

Huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc., Geneviève Simard, inf., B. Sc. and Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Volume 3, Number 1, Spring 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1101698ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1101698ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gagnon-Gervais, M., Simard, G. & Lapierre, A. (2022). Huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence. *Soins d'urgence*, 3(1), 13–18. <https://doi.org/10.7202/1101698ar>

Article abstract

Le triage infirmier consiste à évaluer la condition de santé d'une personne et à déterminer le niveau de priorité de soins nécessaire. Le triage est donc essentiel pour le bon fonctionnement des salles d'urgence au Québec. Bien qu'il nécessite des compétences avancées, de plus en plus d'infirmiers et d'infirmières novices dans le domaine sont appelés à trier en raison d'un manque de personnel expérimenté. Cet article vise à présenter les huit étapes essentielles pour un triage optimal, du pré triage jusqu'à la réévaluation, et ce, dans l'optique de guider les infirmiers et infirmières face à cette activité clinique complexe. Un aide-mémoire est également présenté à la fin de cet article.





Huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence

par **Mirelle Gagnon-Gervais, Geneviève Simard,**
et **Alexandra Lapierre**

Le triage infirmier consiste à évaluer la condition de santé d'une personne et à déterminer le niveau de priorité de soins nécessaire. Le triage est donc essentiel pour le bon fonctionnement des salles d'urgence au Québec. Bien qu'il nécessite des compétences avancées, de plus en plus d'infirmiers et d'infirmières novices dans le domaine sont appelés à trier en raison d'un manque de personnel expérimenté. Cet article vise à présenter les huit étapes essentielles pour un triage optimal, du pré triage jusqu'à la réévaluation, et ce, dans l'optique de guider les infirmiers et infirmières face à cette activité clinique complexe. Un aide-mémoire est également présenté à la fin de cet article.

INTRODUCTION

Au Québec, les salles d'urgence sont la porte d'entrée pour l'obtention de soins de santé et de services sociaux (1). En 2019-2020, plus de 3 500 000 visites ont eu lieu dans les salles d'urgence (1). Sans exception, toutes ces personnes ont dû passer par la première étape : le triage infirmier. Le triage consiste à évaluer la condition de santé de la personne et à déterminer selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) le niveau de priorité de soins nécessaires (2). Pour cela, l'infirmière du triage doit posséder

de solides connaissances scientifiques, un jugement clinique avancé et des compétences en gestion des priorités (3). Sous la pression du temps et par la diversité des cas rencontrés, cette activité unique des soins infirmiers s'avère souvent très complexe. De plus, par manque de personnel infirmier expérimenté, les infirmières plus novices sont souvent appelées à devoir trier. Dans cette optique, cet article vise à présenter les huit étapes qui composent un triage optimal de manière à mieux encadrer cette pratique. Un aide-mémoire est également disponible à la fin de l'article.

LES HUIT ÉTAPES DU TRIAGE

Ces huit étapes composant le processus du triage infirmier à la salle d'urgence ont été développées à partir des dernières lignes directrices du triage émises par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) en 2019 (2), ainsi que les principes de l'ÉTG développés en 1999 et révisés à plusieurs reprises dont la dernière fois en 2016 par l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'Association nationale des infirmiers et infirmières d'urgence, l'Association des médecins d'urgence du Québec, la Société canadienne de pédiatrie et plusieurs experts du Groupe de travail national canadien sur l'ÉTG (4, 5).

1. Le pré triage

La première étape est le pré triage. Bien que non essentiel dans les milieux ruraux ou les milieux moins achalandés, le pré triage (aussi appelé évaluation brève) est très important dans les centres hospitaliers qui présentent un grand débit d'entrées. Selon les bonnes pratiques, dès son arrivée à la salle d'urgence, la personne doit rencontrer une infirmière dans un délai de 10 minutes (4). Toutefois, dans les établissements où le débit d'arrivée est élevé, une évaluation complète est souvent impossible à réaliser dans ce délai ciblé. C'est pourquoi le pré triage aide l'équipe d'infirmières à prioriser les personnes qui requièrent une attention plus rapide. Cette étape est en fait un filet de sécurité, puisqu'elle permet une prise en charge rapide et efficace des personnes présentant une condition prioritaire qui ne seraient pas encore triées dans les moments de grand achalandage (2). L'évaluation lors du pré triage se base sur la raison de consultation, les antécédents pertinents à ce motif de consultation ainsi que sur l'évaluation visuelle rapide (2). L'évaluation visuelle rapide comprend le triangle d'évaluation pédiatrique chez la clientèle en bas âge (apparence générale, travail respiratoire, circulation) et l'évaluation primaire (ABCD; *Airway*–voies respiratoires, *Breathing*–respiration, *Circulation*, *Disability*–déficits neurologiques et état de conscience) pour la clientèle d'âge adulte (2, 4).

Selon les lignes directrices du triage énoncées par l'OIIQ, le pré triage peut donner lieu à trois différentes options (2) :

- Effectuer une prise en charge immédiate ;
- Procéder à une évaluation complète prioritaire ;
- Diriger le patient vers la salle d'attente pour une évaluation complète à venir.

Par exemple, un homme de 65 ans, obèse, dit qu'il ressent des serremments à la poitrine depuis deux jours. Il mentionne être inquiet, car son père est décédé à l'âge de 70 ans d'un infarctus du myocarde. Il a un teint rosé, il est souriant et présente une odeur de cigarette. Il porte sa main à sa poitrine à deux reprises pendant le pré triage disant que la douleur est toujours présente sous forme de pesanteur à 3/10. Il n'a aucun antécédent connu et ne prend aucune médication. Cette personne pourrait, selon les aires de traitement du milieu de soins, se rendre sur une civière dédiée aux électrocardiogrammes (ECG) afin d'accélérer l'évaluation complète et permettre une prise en charge rapide si l'ECG révèle des anomalies. Dans ce cas-ci, le pré triage dure moins de deux minutes et permet d'effectuer rapidement un ECG dans l'attente d'une évaluation complète.

Il est toutefois important de faire la distinction entre le pré triage et l'utilisation de l'évaluation visuelle rapide. En effet, l'évaluation visuelle rapide (appelée communément le *quick look*) doit débiter dès l'arrivée de la personne dans la salle d'attente et vise à observer en se basant sur les principes de l'évaluation primaire (ABCD) pour les adultes ou le triangle d'évaluation pédiatrique pour les enfants (2). Dans les cas les plus urgents, le niveau de priorité peut être déterminé dès l'évaluation visuelle rapide (2). Par exemple, dans le cas d'un enfant qui arrive dans les bras d'un parent en convulsions actives, il pourra être dirigé immédiatement en salle de réanimation pour une prise en charge rapide et optimale. La documentation et les notes d'observations infirmières sont alors faites dans un deuxième temps, lorsque l'enfant est sous la responsabilité d'une autre infirmière. Dans les cas moins urgents, l'évaluation visuelle rapide permet à l'infirmière d'ajouter des informations pertinentes lors du pré triage ou même lors de l'évaluation complète et l'aide à assigner le niveau de priorité approprié (2).

CONSEIL TERRAIN

L'infirmière doit voir le pré triage comme un des meilleurs moments pour expliquer le déroulement des étapes du triage à la personne (6). Ainsi, la personne sera en mesure de mieux comprendre pourquoi elle ne doit pas raconter immédiatement son histoire de façon exhaustive et qu'il ne s'agit pas d'un manque d'écoute ou d'intérêt de la part de l'infirmière. En général, cela diminue l'incompréhension et l'insatisfaction qui peuvent être vécues (6). En effet, la première infirmière rencontrée teinte l'expérience de la personne, et ce, pour toute la durée de l'épisode de soins. Une première interaction positive est donc importante. Il s'agit également d'une opportunité pour diminuer l'anxiété et l'anxiété que vivent les personnes face à leur situation de santé. Lorsque celle-ci entre dans la salle de triage, des gestes aussi simples que de la regarder dans les yeux lorsqu'elle arrive, lui dire bonjour, la nommer par son nom et ne pas faire preuve d'impatience lorsqu'elle enlève son manteau sont des actions banales qui peuvent influencer positivement l'expérience du triage.

2. Dépistage des maladies infectieuses

La deuxième étape est le dépistage des maladies infectieuses. Dans cet article, elle occupe une étape bien définie alors qu'en pratique elle s'effectue au même moment que le pré triage. En effet, les dernières années marquées par la présence du virus SARS-CoV-2 ont sensibilisé davantage les infirmières à l'importance de la prévention et le contrôle des maladies infectieuses (7). Au triage, la prévention est la clé du contrôle des infections. Selon les lignes directrices de l'ÉGT et l'Institut national de santé publique du Québec, un questionnaire de dépistage des maladies infectieuses doit être effectué pour chaque personne qui se présente à l'urgence (4, 8). Une réponse positive à ce questionnaire doit entraîner la mise en place de mesures de protection ainsi qu'une évaluation plus approfondie (8). Des questions générales telles que : « Avez-vous de la fièvre ou des frissons ? Avez-vous de la toux ou un essoufflement ? Souffrez-vous de myalgie, diarrhée, vomissement ou grande faiblesse ? » doivent être systématiquement posées (8). En présence de symptômes d'infection, l'infirmière doit poursuivre son questionnaire afin de savoir si la personne a effectué un voyage récent afin de prévenir la transmission d'une maladie infectieuse dans un contexte d'épidémie et de pandémie. Il est primordial pour l'infirmière au triage de se tenir informée en tout temps sur les mises à jour des politiques de l'établissement ainsi que des politiques provinciales en matière de prévention des infections (4).

3. Choix des raisons de consultation

La troisième étape est le choix de la raison de consultation. Pour cela, la plupart des salles d'urgence au Québec utilisent le système informatique de gestion des départements d'urgence (SIGDU). Il s'agit d'un logiciel où l'on retrouve toutes les raisons de consultation ainsi que des niveaux de priorité suggérés. Celui-ci doit être utilisé comme un outil d'aide à la décision. En effet, il faut garder en tête que l'évaluation complète par une infirmière qualifiée est requise afin de s'assurer qu'il s'agit du bon niveau de priorité. Lorsqu'une personne se présente pour plusieurs raisons de consultation, l'infirmière doit choisir celle qui mènera à un niveau de priorité le plus élevé (4).

Cette étape peut être très simple, mais peut aussi se compliquer rapidement. En effet, la personne peut venir consulter pour une raison qui n'est pas celle qui inquiètera davantage l'infirmière. La raison de consultation peut donc être dictée par la personne, mais l'infirmière peut aussi y voir un symptôme ou une autre problématique qu'elle décidera d'évaluer plus en profondeur. En effet, l'évaluation visuelle rapide et les données objectives recueillies peuvent parfois diverger de l'histoire que nous raconte la personne (4). Par exemple, une personne dit venir pour un renouvellement de bronchodilatateur, car sa pompe est vide. Elle mentionne également partir bientôt en voyage et ne pas avoir trouvé de rendez-vous en clinique. Le choix de la raison de consultation dicté par la personne est donc le renouvellement d'ordonnance médicale. En réalité, l'auscultation pulmonaire, la saturation et la fréquence respiratoire révèlent une dyspnée modérée qui mérite une évaluation plus approfondie, entraînant à ce moment, l'attribution d'un niveau de priorité plus élevé.

4. Évaluation complète

Selon l'évaluation visuelle rapide et le pré triage, si l'état de la personne est assez stable, l'infirmière du triage procédera à l'évaluation complète. L'évaluation complète consiste à recueillir les données subjectives et objectives qui sont en lien avec la raison de consultation de la personne ou selon le jugement clinique de l'infirmière (2). L'évaluation complète doit généralement être d'une durée moyenne de cinq minutes (2). Pour cela, il est possible d'utiliser des outils pour aider la collecte de données tels que le PQRSTU-AMPLE pour la clientèle adulte ou le CIAMPEDS pour les enfants (2). L'infirmière doit aussi procéder à la prise de signes vitaux complets avec un examen physique ciblé en lien avec la raison de consultation (2). Par exemple, si une personne se présente pour des convulsions résolues, l'infirmière doit faire une évaluation neurologique brève pour lui permettre d'avoir les données pertinentes et attribuer un niveau de priorité adéquat. Dans certains cas et selon le jugement clinique de l'infirmière, il peut être pertinent de faire une prise de glycémie capillaire pour compléter les données objectives, comme lors d'un déficit neurologique, une faiblesse généralisée, un antécédent de diabète ou en présence de vomissements. De plus, l'infirmière du triage questionne la personne sur ses allergies, ses antécédents, sa médication, ainsi que les circonstances de l'événement, encore une fois, en lien avec la raison de consultation (2). Toutes ces données subjectives et objectives doivent être documentées par l'infirmière (2).

5. Choix du niveau de priorité selon l'ÉTG

Le but principal du triage est d'attribuer un niveau de priorité selon les cinq niveaux de l'ÉTG (voir Tableau 1). Pour se faire, l'infirmière doit se baser sur la raison de consultation (SIGDU), les observations à l'évaluation visuelle rapide ainsi que toutes les autres données recueillies lors de l'évaluation complète (4).

Tableau 1. Niveau de priorité selon l'ÉTG et délai de prise en charge recommandé

NIVEAU 1	RÉANIMATION = IMMÉDIAT
NIVEAU 2	TRÈS URGENT < 15 MINUTES
NIVEAU 3	URGENT < 30 MINUTES
NIVEAU 4	MOINS URGENT < 60 MINUTES
NIVEAU 5	NON URGENT < 120 MINUTES

Source : (4)

La priorité doit ensuite être ajustée à partir des modificateurs, qui fournissent des données additionnelles sur la gravité de l'état de santé de la personne (2). Les modificateurs sont séparés en deux catégories : premier ordre ou deuxième ordre. Les modificateurs de premier ordre peuvent être appliqués pour la majorité des raisons de consultation. Ils comprennent des éléments primordiaux de l'évaluation physique primaire, soit la détresse respiratoire, l'état hémodynamique, le niveau de conscience et la température. De plus, les éléments de l'évaluation physique secondaire, soit le niveau de la douleur, les troubles de coagulations et le mécanisme de blessure font aussi partie des modificateurs de premier ordre (4). Entre autres, une personne qui se présente pour une douleur abdominale aiguë d'intensité moyenne est initialement associée à une priorité 3. Toutefois, si à la suite de l'évaluation complète la personne montre des signes d'instabilité hémodynamique, comme une tachycardie avec hypotension, l'infirmière peut rehausser la priorité à un niveau 2 (voir Tableau 2).

Tableau 2. Modificateur de 1^{er} ordre : État hémodynamique

ÉTAT HÉMODYNAMIQUE	NIVEAU SELON L'ÉTG
Choc Signes d'hypoperfusion périphérique : pouls faible ou filiforme, hypotension, tachycardie ou bradycardie significative, niveau de conscience diminué. Peut également paraître rougeaud, fébrile, toxique, comme dans le cas d'un choc septique	1
Instabilité hémodynamique Signes de perfusion limite : tachycardie inexplicite, hypotension posturale (selon antécédents), ou hypotension soupçonnée (pression artérielle plus basse que la normale ou que la pression attendue pour une personne donnée)	2
Signes vitaux aux limites supérieures ou inférieures de la norme dans le contexte de la raison de consultation, particulièrement si ceux-ci diffèrent des normes habituelles pour la personne en question	3
Signes vitaux normaux	4 ou 5

Source : (4)

Si les modificateurs de premier ordre n'attribuent pas un niveau de priorité plus élevé, l'infirmière doit considérer les modificateurs de deuxième ordre. En effet, les modificateurs de deuxième ordre s'appliquent spécifiquement à un nombre limité de raisons de consultation. Ces modificateurs peuvent être très pertinents, entre autres, pour les cas de santé mentale, d'obstétrique ou de pédiatrie. Parmi les 165 raisons de consultation du SIGDU, 95 raisons de consultation ont des modificateurs de deuxième ordre pour la clientèle adulte, alors que 102 raisons de consultation ont des modificateurs de deuxième ordre pour la clientèle pédiatrique (4). Par exemple, une personne se présentant pour une faiblesse généralisée depuis une semaine est associée à une priorité 4. Cependant, en mesurant sa glycémie capillaire, l'infirmière découvre qu'elle est à 20 mmol/L, ce qui permettra de lui attribuer un niveau de priorité 2 selon le modificateur de deuxième ordre en lien avec la glycémie capillaire (voir Tableau 3). En tout temps, la modification du niveau de priorité pour une personne doit être appuyée sur des signes et symptômes cliniques observables et justifiables selon les modificateurs de 1^{er} et 2^e ordres, ainsi que documentée dans le triage (4).

Tableau 3. Modificateur de 2^e ordre : Niveau de glycémie

NIVEAU DE GLYCÉMIE	SYMPTÔMES	NIVEAU SELON L'ÉTG
< 3 mmol/L	Confusion, diaphorèse, changements comportementaux, convulsions, nourrisson <1 an, déficits focaux aigus	2
	Aucun	3
> 18 mmol/L	Dyspnée, déshydratation, tachypnée, soif, polyurie, faiblesse	2
	Aucun	3

Source : (4)

SAVIEZ-VOUS QUE ?

L'ÉTG développée par le Groupe de travail national canadien a été créée comme guide de bonne pratique pour optimiser la sécurité des personnes se présentant à l'urgence (4). Si les intervenants des urgences jugent qu'une raison de consultation et son niveau de priorité associé devraient être modifiés selon des données solidement appuyées, ils peuvent en aviser le comité triage de leur milieu. Ceux-ci transmettront la problématique à l'Association canadienne des médecins d'urgence qui en évaluera la pertinence à la prochaine révision. Les infirmières et les médecins ne peuvent en aucun cas les modifier automatiquement, par exemple en modifiant dans leur système informatique le niveau de priorité selon une raison de consultation précise (2).

Lorsque l'infirmière a déterminé le niveau de priorité selon l'ÉTG, elle doit diriger la personne vers l'aire de traitement appropriée ou la salle d'attente en fonction des besoins de la personne (2). Pour se faire, l'infirmière doit bien connaître les fonctions des différentes aires de traitement de l'urgence où elle travaille. De plus, il est de la responsabilité de l'infirmière du triage de transmettre les données pertinentes à ses collègues infirmières ou médecins qui prendront en charge la personne triée. Selon les milieux et les cas, cela peut se faire par écrit ou verbalement.

CONSEIL TERRAIN

Malheureusement, certaines personnes ou situations peuvent amener des biais d'évaluation au triage (9). Par exemple, l'infirmière qui trie une personne en situation d'itinérance qui se présente souvent pour un problème social peut avoir un préjugé sur la personne et ne pas faire l'évaluation complète appropriée ou ne pas lui accorder un niveau de priorité adéquat. En réalité, ces biais sont multiples au triage et très souvent, l'infirmière n'en a pas conscience. Il s'agit en fait d'une des difficultés majeures au triage. Il est donc pertinent pour l'infirmière de revoir fréquemment sa pratique ou ses interventions pour faire une rétrospection sur ses propres préjugés ou biais. En fait, lors du triage, il est primordial que l'infirmière reste neutre et trie chaque personne de la même façon, même si la personne est bien connue du milieu (4).

6. Initiation d'ordonnances collectives et interventions

L'utilisation des ordonnances collectives est également une étape cruciale pour un triage optimal. En effet, l'initiation d'une ordonnance collective par l'infirmière entraîne plusieurs effets positifs, dont la diminution du délai avant l'initiation des traitements et des examens diagnostiques et conséquemment une diminution de la durée de séjour (10). Selon les spécificités de chaque milieu

clinique, des ordonnances collectives relatives à la radiographie, à l'analgésie, aux douleurs thoraciques, aux douleurs abdominales, et bien d'autres peuvent être disponibles. Il est donc du ressort de l'infirmière de bien connaître les différentes ordonnances collectives de son milieu et de s'y référer fréquemment, afin de les utiliser de manière efficace. Par exemple, une jeune femme se présente pour des douleurs abdominales à 5/10 depuis deux jours, de la pollakiurie et une légère hématurie. Selon l'ordonnance collective de son milieu, l'infirmière a la possibilité d'effectuer une analyse et culture d'urine, un test de grossesse urinaire, ainsi que d'offrir de l'acétaminophène. Hormis les ordonnances collectives, l'infirmière au triage a également plusieurs autres interventions qu'elle peut mettre de l'avant lorsque pertinent, tel qu'offrir de la glace, effectuer un pansement, faire de l'enseignement et bien d'autres.

7. Réorientation

À la suite de l'évaluation clinique, il est primordial que l'infirmière se questionne sur la possibilité que la personne soit traitée dans un autre service ou bien retourne à la maison. En effet, l'infirmière du triage doit avoir la capacité de constater que la raison de visite de la personne est non urgente et ne nécessite pas immédiatement ou dans les prochaines heures une consultation médicale (2, 8). Face à cela, trois options se présentent généralement à l'infirmière du triage :

- Suggérer à la personne de consulter une ressource de première ligne (p. ex., médecin de famille, dentiste, CLSC, pharmacie communautaire, Info-Santé ou Info-Social [811]);
- Diriger la personne vers un site clinique de première ligne (groupe de médecine familiale [GMF], clinique externe), en lui fournissant idéalement un rendez-vous ou en lui indiquant la façon de procéder pour en obtenir un;
- Suggérer à la personne de retourner à la maison à la suite d'une intervention infirmière (actes délégués ou ordonnances collectives) tout en lui partageant les informations et enseignements nécessaires à un retour sécuritaire. L'enseignement peut porter sur les possibilités de traitement, les éléments de surveillance pour un retour à l'urgence ou une consultation avec un médecin de famille, au besoin (2, 11). En cas de doute, une infirmière novice devrait bénéficier de l'appui ou des conseils d'une collègue expérimentée pour l'aider dans sa prise de décision.

Pour optimiser les salles d'urgence, ces trois options de réorientations sont donc essentielles, mais doivent se baser sur la procédure préétablie de réorientation de l'établissement (11). Par ailleurs, le réseau de ressources peut varier d'une région à l'autre. Par conséquent, il importe que l'infirmière connaisse bien les différentes ressources offertes, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion de chacune d'entre elles, afin de rediriger adéquatement la personne se présentant à la salle d'urgence. Une pratique souvent mise de l'avant est que les personnes considérées comme ayant la possibilité d'être réorientées sont ceux ayant une priorité de triage 4 ou 5. Or, il a été récemment établi que le potentiel de réorientation d'un usager n'est pas exclusivement lié à sa priorité, mais plutôt lié à sa raison de visite et au portrait global de son état de santé (11). Ainsi, le jugement de l'infirmière est mis de l'avant et doit se baser sur son évaluation complète comprenant la cueillette des données subjectives, objectives et l'examen physique ciblé. Enfin, l'infirmière doit s'assurer d'obtenir le consentement de la personne et que celle-ci ait les capacités tant physiques que mentales pour se rendre au lieu indiqué (11).



SAVIEZ-VOUS QUE?

Une personne n'ayant pas été évaluée par un médecin et qui est réorientée vers une ressource externe à la salle d'urgence n'est pas considérée comme un « départ avant prise en charge » (11). Ainsi, il est primordial pour l'infirmière de bien documenter son évaluation, ses interventions ainsi que ses constats l'ayant mené à décider de réorienter la personne (11).

8. Réévaluation

L'ÉTG recommande que les personnes soient réévaluées selon les mêmes délais de prise en charge que leur niveau de priorité (4) (voir Tableau 1). Ainsi, une personne ayant une priorité 3 devrait être réévaluée par l'infirmière du triage aux 30 minutes jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par une infirmière ou un médecin. La réévaluation de l'infirmière s'ajuste selon la raison de consultation ou l'apparition de nouveaux symptômes pendant l'attente. De plus, elle peut être sommaire ou plus complète selon l'évolution de l'état de santé de la personne (2). Ainsi, le contenu de la réévaluation doit être adapté selon le jugement clinique de l'infirmière (2). Le processus du triage et l'état de santé de la personne 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. Encore une fois, l'ensemble des données recueillies lors de la réévaluation doit être documenté pour assurer un suivi adéquat.

CONSEIL TERRAIN

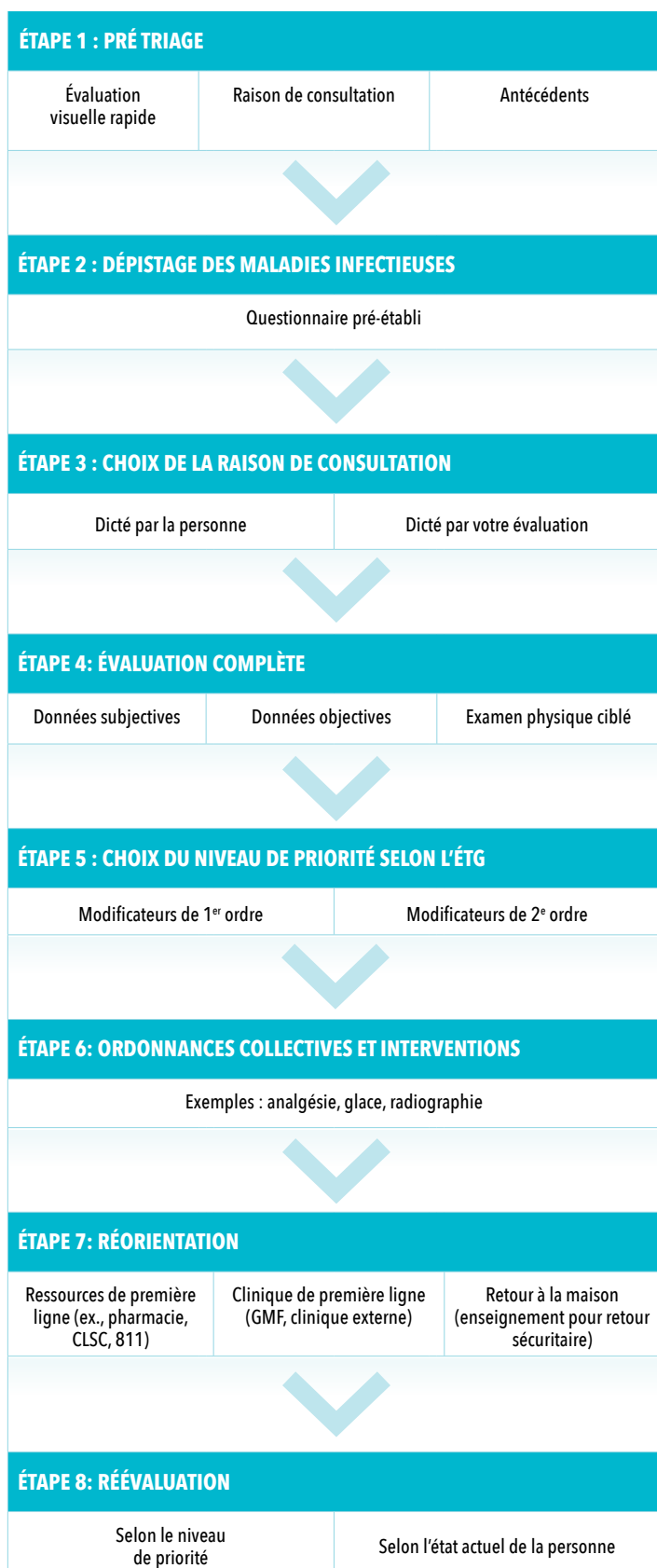
Il est primordial pour les infirmières du triage d'optimiser la réévaluation pour assurer une sécurité de la clientèle (12). Cependant, dans les milieux, cette étape est souvent sous-estimée et jugée difficile à compléter. Pourtant, c'est le seul filet de sécurité pour les personnes qui sont dans la salle d'attente. Pour faciliter la réévaluation, l'infirmière peut faire des tournées visuelles et se rendre directement dans la salle d'attente pour effectuer des réévaluations rapides. Dans les cas plus complexes, elle peut appeler les personnes directement à sa salle de triage. De plus, l'organisation du personnel infirmier au triage peut favoriser la réévaluation, par exemple en ayant une infirmière au triage désignée que pour les réévaluations ou en rajoutant une ressource lors d'achalandage important. Il est du ressort de l'infirmière du triage d'aviser ses supérieurs lorsque l'évaluation ou la réévaluation n'est plus sécuritaire selon le temps d'attente pour ainsi avoir l'aide nécessaire (2).

CONCLUSION

Pour les nouvelles infirmières qui exercent dans une urgence, la salle de réanimation ainsi que le triage sont, la plupart du temps, les endroits les plus craints en raison de la complexité des cas et du niveau de responsabilités lié à la prise de décisions. En effet, les connaissances et l'expérience que requiert le triage à la salle d'urgence ont une grande importance et influenceront le parcours ainsi que la prise en charge de la personne vivant une situation de santé. La Figure 1 résume donc les huit étapes essentielles pour effectuer un triage infirmier optimal. Par ailleurs, il est de la responsabilité individuelle de chaque infirmière de garder ses connaissances à jour, mais également de faire une auto-évaluation de son comportement envers la clientèle parfois vulnérable qui se présente devant elle. Dans une visée d'amélioration continue, les infirmières devraient régulièrement prendre le temps de revoir leurs méthodes de triage et adopter une approche réflexive sur leur pratique de triage au quotidien. 🌱

Et vous, quels sont les éléments à améliorer lorsque vous triez?

Figure 1. Aide-mémoire des huit étapes du triage infirmier à la salle d'urgence



LES AUTEURES



Mirelle Gagnon-Gervais
inf., B. Sc.
Infirmière clinicienne
Centre hospitalier de l'université de
Montréal (CHUM)
mirelle.gagnon-gervais.chum@ssss.gouv.qc.ca



Geneviève Simard
inf., B. Sc.
Conseillère en soins infirmiers -
Planification des congés
Hôpital général juif de Montréal, CIUSSS
Centre-Ouest de l'île de Montréal



Alexandra Lapierre
inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

SOUTIEN FINANCIER

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à noter que Mirelle Gagnon-Gervais et Alexandra Lapierre font partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*, mais celles-ci n'ont pas contribué à l'évaluation de cet article. De plus, Mirelle Gagnon-Gervais et Geneviève Simard sont instructrices pour le *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS).

REMERCIEMENT

Les auteures aimeraient remercier Josée Desrochers et Monia Thorne, conseillères en soins infirmiers au CHUM, pour leur aide lors de la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide de gestion des urgences. Gouvernement du Québec. 2021. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-de-gestion-des-urgences/>
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Triage à l'urgence: lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
3. Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence. Énoncé de position : rôle de l'infirmière de triage. 2019. https://nena.ca/w/wp-content/uploads/2016/06/Role-of-the-Triage-Nurse-2_FR.pdf
4. Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). Échelle canadienne de triage et de gravité - Programme d'étude combiné: adultes/pédiatrie : Manuel du participant. 2011. http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf
5. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R et al. Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) de 2016. *CJEM*. 2017;19(S2):S1-S12. doi:10.1017/cem.2017.365
6. Phiri M, Heyns T, Coetzee I. Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study. *App Nurs Res*. 2020;54:151271. doi:10.1016/j.apnr.2020.151271
7. Silverberg SL, Puchalski Ritchie LM, Gobat N, Murthy S. COVID-19 infection prevention and control procedures and institutional trust: Perceptions of Canadian intensive care and emergency department nurses. *Can J Anesth*. 2021;68(8):1165-75. doi:10.1007/s12630-021-02028-9
8. Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence. 2013. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/publications/1742>
9. Acorn M. Nurses' triage assessments were affected by patients' behaviours and stories and their perceived credibility. *Evid Based Nurs*. 2009;12:61. doi:10.1136/ebn.12.2.61
10. Lacroix M-C, Borgès Da Silva R. Les ordonnances collectives et la qualité des soins au triage des urgences : synthèse des connaissances. *Santé Publique*. 2018;30(1):83-93. doi:10.3917/pub.181.0083
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles : réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence. 2021. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_reorientation.pdf
12. Domagala SE, Vets J. Emergency nursing triage: Keeping it safe. *J Emerg Nurs*. 2015;41(4):313-6. doi:10.1016/j.jen.2015.01.022

Au CISSS de Lanaudière

Un emploi à la hauteur de tes attentes!

- Collaboration interdisciplinaire soutenue, complicité et entraide.
- Proximité avec le corps médical et partage d'expertise encouragé.
- Région près de la nature et des grandes villes où s'épanouir et vivre une panoplie d'expériences sociales et culturelles.

2 hôpitaux : cas cliniques variés



Traumatologie



Cardiologie



Neurologie

Pour toute information :

Marie-Eve Riopel

450 368-4914

marie.eve.riopel.cisslan@ssss.gouv.qc.ca



cissl-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec

