrise de l'application de la grille.

« Des jeux de rôles, ça aide beaucoup, parce que tu peux mettre en pratique tout de suite la théorie. »

En contexte de manque d'infirmières, prévoir la formation d'une personne-ressource par hôpital serait une option tout comme former la personne déjà responsable de la formation à l'urgence. Cette dernière hypothèse a l'avantage d'intégrer les éléments du triage général à ceux de SM. Une nouvelle grille devrait entraîner la mise en place d'un processus d'évaluation autant pour son amélioration que pour celle de la formation.

DISCUSSION

Cette recherche témoigne de plusieurs problèmes rencontrés par les infirmières. Ainsi, elles trouvent difficile de ne pas être des spécialistes en soins psychiatriques tout en ayant à porter des jugements et à mettre en place des interventions dans un contexte où le temps est compté. Ces propos rejoignent ceux de Hunt (1993) selon lesquels les infirmières d'urgence évitent les patients atteints de troubles mentaux parce qu'elles ont l'habitude de graviter autour de vrais patients et qu'elles préfèrent donner des soins techniques, lesquels contribuent à préserver leur estime de soi. Aussi, Wand et Happell (2001) considèrent que les infirmières

Une échelle de triage en SM ne saurait en aucune façon remplacer le jugement infirmier.

MÉTHODOLOGIE

Questionnaire

- > 244 infirmières ont répondu au questionnaire. Elles proviennent des 15 régions administratives du Québec et représentent 65 urgences sur 95. Les données révèlent que 97 % de ces urgences utilisent une démarche systématique de triage, soit l'ÉTg dans 98 % des cas. L'instrument est informatisé dans 44 % des cas. Par ailleurs, 77 % des répondantes aimeraient avoir une nouvelle échelle de triage en santé mentale. Voici les principales raisons mentionnées : faire une évaluation précise des problèmes propres à la SM, discerner les urgences psychiatriques, uniformiser l'évaluation et améliorer le suivi.

Entrevues

- > Six infirmières et sept infirmiers choisis parmi les personnes ayant signifié leur acceptation de participer au volet qualitatif constituent l'échantillon. Elles ont en moyenne huit années d'expérience à l'urgence. Elles proviennent de quatre hôpitaux de l'île de Montréal et de la Montérégie et de quatre autres en région. Les entrevues semi-dirigées, individuelles et téléphoniques ont duré en moyenne de 30 à 45 minutes.

Analyse

- > Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites. Ensuite, elles ont été codifiées avec le logiciel N'VIVO. Deux stratégies d'analyse des entrevues ont été utilisées : l'examen phénoménologique des données empiriques (Paillé et Mucchielli, 2003) et l'analyse de contenu proposé par Bardin (1977).

doutent de leurs habiletés interpersonnelles avec les clients ayant des troubles mentaux.

Les infirmières rencontrées disent aussi éprouver des difficultés à justifier le temps et les modalités de séjour à l'urgence des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elles se disent *tirillées* à savoir si elles doivent ou non retourner le client dans la salle d'attente et elles craignent pour la sécurité des professionnels et des autres patients. À cet effet, Crowley (2000) et Byrne (1992) soulignent que les habiletés liées à la discussion sont sous-estimées et même inutilisées quand l'urgence devient

auteurs (Fry, 2004 ; Dello Stritto, 2005 ; Andersson *et al.*, 2006), l'évaluation serait plutôt reliée à son contexte, soit le peu de temps disponible. On souligne aussi dans les écrits le volume de clients à l'urgence, la peur de rater un problème potentiellement dangereux, la capacité du personnel et l'environnement de travail. À cet effet, les infirmières de notre étude ont aussi déploré ne pas être informées de l'évaluation réalisée par le psychiatre, confirmant ou non leur jugement infirmier.

Et finalement, l'informatisation de la grille en SM a suscité des réserves. Dong *et al.* (2007) soulignent que les instruments d'aide



trop achalandée. Selon Crowley, le temps représente un facteur important pour les gestionnaires d'urgences. Ainsi, les normes de rendement ne seraient pas mesurées sur le temps d'interaction avec un patient, mais plutôt sur le nombre de patients qu'une infirmière peut trier à l'heure.

Un des thèmes importants qui émerge des propos des répondantes est la perception de complexité du triage et de priorité accordée aux soins physiques. De nombreux auteurs confirment ces perceptions (Purnell, 1991 ; Gerdtz et Bucknall, 2000 ; Gerdtz, 2003).

Autre exemple de la primauté des problèmes physiques : le manque de formation en SM. Ainsi, Crowley observe que sur 22 jours de formation offerts dans un hôpital aux infirmières du triage, aucun ne portait sur des questions de SM.

Les propos des infirmières sur le jugement infirmier sont particulièrement intéressants. Déjà, dans le volet quantitatif de ce projet d'évaluation, certaines infirmières craignaient qu'une grille en SM ne limite leur jugement clinique alors que d'autres percevaient le contraire. Or, les résultats confirment le rôle du jugement infirmier comme point d'intégration de toutes les dimensions de la nouvelle échelle de triage. Ainsi, on parle d'identifier des données objectives permettant de reconnaître les catégories diagnostiques en cause. Ces données devraient dépasser la simple dimension subjective du triage et être complétées par les éléments contextuels de la condition psychiatrique du client.

Selon Göransson *et al.* (2008), les infirmières d'urgence utilisent une variété de stratégies cognitives allant de la recherche d'informations et la génération d'hypothèses jusqu'à l'établissement de propositions de classement. Par ailleurs, selon Cone (2000), il existe une différence entre les infirmières plus expérimentées quant à l'intuition pendant l'évaluation alors que Ferrario (2001) n'y voit que peu de différences. Selon plusieurs

à la décision, tels les systèmes de triage électronique, ne doivent ni remplacer le jugement clinique ni créer une totale dépendance. Les infirmières participantes ont également insisté sur cet aspect.



En conclusion, il ressort que les infirmières éprouvent de nombreuses difficultés lors du triage de patients en SM dans les hôpitaux généraux et qu'elles bénéficieraient de pouvoir recourir à une grille adaptée en soins psychiatriques.

Il ressort aussi que les infirmières bénéficieraient d'une meilleure formation dans le domaine de la santé mentale. ■

Les auteurs :

- > **Jean-Pierre Bonin** est professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- > **L'infirmière Tonia Dominique** et le **D^r Alain Lesage** travaillent au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- > **Mario Fortier** est gestionnaire-conseil à la continuité des services de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- > **Louise Roch** est chargée de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- > Le **D^r Alain Vadeboncoeur** travaille à l'Institut de Cardiologie de Montréal.
- > **Emmanuelle Pélissier** est infirmière-chef adjointe à l'urgence de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- > **Michel Perreault** est psychologue à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et professeur associé à l'Université McGill.
- > **Léo-Roch Poirier** est chercheur à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- > Le **D^r William Semaan** travaille au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.
- > **Sylvie Noiseux** est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Références :

- Andersson, A.K., M. Omberg et M. Svedlund. « Triage in the emergency department—a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions », *Nursing in Critical Care*, vol. 11, n° 3, mai/juin 2006, p. 136-145.
- Bardin, L. *L'analyse de contenu*, Paris, Presses universitaires de France, 1977.
- Bazarian, J.J., R.A. Stern et P. Wax. « Accuracy of ED triage of psychiatric patients », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 22, n° 4, juill. 2004, p. 249-253.
- Bellemare, D. « Bilan provincial postimplantation de l'échelle de triage et de gravité », in MSSS (ss la dir. de) *Suivi de la formation sur l'échelle de triage et de gravité*, Québec, MSSS, 2005.
- Beveridge, R., J. Ducharme, L. Janes, S. Beaulieu et S. Walter. « Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: inter-observer agreement », vol. 34, n° 2, août 1999, p. 155-159.
- Broadbent, M., H. Jarman et M. Berk. « Emergency department mental health triage scales improve outcomes », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 10, n° 1, févr. 2004, p. 57-62.
- Byrne, G. *The A&E department: nurses' priorities and patients' anxieties* (thèse de doctorat non publiée), Newcastle (UK), Université de Northumbria, 1992.
- Chaput, Y.J. et M.J. Lebel. « Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 3, mars 2007, p. 335-341.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). *La réorganisation et la gestion des services médicaux : mieux, autrement et selon nos moyens*, CMQ, janvier 2003. [En ligne : www.cmq.org/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/0B794098EAF0449BABEFB557B46CE89D.ashx] (Page consultée le 26 février 2009).
- Cone, K.J. *The Development and Testing of an Instrument to Measure Decision-Making in Emergency Department Triage Nurse*, Saint Louis University—Faculty of the Graduate School, St.Louis (MO), 2000.
- Crowley, J.J. « A clash of cultures: A&E and mental health », *Accident and Emergency Nursing*, vol. 8, n° 1, janvier 2000, p. 2-8.
- Dello Stritto, R. *The Experiences of the Emergency Triage Nurse: a phenomenological Study*, Denton (TX), Texas Woman's University—College of Nursing, 2005.
- Dennis, M., M. Beach, P.A. Evans, A. Winston et T. Friedman. « An examination of the accident and emergency management of deliberate self harm », *Journal of Accident & Emergency Medicine*, vol. 14, n° 5, sept. 1997, p. 311-315.
- Dowling, D. et C. Thompson. « Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, n° 1, oct. 2003, p. 49-57.
- Dong, S.L., M.J. Bullard, D.P. Meurer, S. Blitz, B.R. Holroyd et B.H. Rowe. « The effect of training on nurse agreement using an electronic triage system », *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, vol. 9, n° 4, juillet 2007, p. 260-266.
- Ferrario, C. *The Association of Clinical Experience and Emergency Nurses' Diagnostic Reasoning*, Chicago (IL), Rush University—College of Nursing, 2001.
- Fry, M. *Triage Nursing Practice in Australian Emergency Departments 2002-2004: An Ethnography*, Sydney, University of Sydney—Faculty of Nursing, 2004.
- Gerdtz, M.F. *Triage Nurses' Clinical Decision-Making: A Multi-Method Study of Practice, Processes and Influences*, Melbourne, University of Melbourne—School of Nursing, 2003.
- Gerdtz, M. et T. Bucknall. « Australian triage nurses' decision-making and scope of practice », *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, n° 1, sept.-nov. 2000, p. 24-33.
- Grafstein, E.J., M.J. Bullard, D. Warren et B. Unger. « Revision of the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List version 1.1 », *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, vol. 10, n° 2, mars 2008, p. 151-173.
- Göransson, K.E., M. Ehnfors, M.E. Fonteyn et A. Ehrenberg. « Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 61, n° 2, janv. 2008, p. 163-172.
- Haggerty, J., R. Pineault, M.D. Beaulieu, Y. Brunelle, F. Goulet, J. Rodrigue et al. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec* (rapport de recherche), Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, février 2004. [En ligne : www.chsrf.ca/final_research/ogc/haggerty_f.php] (Page consultée le 7 septembre 2005).
- Hunt, E. « On avoiding 'psych' patients », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 19, n° 5, oct. 1993, p. 375-376.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, Québec, MSSS, 2000.
- O'Dwyer, F., A. D'Alton et J.B. Pearce. « Adolescent self harm patients: audit of assessment in an accident and emergency department », *British Medical Journal*, vol. 303, n° 6803, 14 sept. 1991, p. 629-630.
- Paillé, P. et A. Mucchielli. « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Paris, Colin, 2003.
- Purnell, L.D. « A survey of emergency department triage in 185 hospitals: physical facilities, fast-track systems, patient-classification systems, waiting times, and qualification, training, and skills of triage personnel », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 17, n° 6, déc. 1991, p. 402-407.
- Vadeboncoeur, A. et P. Beaudet. *Projet urgence 200 : De paratonnerre à plaque tournante*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.
- Wand, T. et B. Happell. « The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department », *Accident and Emergency Nursing*, vol. 9, n° 3, juill. 2001, p. 166-176.