

Raisonnement clinique des infirmiers d'accueil et d'orientation au triage : Comment utilisent-ils le Know-Who pour prendre des décisions ?

Yoann Noiré¹, MED; Alexandra Cansé² MScSI; Thierry Pelaccia³, MD, PhD

Introduction : Le raisonnement clinique des professionnels de la santé est fortement influencé par le contexte et par l'environnement professionnel. L'objectif de cette étude était d'explorer comment les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) raisonnent dans le contexte spécifique du triage et comment ils utilisent un type particulier de connaissance expérientielle dénommé « Know-Who », qui désignent les connaissances qu'un soignant a sur les personnes avec lesquelles elle travaille.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative dans deux hôpitaux Suisses. Les IAO étaient équipés d'une caméra de type GoPro© fixée sur le front afin d'enregistrer leur activité de leur propre point de vue. Des entretiens semi-structurés étaient réalisés immédiatement après le triage et la transmission du cas à un infirmier du service. La vidéo servait de support pour l'entretien. Un codage déductif et inductif a ensuite été réalisé dans le cadre d'une analyse thématique.

Résultats : Six IAO ont été interrogés. Ils émettaient immédiatement et dès la rencontre avec le patient, des hypothèses de gravités ou de non gravités. Tous les IAO avaient développé des connaissances sur leurs collègues, qu'ils utilisaient notamment pour choisir l'infirmier à qui confier le patient. Le Know-Who était également utilisé pour adapter les contenu des transmissions à l'infirmier.

Conclusion : Les IAO doivent interagir avec de nombreux autres professionnels de la santé et utilisent pour cela des connaissances implicites qu'ils ont sur les autres afin de prendre les meilleures décisions pour la suite de la prise en charge du patient.

¹ HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Fribourg, Suisse

² Hôpital cantonal de Fribourg, direction des soins

³ Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, faculté de médecine de Strasbourg

Study objective : The clinical reasoning of healthcare professionals is strongly influenced by context and professional environment. The aim of this study was to explore how triage nurses (TNs) reason in the specific context of triage and how they use a particular type of experiential knowledge called Know-Who, which refers to the knowledge a caregiver has about the people she works with.

Methods: We conducted a qualitative study in two Swiss hospitals. TNs were equipped with a GoPro©-type camera attached to their foreheads to record their activity from their own point of view. Semi-structured interviews were conducted immediately after triage and transmission of the case to a nurse of the ward. The video was used as a support for the interview. Deductive and inductive coding was then carried out as part of a thematic analysis.

Results: Six TNs were interviewed. As soon as they met the patient, they immediately made assumptions about the seriousness or lack of seriousness of the problem. All the TNs had developed knowledge of their colleagues, which they used in particular to choose the nurse to whom the patient should be entrusted. Know-Who was also used to adapt the content of transmissions to the nurse.

Conclusion: TNs have to interact with many other healthcare professionals, using implicit knowledge of other colleagues to make the best decisions for the patient's further care.

Introduction

Background

L'un des premiers actes pratiqués chez tout patient aux urgences est le triage (1). Initialement limité au milieu militaire (2,3) il a été transposé, depuis le début des années quatre-vingt (4), au milieu civil. Il est le plus souvent réalisé par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui a pour principale mission de déterminer les délais dans lesquels les patients doivent être pris en charge, en les priorisant selon la gravité de la situation (3). L'IAO doit ensuite choisir l'infirmier d'aval à qui confier le patient et lui transmettre les informations recueillies. La qualité du triage effectué par l'IAO peut avoir un impact sur la santé du patient, le temps pour qu'il obtienne un traitement, la durée de séjour ainsi que sur sa satisfaction (5). Elle repose sur un raisonnement clinique efficace (3). Le raisonnement clinique est couramment appréhendé selon la théorie du double processus, considérée comme universelle (6), selon laquelle deux processus cognitifs, l'un intuitif, l'autre analytique, sont mobilisés pour prendre des décisions (7). Depuis plusieurs années, les chercheurs (3,6,8–10) s'intéressent à l'environnement – souvent dénommé « contexte » - dans lequel ces processus cognitifs sont mobilisés, selon une approche sociocognitiviste (11). Ils ont mis en évidence que le contexte influence considérablement les décisions prises par les professionnels de santé (12,13).

Importance

Le triage est effectué dans un environnement très spécifique et complexe (8), parfois qualifié de « chaotique » (14). L'IAO doit en effet décider sous la pression du temps (15), avec un accès limité aux informations du patient, et des patients de plus en plus âgés qui présentent fréquemment des tableaux cliniques atypiques (16,17).

Les interactions entre l'IAO et les autres membres de l'équipe des urgences sont indispensables pour assurer une bonne qualité des soins tout au long de la prise en charge du patient (18). Ces interactions se font principalement par écrit, lorsque l'IAO note ses observations dans le dossier informatique du patient, mais également oralement, en face-à-face ou par téléphone. Des travaux réalisés en 2014 et publiés dans les *Annals of Emergency Medicine* ont montré que les médecins urgentistes filtrent les informations qui leur sont communiquées par un tiers selon la représentation qu'ils ont de l'intéressé, afin de leur apporter plus ou moins de crédit (19). Ce filtrage cognitif repose sur un type particulier de connaissances, dénommé « Know-Who ». (19). Le Know-Who désigne les connaissances que les soignants ont sur les personnes avec

lesquelles elles travaillent. A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au Know-Who chez les IAO.

Goals of this investigation

Nous avons souhaité déterminer si les IAO ont développé des connaissances sur les personnes avec lesquelles ils travaillent et comment ils l'utilisent dans leur pratique quotidienne du triage.

Méthode

La méthode est décrite conformément aux recommandations internationales en matière de recherche qualitative, en utilisant la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (20).

- **Study design and setting**

La plupart des concepts liés au raisonnement clinique sont le fruit de démarches quantitatives, menées selon une démarche expérimentale (21). Les résultats de recherche ainsi obtenus ont permis de documenter l'influence de différents facteurs sur le raisonnement, mais ils sont parfois peu transférables à la pratique réelle « *où le contexte, les facteurs liés au patient, les conditions ambiantes, les facteurs humains, la dynamique de l'équipe et une variété d'autres influences prévalent* » (21). Au regard des objectifs de notre recherche, nous avons décidé de privilégier une approche qualitative, afin « *d'étudier les phénomènes complexes dans leur contexte naturel* » (22). Étudier le Know-Who implique de révéler des connaissances par définition implicites. L'approche dite ethnographique, issue de l'anthropologie et de la sociologie, est utilisée dans le champ de l'éducation médicale depuis une cinquantaine d'années (23). Elle consiste selon Atkinson *et al.*, à avoir une « *approche générale d'exploration et de compréhension des contextes et des processus sociaux* » (24). Cette approche est cohérente avec le paradigme de la prise de décision naturaliste qui s'intéresse aux mécanismes de prise de décisions dans des environnements authentiques et complexes (25). Nous avons choisi une approche dite d'ethnographie ciblée, qui permet de s'intéresser à un phénomène précis, dans un contexte déterminé, afin de mieux comprendre les décisions prises par les IAO dans leur environnement (23,26). Dans les deux hôpitaux où le recueil de données a été réalisé, le fonctionnement était similaire. L'IAO triait un patient selon l'échelle Suisse de triage (EST). Lorsque l'IAO avait défini un motif et un degré de tri, le patient était attribué à un infirmier du service pour la suite de la prise en charge.

L'EST est une échelle à 4 niveaux de gravité (27). Le degré 1 relève de l'urgence vitale ou fonctionnelle qui nécessite une prise en charge médicale immédiate. Le degré 2 requiert une prise en charge médicale dans un délai maximal de 20 minutes. Le degré 3 concerne les urgences pouvant attendre jusqu'à 120 minutes et le degré 4 concerne les urgences relatives dont la prise en charge peut être différée.

- **Selection of participants**

Afin d'augmenter la crédibilité et la transférabilité des résultats, nous avons recueilli les données dans deux hôpitaux Suisses de tailles moyennes et non universitaires : l'hôpital de Neuchâtel qui accueille environ 45 000 patients par an (28) et l'hôpital cantonal de Fribourg, qui réalise 36 000 passages par an. Nous avons choisi ces sites pour leur différence de localisation, de taille, de nombre de passages et d'organisation afin d'avoir un panel de participants différents et majorer la transférabilité des résultats.

La prise de contact avec les responsables hiérarchiques des infirmiers de triage de ces deux établissements a été réalisée par mail. Un échantillonnage de convenance avec l'IAO en poste le jour du recueil de données a été réalisé par recrutement en « face-à-face ». Le consentement écrit des participants (patient et infirmier d'accueil et d'orientation) a été recherché avant la récolte des données. Les IAO ont été informés, de manière volontairement évasive, que l'étude portait sur le raisonnement clinique. Ils avaient tous bénéficié d'une formation au triage dans le passé. Le projet de recherche a été approuvé par la commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (Suisse) (Req-2022-01254). Aucune donnée relative au patient n'a été exploitée dans le cadre de ce travail.

- **Measurements**

Les données ont été recueillies entre mars et avril 2023. Nous avons filmé l'activité quotidienne des IAO en perspective subjective située, à l'aide d'une caméra de type GoPro® (19,29) fixée sur le front des participants. Cette technique consiste à filmer ce que voit l'acteur de la situation, et non l'ensemble de la situation et des acteurs. Elle est un outil puissant d'étude de la prise de décisions en milieu naturel, qui facilite la révélation des connaissances et des processus cognitifs mobilisés par le sujet, et l'identification des relations entre professionnels de santé en milieu clinique (30,31). Nous avons utilisé la vidéo dans le cadre d'un entretien semi-dirigé en re-situ subjectif, qui repose sur le visionnage séquencé de la vidéo de l'activité de la personne interviewée. La vidéo a été utilisée dans le but de réimmerger les participants dans l'activité précédent l'entretien afin de faire apparaître les processus cognitifs mobilisés pendant le triage

(29). L'objectif de cette approche est de favoriser la réminiscence, c'est à dire la verbalisation des connaissances et des processus cognitifs mobilisés dans l'action. Les entretiens ont été réalisés immédiatement après chaque triage d'un patient par l'IAO et dès qu'il avait transmis le patient à un infirmier. Ils ont été menés par YN à partir d'un guide d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits.

- **Analysis**

Afin de maximiser la fiabilité de l'analyse, les verbatims ont été codés en aveugle par YN et par AC. AC est expérimentée en recherche qualitative et détient un Master en sciences infirmières (MScSI). YN détient un master en éducation médicale (MEd). Les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés par YN. Une liste de codes issue du cadre conceptuel a d'abord été établie par YN afin de réaliser un codage en partie déductif. Une première lecture verticale a été effectuée afin de se réimprégner des entretiens. Une lecture horizontale a ensuite permis d'enrichir la liste de codes selon une démarche inductive (32). Les codes ont ensuite été partagés et discutés avec AC. Le double codage a été réalisé sur 30 % des entretiens. Les extraits de verbatims ont été choisis de manière aléatoire. Conformément aux recommandations de Huberman *et al.* nous avons cherché à obtenir un accord inter-codeur supérieur à 90% (33).

Results

Six infirmiers ont été interviewés (4 femmes et 2 hommes), avec en moyenne cinq années d'expérience aux urgences. L'âge moyen était de 31 ans. Le taux d'accord inter-codeur était de 60%.

Raisonnement clinique des IAO

Parmi les 6 IAO interrogés, 5 émettaient un jugement quant à la gravité de la situation dès le premier contact avec le patient, c'est-à-dire au moment où ils voyaient le patient pour la première fois. Ils prélevaient pour cela des informations principalement visuelles :

- [IAO 3 à propos d'une patiente se présentant pour des vertiges] : « *Quand je l'ai vu j'étais plutôt rassurée parce que c'est une personne debout qui n'est pas en train de vomir, qui ne semble pas avoir de latéralisation ou de choses comme ça, qui me parle, qui a l'air plus ou moins sensée* ».

Le cas où l'IAO (IAO 5) n'a pas émis un tel jugement concernait un patient avec un diagnostic déjà établi et adressé par le médecin traitant (sonde urinaire à demeure obstruée).

Après avoir estimé la gravité de la situation à partir d'éléments visuels, les IAO émettaient dans un second temps des hypothèses diagnostiques avec un niveau de spécificité syndromique.

- [IAO 6, à propos d'une patiente qui se présentait aux urgences pour palpitations et douleurs thoracique] : « J'avais un pouls bien frappé régulier donc j'avais pas vraiment d'irrégularité du pouls elle était hypertendu donc il y avait la piste cardiopathie hypertensive surtout qu'elle est connue et traitée après ça me rassurait plus sur le trouble du rythme mais pas du tout sur quelque chose d'ischémique ».

Ces hypothèses leurs servaient pour préciser le degré de triage et étaient vérifiées selon une démarche hypothético-déductive, après avoir recueilli les premiers éléments de l'anamnèse et après avoir réalisé un examen clinique ciblé :

- [IAO 2, au sujet d'un patient se présentant pour une douleur aiguë et intense de l'épaule] : « *J'essayais de voir s'il n'y avait pas une franche luxation, ou la clavicule cassée, ou un hématome quelque chose de vraiment visuel on va dire qui pourrait me faire penser à une luxation parce que c'est ça qui va majorer mon degré de tri* ».

Utilisation du Know-Who par les IAO

Tous les IAO interrogés mobilisaient des connaissances qu'ils avaient sur les autres infirmiers des urgences. Ce Know-Who était principalement utilisé afin de choisir à quel infirmier d'aval le patient allait être attribué après le triage. Il était également utilisé pour adapter les transmissions à l'interlocuteur ou pour anticiper des soins.

- Know-Who et attribution du patient trié

Les IAO 5 et 6 disaient choisir à qui ils transmettaient le patient trié en se basant sur l'expérience aux urgences que possédait l'infirmier d'aval. Ces deux IAO étaient ceux qui possédaient le plus d'expérience aux urgences parmi les IAO interrogés (respectivement 10 et 7 ans d'expérience).

- [IAO 6, affectation de la patiente triée degré 3 à une infirmière peu expérimentée] : « *Dans des situations comme ça, lambda, entre guillemets, je peux clairement transmettre ce cas à cette infirmière, parce que là, on sait qu'elle aura son ECG dans les 20 minutes et qu'elle sera vue par un médecin, donc son rôle infirmier c'est de faire l'ECG et puis de donner rapidement au médecin qui lui va identifier si il y a une problématique ou pas [...]* Pour tout ce qui est leadership et anticipation des éventuelles

problématiques que l'on peut rencontrer dans les gros déchocs, je ne transmettrais peut-être pas à cette infirmière ».

- [IAO 5, affectation du patient à une infirmière récemment arrivée dans le service] : *« La personne avec moins d'expérience, elle ne va pas comprendre si tu lui dis certaines choses que tu as constatées au triage. [...] Je ne serais pas rassuré de lui transmettre un patient avec douleurs rétrosternales degré 1, signe de Lévine [...]. Je serais pas très rassuré sur la prise en charge ».*

- Know-Who et adaptation des transmissions de la part de l'IAO

Dans certains cas les transmissions étaient adaptées en fonction du niveau de stress supposé de l'infirmier d'aval. L'IAO transmettait alors des informations dans l'objectif de le rassurer.

- L'IAO 1 a transmis le cas d'une patiente qui se présentait aux urgences pour vertiges et céphalées à un infirmier qu'elle estimait « stressé » : *« Je pense que c'est un infirmier qui est stressé et qui a besoin qu'on le rassure par rapport à ce qu'il y a en salle d'attente. C'est peut-être pour ça aussi que je l'ai appelé pour un degré 2 ».* Cette IAO a choisi de ne pas donner certaines informations qui auraient pu stresser l'infirmier d'aval : *« Si j'avais dit elle a eu une décharge électrique et depuis elle a mal à la tête si je n'avais dit que ça finalement ça aurait été peut-être le stress [Pour l'infirmier d'aval].*

Plusieurs infirmiers interviewés disaient également ne pas transmettre les informations de la même façon selon leur proximité avec l'infirmier d'aval :

- [IAO 1] *« Si [la personne à qui je transmets], c'est ma pote, je vais donner moins d'infos sur ce que la patiente n'a pas, je n'aurais peut-être pas dit qu'elle n'avait pas de nausées, pas de vomissements, ça, j'aurais peut-être pas dit, parce que de toute façon, c'est écrit. ».*
- [IAO 1] : *« Quand c'est des collègues que je connais, je sais comment ça se passe, je sais où je dois insister ou pas. Quelqu'un que je connais pas, je fais ma transmission IPASS [une méthode structurée de transmission contenant les éléments suivants : Identification, Patient, Actions, Situation, Synthèse], je vérifie qu'il ait bien compris et, surtout, je mets un point sur ce qu'il reste concrètement à faire et sur les points importants... Par exemple, là, on attend pour une antibiothérapie... Si jamais il est allergique à la pénicilline... Enfin, rappeler un peu les trucs clés. C'est vrai que j'insiste un peu plus avec les gens que je ne connais pas ».*

- [IAO 4] : « *Si c'est une nouvelle [infirmière], j'aurais demandé à la fin "Tu as des questions, il y a un truc que t'as pas compris ?" pour clarifier avec elle que la situation était bien comprise* ».

- Know-Who et anticipation des soins

Le Know-Who était parfois utilisé pour anticiper des soins lorsque l'IAO transmettait le cas à un infirmier qu'il estimait peu rigoureux, afin que le patient bénéficie rapidement des soins jugés importants par l'IAO :

- [IAO 3] : « *Des fois, il y a des gens qui sont un peu plus "olé olé" sur certaines situations. Par exemple, si c'est quelqu'un qui a mal, je vais plus insister sur le fait qu'il faut vraiment faire quelque chose, ou alors, je vais déjà préparer les médocs pendant qu'il perfuse* ».

- Know-Who et prise en compte des spécialisations de l'infirmier d'aval

Les IAO interrogés ne prenaient pas en compte les qualifications ou la spécialisation d'infirmier urgentiste que pouvaient avoir les infirmiers d'aval. Ils attribuaient majoritairement leur confiance à l'infirmier d'aval en se basant sur son ancienneté aux urgences :

- [IAO 5]: « *C'est une formation [formation de spécialisation en soins d'urgence obtenue après deux années d'études supplémentaires] qui nous apporte beaucoup de choses, mais il y a quelques collègues, dans notre équipe, qui n'ont pas cette formation, mais par contre, ils sont très expérimentés, ils ont du vécu, ils sont sécuritaires, puis ils me mettent aussi en sécurité* ».
- [IAO 1] à propos de savoir si la spécialisation en soins d'urgence que possède l'infirmier d'aval l'influence pour lui accorder sa confiance : « *Non pas trop. Je l'ai [plutôt] identifié comme quelqu'un qui a besoin d'être rassuré derrière* ».

Limitations

Notre étude possède plusieurs limites. La première est le faible nombre de participants (n=6), en raison du manque de temps pour mener à bien cette étude et de la difficulté de recrutement des participants. Les résultats sont donc préliminaires. Un nouveau site ayant donné son accord, le recueil de données sera enrichi dans les prochains mois de plusieurs autres entretiens.

Une autre limite est que les déclarations des participants se sont faites *a posteriori* du triage. On ne peut donc pas être certains que les processus décrits pendant l'entretien étaient les mêmes

que ceux qui ont été mobilisés au moment du triage. Néanmoins, nous avons fait en sorte de réaliser les entretiens immédiatement après le triage d'un patient afin de limiter ce risque. Le design de l'étude, reposant sur l'enregistrement en perspective subjective située et l'entretien en re-situ subjectif, permet également d'atteindre cet objectif (19,29). Comme tous les résultats issus de recherches qualitatives, ceux de cette de cette étude ne peuvent pas être généralisés, tout au plus transférés à des services semblables et dans des hôpitaux au fonctionnement similaire à ceux étudiés.

Le double codage réalisé en aveugle par YN et AC sur 30% des verbatims n'a pas permis d'obtenir un accord inter-codeur supérieur ou égal à 90% comme cela est recommandé dans la littérature (33), principalement par manque d'échanges entre les codeurs et par manque de temps.

Discussion

De nombreuses études se sont intéressées à la façon dont les IAO prennent des décisions relatives au triage (1,3,5,34–36). Notre design d'étude a permis de capter de manière originale la façon dont les IAO raisonnent dans leur environnement professionnel habituel (37). Des hypothèses de gravités étaient émises dès la rencontre avec le patient, comme cela a été mis en évidence avec des médecins urgentistes (19). La plainte principale du patient était prise en compte et des éléments visuels étaient prélevés afin d'écarter rapidement une urgence vitale ou fonctionnelle. Des hypothèses diagnostiques étaient générées dès ce stade avec un niveau de spécificité syndromique.

Les IAO émettaient dans un second temps d'autres hypothèses diagnostiques lors de l'anamnèse, ce qui leur permettait d'orienter leur examen clinique selon une démarche hypothético-déductive.

Comme dans l'étude ayant permis de mettre en avant l'utilisation du know-who chez les médecins urgentistes (38), notre étude confirme que les IAO possèdent et utilisent ce type de connaissances. Tous les IAO interviewés dans notre étude possédaient ce type de connaissances, indépendamment de leurs années d'expérience aux urgences.

Ces connaissances sont par définitions subjectives et se construisent au gré des expériences qui amènent les sujets à côtoyer leurs collègues (37). Elles conduisent en particulier à accorder un niveau plus ou moins élevé de confiance au sujet. (37).

Les IAO interrogés utilisaient leur Know-Who pour choisir à quel infirmier ils allaient confier le patient trié, afin de lui assurer une prise en charge optimale. L'ancienneté de l'infirmier au

sein du service semblait être le critère le plus important pour lui attribuer ou pas un patient complexe. Les IAO interrogés dans notre étude ne prenaient en effet pas en compte les qualifications ou les spécialisations de l'infirmier avec qui ils échangeaient.

Le Know-Who conduisait en outre l'IAO à adapter sa communication à l'interlocuteur, par exemple si l'infirmier était perçu comme stressé, l'IAO filtrait les informations à transmettre de sorte à rassurer l'infirmier d'aval. Il ressortait également que les transmissions étaient plus lapidaires lorsque l'IAO connaissait bien son interlocuteur. En revanche lorsque l'IAO était peu familier et proche avec l'infirmier d'aval, les transmissions étaient plus longues et plus détaillées, en utilisant notamment des transmissions structurées. L'IAO pouvait également anticiper des soins jugés importants si l'infirmier d'aval était jugé trop peu rigoureux.

Ces utilisations du Know-Who confirment l'importance du contexte dans la réalisation du triage (39). Les IAO interviewés ne se contentaient pas d'assigner un motif de consultation et un degré de triage. Ils mobilisaient des connaissances sur leur collègues afin de prendre la meilleure décision pour la suite de la prise en charge du patient.

Cette étude permet de mettre en avant le fait que l'expertise ne repose pas uniquement sur des connaissances que nous pourrions qualifier « d'objectives ». Le Know-Who, qui se construit en côtoyant ses collègues, permet d'aborder le raisonnement clinique sous un angle humaniste en plaçant l'humain au centre du processus. De futures recherches devront déterminer de quelles manières ce Know-Who peut-être développé dans les équipes et comment les superviseurs en stage peuvent se l'approprier afin d'en faire un objet de réflexion auprès des étudiants.

Author affiliations : Haute école de Suisse occidentale (HES-SO) et service des urgences de l'hôpital cantonal de Fribourg (Noiré).

Direction des soins, hôpital cantonal de Fribourg (Cansé).

Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé (CFRPS), Faculté de médecine de Strasbourg ; Service des urgences de l'hôpital universitaire de Strasbourg (Pelaccia).

Author contributions : YN et TP ont conçu l'étude. YN et AC ont codé les données. YN a conduit les entretiens. YN et TP ont participé de manière équivalente à la rédaction et la révision de l'article. Tous les auteurs ont approuvé la version définitive de l'article.

Funding and support : Aucun support financier n'est à déclarer pour cette étude.

Bibliographie

1. Göransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(2):163-72. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x
2. Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. « To afford the wounded speedy assistance »: Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World J Surg*. 2006;30(8):1392-9. DOI: 10.1007/s00268-005-0436-8
3. Andersson A-K, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*. 2006;11(3):136-45. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x
4. Fry M, Burr G. Review of the triage literature: Past, present, future? *Australian Emergency Nursing Journal*. 2002;5(2):33-8. DOI: 10.1016/S1328-2743(02)80018-9
5. Stanfield LM. Clinical Decision Making in Triage: An Integrative Review. *J Emerg Nurs*. 2015;41(5):396-403. DOI: 10.1016/j.jen.2015.02.003
6. Croskerry P. A Universal Model of Diagnostic Reasoning: *Academic Medicine*. 2009;84(8):1022-8. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181ace703
7. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical Education Online*. 2011;16(1):5890. DOI: 10.3402/meo.v16i0.5890
8. Durning SJ, Artino AR, Pangaro LN, van der Vleuten C, Schuwirth L. Perspective: redefining context in the clinical encounter: implications for research and training in medical education. *Acad Med*. 2010;85(5):894-901. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181d7427c
9. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat M-C, Charbonneau A, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ*. 2012;46(5):454-63. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x
10. Pelaccia T. Decisionmaking in Emergency Medicine: Experienced-Based and Contextually Anchored Rather Than Evidence Based and Universal. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;72(5):624-5. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2018.07.010
11. Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Christensen N, directeurs. *Clinical reasoning in the health professions*. Fourth edition. Edinburgh London New York: Elsevier; 2019.
12. Croskerry P. Context is everything or how could I have been that stupid? *Healthc Q*. 2009;12 Spec No Patient:e171-176. DOI: 10.12927/hcq.2009.20945
13. Pelaccia T. Ten Principles for More Conservative, Care-Full Diagnosis. *Ann Intern Med*. 2019;170(11):823. DOI: 10.7326/L19-0147
14. Sandhu H, Carpenter C, Freeman K, Nabors SG, Olson A. Clinical Decisionmaking: Opening the Black Box of Cognitive Reasoning. *Annals of Emergency Medicine*. 2006;48(6):713-9. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.011
15. Thompson C, Dalgleish L, Bucknall T, Estabrooks C, Hutchinson AM, Fraser K, et al. The Effects of Time Pressure and Experience on Nurses' Risk Assessment Decisions: A Signal Detection Analysis. *Nursing Research*. 2008;57(5):302-11. DOI: 10.1097/01.NNR.0000313504.37970.f9
16. *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*. 1 août 2015 [cité le 4 novembre 2021]. (OECD Health Working Papers; vol. 83). Rapport no 83. Disponible: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
17. *Revue Medicale Suisse [En ligne]*. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs [cité le 12 novembre 2021]. Disponible: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-350/personnes-agees-aux-urgences-defis-actuels-et-futurs>

18. Hitchcock M, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(7):1532-41. DOI: 10.1111/jan.12304
19. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Ammirati C, Bertrand C, Dory V, et al. How and When Do Expert Emergency Physicians Generate and Evaluate Diagnostic Hypotheses? A Qualitative Study Using Head-Mounted Video Cued-Recall Interviews. *Annals of Emergency Medicine*. 2014;64(6):575-85. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2014.05.003
20. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4. DOI: 10.1016/j.kine.2014.11.005
21. Croskerry P, Tait G. Clinical decision making: the need for meaningful research. *Acad Med*. 2013;88(2):149-50. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31827b258d
22. Rousseau N, Saillant F. Chercher avec, plutôt que chercher pour...une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. undefined [En ligne]. 1996 [cité le 2 juillet 2022]; Disponible: <https://www.semanticscholar.org/paper/Chercher-avec%2C-plut%C3%B4t-que-chercher-pour...une-aux-Rousseau-Saillant/bc2f85542b387a7f918057fd93d1bb78417c9ea1>
23. Bourbonnais A. L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2015;120(1):23-34. DOI: 10.3917/rsi.120.0023
24. Atkinson P, Pugsley L. Making sense of ethnography and medical education. *Med Educ*. 2005;39(2):228-34. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.02070.x
25. Patel VL, Kaufman DR, Arocha JF. Emerging paradigms of cognition in medical decision-making. *Journal of Biomedical Informatics*. 2002;35(1):52-75. DOI: 10.1016/S1532-0464(02)00009-6
26. Andreassen P, Christensen MK, Møller JE. Focused ethnography as an approach in medical education research. *Medical Education*. 2020;54(4):296-302. DOI: 10.1111/medu.14045
27. Rutschmann OT, Hugli OW, Marti C, Groscurin O, Geissbuhler A, Kossovsky M, et al. Reliability of the revised Swiss Emergency Triage Scale: a computer simulation study. *Eur J Emerg Med*. 2018;25(4):264-9. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000449
28. RHNE. Rapport d'activité 2020 [En ligne]. RHNE. Disponible: <https://www.rhne.ch/documents/20182/28585/Rapport+d%27activit%C3%A9+2020/1308b7de-a436-4205-b8f3-45b4d79773fe>
29. Rix-Lièvre G, Biache M-J. Enregistrement en perspective subjective située et entretien en re-situ subjectif : une méthodologie de la constitution de l'expérience. *Intellectica*. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 2004;38(1):363-96. DOI: 10.3406/intel.2004.1718
30. Omodei MM, McLennan J. Studying complex decision making in natural settings: using a head-mounted video camera to study competitive orienteering. *Percept Mot Skills*. 1994;79(3 Pt 2):1411-25. DOI: 10.2466/pms.1994.79.3f.1411
31. Wears RL, Schubert CC. Visualizing Expertise in Context. *Annals of Emergency Medicine*. Elsevier; 2016;67(6):752-4. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2015.11.027
32. Les recherches qualitatives en santé. 2e éd. Malakoff: Armand Colin; 2023. (Collection U).
33. Huberman AM, Miles MB, De Backer C, Lamongie V. Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles [Paris]: De Boeck université; 1991. (Pédagogies en développement).
34. Yuliandari KP. A literature review in triage decision making:supporting novice nurses in developing their expertise. *Belitung Nursing Journal*. 2019;5(1):9-15. DOI:

10.33546/bnj.635

35. Reay G, Smith-MacDonald L, Then KL, Hall M, Rankin JA. Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. *Int Emerg Nurs*. 2020;48:100791. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.100791

36. Smith A, Cone KJ. Triage Decision-Making Skills: A Necessity for all Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*. 2010;26(1):E14-9. DOI: 10.1097/NND.0b013e3181bec1e6

37. Pelaccia T. Vers une perspective sociocognitiviste de l'étude du raisonnement clinique pour mieux capter l'expertise. Un éclairage particulier à partir de l'étude du raisonnement en médecine d'urgence. *Pédagogie Médicale*. EDP Sciences; 2016;17(4):255-26. DOI: 10.1051/pmed/2017010

38. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Ammirati C, Bertrand C, Dory V, et al. From Context Comes Expertise: How Do Expert Emergency Physicians Use Their Know-Who to Make Decisions? *Annals of Emergency Medicine*. 2016;67(6):747-51. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2015.07.023

39. Wolf L. Acuity Assignment: An Ethnographic Exploration of Clinical Decision Making by Emergency Nurses at Initial Patient Presentation. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2010;32(3):234-46. DOI: 10.1097/TME.0b013e3181e972ec