

Évaluation des usagers au triage à l'urgence

Direction responsable	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2017-09-13
		Révisé	2017-12-13
Installations / Secteurs visés	CISSS de la Montérégie-Ouest / Urgences		
Outils cliniques associés	Procédure clinique: Réorientation de la clientèle P5 selon l'ÉTG ou avec une condition clinique ciblée à l'urgence vers une clinique médicale du territoire PRO 6007		

Champs d'application / Contexte légal

Le triage fait partie intégrante des activités cliniques dévolues à l'infirmière dans le cadre de la loi 90. Le jugement clinique des infirmières est primordial à l'évaluation initiale de l'état de santé d'une personne. Elles peuvent également initier des mesures diagnostiques ou de traitements selon une ordonnance.

La responsabilité du triage relève de l'infirmière et consiste à évaluer la condition clinique de l'usager, à déterminer le degré de priorité des soins selon une classification prédéterminée par l'échelle de triage et de gravité (ÉTG), à diriger l'usager vers l'aire de traitement, la salle d'attente ou le rediriger vers une autre ressource selon les procédures en vigueur. Le triage implique également une réévaluation systématique des usagers qui attendent d'être pris en charge au niveau médical.

Professionnels / non-professionnels visés

Infirmières¹

¹Infirmières de l'urgence répondant aux conditions énumérées à la page 3 pour l'exercice des activités cliniques reliées au triage.

Activités réservées / activités visées

Infirmière :

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.

Situations visées / clientèles visées

Tout usager se présentant dans les urgences du CISSS de la Montérégie-Ouest pour une évaluation.

Définitions

L'infirmière au triage peut effectuer trois types d'évaluations :

- **Évaluation visuelle (quick look)**
Le quick look permet à l'infirmière de déterminer, parmi les usagers, celui qui doit être évalué ou pris en charge en priorité. Il prend compte de l'apparence générale du client, de même que L'ABC, qui correspond aux mots anglais *Level*, *Airway*, *Breathing* et *Circulation*. Cette évaluation doit être réalisée en tout temps entre chaque évaluation d'usager et demeure une responsabilité permanente de l'infirmière attitrée au triage.
- **Évaluation brève (moins de 2 minutes)**
Ce type d'évaluation est un outil essentiel permettant de déterminer la sévérité potentielle et l'attribution d'un niveau urgent. Elle doit être utilisée à partir du moment où l'attente est égale ou supérieure à 10 minutes.

Cette évaluation est basée sur la raison de la consultation, L'ABC, les antécédents et le triangle d'évaluation pédiatrique, s'il y a lieu (annexe I).

Il y a trois issues possibles à cette évaluation brève :

- La prise en charge immédiate (médicale ou infirmière)
- L'évaluation complète prioritaire
- Le retour dans la salle d'attente pour une évaluation complète à venir

• **Évaluation complète (environ 5 minutes)**

Cette évaluation détaillée permet à l'infirmière de déterminer le degré de priorité de l'usager selon l'ETG (échelle de triage et de gravité) et prend en compte :

- Le motif de consultation
- Les données subjectives (PQRSTUAMPLE)
 - P : Provoqué/Pallié
 - Q : Qualité/Quantité
 - R : Région et Irradiation
 - S : Signes et Symptômes associés
 - T : Temps
 - U : *Understand* (perception de l'usager)
 - A : Allergie(s)
 - M : Médication (prescrite, non prescrite) alcool, tabac, drogues
 - P : Passé ou antécédents (médicaux, chirurgicaux, familiaux)
 - L : *Last meal*
 - E : Évènements/Environnement
- L'évaluation objective liée au motif de la visite, y compris l'ensemble des signes vitaux et toute autre information pertinente
- Le niveau de triage désigné
- La médication complète

La réévaluation

La réévaluation permet d'identifier les changements pouvant survenir chez l'usager en attente d'une prise en charge médicale et ainsi s'assurer qu'une condition de santé ne se soit pas aggravée suivant le triage initial. Elle doit être réalisée dans un délai correspondant au degré de priorité établi, notamment pour les usagers dont l'état clinique laisse présager une certaine instabilité. Selon le motif de la visite et le jugement clinique de l'infirmière, la réévaluation peut-être complète, partielle ou visuelle. Lors de la réévaluation, l'infirmière doit procéder à la double identification de l'usager. Il est de la responsabilité de l'infirmière de procéder à la réévaluation de tous les usagers dirigés à l'aire d'attente ou sur civière en temps opportun, de manière à assurer leur sécurité en tout temps.

Selon l'ETG et l'OIIQ, le triage implique une réévaluation périodique et systématique des usagers qui attendent d'être pris en charge. Tous les usagers doivent être réévalués par une infirmière lorsque les délais recommandés pour l'évaluation médicale sont atteints, en se basant sur le tableau suivant :

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 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 client et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5 120 minutes (ou orienté vers des ressources autres que l'urgence)	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Ce qui signifie que la réévaluation est attendue :

- Lorsque l'utilisateur n'a pas été pris en charge au niveau médical selon les niveaux de triage établis au tableau précédant;
- Lorsqu'une opportunité de réévaluation se présente telle une demande/plainte verbalisée par l'utilisateur ou ses proches en lien avec son état clinique.

Cette réévaluation peut amener l'infirmière à ajuster le degré de priorité à la hausse ou à la baisse selon l'ÉTG. **Toute réévaluation se doit d'être documentée**, l'absence de documentation ne signifie en rien que l'état est stable, puisque l'absence de documentation pourrait également être interprétée comme l'absence de réévaluation.

Dans le doute, l'infirmière accordera une priorité supérieure à l'utilisateur afin qu'il soit pris en charge plus rapidement, le but étant de limiter les risques de préjudice. Elle peut également consulter une collègue d'expérience afin de bénéficier de son expertise.

Elle doit prendre en compte :

- La date et l'heure;
- Les signes vitaux au besoin;
- Tout changement dans l'état de l'utilisateur si applicable;
- Toutes informations pertinentes pouvant compléter l'évaluation initiale;
- Les interventions effectuées et les résultats obtenus;
- La signature de l'infirmière ayant effectué la réévaluation.

Conditions

Pour exercer les activités cliniques au triage, l'infirmière doit :

- Posséder minimalement 1 an d'expérience à l'urgence ou avoir une expérience équivalente de soins critiques dans un autre centre hospitalier ainsi qu'une aptitude à travailler dans n'importe quel secteur de ce service.
- Posséder des habiletés et des aptitudes en relations interpersonnelles, en relations publiques et en communication, ainsi que des habiletés à communiquer avec des usagers/proches ayant des difficultés à communiquer tels les personnes en état de panique, aphasiques, allophones, etc.
- Avoir une grande capacité à établir un ordre de priorité selon l'information recueillie (jugement clinique).
- Faire preuve de souplesse et avoir une bonne capacité à s'adapter à des situations qui évoluent rapidement.
- Avoir des habiletés à évaluer le niveau d'agressivité d'un usager, notamment savoir distinguer la violence de la détresse chez un usager et ses proches.
- Posséder des aptitudes à résoudre des conflits.
- Avoir la capacité à travailler en collaboration avec divers professionnels tant du milieu communautaire que du milieu hospitalier.
- Posséder des connaissances adéquates et variées sur divers problèmes de santé pour tout type de clientèle.
- Avoir reçu la formation théorique et pratique du triage incluant l'ÉTG, l'évaluation brève, l'application des ordonnances collectives et l'utilisation du logiciel en place.
- Être jumelée avec une infirmière d'expérience au triage lors des deux premiers quarts de travail.

Par la suite, l'infirmière au triage doit :

- Démontrer qu'elle possède les conditions énumérées ci-dessus lors de la supervision d'une infirmière qualifiée dans l'évaluation au triage. Cette évaluation est effectuée sur un quart de travail complet dans les 2 mois suivant le début des fonctions de l'infirmière à titre d'infirmière au triage.
- Participer annuellement à une évaluation des compétences au triage par une infirmière qualifiée et dont le suivi sera assuré par le supérieur immédiat.

Rôles et responsabilités / Directives

L'infirmière joue un rôle de premier plan dans l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Cette évaluation se fait dès l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence. C'est à ce moment que l'infirmière détermine la gravité ou l'urgence du problème de santé physique ou mentale selon l'ÉTG. L'infirmière demeure responsable de l'utilisateur en salle d'attente jusqu'à un transfert à une autre infirmière ou au congé de l'utilisateur.

L'infirmière dédiée à l'évaluation brève (prétriage) doit :

- Accueillir les usagers et leurs proches avec empathie.
- Procéder à l'évaluation brève et rapide puis documenter cette évaluation sur le formulaire approprié (motif de consultation, antécédents).
- Respecter les pratiques de base et l'étiquette respiratoire sans égard à la raison de consultation.
- Observer et documenter l'ABC et le triangle d'évaluation pédiatrique (annexe I), s'il y a lieu.
- Demander à l'utilisateur d'informer l'infirmière au triage de toute modification de son état de santé.
- Diriger l'utilisateur à l'aire de traitement appropriée au besoin suite à son évaluation brève. Elle documente au dossier le nom de l'infirmière qui prendra la relève. Si l'utilisateur est dirigé immédiatement dans la salle à chocs, l'infirmière dédiée à cette aire de traitement procède à l'évaluation complète de l'utilisateur dès l'arrivée de celui-ci dans la salle.
- Collaborer et communiquer les informations jugées pertinentes à l'infirmière dédiée à l'évaluation complète du triage afin de l'aider à prioriser les usagers à trier.
- Effectuer un « quick look » continu des usagers localisés dans les aires d'attentes et d'inscription.

L'infirmière dédiée au triage (évaluation complète) doit :

- Accueillir les usagers et leurs proches avec empathie.
- Respecter les pratiques de base et l'étiquette respiratoire sans égard à la raison de consultation.
- Vérifier si l'utilisateur est porteur de bactéries multi-résistantes ou d'un problème infectieux et s'assurer que les procédures et précautions additionnelles en regard de la prévention des infections soient initiées au besoin.
- Procéder à l'évaluation complète de chaque usager en respectant la classification donnée lors de l'évaluation brève, s'il y a lieu.
- Documenter son évaluation sur le formulaire approprié et indiquer le niveau de priorité établi.
- Effectuer une surveillance visuelle continue des usagers qui sont dans les aires d'inscription et d'attente et prévoir un accès rapide dans les situations d'urgence. L'infirmière du triage est responsable de la surveillance de tous les usagers qui occupent la salle d'attente, à moins que cette responsabilité ne soit confiée à une autre infirmière par un transfert adéquat.
- Demander à l'utilisateur d'informer l'infirmière de toute modification de son état.
- Diriger l'utilisateur vers l'aire de traitement appropriée et donner un rapport verbal à l'infirmière qui prendra l'utilisateur en charge, afin d'éviter tout délai qui pourrait compromettre sa santé. Documenter le nom de l'infirmière qui assure la continuité de soins.
- Lorsqu'elle couche un usager sur civière, donner un rapport verbal à l'infirmière qui prendra l'utilisateur en charge, afin d'éviter tout délai qui pourrait compromettre sa santé. Elle doit également l'identifier à l'aide de son bracelet d'identité et documenter au dossier le nom de l'infirmière qui prendra la relève, ses interventions et les résultats obtenus.
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques requises selon les procédures et ordonnances collectives préétablies.
- Transmettre à l'infirmière ou le médecin les données pertinentes concernant l'utilisateur lorsque nécessaire et les consigner au dossier.
- Renseigner l'utilisateur et ses proches sur le fonctionnement du triage en l'informant également des délais d'attente.
- Effectuer un « quick look » continu des usagers localisés dans les aires d'attente et d'inscription.
- Aviser l'infirmière assistante-chef lorsque les délais d'attente compromettent l'évaluation brève.

Si l'infirmière au triage est dans l'impossibilité de documenter l'ensemble de ces informations, l'infirmière qui prendra l'utilisateur en charge a la responsabilité de compléter l'évaluation de façon plus approfondie :

L'infirmière lors de la réévaluation doit :

- Réévaluer les usagers, selon leur condition physique et mentale, qui n'ont pu être pris en charge au niveau médical, selon les directives énumérées en page 2 et 3 de cette règle de soins.
- Documenter cette réévaluation sur le formulaire approprié.
- Respecter les pratiques de base et l'étiquette respiratoire sans égard à la raison de consultation.
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques requises selon les procédures et ordonnances collectives préétablies.
- Demander à l'usager d'informer l'infirmière au triage de toute modification de son état de santé.
- Ajuster au besoin le niveau de priorité établi en fonction des données cliniques recueillies.
- Transmettre à l'infirmière ou le médecin les données pertinentes concernant l'usager lorsque nécessaire et les consigner au dossier.
- Aviser l'assistante infirmière-chef, lorsque la réévaluation s'avère impossible à réaliser.

Notes au dossier

L'infirmière dédiée à l'évaluation brève, à l'évaluation complète ou à la réévaluation, doit inscrire sur le formulaire approprié les notes aux dossiers selon les normes de documentations de l'ETG énumérées lors de la présente procédure.

Annexes

Annexe I : Le triangle de l'évaluation pédiatrique

Références

L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence, Guide d'implantation, 2002.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Le triage à l'urgence : lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence, 58 pages.

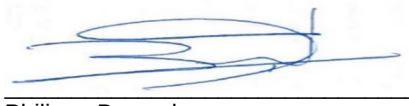
Guide du formateur, échelle de triage et de gravité – sept 2001.

Extrait de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., C 1-8).

Présentation PowerPoint *L'évaluation brève (prétriage)*, février 2016.

Processus d'élaboration / révision-		
Rédigé par	Valérie Duvernay, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2017-08-07
Révisé par	Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et l'évolution de la pratique	2017-08-21
Personnes consultées	Joannie Bergeron, assistante infirmière chef, urgence, HAL	2016-03-01
	Karelle Deniger, Chef de l'urgence, Suroît	2017-02-01
	Nathalie Decloître, Chef de l'urgence, Barrie Memorial	2017-02-01
	Danielle Paquin, chef de service soutien gestion de la qualité et des risques DSI-DSM-DSP, CISSMO	2017-08-07
	Annie Halpin-Benoît, conseillère en soins infirmiers à la gestion des risques	2016-03-01
	Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques, CISSMO	2017-08-07
	Joël Brodeur, infirmier conseil, direction, développement et soutien professionnel, OIIQ	2016-03-01
	Annie Marceau, responsable prévention et contrôle des infections, composante Jardins-Roussillon	2016-03-01
	Suzanne Chèvrefils, coordonnatrice clinico-administratif médecine spécialisée, CISSMO	2017-08-07
	Christelle Robert, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2017-02-28
	Monica Leclerc, infirmière clinicienne soutien à la pratique clinique, soins critiques, DSIEU, Barrie et Suroît	2017-02-28
	Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2016-02-01

Processus de recommandation		
Recommandé par le Comité exécutif du CII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	2017-09-13

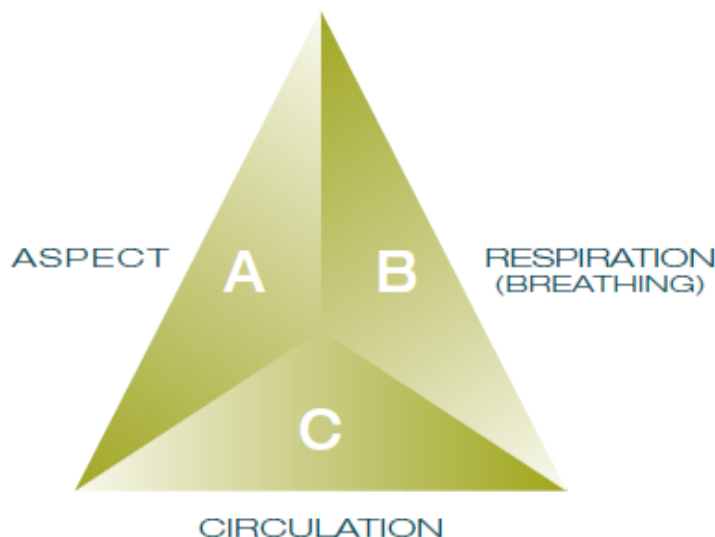
Historique du document		
Approuvé par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	 Philippe Besombes, Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire.	2017-09-13
Révisé par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	 Philippe Besombes, Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire.	2017-12-13

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette règle de soins vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
Urgence / CISSS Montérégie-Ouest	Règle de soins : Évaluation des clients à l'urgence au triage. Version novembre 2010. Révision 2015, Hôpital Anna-Laberge

ANNEXE I

LE TRIANGLE DE L'ÉVALUATION PÉDIATRIQUE

LA PREMIÈRE IMPRESSION



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

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

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 :

Holleran, R.S. (2003). « Triage », dans Emergency Nurses Association, *Core Curriculum for Pediatric Emergency Nursing*, Sudbury (MA), Jones & Bartlett, p. 89-95.

Markham Stouffville Hospital, York Region Base Hospital Program (2004). *Approaches to Successful Assessment and Management of Pediatric Clients: Module 2*, (www.yrbhp.markham.on.ca/pdfs/pediatric_cme/Pediatric%20CME%20Module2.pdf).