

Triage à l'urgence

Lignes directrices

2^e édition




Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
ventepublications@oiiq.org

Ce document est disponible sur le site de l'Ordre
oiiq.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
ISBN 978-2-89229-719-5 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2019
Tous droits réservés

ÉDITION

COORDINATION, RECHERCHE ET RÉDACTION

Joël Brodeur, inf., M. Sc. adm.
D.E.S.S. Gestion et développement des organisations
D.E.S.S. Développement des organisations –
Gestion de l'amélioration et de la performance
Ceinture noire Lean Six Sigma
Directeur
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mélanie Connan, inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe*
Amélioration de la pratique
Direction, Surveillance et inspection professionnelle
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

D^{re} Isabelle Amyot, MD, FRCP (c), pédiatre
Syndique adjointe
Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

D^r Serge Dupont, MD, omnipraticien
Inspecteur
Direction, Développement professionnel continu et
remédiation
Collège des médecins du Québec

COLLABORATION

Chantale Desbiens, inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe, Pratique infirmière
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Julie Gélinas, inf., M. Ed.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Barbara Harvey, inf., M. Sc. inf.
Conseillère
Direction, Surveillance et inspection professionnelle
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

COLLABORATION (suite)

Josée Desrochers, inf., B. Sc. inf.
Association des infirmières et infirmiers d'urgence du
Québec
Formatrice en triage*

Marie-Noël Ouellette, inf., DESS Sciences infirmières
Directrice du développement clinico-administratif*
Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du
Québec

Marcel Rheault, inf.
Président*
Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du
Québec

Carine Sauvé, inf., M. Sc. inf., M. Sc. (développement
organisationnel)
Directrice adjointe
Direction des services professionnels
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Est

Denise Trudel
Directrice*
Direction des soins critiques et urgents
Ministère de la Santé et des Services sociaux*

* Occupation au moment de la collaboration

COMITÉ DE LECTURE

En collaboration avec la Communauté virtuelle
d'apprentissage et de pratique
en soins d'urgence du Québec (CVAP) :

Karine Bolduc, Nathalie Cloutier, Sylvie Desjardins,
Manon Fouquet, Joannie St-Pierre et Nathalie Thiffault

PRODUCTION

CONCEPTION GRAPHIQUE

Direction, Stratégie de marque et communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge
Direction, Stratégie de marque et communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Notes :

- Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

Table des matières

Introduction	6
1 Définition du triage	8
2 Volet professionnel	11
2.1 Rôle de l'infirmière au triage.....	11
2.2 Compétences et formation de l'infirmière au triage	11
2.3 Responsabilités de l'infirmière au triage.....	14
2.4 Rôles et responsabilités du médecin à l'égard du triage	15
3 Étapes du processus de triage	16
3.1 Évaluer	19
3.1.1 L'évaluation visuelle rapide (durée : quelques secondes)	19
3.1.2 L'évaluation brève (moins de deux minutes)	20
3.1.3 L'évaluation complète (environ cinq minutes)	21
3.1.4 La réévaluation.....	22
3.2 Déterminer le niveau de priorité.....	23
3.3 Intervenir	23
3.4 Diriger le patient vers l'aire de traitement ou d'attente appropriée.....	24
3.5 Réorienter le patient vers une ressource optimale.....	25
3.6 Assurer le suivi du patient qui quitte avant la prise en charge	26
3.7 Documenter	27
4 Volet organisationnel.....	29
4.1 Le soutien clinique	29
4.2 Comité de triage et processus d'amélioration continue de la qualité	30
Conclusion	32

Références.....	33
Ressources à consulter.....	35
Annexe 1 Triangle de l'évaluation pédiatrique	36
Annexe 2 Outil d'évaluation PQRSTU-AMPLE	37
Annexe 3 Outil d'évaluation pédiatrique CIAMPEDS.....	39
Annexe 4 Exemple d'objectifs d'une formation sur le triage.....	40

Liste des figures

Figure 1	Processus de triage à l'urgence – De l'arrivée à l'évaluation complète.....	17
Figure 2	Processus de triage à l'urgence – À partir de l'évaluation complète.....	18
Figure 3	Évaluation de la qualité du processus de triage.....	31

Liste des tableaux

Tableau 1	Les niveaux de triage et les délais correspondants	9
Tableau 2	Éléments essentiels de la documentation des soins au triage.....	28

Introduction

L'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) a été créée en 1999, à la suite d'un large consensus d'experts du Groupe de travail national canadien sur l'ÉTG, constitué d'infirmières et de médecins. Plusieurs fois révisée depuis sa création, l'ÉTG vise à uniformiser le processus du triage à l'urgence par l'utilisation de critères communs et d'une même méthode de classification. L'ÉTG permet le triage auprès de la clientèle tant adulte que pédiatrique, que celle présentant un problème de santé physique ou de santé mentale. Sur le plan opérationnel, l'ÉTG vise la priorisation de la prise en charge des patients en fonction du caractère urgent de leur état de santé et l'intervention en temps opportun.

En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (désignée ci-après « LII »), le champ d'exercice de la profession infirmière est défini de façon très large et comporte le spectre d'intervention le plus étendu parmi les professionnels de la santé. Les activités réservées qui en découlent donnent une grande autonomie à l'infirmière, en permettant la reconnaissance du jugement clinique, notamment par l'évaluation de l'état de santé d'une personne. Dans le cadre de l'exercice professionnel au triage, l'infirmière évalue la condition physique et mentale de personnes symptomatiques, détermine le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé et établit les priorités et les conditions d'intervention. À la suite de son évaluation, elle exerce la surveillance clinique de la condition des personnes qui se trouvent dans l'aire d'attente avant la prise en charge médicale. Enfin, l'infirmière peut initier des mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance collective et réorienter certains patients vers des ressources de rechange lorsque cela est approprié et selon les balises de réorientation convenues par l'établissement.

En janvier 2000, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) publiaient un énoncé de position conjoint ayant pour but de favoriser l'atteinte des objectifs du processus du triage. En 2007, l'OIIQ publiait des lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence afin d'encadrer le rôle des infirmières œuvrant dans les urgences à la suite de l'implantation en 2001 de l'ÉTG au Québec. Depuis ce temps, compte tenu de l'évolution de la pratique dans les salles d'urgence, des connaissances en la matière et des récentes publications, une mise à jour s'avérait nécessaire.

En mai 2015, l'OIIQ, le CMQ et l'Ordre des pharmaciens du Québec, dans un énoncé de position conjoint, prenaient position formellement au sujet de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, pour rehausser la qualité et la sécurité des soins de la population québécoise. La collaboration interprofessionnelle s'appuie notamment sur la compréhension et le respect du champ d'exercice des professionnels, sur la communication efficace entre les intervenants et sur une définition claire des rôles et responsabilités de chacun.

C'est dans cette optique que l'OIIQ et le CMQ ont décidé de publier conjointement les présentes lignes directrices. Bien que le triage soit sous la responsabilité de l'infirmière et qu'il nécessite des compétences et savoirs éprouvés, il ne saurait se réaliser sans la collaboration d'autres professionnels, notamment des médecins. Celle-ci s'effectue au quotidien et elle doit aussi prendre forme au sein d'un comité de triage dans une approche d'amélioration qualitative du processus en place et d'une perspective d'assurance de qualité et de sécurité des soins aux patients.

Limites

Il est important de préciser que les informations fournies dans ce document se limitent aux activités de triage s'appuyant sur l'ÉTG et réalisées par les infirmières des services d'urgence du Québec. Ce document ne traite d'aucune autre approche de priorisation de la clientèle, à l'exemple des approches observées en clinique de consultation sans-rendez-vous.

En outre, ces lignes directrices ne s'appliquent pas en cas de catastrophe ou de désastre de grande envergure, puisque ces situations requièrent l'application de protocoles de triage adaptés à l'accueil massif de victimes.

1

Définition du triage

Le triage consiste à évaluer la condition du patient et à déterminer le niveau de priorité des soins selon une classification prédéterminée par l'ÉTG.

Le triage peut impliquer aussi une réévaluation périodique et systématique des patients qui attendent d'être pris en charge sur le plan médical.

Le *Guide de gestion de l'urgence* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006) définit le triage comme l'activité consistant à déterminer le degré de priorité des patients à la suite de l'évaluation effectuée par l'infirmière, et à déterminer le **délai souhaitable** entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. Les délais prescrits constituent des buts à atteindre.

L'OIIQ et le CMQ sont d'avis que **le triage est sous la responsabilité de l'infirmière**, qui doit déterminer le degré de priorité selon les signes et les symptômes des patients se présentant à l'urgence et le délai raisonnable pour que ceux-ci reçoivent des soins médicaux suivant la classification de l'ÉTG.

Il importe de souligner que le but premier du triage est le repérage rapide des patients requérant une intervention urgente. Il est donc primordial que l'infirmière au triage soit en mesure de prendre contact avec le patient dans un délai maximal de **dix minutes** suivant son arrivée¹. En ce sens, la principale cible de l'évaluation infirmière au triage est l'attribution d'un niveau de priorité en fonction de la plainte principale du patient, plutôt que l'amorce d'un diagnostic clinique ou d'un traitement.

¹ Le *Guide de gestion de l'urgence* du MSSS (2006) et le Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge et al. (1998) recommandent une attente maximale de 10 minutes pour un triage qui devrait avoir une durée moyenne de 5 minutes environ.

Lors de la révision de l'ÉTG de 2004, le Groupe de travail national canadien a insisté sur le fait suivant : **lorsque l'attente se prolonge, il est crucial de réévaluer l'état du patient, cette réévaluation pouvant mener à l'ajustement du niveau de priorité.**

L'infirmière doit avoir pour objectif d'amorcer le processus dans les dix minutes suivant l'arrivée d'un patient à l'urgence. L'infirmière devrait avoir accès à cette information (p. ex. avec l'utilisation d'un horodateur) et appliquer les mesures déterminées par l'établissement si cette cible est compromise.

Tableau 1
Les niveaux de triage et les délais correspondants

Niveaux	Délais de prise en charge médicale	Détails
1	Prise en charge immédiate	Réanimation : conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate.
2	15 minutes	Très urgent : conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou de sa fonction et exigeant une intervention médicale rapide.
3	30 minutes	Urgent : conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4	60 minutes	Moins urgent : conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du patient et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5	120 minutes	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Source : Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge et al., 1998.

Il peut s'écouler de quelques secondes à quelques minutes entre le début du triage et l'attribution d'un niveau de priorité selon l'ÉTG. La durée et les composantes de l'évaluation réalisée par l'infirmière du triage doivent s'adapter en fonction de sa reconnaissance du caractère urgent de l'état de santé du patient.

L'évaluation par l'infirmière au triage, son déroulement et les données pertinentes requises seront décrits ultérieurement dans ce document.

Le degré d'urgence est l'assise de la détermination d'un niveau de priorité selon l'ÉT.G. **Il importe de savoir distinguer la complexité d'un état de santé de son caractère urgent.** Une considération particulière doit être prise par l'infirmière du triage quant aux états de santé jugés sensibles aux délais de traitement, notamment les portraits cliniques compatibles avec l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus ou le sepsis. Dans le doute, l'infirmière accordera une priorité supérieure au patient afin qu'il soit pris en charge plus rapidement, le but étant de limiter les risques de préjudice.

2

Volet professionnel

2.1 Rôle de l'infirmière au triage

L'infirmière joue un rôle de premier plan dans l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Celle qui effectue le triage est responsable de l'évaluation de chaque patient qui se présente à l'urgence. C'est à l'infirmière d'établir le risque potentiel d'atteinte à la vie, à l'intégrité ou à la fonction d'un membre du patient.

L'évaluation par l'infirmière se fait en amont de celle du médecin, c'est-à-dire dès l'arrivée du patient à l'urgence, et ce, **avant même son inscription, peu importe son mode d'arrivée**. L'infirmière détermine alors la gravité ou l'urgence du problème de santé physique ou mentale selon l'ÉTG avant qu'un diagnostic médical soit posé.

L'infirmière du triage exerce ses activités en étroite collaboration avec l'ensemble des infirmières, des médecins et des autres intervenants de soins à l'urgence. Elle œuvre auprès d'une clientèle diversifiée, aux problèmes de santé complexes et évolutifs, et doit composer avec la nature imprévisible de son travail.

2.2 Compétences et formation de l'infirmière au triage

L'infirmière est la première professionnelle que rencontre le patient à son arrivée à l'hôpital. Elle représente l'organisation pour laquelle elle travaille ainsi que sa profession. La responsabilité qu'elle assume requiert donc des qualités et des capacités humaines et professionnelles d'ordre cognitif (le savoir), d'ordre affectif (le savoir-être) et d'ordre psychomoteur (le savoir-agir). De plus, elle doit maîtriser des techniques efficaces d'entrevue et avoir un bon sens de l'observation afin de recueillir toute l'information verbale, paraverbale et non verbale nécessaire à son évaluation.

Comme dans tout autre contexte de soins, l'infirmière qui procède au triage d'un patient doit établir une relation thérapeutique. Pour ce faire, elle fait appel à ses compétences professionnelles, à ses habiletés de communication et à sa compassion. Les rapports qu'elle établit avec le patient sont fondés sur la confiance et le respect. Une relation thérapeutique adéquate facilite la pratique clinique de l'infirmière autant que l'épisode de soins du patient.

Par conséquent, l'infirmière assignée au triage à l'urgence doit, entre autres :

SAVOIR

- posséder de bonnes connaissances des divers problèmes de santé physique et mentale de l'adulte ainsi que des particularités et risques reliés à l'âge, dont les signes et symptômes atypiques chez la personne âgée;
- posséder de bonnes connaissances des divers problèmes de santé physique et mentale de l'enfant et connaître les stades de développement de l'enfant;
- connaître ses devoirs et ses obligations déontologiques, notamment en ce qui concerne la préservation du secret quant aux renseignements de nature confidentielle, l'information et le consentement;
- avoir une bonne compréhension de son rôle;
- avoir une excellente compréhension du fonctionnement de l'urgence;
- comprendre les politiques, les procédures et le rôle de tous les professionnels et non-professionnels travaillant à l'urgence;
- connaître les divers outils cliniques à sa disposition : protocoles, règles de soins infirmiers, ordonnances collectives, et autres;
- connaître les ressources de la communauté : cliniques GMF, cliniques médicales privées, etc.

SAVOIR AGIR

- faire preuve d'un jugement clinique sûr;
- posséder des aptitudes en relations interpersonnelles et des habiletés pour communiquer efficacement avec une clientèle vivant des situations critiques et complexes, et ce, souvent dans un contexte multiculturel;
- être apte à intervenir promptement lorsque la situation l'exige;
- être capable d'évaluer l'agressivité, la dangerosité et le risque suicidaire du patient et d'intervenir de façon adéquate;
- identifier les situations qui risquent de compromettre son rôle ou la sécurité des patients et en aviser les instances appropriées;
- être capable de procéder à un examen clinique dans des conditions sous-optimales;
- être capable de colliger les données, ses observations et ses interventions, afin qu'elles servent d'assise aux interventions des autres membres de l'équipe de soins.

SAVOIR ÊTRE

- s'exprimer avec empathie et respect;
- s'adapter à des situations qui évoluent rapidement;
- résoudre des situations conflictuelles;
- démontrer des stratégies positives d'adaptation au stress afin d'établir ses limites.

L'évaluation et le jugement clinique exercés par l'infirmière du triage exigent donc de cette dernière d'avoir développé diverses compétences qui s'inscrivent dans le champ d'exercice de l'infirmière.

Elle doit posséder des connaissances cliniques approfondies, de solides aptitudes à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale du patient, ainsi que des techniques avancées de communication, de réflexion critique et de prise de décision. Elle doit faire preuve d'une capacité d'analyse et d'un jugement clinique sûr, en plus d'être capable d'utiliser ses connaissances théoriques ainsi que son expérience clinique pour individualiser son évaluation à la situation particulière du patient. Ces compétences lui permettront aussi de mieux cibler son évaluation à la raison de consultation et de déterminer une priorité juste selon l'ÉTG. **Il est donc impératif que l'infirmière détienne des compétences qui vont bien au-delà de celle d'une infirmière novice,** d'autant plus qu'elle sera exposée à des situations à haut risque de préjudice.

Enfin, la notion d'imprévisibilité est à considérer. L'infirmière ou l'organisation ne peut pas prévoir la charge ou la lourdeur des situations cliniques qui se présenteront au triage. Ainsi, plus les situations de santé des patients sont complexes, plus il y a d'achalandage, plus le niveau de compétence de l'infirmière doit être élevé. En ce sens, la stabilité clinique du patient, le niveau de complexité des soins et la disponibilité des ressources sont des facteurs qui viennent influencer le niveau de compétence nécessaire pour assurer un triage sécuritaire et de qualité.

Conséquemment, l'infirmière au triage doit posséder l'expertise et la formation nécessaires pour agir de façon sécuritaire et selon les normes reconnues. En ce sens, l'OIIQ est d'avis que l'exercice infirmier au triage relève de la compétence des infirmières détenant une formation universitaire, soit un baccalauréat. En effet, les connaissances et le développement des compétences et des habiletés requises pour exercer en soins critiques relèvent de la formation universitaire².

Bien qu'il soit difficile de quantifier le nombre d'années d'expérience à l'urgence requis pour exercer au triage, l'infirmière doit toutefois avoir su démontrer sa capacité à exercer de façon sécuritaire et avec compétence dans chacun des secteurs de l'urgence, dont la salle de réanimation. Dans son énoncé de position, l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (2014) indique que l'infirmière au triage doit avoir au moins deux ans de pratique récente des soins infirmiers au service des urgences, avoir fait la démonstration de compétences en soins infirmiers d'urgence, de compétences avancées en examen physique ainsi qu'en entrevue et en relations interpersonnelles, en plus d'avoir réussi un cours sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Pour l'Association canadienne des médecins d'urgence (2011a), l'infirmière au triage doit avoir de l'expérience en soins infirmiers à l'urgence (préférentiellement deux ans ou plus) et être orientée vers ce rôle après avoir complété une formation reconnue sur l'ÉTG.

² Depuis 2001, la formation en soins critiques ne fait plus partie du programme de formation collégiale et est maintenant exclusive au programme de niveau universitaire.

Il va sans dire que toute infirmière qui débute au triage doit bénéficier d'une formation³ et d'un suivi individualisés, adaptés à ses besoins, à son expérience et au milieu où elle pratique. L'accès à de la formation continue doit être favorisé afin de maintenir et de poursuivre le développement des compétences de l'infirmière au triage.

Enfin, en vertu de son Code de déontologie, l'infirmière doit notamment agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et assurer la mise à jour et le développement de ses compétences, et ce, en vue de fournir des soins et des traitements conformes aux normes de pratique et aux principes scientifiques généralement reconnus. L'infirmière doit s'assurer de connaître les résultats probants les plus actuels et les plus pertinents et les intégrer à sa pratique.

2.3 Responsabilités de l'infirmière au triage

L'infirmière au triage voit à la prise en charge du patient et le dirige vers l'aire de traitement appropriée à sa condition afin d'éviter tout délai qui pourrait compromettre davantage sa santé. Le cas échéant, l'infirmière au triage réoriente le patient vers la ressource optimale et la plus appropriée à son besoin de santé, selon la procédure en vigueur dans l'établissement, tout en considérant les antécédents liés à la raison de consultation. Elle effectue aussi une gestion continue des patients dans l'aire d'attente, par une surveillance visuelle étroite et prévoit un accès rapide advenant des situations d'urgence.

L'infirmière au triage assume les responsabilités suivantes :

- accueillir les patients et leurs proches avec empathie;
- effectuer une évaluation visuelle rapide;
- faire une évaluation clinique ciblée à la raison de consultation en tenant compte des antécédents reliés, peu importe son mode d'arrivée (à pied, en fauteuil roulant ou en civière);
- colliger les données relatives à la raison de consultation à l'aide d'une technique d'entrevue efficace basée sur le PQRSTU-AMPLE ou CIAMPEDS;
- vérifier les risques infectieux et appliquer les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement;
- documenter l'évaluation sur un formulaire standard et conforme à l'ÉTG;
- attribuer un niveau de priorité à l'aide de l'ÉTG en fonction de l'évaluation réalisée;
- amorcer les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ou, si elle y est autorisée, en vertu du droit de prescrire;
- assurer le transfert du patient jusqu'à l'aire de traitement appropriée lorsque la situation l'exige;
- prendre les moyens nécessaires pour assurer la continuité des soins et du traitement en transmettant l'information pertinente à l'infirmière responsable ou au médecin, le cas échéant;
- renseigner les proches et le patient sur le fonctionnement du triage;
- informer le patient des délais d'attente ainsi que du fonctionnement de l'urgence et des priorités;

³ L'annexe 4 fournit un exemple d'objectifs d'une formation sur le triage.

- aviser le patient de l'informer de toute modification de son état;
- aviser le patient d'aller la voir s'il décide de quitter sans avoir vu le médecin;
- réévaluer les patients en attente de prise en charge médicale et ajuster le niveau de priorité selon l'ÉTG;
- alerter son supérieur lorsque les délais d'attente compromettent l'évaluation et la réévaluation des patients.

La prudence est de mise quant à tout ajout d'activité à effectuer par l'infirmière du triage. L'ajout de tâches ou de responsabilités risque de provoquer un ralentissement au triage, allant ainsi à l'encontre de l'objectif et de l'efficacité du processus de triage.

2.4 Rôles et responsabilités du médecin à l'égard du triage

Un système de triage efficace nécessite une collaboration entre les différents professionnels de l'équipe de soins, particulièrement les infirmières et les médecins. Compte tenu du fait que le travail des uns influence le travail des autres, cette collaboration est essentielle et doit se refléter tout au long du processus de triage. Par le fait même, la communication entre les professionnels est essentielle afin de favoriser la fluidité et l'efficacité du triage de même que la prise en charge médicale des patients selon les délais prescrits par l'ÉTG.

L'OIIQ et le CMQ sont d'avis que le rôle et les responsabilités immédiates du triage sont davantage ceux de l'infirmière, le médecin jouant plutôt le rôle de soutien et de consultant.

Dans le but d'amener une plus grande autonomie de l'infirmière, le médecin joue un rôle dans l'élaboration d'algorithmes, de protocoles d'initiation de traitement, ou encore d'ordonnances collectives (CMQ, 2017). Ces dernières constituent un moyen d'encourager la complémentarité entre les actions des médecins de l'urgence et celles des infirmières, de réduire la durée de séjour et de faciliter la prise en charge du patient à l'urgence. Les ordonnances collectives contribuent à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins (Cabilan et Boyde, 2017; Dewhirst, Zhao, MacKenzie, Cwinn et Vaillancourt, 2017; Lacroix et Borgès Da Silva, 2018), de même qu'à harmoniser les interventions et les traitements des problèmes de santé fréquemment observés à l'urgence.

Finalement, le médecin, par le comité de triage, est impliqué dans l'évaluation de l'ensemble du processus de triage, laquelle est essentielle à l'amélioration de la qualité de l'acte et à la sécurité des patients.

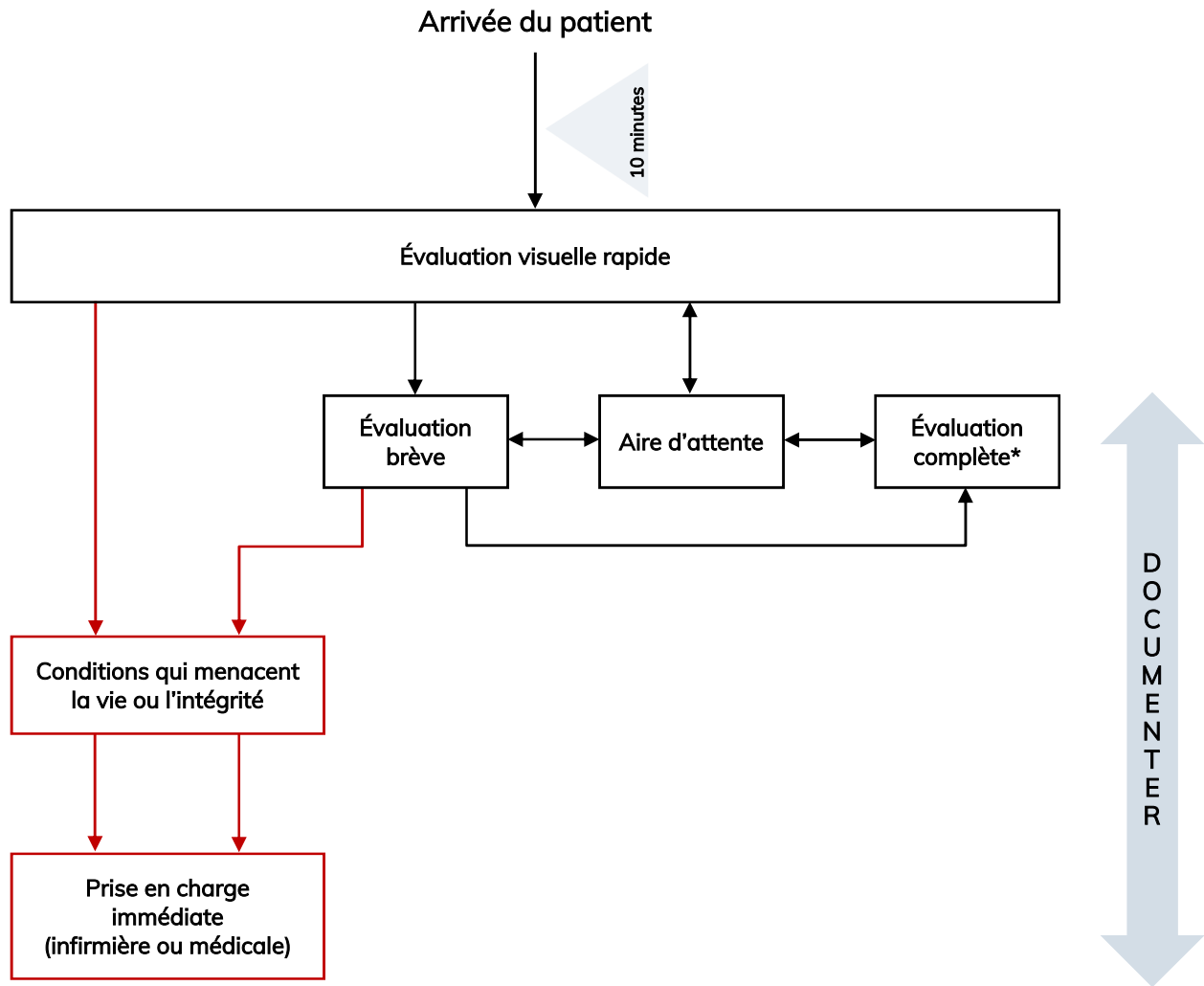
3

Étapes du processus de triage

La section suivante présente, une à une, les étapes du processus de triage réalisé par l'infirmière.

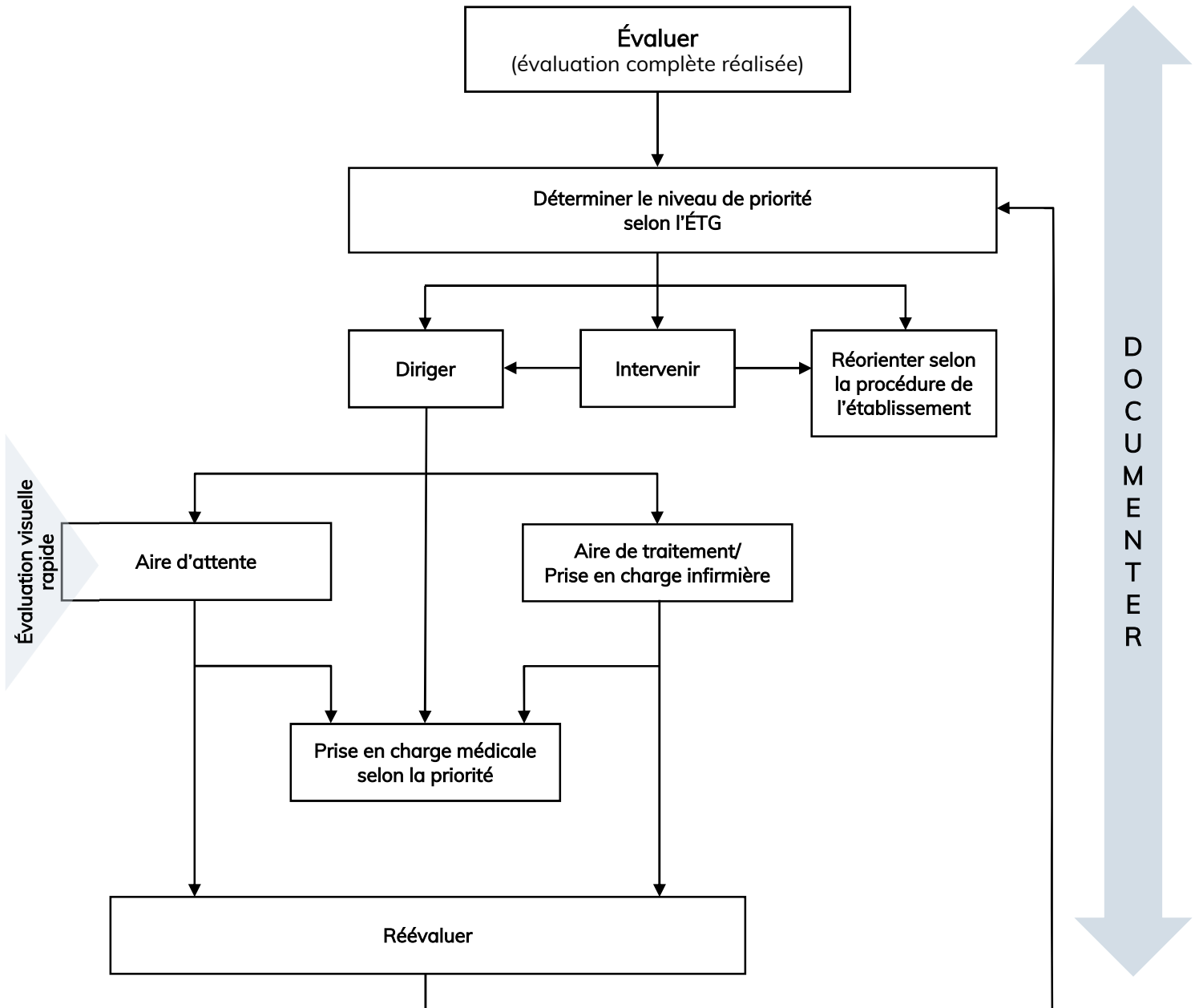
Les figures 1 et 2 illustrent l'ensemble du processus, tout d'abord lors de l'arrivée du patient, au premier contact, puis, les étapes subséquentes, de l'évaluation complète jusqu'à la prise en charge médicale.

Figure 1
Processus de triage à l'urgence – De l'arrivée à l'évaluation complète



* Voir figure 2.

Figure 2
Processus de triage à l'urgence – À partir de l'évaluation complète



3.1 Évaluer

L'évaluation constitue l'assise de l'exercice infirmier et la plupart des interventions de l'infirmière au triage en découlent. L'évaluation permet à l'infirmière de porter un jugement clinique sur l'état de santé de la personne symptomatique qui se présente au service d'urgence. Englobant à la fois la santé physique et mentale du patient, elle se fait en amont de l'évaluation du médecin. L'évaluation de l'infirmière vise à distinguer l'anormalité de la normalité, à détecter les complications, à déceler des problèmes de santé, à déterminer le degré de gravité ou d'urgence d'une situation de santé et à établir les priorités et les conditions d'intervention (OIIQ, 2016).

Pour déterminer le niveau de priorité de chaque patient au triage, l'infirmière peut effectuer trois types d'évaluation : l'évaluation visuelle rapide, l'évaluation brève et l'évaluation complète.

Dans les cas les plus urgents, le niveau de priorité peut être déterminé dès l'évaluation visuelle rapide. L'infirmière du triage peut alors immédiatement diriger le patient vers l'aire de traitement appropriée et finaliser ultérieurement son triage à partir des modificateurs de premier ordre.

Dans les cas moins urgents, il sera impératif pour l'infirmière du triage de procéder à une évaluation complète, comprenant les modificateurs de premier et de deuxième ordres afin de déterminer le juste niveau de priorité.

Les modificateurs sont les données additionnelles qui, en plus de la raison de consultation et des antécédents liés à celle-ci, permettent à l'infirmière de mieux jauger le degré de gravité de l'état de santé du patient. Les modificateurs de premier ordre incluent, sans s'y limiter, les paramètres vitaux et la sévérité de la douleur. Ils s'appliquent à un grand nombre de raisons de consultations différentes. En revanche, les modificateurs de deuxième ordre sont spécifiques à un nombre limité de raisons de consultation (ex. : glycémie capillaire).

Par conséquent, une même raison de consultation peut donner lieu à plusieurs niveaux de priorité différents en fonction des modificateurs de premier et de deuxième ordres, présentés par le patient. À titre d'exemple, un patient dont la raison de consultation est « Nausée ou vomissement » se verra attribuer **un niveau de priorité supérieur** s'il présente des signes vitaux anormaux (premier ordre), de même que si son état indique une déshydratation sévère (deuxième ordre).

3.1.1 L'évaluation visuelle rapide (durée : quelques secondes)

L'évaluation visuelle rapide (appelée communément le *quick look*) permet à l'infirmière de déterminer, parmi les patients, celui qui doit être évalué, réévalué ou pris en charge **en priorité**. Il prend en compte l'apparence générale du patient, de même que l'ABCD, qui correspond aux mots anglais :

- *Airway* (voies respiratoires)
- *Breathing* (respiration)
- *Circulation* (circulation)
- *Disability* (déficit neurologique et état de conscience)

Pour les enfants, le triangle d'évaluation pédiatrique est utilisé (voir annexe 1).

L'infirmière utilise donc l'évaluation visuelle rapide lors du premier contact avec le patient. Elle peut soit le diriger vers une prise en charge médicale immédiate (si sa condition le nécessite) ou vers l'aire d'attente appropriée, ou encore, décider de procéder à une évaluation brève, voire complète, selon l'achalandage de la salle d'urgence.

Si l'évaluation visuelle rapide révèle un besoin d'intervention immédiate, l'infirmière au triage dirige le patient à l'aire de soins appropriée, puis consigne au dossier les constats de son évaluation et les autres informations pertinentes. **Il ne faut jamais retarder la dispensation de soins urgents et nécessaires.**

L'évaluation visuelle rapide doit être à nouveau effectuée à l'aire d'attente, à chaque fois que l'infirmière s'y présente, tant que le patient n'aura pas été pris en charge par une autre infirmière ou un médecin. Cela implique que le patient demeure sous la responsabilité de l'infirmière du triage. En ce sens, l'organisation physique des lieux devrait permettre à l'infirmière d'avoir un contact visuel en tout temps sur la salle d'attente. Dans cette situation, l'évaluation visuelle rapide n'a pas à être documentée au dossier.

Dans l'éventualité où les observations réalisées entraînent une évaluation plus approfondie ou une intervention par l'infirmière, celles-ci nécessitent d'être consignées au dossier. Toute anomalie notée à l'évaluation visuelle rapide devrait faire l'objet d'une intervention, donc d'une documentation.

3.1.2 L'évaluation brève (moins de deux minutes)

Cette évaluation est basée sur l'ABCD ou le triangle d'évaluation pédiatrique (voir annexe 1), la raison de la consultation et les antécédents (en lien avec la raison de consultation⁴). Il y a trois issues possibles à cette évaluation :

- effectuer une prise en charge immédiate (médicale ou infirmière);
- procéder à une évaluation complète prioritaire;
- diriger vers la salle d'attente pour une évaluation complète à venir.

Compte tenu des risques liés aux maladies infectieuses sévères contractées par les patients se déplaçant à l'étranger, quelques questions supplémentaires quant à leurs symptômes doivent être posées à cette étape du processus de triage.

La documentation de l'évaluation brève contient la raison de la consultation, les antécédents en lien avec la consultation et l'endroit où est dirigé le patient, ainsi que le nom du professionnel qui le prend en charge, le cas échéant. Ce type d'évaluation est un outil essentiel lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à la cible de 10 minutes.

⁴ Bien que la consultation du dossier médical antérieur ne soit pas une démarche efficiente dans un processus de triage, dans le cas où le patient n'est pas en mesure de fournir ses antécédents médicaux, il serait pertinent de se reporter aux listes de problèmes de santé antérieurs, à la liste des médicaments ou aux sommaires, si disponibles, dans le dossier électronique ou le Dossier santé Québec (DSQ).

3.1.3 L'évaluation complète (environ cinq minutes)

L'évaluation dite « complète » a pour tout premier but l'attribution d'un niveau de priorité selon l'ÉTG. Cette évaluation doit être individualisée en fonction de l'état de santé du patient à ce moment. En effet, l'évaluation incluant l'examen physique doit être ciblée et pertinente à la raison de consultation dans ce contexte et ne nécessite donc pas une évaluation de la tête aux pieds (Doyon et Longpré, 2016).

Cette évaluation prend en compte :

- la raison de la consultation;
- les données subjectives liées à la raison de la consultation (les échelles de douleur adulte et pédiatrique, l'outil PQRSTU-AMPLE peut s'avérer utile pour la collecte de données subjectives [voir annexe 2] de même que le CIAMPEDS pour les enfants [voir annexe 3]);
- les données objectives liées à la raison de la consultation, y compris l'ensemble des signes vitaux et toute autre information pertinente (ex. : données obtenues par l'examen clinique ciblé, par l'utilisation d'outils cliniques, résultats de laboratoire obtenus en vertu d'ordonnances collectives);
- les allergies;
- les antécédents;
- minimalement la médication en lien avec la raison de la consultation (dans le but d'accélérer le processus, l'information sur l'ensemble de la médication sera complétée après le triage);
- l'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation (exposition à un gaz, accident automobile, etc.).

Durant l'évaluation complète, il est possible que d'autres intervenants, notamment des intervenants des services préhospitaliers d'urgence, informent l'infirmière de données recueillies auprès du patient. Bien que ces données soient considérées, compte tenu du caractère dynamique et évolutif d'un état de santé, **l'infirmière qui prend en charge un patient a la responsabilité de lui attribuer un niveau de triage en fonction des données qu'elle recueille elle-même au moment même du triage** (ex. : glycémie capillaire). Ainsi, l'infirmière documente les paramètres qu'elle a elle-même mesurés au triage.

Le tableau 2 fait d'ailleurs état de l'ensemble des données qui doivent être documentées pendant le triage.

La durée du triage peut varier selon l'état du patient, le délai d'attente et l'achalandage général de l'urgence. En tout temps, il faut aviser chaque patient dirigé vers l'aire d'attente de se présenter de nouveau à l'infirmière au triage advenant un changement de son état, ou s'il décide de quitter sans voir le médecin.

3.1.4 La réévaluation

La réévaluation s'inscrit dans la surveillance clinique, activité réservée de l'infirmière et responsabilité qui lui incombe dans le cadre de son rôle au triage. Elle s'avère essentielle pour préciser les alertes cliniques liées à la condition physique et mentale du patient lorsque ce dernier n'a pas pu être pris en charge par un médecin dans un délai correspondant au degré de priorité établi. Il est de la responsabilité de l'infirmière de procéder à la réévaluation du patient selon les délais prescrits par l'ÉTG, de manière à assurer la sécurité des patients en attente de prise en charge médicale.

Les éléments de la réévaluation dépendent de la ou des évaluations précédentes, ainsi que des changements à l'état de santé du patient. La réévaluation s'inscrit dans l'évaluation en cours d'évolution et tient compte du caractère évolutif de la situation de santé du patient.

La réévaluation systématique peut être sommaire, puisque l'infirmière possède déjà des informations sur la condition du patient et en a identifié les éléments de surveillance, ou encore plus complète, selon l'évolution de celle-ci.

Il n'est pas nécessaire de réévaluer chaque modificateur, uniquement ceux qui affectent le niveau de priorité selon l'ÉTG. **Le contenu de la réévaluation doit être adapté selon le jugement de l'infirmière** et peut contenir :

- les données subjectives liées à la raison de consultation; l'outil PQRSTU-AMPLE peut s'avérer utile pour la collecte de données subjectives (voir annexe 2) de même que le CIAMPEDS pour les enfants (voir annexe 3);
- les données objectives liées à la raison de la consultation, y compris l'ensemble des signes vitaux et toute autre information pertinente, dont les données obtenues par l'examen clinique et les résultats de laboratoire obtenus en vertu d'ordonnances collectives.

L'ensemble des données de la réévaluation doivent être documentées. Le processus du triage et l'état de santé du patient étant dynamiques, cette réévaluation peut amener l'infirmière à ajuster le degré de priorité à la hausse ou à la baisse par rapport au niveau initialement déterminé.

L'infirmière qui ne peut pas suffire à la tâche d'évaluation initiale et qui se trouve dans l'impossibilité d'assurer la réévaluation des patients doit en aviser son supérieur dans les plus brefs délais. Comme mentionné dans l'article 42 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'infirmière doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des patients, notamment en avisant les instances appropriées.

3.2 Déterminer le niveau de priorité

Pour déterminer un niveau de priorité, l'infirmière se sert d'un système de triage ou de formulaires de triage qui s'appuient sur l'ÉTG. Ceux-ci sont disponibles auprès de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ).

L'assignation d'un niveau de priorité se fait en fonction de la raison de consultation du patient. La cote doit ensuite être ajustée à partir des modificateurs, qui fournissent des données additionnelles sur la gravité de l'état de santé du patient.

Il peut s'avérer complexe d'établir le degré de priorité d'un patient suivant l'ÉTG. Dans de tels cas, il est conseillé d'en discuter avec des collègues, ses supérieurs ou des médecins, afin de bénéficier de leur expertise. En outre, dans le cas où une personne se présenterait avec deux raisons de consultation, il est important que l'infirmière choisisse la raison représentant le plus haut niveau de gravité possible pour son état clinique. **Dans le doute, l'infirmière accorde une priorité supérieure au patient afin qu'il soit pris en charge plus rapidement, le but étant de limiter les risques de préjudice.**

Il est important de savoir que l'ÉTG élaborée par le Groupe de travail national canadien ne peut pas, en aucun cas, être modifiée ni par l'infirmière ni par le médecin. Si l'équipe considère une association entre une raison de consultation et un niveau de priorité discutable, celle-ci peut soulever la problématique au comité de triage afin d'évaluer la pertinence de la transmettre à l'ACMU. Toute modification locale à l'ÉTG diverge des bonnes pratiques et la ou les personnes responsables des changements en sont imputables.

3.3 Intervenir

L'article 36 de la LII réserve aux infirmières l'activité d'« initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ». Cette activité réservée de l'infirmière trouve une application particulièrement intéressante au triage à l'urgence.

L'infirmière peut, à partir de l'évaluation du patient et des constats qui en découlent, décider de la pertinence d'initier une mesure diagnostique ou thérapeutique selon une ordonnance collective, avant même que ce dernier soit vu par le médecin. Cette mesure permet d'accélérer le processus de soins, voire de soulager le patient lorsqu'il est dans l'aire d'attente. Intervenir tôt contribue à améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en diminuant la durée de séjour du patient à l'urgence. L'ordonnance collective précise, entre autres, la clientèle ou la situation clinique visée par les mesures diagnostiques ou thérapeutiques, de même que les indications et les limites à l'initiation d'une mesure. À titre d'exemple, l'ordonnance collective peut viser l'administration d'un analgésique non narcotique, un prélèvement ou une épreuve d'imagerie médicale.

Enfin, selon le guide du CMQ sur les ordonnances collectives (2017), l'infirmière habilitée est imputable de sa décision d'appliquer ou non l'ordonnance collective. Il lui appartient de déterminer si la personne qui requiert des soins se trouve dans la situation visée par l'ordonnance. Lorsqu'elle décide d'initier une ordonnance collective, elle se doit de documenter sa décision, ses interventions et le suivi clinique effectué. Elle est aussi responsable de s'assurer que les résultats obtenus sont transmis au médecin.

Intervenir, pour l'infirmière, veut également dire que si elle est autorisée à prescrire, elle pourrait prescrire des mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Elle doit se conformer aux règles de son établissement à cet effet.

Vu sa nature ininterrompue, l'exercice de la profession à l'urgence doit toujours s'effectuer dans un esprit de continuité et de collaboration interprofessionnelle, en accord avec l'intérêt fondamental du patient. Il paraît donc crucial que le médecin qui exerce à l'urgence au moment où un résultat d'épreuve diagnostique devient disponible, doive respecter ses obligations déontologiques et en assurer la prise en charge. En ce sens, le médecin de garde doit assumer le suivi d'un résultat découlant de l'application d'une ordonnance collective au triage (CMQ, 2017), au même titre qu'il prend en charge les patients qui demeurent sur place après le départ d'un collègue. Dans tous les cas, un transfert d'information entre médecins, écrit ou verbal, est de mise au changement de garde.

3.4 Diriger le patient vers l'aire de traitement ou d'attente appropriée

À la toute fin du processus de triage, le patient est dirigé vers l'aire de traitement ou d'attente jugée la plus appropriée en fonction de ses besoins. On se doit de distinguer l'orientation du patient vers la bonne aire de traitement ou d'attente, correspondant au niveau de priorité qui lui a été assigné. Par exemple, un patient dont la raison de consultation est une blessure oculaire sévère et un patient dont l'état est suggestif d'un infarctus du myocarde seront tous deux cotés très urgents, mais ne seront pas dirigés à la même aire de traitement. L'un sera dirigé vers l'aire de traitement ambulatoire, dans une salle d'examen équipée d'appareils ophtalmologiques, tandis que l'autre sera dirigé vers une aire de surveillance et de traitement avec moniteur cardiaque (salle de réanimation ou aire de cardiologie ou aire de civière monitorisée).

Il faut aussi retenir que l'orientation appropriée pour un patient ne doit pas être influencée par son âge ou son mode d'arrivée, mais bien uniquement en fonction des besoins cliniques identifiés par l'infirmière du triage au moment de l'évaluation. Bien évidemment, cela n'exclut en rien le fait que l'infirmière ait à considérer la fragilité et la vulnérabilité du patient dans le choix de son orientation.

Afin d'accompagner l'infirmière du triage dans sa décision quant à l'orientation du patient, le comité de triage et l'établissement, en s'appuyant sur des résultats probants, peuvent concevoir et adopter des algorithmes décisionnels quant aux clientèles ciblées à orienter dans l'aire de traitement ou d'attente.

Enfin, lorsque l'état du patient présente des risques élevés, il peut être indiqué pour l'infirmière du triage d'accompagner le patient jusqu'à l'aire de traitement pour une prise en charge infirmière ou médicale immédiate. Les informations importantes concernant le patient peuvent ainsi être échangées afin d'assurer la continuité des soins et une intervention immédiate. Toutefois, dans la majorité des cas, l'infirmière demeure au triage pour poursuivre ses évaluations et utilise judicieusement les autres canaux de communication disponibles en vue de transmettre les informations nécessaires à l'infirmière ou au médecin de l'aire de traitement à qui elle transfère la prise en charge du patient. Elle doit noter au dossier le nom de cette personne ainsi que l'heure du transfert.

Dans la situation où l'infirmière à l'aire de traitement prend en charge un patient sans prise en charge médicale, celle-ci doit s'assurer d'effectuer la réévaluation selon le délai prévu à l'ÉTG jusqu'à la prise en charge médicale, d'aviser le médecin au besoin et de documenter ses réévaluations.

3.5 Réorienter le patient vers une ressource optimale

La réorientation signifie que, à la suite de l'évaluation réalisée au triage, l'infirmière peut réorienter le patient vers une autre ressource jugée plus optimale. L'infirmière est habilitée à évaluer la condition de santé du patient et à déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation. Elle pourrait donc émettre le constat que la situation est non urgente et ne justifie pas une consultation médicale immédiate.

La réorientation par l'infirmière du triage peut prendre plusieurs formes, par exemple, d'offrir au patient de :

- regagner son domicile après avoir reçu des conseils, dont les éléments de surveillance et les indications de reconsulter au besoin ou encore après avoir reçu des traitements par une infirmière de l'urgence (ex. : syndrome d'allure grippale);
- consulter ultérieurement une ressource de première ligne mieux adaptée à la raison de consultation du patient, mais sans entente formelle avec l'établissement (ex. : pharmacie communautaire, CLSC, dentiste, médecin de famille);
- se rendre, vers un service du même établissement ou vers une ressource avec laquelle l'établissement a institué une entente de services (ex. : GMF, clinique externe).

Dans tous les cas, avant de procéder à la réorientation, l'infirmière doit s'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé du patient à cet égard et valider que ce dernier a la capacité physique et mentale de se rendre dans le lieu indiqué, ou encore le soutien nécessaire pour le faire.

Une procédure de réorientation doit être élaborée et adoptée par l'établissement, y compris les divers groupes professionnels concernés, dont le personnel infirmier et médical. Ces conditions organisationnelles sont essentielles afin de permettre la réorientation sécuritaire des patients vers des ressources de remplacement (Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard et al., 2008).

L'Association canadienne des médecins d'urgence (2011a) recommande des critères à l'égard de l'encadrement de la réorientation, soit :

- Le patient est âgé de 6 mois ou plus;
- Les signes vitaux sont jugés satisfaisants par l'infirmière et la température est entre 35 °C-38,5 °C (38,3 °C pour les > 60 ans);
- Suivant l'évaluation de l'infirmière, il n'y a pas d'indication clinique selon laquelle le patient pourrait requérir une attention médicale urgente.
- Dans les cas limites, ou lorsque l'infirmière est incertaine, un échange avec le médecin peut permettre de déterminer que le problème est non urgent.
- Une politique appropriée et des protocoles ont été mis en place.
- Le processus est connu par les médecins et les infirmières.

Bien que le patient qui a été réorienté n'ait pas fait l'objet d'une prise en charge médicale, celui-ci n'est pas considéré comme un « départ avant prise en charge ». Conséquemment, la documentation de l'infirmière doit refléter son évaluation et ses constats ainsi que les interventions et la justification de ces décisions l'ayant menée à réorienter le patient.

3.6 Assurer le suivi du patient qui quitte avant la prise en charge

Certains patients choisissent de quitter avant la prise en charge par un médecin. En ces circonstances, lorsqu'un patient informe un membre du personnel qu'il souhaite quitter, il doit être dirigé vers l'infirmière du triage. Cette dernière doit renseigner le patient, notamment sur les risques et conséquences d'un départ avant la prise en charge médicale, dont les risques courus en quittant l'urgence sans que les résultats d'examen initiés par ordonnance collective lui soient transmis. L'infirmière doit réévaluer le patient et documenter au dossier l'ensemble de sa démarche de manière détaillée.

Dans le cas où un patient ne répond pas à l'appel de l'infirmière du triage, les règles et procédures de l'établissement doivent alors être suivies, car il revient aux établissements d'établir les procédures justes et sécuritaires en ce sens.

Enfin, advenant le cas d'un départ alors qu'une mesure diagnostique a été initiée par l'infirmière du triage, il est possible que des résultats anormaux soient soumis au médecin sans que ce dernier ait pu évaluer le patient. Dans ce contexte, le médecin doit analyser la situation sous l'angle de la déontologie⁵. Des processus et des procédures de suivi devraient être établis localement dans une perspective de collaboration interprofessionnelle avec les infirmières et les gestionnaires de l'urgence.

⁵ Article 32 du *Code de déontologie des médecins*.

Ainsi, après avoir été informé de la disponibilité d'un résultat de laboratoire ou d'imagerie initié par un autre médecin dans le cadre d'une ordonnance individuelle, ou par une infirmière dans le cadre d'une ordonnance collective, le médecin est responsable d'en assurer le suivi selon un processus formel établi par l'établissement et le comité de triage. Lorsqu'un résultat est anormal et à risque de préjudice, le patient ayant quitté doit être avisé dudit résultat et le suivi approprié doit lui être proposé. Le patient doit être informé du caractère urgent ou électif du suivi pour prendre une décision éclairée quant à son retour ou non à l'urgence. Si le médecin de l'urgence juge que ce suivi pourrait être effectué par le médecin de famille, après en avoir informé le patient, il doit prendre les mesures nécessaires pour communiquer à ce dernier le résultat en question et le contexte dans lequel il a été obtenu.

Dans un contexte où le résultat témoigne d'un caractère de gravité supérieur, tous les moyens mis à la disposition du médecin pour joindre ou retracer le patient doivent être envisagés. Le suivi, dans la très grande majorité des cas, pourra s'effectuer par téléphone, mais il y a lieu d'adapter le mode de communication à l'urgence de la situation, et dans tous les cas, **les mesures prises par le médecin ou par l'infirmière doivent être documentées au dossier du patient par chacun des professionnels.**

Indépendamment de la normalité de résultats, tout départ ayant eu lieu avant la prise en charge médicale du patient devrait faire l'objet d'une analyse par le comité de triage.

3.7 Documenter

La documentation du triage est un élément critique pour la suite de l'épisode de soins. Cette documentation sera un point de référence pour plusieurs intervenants impliqués dans les soins du patient. La documentation du triage devrait être, à la fois :

- pertinente (être en lien avec la situation, le niveau de priorité et l'orientation);
- exacte (contenir les données essentielles, exemptes de toute interprétation);
- complète (permettre de comprendre la situation et les décisions prises);
- organisée (être ordonnée et exempte d'informations dupliquées, ainsi que permettre l'accès rapide à l'information).

De plus, elle doit comprendre l'ensemble des éléments énumérés dans le tableau 2 ci-dessous. Par ailleurs, la conservation de la documentation du triage peut se faire par tout moyen prévu par la législation⁶, que ce soit sur papier ou sur support informatique.

⁶ La Loi sur les services de santé et les services sociaux et le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Tableau 2
Éléments essentiels de la documentation des soins au triage

- Date et heure de l'évaluation de triage et des réévaluations, le cas échéant
- Raison de consultation
- Données subjectives ciblées, y compris le début des symptômes ou l'heure du traumatisme
- Données objectives pertinentes
- Éléments de prévention et contrôle des infections
- Allergies
- Médicaments en lien avec la raison de consultation
- Événement, environnement ou circonstances en lien avec la raison de consultation
- Niveau de triage
- Interventions infirmières réalisées au triage
- Mesures thérapeutiques et diagnostiques initiées au triage
- Lieu d'orientation ou de prise en charge
- Rapport au médecin ou à l'infirmière responsable de la prise en charge et le nom de cet intervenant, le cas échéant
- Réévaluation, le cas échéant
- Nom de l'infirmière

Source : Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge et al., 1998.

4

Volet organisationnel

Au-delà de la dimension professionnelle, la qualité des soins et des services à la clientèle au triage repose aussi sur plusieurs facteurs d'ordre organisationnel, tels que l'organisation des soins, l'environnement physique du triage et les ressources humaines et matérielles disponibles.

Dans une optique d'excellence des soins, on se doit de souligner le rôle déterminant du soutien clinique offert aux infirmières exerçant au triage, notamment par la direction des soins infirmiers. En ce sens, il est essentiel que les directions de soins infirmiers, de concert avec les directions concernées et le comité de triage, mettent en place les conditions de pratique et le soutien clinique nécessaires permettant la cohérence entre le rôle attendu des infirmières au triage et les normes de bonnes pratiques dans ce secteur.

Enfin, la mise en place d'un comité interdisciplinaire de triage est l'un des mécanismes organisationnels qui, grâce à l'action concertée de gestionnaires, de médecins et d'infirmières, assurent une pratique professionnelle de qualité et sécuritaire pour le public.

4.1 Le soutien clinique

Compte tenu de l'évolution rapide des connaissances, des technologies, des soins et des besoins de la clientèle, l'infirmière qui exerce au triage devrait recevoir le soutien et l'encadrement clinique nécessaires. Le soutien clinique aux infirmières peut prendre diverses formes, telles que :

- un programme d'orientation comprenant un volet théorique et un volet pratique, ainsi qu'une période d'accompagnement;
- une évaluation périodique des compétences de l'infirmière, de manière à bien cerner ses besoins en matière d'accompagnement clinique (ex. : supervision directe, révision de dossiers);
- du *coaching*, du mentorat ou toute autre forme d'accompagnement par les pairs;
- un accès à des activités de développement professionnel continu pertinentes (ex. : formation continue, certification, club de lecture);

- des outils d'aide à la décision, aide-mémoire ou tout autre outil clinique en lien avec le triage ou les soins prodigués à l'urgence, appuyés par les données probantes ou les bonnes pratiques généralement reconnues;
- l'accès à des documents de référence, par exemple un guide de référence sur les médicaments.

4.2 Comité de triage et processus d'amélioration continue de la qualité

Tout système de triage devrait compter sur l'appui d'un comité dont la principale raison d'être constitue l'amélioration continue de la qualité du processus de triage. Pour ce faire, le comité aborde les difficultés rencontrées, évalue le processus, revoit périodiquement les outils cliniques et recommande des améliorations ou solutions aux problèmes identifiés. De plus, le comité doit s'assurer que les infirmières du triage ont le soutien et les ressources nécessaires au développement de leurs compétences pour exercer leurs fonctions, à moins qu'un comité sur l'évaluation et/ou la formation n'ait été formé à l'urgence.

Le comité de triage doit être composé minimalement d'une infirmière exerçant au triage et d'un médecin d'urgence, mais pourrait tirer profit de la contribution d'un gestionnaire, d'une conseillère en soins infirmiers, du pilote local de l'ÉTG ou encore d'un patient-partenaire selon les ressources disponibles.

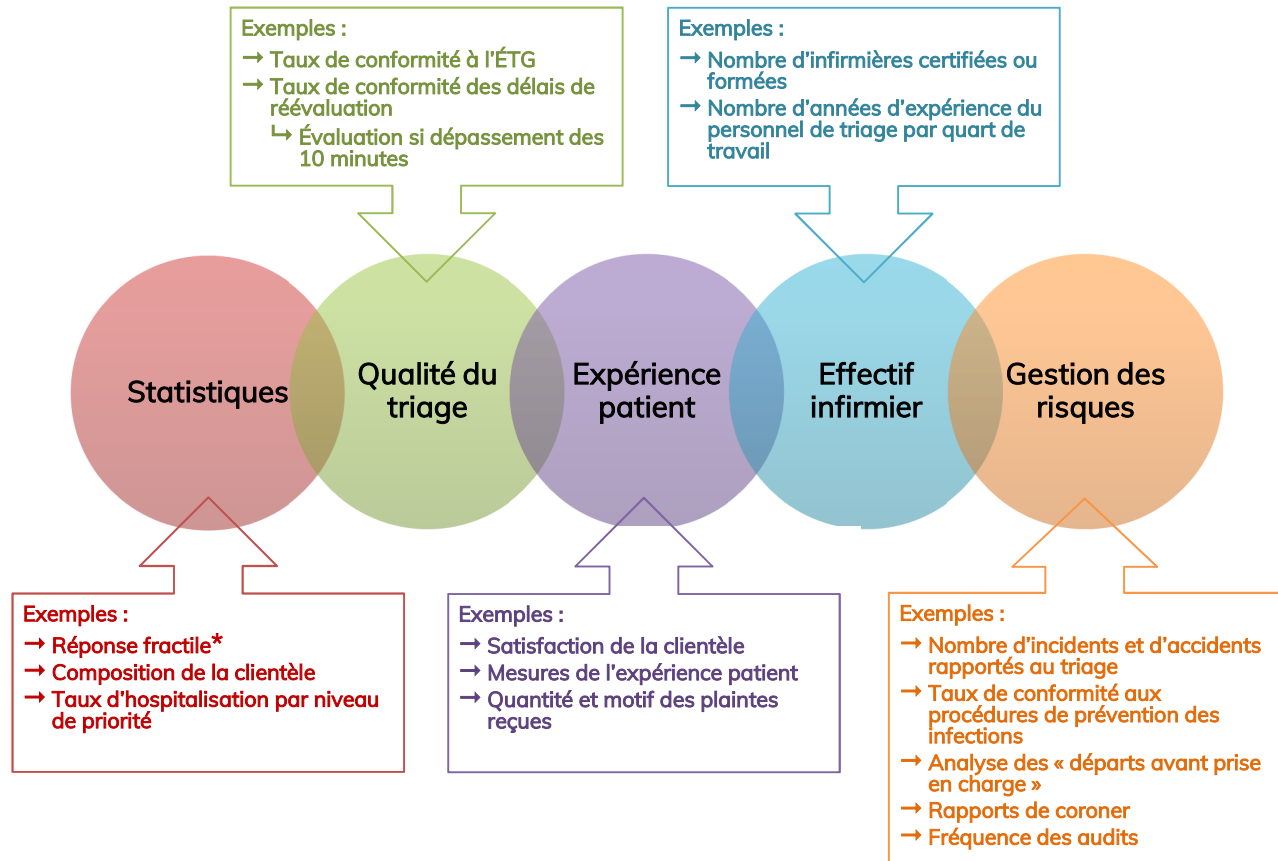
Sa composition et la fréquence de ses rencontres sont tributaires de plusieurs éléments comme la charge de travail du comité, la taille du service d'urgence, le nombre d'infirmières et de médecins qui y exercent ainsi que le soutien clinico-administratif mis à sa disposition.

Le comité devrait produire un rapport annuel de ses activités à l'intention des gestionnaires clinico-administratifs de l'urgence, dont certaines données pourront être intégrées au rapport annuel du service d'urgence. Une copie de ce rapport devrait être acheminée aux conseils professionnels de l'établissement (CII, CM, CMDP), ainsi qu'à la direction des soins infirmiers et à la direction des services professionnels de l'établissement.

Ainsi, le mandat du comité de triage comporte quatre volets :

1. Poser un regard critique et suivre l'évolution des indicateurs ou des tableaux de bord compilés pour l'urgence.
2. Proposer, élaborer ou réviser des protocoles, des procédures, des ordonnances et d'autres outils spécifiques au triage et en évaluer l'application.
3. Évaluer la qualité du processus de triage (le diagramme ci-dessous présente cinq dimensions de l'évaluation de même que plusieurs exemples d'indicateurs).
4. Recommander des formations, des interventions ou des pistes d'amélioration en lien avec les problèmes observés.

Figure 3
Évaluation de la qualité du processus de triage



* La réponse fractile est définie comme la proportion de patients qui sont évalués à l'intérieur du délai prescrit pour le niveau de triage qui leur est assigné (Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge et al., 1998). Elle est un outil d'évaluation du triage qui permet d'évaluer l'atteinte des objectifs et de mesurer des écarts ou des améliorations.

Pour terminer, afin d'exécuter pleinement son mandat, le comité de triage devrait déployer divers moyens tels que les audits d'observation ou rétrospectifs (de dossiers), les questionnaires ou les sondages lors de l'évaluation du triage. En ce sens, la Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec (CVAP), appuyée par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, a développé une méthodologie et un outil d'audit de triage. Cet outil est utilisé dans plusieurs établissements de la province.

Conclusion

Sous la responsabilité de l'infirmière, le triage s'avère être un processus déterminant du bon fonctionnement de tout service d'urgence.

Motivés par la protection du public, l'amélioration continue et le soutien aux professionnels, le CMQ et l'OIIQ ont travaillé en collaboration en vue de revoir les lignes directrices sur le triage à l'urgence. En plus de guider la pratique infirmière et médicale, cette mise à jour a comme objectif de promouvoir les pratiques collaboratives et la démarche d'amélioration continue au triage.

Plus que jamais, il est impératif d'optimiser la performance des services d'urgence du Québec afin de répondre adéquatement aux besoins complexes de la population québécoise. De concert avec l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne, l'organisation efficiente des soins, l'utilisation optimale des compétences professionnelles, les pratiques collaboratives et la démarche d'amélioration continue de la qualité sont autant de jalons qui permettront de rehausser la qualité, la sécurité et la performance des services d'urgence du Québec.

Références

Association canadienne des médecins d'urgence. (2011a). *Échelle canadienne de triage et de gravité : programme d'éducation combiné adultes/pédiatrie : manuel du participant* (éd. rev.). Repéré à http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf

Association canadienne des médecins d'urgence. (2011b). *Le triage pédiatrique : attribution de cotes selon l'ÉTG en utilisant les principales raisons de consultation du SIGDU et les modificateurs* (module 3) [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_3_slides_v2.4.pdf

Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence. (2014). *Exigences minimales pour la pratique infirmière au service d'urgence : énoncé de position* (éd. rev.). Repéré à http://nena.ca/w/wp-content/uploads/2016/06/Minimum-requirements-for-Ed-nurse_FR.pdf

Cabilan, C. J., et Boyde, M. (2017). A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 53-62. doi:10.1016/j.aenj.2017.04.001

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.

Code de déontologie des médecins, RLRQ, chapitre M-9, r. 17.

Collège des médecins du Québec. (2017). *Les ordonnances collectives : guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>

Dewhirst, S., Zhao, Y., MacKenzie, T., Cwinn, A., et Vaillancourt, C. (2017). Evaluating a medical directive for nurse-initiated analgesia in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 35, 13-18. doi:10.1016/j.ienj.2017.05.005

Doyon, O., et Longpré, S. (dir.). (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal, QC : Pearson ERPI.

Emergency Nurses Association. (2012). *Emergency nursing pediatric course: Provider manual* (4^e éd.). Des Plaines, IL : ENA.

Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., . . . Vadeboncoeur, A. (1998). *Guide d'implantation de l'Échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence*. Repéré à http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/etg_98.pdf

Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard, M. J., Chan, T., Brayman, C., Warren, D., Musgrave, E., et Unger, B. (2014). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 16(6), 485-489. doi:10.1017/S148180350000350X

- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard, M. J., Melady, D., Emond, M., Musgrave, E., Unger, B., . . . Swain, J. (2017). Lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les malades gériatriques. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 19(suppl. 2), S1-S11.
- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., . . . Swain, J. (2017). Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) de 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 19(suppl. 2), S1-S12.
- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard, M. J., Unger, B., Spence, J., et Grafstein, E. (2008). Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les adultes. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 10(2), 143-150.
- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Murray, M., Bullard, M., et Grafstein, E. (2005). Révision de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : guide d'implantation. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 7(1), 28-35.
- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Warren, D., Jarvis, A., et Leblanc, L. (2001). Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité : guide d'implantation pour les départements d'urgence. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 3(4, suppl.).
- Groupe de travail national sur l'ÉTG, Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., et Gravel, J. (2008). Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) applicable aux enfants. *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, 10(3), 233-243.
- Lacroix, M.-C., et Borgès Da Silva, R. (2018). Les ordonnances collectives et la qualité des soins au triage des urgences : synthèse des connaissances. *Santé publique*, 30(1), 83-93.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'urgence* (2^e éd.). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, et Ordre des pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, chapitre S-5, r. 5.

Ressources à consulter

Association canadienne des médecins d'urgence

ctas-phctas.ca

Le site Internet de l'ACMU diffuse les différents documents portant sur l'ÉTG, en plus de rendre disponible une application pour appareils mobiles de l'ÉTG.

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

www.aiiuq.qc.ca

Le site de l'AIIUQ présente un calendrier de formation dont certaines sont en lien avec le triage à l'urgence.

Association des médecins d'urgence du Québec

www.amuq.qc.ca

Le site de l'AMUQ diffuse plusieurs documents de référence.

Cadre normatif

publications.msss.gouv.qc.ca

Le *Guide de gestion de l'urgence* du ministère de la Santé et des Services sociaux propose un modèle de gestion et un guide de fonctionnement de l'urgence. Il formule également des recommandations pour favoriser une gestion optimale de l'urgence.

Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec (CVAP)

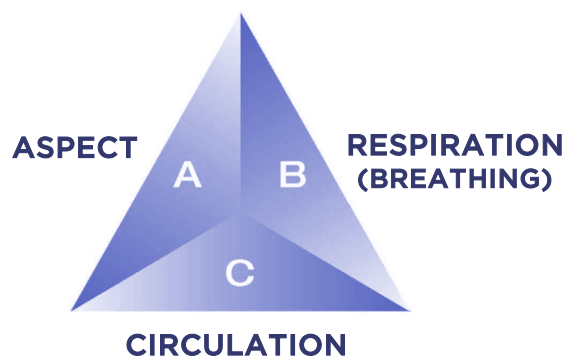
liferay6.cess-labs.com/web/cvap-soins-urgence

Le site de la CVAP donne accès à divers documents et outils cliniques en lien avec les soins d'urgence, moyennant une inscription.

Annexe 1

Triangle de l'évaluation pédiatrique

La première impression



- A Aspect**
Aspect général, y compris :
- le regard
 - les paroles
 - les cris/les pleurs (consolables)
 - l'état de conscience
 - le tonus
 - la position
 - l'interaction avec les proches
 - l'interaction avec les étrangers
 - l'hygiène et la tenue vestimentaire

- B Respiration (Breathing)**
Respiration, y compris :
- les efforts
 - l'utilisation de muscles accessoires
 - le tirage
 - le battement des ailes du nez
 - la présence de bruit respiratoire
 - le rythme
 - l'amplitude

- C Circulation**
Coloration :
- de la peau
 - des muqueuses
 - des mains et de la plante des pieds

À tout moment de cette évaluation visuelle, devant un problème important, procéder immédiatement à une évaluation complète.

Sources :

Central East Prehospital Care Program. (2010). *Professional development: Pediatrics module 2 [Approaches to successful assessment and management of pediatric patients]*. Repéré à https://www.lakeridgehealth.on.ca/en/ourservices/resources/pediatric_module2_mandatory.pdf

Hohenhaus, S. M. (2012). Prioritization: Focused assessment, triage, and decision making. Dans Emergency Nurses Association (dir.), *Emergency Nursing pediatric course: Provider manual* (4^e éd., p. 51-82). Des Plaines, IL : ENA.

Annexe 2

Outil d'évaluation PQRSTU-AMPLE

P : Provoquer/Pallier

- Qu'est-ce qui a provoqué votre problème?
- Que faisiez-vous lorsque le problème est apparu?
- Qu'est-ce qui aggrave votre problème?
- Qu'est-ce qui aide à soulager votre problème?
- Est-ce la première fois que cela vous arrive?

Q : Qualité/Quantité

- Décrivez-moi votre problème.
- Qu'est-ce que vous ressentez?
- À combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10?
(0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur)

R : Région et irradiation

- À quel endroit ressentez-vous de la douleur?
- Pointez du doigt la région où vous ressentez de l'inconfort.
- Ressentez-vous le même inconfort ailleurs?

S : Signes et symptômes associés

- Ressentez-vous d'autres malaises en plus de ce problème?

T : Temps

- Depuis quand avez-vous ce problème?
- Est-ce que votre problème est continu ou intermittent (à certains moments de la journée)?

U : *Understanding* (perception ou la compréhension du patient)

- De quel problème croyez-vous qu'il s'agit?
- Quelle est votre compréhension du problème?
(le patient qui présente un problème de santé chronique ou qui a vécu une expérience antérieure similaire se connaît souvent très bien)

A : Allergie

- Avez-vous des allergies connues (ex. : médication, environnement, alimentation)?
- Quelle est votre réaction allergique?

M : Médication (prescrite, non prescrite), produits naturels, vitamines, alcool, tabac, caféine, drogues

- Quels médicaments prenez-vous? Ceux qui sont prescrits par votre médecin?
Ceux que vous achetez sans prescription à la pharmacie?
- Savez-vous pour quelles raisons vous prenez ces médicaments?
- Prenez-vous des produits naturels, des vitamines?
- Prenez-vous du café?
- Consommez-vous de l'alcool?
- Consommez-vous des boissons énergisantes?
- Fumez-vous?
- Consommez-vous de la drogue?
- Quels types de drogues?

Demander au patient selon pertinence, la quantité et la fréquence de consommation pour chacune des substances mentionnées ci-dessus.

P : Passé ou antécédents (médicaux, chirurgicaux, familiaux)

- Avez-vous des problèmes de santé connus?
- Avez-vous déjà subi une opération?
- Avez-vous déjà fait l'objet d'une hospitalisation?
- Y a-t-il des problèmes de santé connus dans votre famille? Lesquels?
- Avez-vous un passé judiciaire (si pertinent aux soins)?

L : Last meal (dernier repas)

- Quand avez-vous mangé pour la dernière fois?
- Qu'avez-vous mangé?

Il est pertinent de poser cette question afin de savoir si le patient s'alimente bien. Son problème peut l'incommoder à un point tel qu'il ne s'alimente plus.

E : Événements, environnement, histoire familiale et psychosociale

- Comment s'est déroulé l'accident?
- De quel type de danger s'agissait-il et dans quelle circonstance?
- Que faites-vous dans la vie?
- Quelle est votre situation de vie (ex. : marié, conjoint de fait, séparé ou autre)?
- Avez-vous des enfants? Si oui, combien?
- Où habitez-vous (en milieu urbain, rural)?
- Quelle est votre nationalité?
- Quels sont les impacts de votre problème sur vos activités de la vie quotidienne?
- Y a-t-il quelque chose qui vous occasionne du stress?
- Êtes-vous dangereux pour moi (en présence d'agressivité ou de comportement psychotique, ce qui élimine la possibilité d'un lien thérapeutique)?

Annexe 3

Outil d'évaluation pédiatrique CIAMPEDS

C	<i>Chief complaint</i>	Raison de consultation
I	<i>Immunizations / Isolation (contacts / travel)</i>	Immunisation / Isolement (contacts / voyages)
A	<i>Allergies</i>	Allergies
M	<i>Medication</i>	Médication
P	<i>Past medical history / Caregiver perception of illness</i>	Antécédents médicaux / Perception des parents de la maladie
E	<i>Events surrounding the illness or injury</i>	Événements entourant la maladie ou la blessure
D	<i>Diet / Diapers (intake and output)</i>	Alimentation / Couches (ingestion et expulsion)
S	<i>Symptoms associated with the illness or injury</i>	Symptômes associés à la maladie ou la blessure

Source : Association canadienne des médecins d'urgence, 2011b.

Annexe 4

Exemple d'objectifs d'une formation sur le triage

Formation de l'Association canadienne des médecins d'urgence

Objectifs

1. Décrire les origines historiques et le rôle du triage.
2. Réviser/améliorer les aptitudes d'évaluation au triage.
3. Appliquer des normes professionnelles de pratique infirmière au triage à l'urgence.
4. Présenter la liste des raisons de consultation du Système d'information de gestion des urgences (SIGDU).
5. Prioriser les soins à donner au patient en fonction de l'ÉTG.
6. Démontrer une bonne compréhension des processus de soins et de communication dans les services d'urgence.

Contenu

- Décrire les fondements historiques du triage.
- Définir l'objectif et l'utilité du triage.
- Revoir la nature particulière des patients à l'urgence.
- Décrire le rôle professionnel et les caractéristiques personnelles de l'infirmière au triage.
- Démontrer une compréhension des compétences infirmières appliquées dans le cadre du triage, y compris celles liées aux relations interpersonnelles avec le public, aux entrevues, à la documentation, à la pensée critique et aux communications.
- Décrire le processus de triage depuis l'arrivée du patient jusqu'à son transfert à une aire de soins.
- Connaître la surveillance et les soins à assurer dans l'aire d'attente.
- Définir le sens des cinq niveaux de priorité de l'ÉTG.
- Appliquer la liste des raisons de consultation du SIGDU.
- Comprendre les modificateurs de premier et de deuxième ordres et les appliquer.
- Passer en revue les simulations de cas et discuter du niveau de priorité à attribuer.
- Décrire les temps de réévaluation appropriés.
- Comprendre les différences entre le triage pédiatrique et le triage adulte.
- Appliquer l'évaluation rapide initiale : le triangle de l'évaluation pédiatrique.
- Identifier la raison de consultation et utiliser la mnémotechnique CIAMPEDS.
- Interpréter les signes vitaux chez les patients pédiatriques.
- Appliquer les modificateurs de premier ordre pédiatriques.
- Analyser des simulations de cas.
- Définir les modificateurs de deuxième ordre.
- Comprendre l'importance des modificateurs de deuxième ordre et leur application chez l'adulte et en pédiatrie.
- Appliquer les modificateurs à certaines raisons de consultation spécifiques.
- Reconnaître les écueils potentiels du triage.
- Comprendre les différences liées à l'implantation de l'ÉTG dans les milieux ruraux.
- Analyser des simulations de cas.

Source : Association canadienne des médecins d'urgence, 2011a.