

SOINS D'URGENCE



À LA UNE **UN APPEL
AU CENTRE
ANTIPOISON
DU QUÉBEC:**
l'évaluation initiale
de la personne
intoxiquée à l'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

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

MYTHES ET RÉALITÉS

Reconnaître l'insuffisance cardiaque à l'urgence

PROJET INNOVANT

L'insertion d'accès veineux périphériques sous échoguidance à l'urgence : une pratique infirmière innovante !



Découvrez notre offre d'assurance **exclusive!**

Lussier

☐

☐

☐

☐

☐

Assurance automobile et habitation

Profitez d'un programme d'assurance complet et compétitif pour accompagner les membres dans la protection de leur patrimoine.

Notre rôle de courtier nous permet en effet de bénéficier d'un réseau d'assureurs de confiance et ainsi négocier pour vous des protections taillées sur mesure, au meilleur prix.

Toutes vos assurances sous un même toit:

- ✓ Automobile
- ✓ Habitation
- ✓ VTT
- ✓ Bateau
- ✓ Véhicule récréatif
- ✓ Motoneige

Taux préférentiels

Un courtier dédié pour vous accompagner dans tous vos besoins d'assurance, de la soumission à la réclamation.

Appelez-nous pour une soumission gratuite.

1 800 361-8715



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

ÉDITEURS ASSOCIÉS

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc.
Guillaume Fontaine, inf., Ph. D.
Laurence Fortier, inf., M. Sc.
William Tessier, inf., M. Sc.

COMITÉ DE RÉVISION

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL
Sylvie Charette, inf., Ph. D.
Catherine Desmarais, inf., M. Sc., IPSPL
Valérie Dionne, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Cynthia Giroux, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Andréane Lavallée, inf., Ph. D.
Stéphan Lavoie, inf., Ph. D.
Luc Londei-Leduc, MD, FRCPC, urgentologue
David Paré, MD, FRCPC, urgentologue
Lysane Paquette, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Caroline Renaud, inf., M. Sc., IPSPL
Geneviève Robert, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

CHARGÉE DE PROJET

Marie-Hélène Piaud, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

Mathieu Ménard, Responsable des partenariats
gestion@aiiuq.qc.ca

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIUQ

Guillaume Fontaine, inf., Ph. D. – Président
Marianne Leblond, inf., B. Sc. – Vice-présidente
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Trésorière
Josiane Arsenault, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.) – Secrétaire
Joannie St-Pierre, inf., M. Sc. – Administratrice
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.) – Administratrice
Laurence Fortier, inf., M. Sc. – Administratrice
Fabian Severino, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.) – Administrateur
Alexandre Arsenault, inf., B. Sc. – Administrateur

COMITÉ DÉVELOPPEMENT DE L'AIUQ

William Tessier, inf., M. Sc. – Président du comité
Carol-Anne Joncas, inf. – Vice-présidente du comité
Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc. – Secrétaire
William Brindamour, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Anne-Renée Delli-Colli, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Claudia Hébert-Beaudoin, inf., B. Sc.
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Amélie Samson, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Koralie Yergeau, inf., B. Sc. (ét.)

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Le terme «infirmière» est généralement employé afin de faciliter la lecture, mais cela inclut également les infirmiers.

DÉPÔT LÉGAL 2022

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

AIUQ

IC.P. 89022 CSP Malec,
Montréal (Québec) H9C 2Z3
T. 1 833 33-AIUQ
info@aiiuq.qc.ca

aiiuq.qc.ca





ÉDITORIAL

- 06 — Un vent de renouveau pour la revue *Soins d'urgence!*
par les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*
- 08 — L'éditorial du président de l'AIUQ
par Guillaume Fontaine
- 10 — Mettre au cœur de la pratique d'urgence des soins justes, équitables et culturellement sécurisants pour les personnes autochtones
par Anne-Renée Delli Colli et Kim Picard-Binet

À LA UNE

- 25 — Un appel au Centre antipoison du Québec : l'évaluation initiale de la personne intoxiquée à l'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

- 13 — Huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence
- 33 — Le transport intra et interhospitalier en soins critiques, est-ce une activité à risque?

MYTHES & RÉALITÉS

- 19 — Reconnaître l'insuffisance cardiaque à l'urgence

ENTREVUE

- 38 — Discussion avec William Tessier le porte-parole de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec

PROJET INNOVANT

- 41 — L'insertion d'accès veineux périphériques sous échoguidance à l'urgence : une pratique infirmière innovante!

CHRONIQUE DE LA DSUF

- 44 — Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée : une solution pour notre système de santé québécois

Un vent de renouveau pour la revue *Soins d'urgence*!

Nous sommes très heureuses de vous présenter le cinquième numéro de la revue *Soins d'urgence*. Puisque nous avons enfin la possibilité de se rencontrer en présentiel lors du Congrès annuel de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), le comité éditorial avait le désir de vous présenter ce numéro autrement. D'une part, le plan graphique de la revue a été revisité. En effet, pour ce numéro (et ceux à venir!), nous avons collaboré avec la graphiste MissPixels que nous remercions chaleureusement pour un travail de grande qualité. De plus, pour souligner le retour en présentiel, nous avons, pour la première fois, imprimé la revue afin qu'elle soit plus largement diffusée et lue. Ainsi, les participants du Congrès 2022 de l'AIIUQ sont les premiers à lire ce numéro dans sa version imprimée.

La revue *Soins d'urgence* a comme mission de contribuer au maintien et au développement de l'expertise infirmière à la salle d'urgence. En ce mois de mai consacré à la reconnaissance du rôle des infirmiers et infirmières, nous souhaitons saluer le travail essentiel que vous faites jour après jour. Nous tenons également à réitérer l'importance de vos connaissances et de votre expertise qui sont au cœur de notre système de santé. Grâce à ce numéro, vous serez donc en mesure d'enrichir vos connaissances sur plusieurs sphères de la pratique clinique, mais également de vous conscientiser à différents enjeux reliés à la pratique infirmière d'urgence au Québec.

Pour amorcer ce numéro, nous avons le plaisir de vous présenter l'éditorial du président de l'AIIUQ, Guillaume Fontaine, dans lequel il nous partage sa vision de l'AIIUQ et du rôle infirmier à l'urgence pour les prochaines années. Ensuite, nous sommes heureuses de vous présenter l'éditorial d'Anne-Renée Delli Colli et Kim Picard-Binet, respectivement infirmière allochtone et infirmière autochtone, qui nous partagent un texte sur les soins justes, équitables et culturellement sécurisants pour les personnes autochtones. Cette lecture saura certainement enrichir notre réflexion sur le sujet.

Le premier article de ce numéro, écrit par Mirelle Gagnon-Gervais et collaborateurs, résume les huit étapes d'un triage infirmier optimal à la salle d'urgence en se basant sur les dernières lignes directrices en matière de triage. Vous trouverez également dans cet article un aide-mémoire particulièrement utile pour les infirmières novices au triage. Le second article de ce numéro, écrit par Marc-André Maheu-Cadotte et collaborateurs, traite des mythes



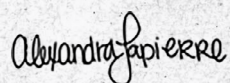
et réalités reliés à l'évaluation clinique des personnes vivant avec l'insuffisance cardiaque. Le troisième article a été rédigé par une équipe d'infirmières œuvrant au Centre antipoison du Québec (CAPO). Cet article vise à expliquer et à guider les infirmières et infirmiers quant aux différents éléments du questionnaire effectué par l'infirmière du CAPO lors d'un appel pour une personne intoxiquée à l'urgence. Cet article sera fort utile pour guider la collecte de données et la prise en charge initiale d'une personne intoxiquée.

Le quatrième article, de Fabian Severino et collaborateurs, traite des risques associés aux transports intra et interhospitaliers. L'article discute des stratégies à mettre en place pour prévenir les complications et aborde plusieurs pistes de réflexion pour assurer la qualité et la sécurité des soins lors des transports. Le cinquième article est une entrevue exclusive avec William Tessier, porte-parole de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (AASIQ), dans laquelle il explique le mandat et les objectifs de ce regroupement d'experts dans le domaine de la santé et de plusieurs associations professionnelles d'infirmières. Le sixième article est la présentation d'un projet innovant qui provient d'une urgence du Québec. Dans celui-ci, D^{re} Julie St-Cyr Bourque et Alexandre Arsenault, infirmier clinicien, nous parlent du programme de formation d'échoguidance pour les infirmières au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Enfin, le dernier article de ce numéro est celui de D^{re} Audrey-Anne Brousseau et collaborateurs, qui nous présentent le nouveau cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée, travaux menés en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Enfin, si vous avez un intérêt à présenter un projet innovant au sein de votre urgence, nous vous invitons à nous écrire à l'adresse courriel suivante : redactionrevue@aaiuq.qc.ca. De plus, si vous souhaitez rédiger tout autre article pour la revue *Soins d'urgence*, nous sommes disponibles pour vous guider et vous accompagner dans ce processus.

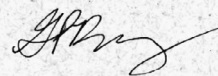
En conclusion, nous souhaitons remercier chaleureusement les auteurs de chacun des articles, les réviseurs, nos partenaires, ainsi que MissPixels pour ce nouveau graphisme, sans qui ce nouveau numéro n'aurait pu voir le jour. ✚

Bonne lecture à tous !



Alexandra Lapierre

inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)
Rédactrice en chef adjointe





Éditorial du président de l'AIIUQ

Chers et chères collègues,

C'est avec grand plaisir que je m'adresse à vous dans le cadre de cet éditorial. Je suis particulièrement fier de ce numéro de la revue *Soins d'urgence* que nous lançons lors du Congrès annuel 2022 de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) au Centre des Congrès de Saint-Hyacinthe. C'est toujours un plaisir de pouvoir se retrouver en personne et le Congrès est un moment très précieux, notamment par le biais des opportunités d'échange et de réseautage qu'il apporte.

La dernière année s'est avérée extrêmement riche sur le plan du développement des activités de l'AIIUQ. Nous avons augmenté significativement notre offre de formations, autant en virtuel qu'en présentiel, afin de soutenir le développement professionnel des infirmières et infirmiers d'urgence à l'échelle du Québec. Nous avons entre autres développé et offert pour la première fois la formation *Cardiologie – Niveau 1 : Les essentiels de l'interprétation des arythmies à l'urgence*, afin de permettre aux infirmiers et infirmières de maintenir et de développer leurs compétences dans l'interprétation des bandes de rythme et de l'électrocardiogramme ainsi que sur le plan des interventions associées. Cette formation est un succès énorme et met la table pour l'élargissement de la programmation de formation continue de l'AIIUQ pour les prochaines années. Nous vous réservons plusieurs surprises!

Nous avons aussi tenu le deuxième *Symposium virtuel Soins d'urgence* sous la thématique « La valeur de l'expertise infirmière » le 2 décembre 2021. L'évènement a regroupé plus de 200 participants en direct et en différé. Les conférenciers et conférencières ont discuté d'un large éventail de sujets passionnants, incluant la syncope (David Paré), la prise en charge des grands brûlés (Phebe Gagnon-Courville, Lula Ahmed-Shire) et la transfusion massive (Dominique Paiement, Mathieu Lepitre). Vous pouvez d'ailleurs toujours vous inscrire sur notre site web pour consulter les conférences du symposium en différé.

Lors de mon dernier éditorial, j'ai mentionné que l'une de mes priorités pour les prochaines années est de développer la voix politique de l'AIIUQ. Cela s'avère crucial dans cette période de transformations et de réformes du système de la santé et des services sociaux au Québec. Dans cet éditorial, je me permets d'aborder deux autres de mes priorités pour les prochaines années.

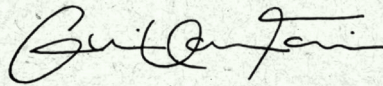
Premièrement, je vais travailler avec les membres du conseil d'administration à développer l'offre de services afin que devenir membre de l'AIUQ soit un incontournable lorsque l'on pratique en tant qu'infirmier ou infirmière à l'urgence au Québec. Cette offre de services renouvelée et bonifiée passe par des formations et des événements de haute qualité comme ceux qui ont été offerts dans la dernière année, mais aussi par des privilèges et des bénéfices exclusifs pour les membres de l'AIUQ. Nous en aurons plus à vous dire à ce sujet dans les prochains mois.

Deuxièmement, nous allons travailler à déployer le rôle des infirmières et infirmiers d'urgence au Québec. En effet, des lacunes et des inégalités persistent à l'échelle du Québec entre les organisations quant à ce que peuvent faire, ou ne peuvent pas faire, les infirmières et infirmiers d'urgence. Ces lacunes et inégalités sont souvent frustrantes pour le personnel infirmier et limitent les avancées possibles en termes de soins à l'urgence pour la population. Nous amorcerons la réflexion et les discussions à ce sujet lors du panel d'experts présenté le 26 mai 2022 au Congrès sous le thème « *Le déploiement du rôle de l'infirmière d'urgence : portrait actuel et vision d'avenir* ». Lors de ce panel, je me prononcerai avec des experts sur le sujet et nous solliciterons aussi l'avis des participants au Congrès afin de dégager des pistes de solution potentielles.

En terminant, je désire souligner le départ de trois membres du Conseil d'administration de l'AIUQ dans la dernière année. Josée Desrochers a quitté le conseil après avoir siégé pendant huit ans en tant qu'administratrice. Son engagement, son leadership ainsi que sa rigueur professionnelle ont fait en sorte que le programme de formations et le congrès annuel sont maintenant des incontournables pour les infirmiers et infirmières d'urgence au Québec. Geneviève Simard a quitté le conseil après près de quatre ans en tant qu'administratrice. Son énergie positive, sa rigueur, son humour et son humanisme ont été appréciés par tous les membres et les collaborateurs de l'AIUQ dans les dernières années. Enfin, Marianne Leblond, qui a été vice-présidente de l'AIUQ dans la dernière année et administratrice pendant près de quatre ans, tire aussi sa révérence. Ce fut un plaisir de travailler à ses côtés à la tête de l'AIUQ pour faire avancer les activités de l'Association. Marianne a notamment travaillé d'arrache-pied afin d'offrir des événements de haute qualité aux membres, incluant le dernier symposium virtuel et le présent congrès. Merci à vous trois pour tout ce que vous avez fait pour l'AIUQ.

Je termine en soulignant que si vous désirez discuter de la pratique infirmière d'urgence et du déploiement du rôle infirmier dans ce milieu, il me fera plaisir d'échanger avec vous. Mon adresse courriel est écrite ici-bas. Par ailleurs, si vous désirez vous impliquer dans l'AIUQ, n'hésitez pas à me contacter. Sur ce, je vous souhaite un superbe été! 🍀

Cordialement,



Guillaume Fontaine

inf., Ph. D.

Président

Association des infirmières
et infirmiers d'urgence du Québec

presidence@aiiuq.qc.ca

www.aiiuq.qc.ca

Mettre au cœur de la pratique d'urgence des soins justes, équitables et culturellement sécurisants pour les personnes autochtones

Chers lecteurs et lectrices, C'est avec un réel privilège que l'on unit nos voix, celles de femmes, infirmières autochtone et allochtone, dans cet éditorial afin de vous offrir un texte à cœur ouvert, en toute simplicité. Nous espérons vous sensibiliser sur les enjeux relatifs à la santé autochtone afin de nourrir votre réflexion face à votre pratique infirmière auprès de ces personnes. Nous ne pouvons passer sous silence les tristes événements qui ont eu lieu au Québec lors du décès de M^{me} Joyce Echaquan dans l'une de nos urgences. Cette tragédie a eu l'effet d'un électrochoc pour certains, mais a malheureusement peu surpris d'autres personnes. Nous commençons donc par vous partager le généreux témoignage de Kim Picard-Binet et son vécu lors de cet événement.

Être une infirmière autochtone (Kim Picard-Binet)

Le fait de vivre cet événement en temps qu'infirmière c'est une chose, toutefois le vivre en temps qu'autochtone en est une autre. Ce sont deux sentiments complètement différents qui créent une dualité intérieure importante. D'une part, Joyce était une femme Autochtone, une mère, une épouse, elle était tout ce que je suis moi. Joyce était une femme qui méritait de voir ses enfants grandir. D'une autre part, l'infirmière ayant pris soin de Joyce représente aussi ce que je suis. Je suis une travailleuse de la santé, une infirmière clinicienne qui aide chaque jour ses patients à travers leur épisode de soins et qui est sensible aux vécus de ses patients. Cependant, la personne ayant été responsable

des soins de Joyce Echaquan dans ses derniers moments de vie ne représente en aucun cas ce que devrait être une infirmière dans le cadre de son travail. C'est dur de croire que quelqu'un néglige volontairement un patient du fait de ses préjugés. Ici l'attitude du personnel de la santé a eu un impact direct sur la prise en charge de celle-ci. Les remords associés à la situation sont malheureusement trop peu trop tard. Comme infirmière Autochtone, la situation choque et nous ébranle au même moment. Est-ce que mes enfants, ma famille, ma belle-famille risquent de vivre le même genre de profilage racial? Est-ce que les jugements de valeurs, de préjugés et propos racistes ont leur place au sein des établissements de santé? C'est la peur de voir mon conjoint, mon fils ou mon beau-fils être traité de manière identique, qui m'a ébranlé le plus. C'est un sentiment d'impuissance, de colère, d'amertume qu'une situation comme ça nous laisse sur son passage. C'est aussi un sentiment d'urgence d'agir et de changement qui s'opère en nous. Joyce a offert une voix aux Autochtones par son départ tragique, à nous de la saisir et de participer aux changements qui s'opèrent actuellement face à la reconnaissance du racisme systémique au Québec. Prenons des actions concrètes pour que cette tragédie ne se reproduise plus.

Être une infirmière allochtone (Anne-Renée Delli Colli)

De mon côté, j'ai bien sûr ressenti un sentiment de honte, de malaise et de colère. Honte qu'une personne blanche, qui me ressemble, puisse traiter une personne autochtone de cette façon. Au-delà

des propos entendus de quelques personnes, j'étais surtout en colère contre notre système, ce système de santé qui est censé offrir des soins de santé justes, équitables et de qualité. Ayant travaillé en contexte autochtone pendant quatre ans, je n'étais malheureusement pas surprise que ce système n'ait pas su répondre au besoin de santé d'une personne autochtone, causant même son décès. Cependant, je ne m'attendais pas à un débat aussi politisé et polarisant face au racisme systémique. Selon moi, on ne peut aller de l'avant sans reconnaître l'existence d'un problème. Dans ce texte, j'ai envie de vous dire que c'est normal de ressentir une multitude de sentiments. Mais surtout je crois profondément que le plus important est de se servir de ceux-ci pour apporter des changements positifs dans notre pratique. Ne pas s'intéresser aux enjeux que vivent les autochtones à cause d'un malaise ou d'un inconfort ne devrait jamais justifier notre inaction. Nous vivons tous ce processus d'apprentissage différemment, mais en tant qu'infirmière nous avons une responsabilité individuelle et collective face aux enjeux que les autochtones vivent dans le système de santé et dans notre société.

Pourquoi c'est important?

Les personnes autochtones nous le disent depuis des décennies, il y a eu plusieurs commissions et enquêtes qui font état du racisme systémique que celles-ci vivent dans le système de santé et pourtant très peu de changements ont eu lieu. Au Québec, la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics (CERP) met en lumière le

témoignage des communautés autochtones, quant à leur relation problématique avec le système de santé et leurs besoins de santé non comblés. Aussi, la méfiance des autochtones envers le système de santé est bel et bien réelle. L'ouverture d'esprit et le respect des professionnels sont des moyens d'aider à faire tomber les barrières et sont au cœur du changement à opérer. L'urgence étant souvent la porte d'entrée en matière d'accessibilité aux soins et services de santé, l'infirmière a comme responsabilité professionnelle de s'assurer de donner des soins de qualité, culturellement sécurisants et équitables aux personnes autochtones. Cependant, face aux enjeux des systèmes de santé, aux différentes lacunes organisationnelles et d'un manque de connaissances, l'infirmière peut trouver complexe d'appliquer ces transformations dans sa pratique quotidienne.

Que fait-on maintenant ?

Selon nous, le processus d'apprentissage débute premièrement par une pratique réflexive individuelle sur sa pratique, ses biais et ses préjugés. Cette réflexion ouvre la voie à une plus grande sensibilisation aux enjeux vécus par les Autochtones et aussi à leur réalité. L'histoire des pensionnats Autochtones en est un exemple concret, car les traumatismes intergénérationnels associés à la colonisation sont bien réels. Ils contiennent d'avoir un impact et ils teignent la réalité actuelle des Autochtones. Connaître les réalités Autochtones, c'est d'accepter la différence dans l'expérience de soins et d'ainsi mieux comprendre les besoins de santé spécifiques de chacun. Deuxièmement, nous invitons les infirmières à lire, à s'engager activement et s'approprier l'énoncé de position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Cet énoncé propose plusieurs pistes d'action tant au niveau individuel que systémique dans les différentes sphères de la profession infirmière. Ainsi, il est important de réfléchir à la façon dont nous pouvons l'appliquer dans la pratique et dans les milieux de travail spécifiques. Troisièmement, nous croyons que des formations initiales et continues de qualité, mais surtout développées par et pour les communautés autochtones, devraient être mises en place. De plus en plus, des outils et ressources sont disponibles afin de développer nos connaissances et compétences. Voici rapidement des propositions de ressources que nous trouvons particulièrement pertinentes pour votre pratique :

1. Appuyer et appliquer le Principe de Joyce dans sa pratique infirmière.
➤ www.principedejoyce.com/fr/index
2. Nous vous invitons à suivre les activités développées ainsi que les publications publiées par la chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec
➤ www.crsiq.ca
3. Vous pouvez suivre les activités de l'OIIQ et son groupe d'experts concernant la sécurisation des soins auprès des Premières Nations et Inuit
➤ www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/premieres-nations-inuit
4. *EQUIP Health Care* : un programme de recherche offrant plusieurs outils et des modules de formations gratuits concernant l'approche de soins et services promouvant l'équité
➤ www.equiphealthcare.ca

Bien plus grand qu'un enjeu qui concerne la profession infirmière, c'est un enjeu de société qui nous concerne tous. Ce sont des valeurs que nous devons porter à chaque instant dans notre travail, mais aussi en tant qu'individu et citoyen québécois. Selon nous, les infirmières peuvent avoir un impact vers une société qui est plus juste et équitable pour les personnes autochtones. Finalement, il est impératif de laisser la place à ces infirmières et ces leaders autochtones qui guideront ces transformations dans la profession infirmière et dans le réseau de la santé. Ils sont là et c'est à nous de leur donner la place qui leur revient. Il ne s'agit pas seulement de les écouter, mais bien de leur donner le réel pouvoir de faire les changements qu'ils souhaitent. Les infirmières doivent offrir leur soutien dans ce parcours d'autodétermination, pour ainsi créer un réel partenariat entre allochtones et autochtones. 🍄



Anne-Renée Delli Colli

inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

anne-renee.delli-colli@umontreal.ca

« Je suis une femme blanche d'origine française et italienne, et une infirmière clinicienne ayant travaillé plusieurs années auprès des communautés Inuit du Nunavik et au département d'urgence d'un centre hospitalier universitaire. Je suis également étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et auxiliaire de recherche au sein de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec (CRASIQ). »



Kim Picard-Binet

inf., B. Sc.

Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent, Wendake

« Je m'appelle Kim Picard-Binet et je suis infirmière clinicienne. Je suis Wendat et je travaille sur ma communauté depuis plus de huit ans. Je suis maman d'un petit garçon de deux ans Innu Wendat et un beau-fils de 13 ans qui est Innu. Ils sont ma plus grande motivation à m'impliquer dans les causes touchant les Autochtones, car je souhaite les protéger davantage du racisme systémique et opérer des changements à long terme concernant cet enjeu. »

À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI HORS DU COMMUN?

À la recherche d'un emploi qui n'est jamais routinier? De valorisation ou de devenir la référence en matière de santé pour votre clientèle? D'un milieu de travail accueillant et d'un style de vie actif? Tout en ayant l'occasion de faire des évacuations aéromédicales (ÉVAC).

Si la réponse à ces questions est oui, devenez infirmier.ère en rôle élargi au Nunavik!

www.sante-services-sociaux.ca



Pour en apprendre un peu plus sur les beautés d'exercer au Nunavik, lisez le témoignage complet de Marie-Eve Laniel-Beauchesne ou Sophal Suos. Retrouvez ces articles sur la page LinkedIn de Perspective Nunavik.



**PERSPECTIVE
NUNAVIK** ᓄᓇᓂᓄᓇ
ᑕᓄᓇᓂᓄᓇ





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 l'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'ÉTQ 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

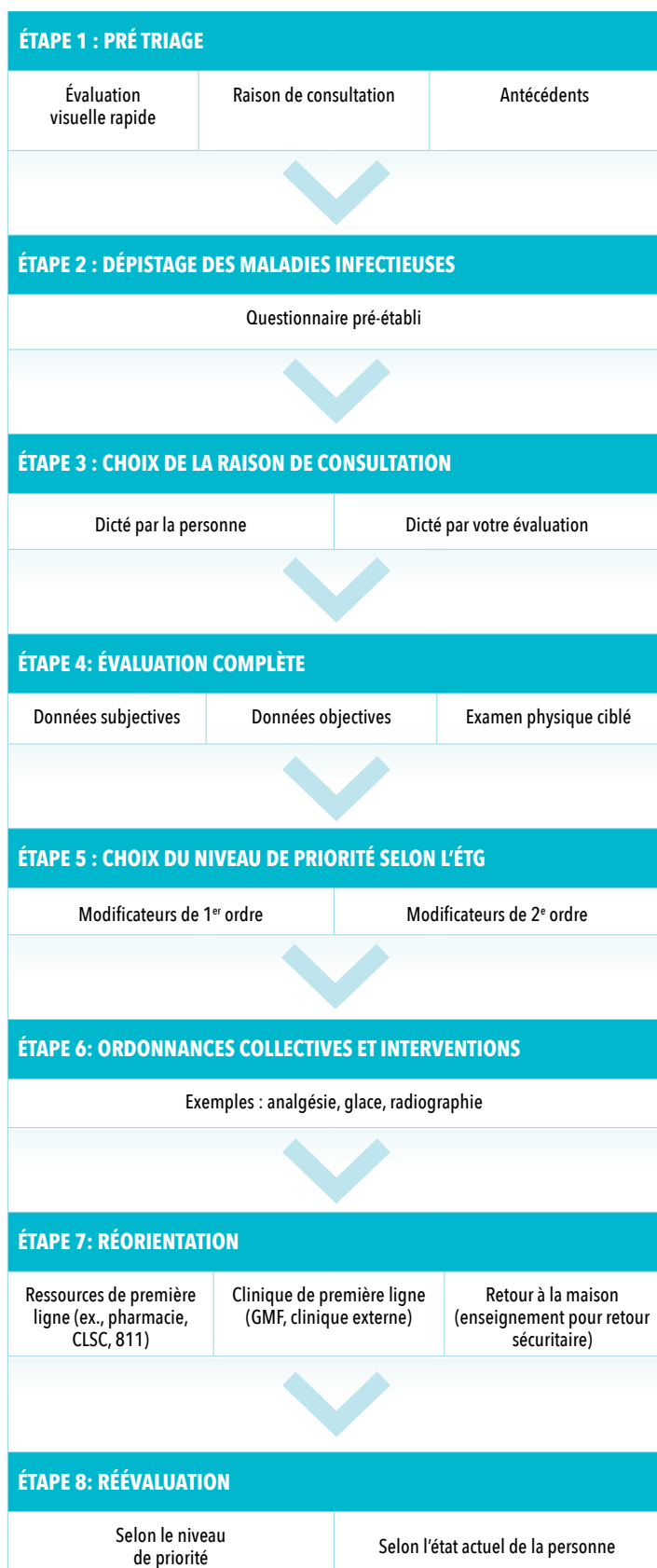
Il est primordial pour les infirmières du triage d'optimiser la réévaluation pour assurer une sécurité de la clientèle (12). Cependant, dans les milieux, cette étape est souvent sous-estimée et jugée difficile à compléter. Pourtant, c'est le seul filet de sécurité pour les personnes qui sont dans la 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



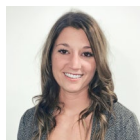
LES AUTEURES



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.cisslana@ssss.gouv.qc.ca

cissl-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec





Reconnaître l'insuffisance cardiaque à l'urgence

par **Marc-André Maheu-Cadotte, Eva Romano, Claudie Roussy et Guillaume Fontaine**

Les infirmières d'urgence sont confrontées sur une base régulière à des personnes vivant avec une insuffisance cardiaque décompensée. Toutefois, l'évaluation clinique de l'insuffisance cardiaque présente plusieurs défis puisqu'elle peut être associée à différentes causes et à un large éventail de mécanismes physiopathologiques. Cet article fait état de mythes et réalités associés à l'évaluation clinique de l'insuffisance cardiaque.

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique qui touche présentement près de 750 000 Canadiens (1). Le nombre de Canadiens vivant avec l'IC est appelé à augmenter dans la prochaine décennie vu le vieillissement de la population, puisque la prévalence de l'IC augmente avec l'âge (2). L'IC est associée à de nombreuses complications graves dont un risque accru d'insuffisance rénale et de mort subite (3, 4). On estime d'ailleurs que l'IC peut mener au décès dans l'année suivant le diagnostic chez 30 % des personnes qui en sont atteintes (5).

Dans les départements d'urgence au Canada, l'IC est la deuxième cause la plus fréquente d'hospitalisation chez les individus âgés de 65 ans et plus (6). Les infirmières d'urgence côtoient donc fréquemment des personnes atteintes d'IC lorsqu'elles traversent un premier épisode ou lors des épisodes subséquents d'IC décompensée. Alors que les techniques d'imagerie et les technologies d'analyses sanguines se sont spécialisées au fil des années, l'évaluation clinique demeure l'une des pierres angulaires dans la reconnaissance et le diagnostic de l'IC (7-9). Les infirmières d'urgence possèdent les compétences nécessaires pour procéder à l'évaluation clinique des personnes atteintes d'IC et cette activité fait partie de leur champ de pratique (10). Toutefois, l'évaluation clinique de l'IC peut représenter un défi pour les infirmières d'urgence alors que plusieurs présentations cliniques de cette maladie sont possibles. Des signes de surcharge et d'hypoperfusion systémique peuvent être présents, à des degrés variables, lors d'un épisode clinique de décompensation aiguë d'IC (11-13). Par conséquent, des connaissances spécialisées quant à l'IC et à ses différentes présentations cliniques sont nécessaires afin de réaliser une évaluation complète. Cet article vise à mettre en lumière des mythes et réalités associés à l'évaluation clinique de l'IC par les infirmières d'urgence.

MYTHE : Une faible tension artérielle systolique (TAS) est un signe d'hypoperfusion fréquemment identifié chez les personnes en phase de décompensation de l'IC.

Près de 95% des personnes en phase de décompensation de l'IC présentent une tension artérielle systolique (TAS) à l'intérieur des limites de la normale ou élevée (5, 14). L'hypotension artérielle est rare chez ces personnes et ne constitue pas un indicateur clinique fiable de décompensation de l'IC. La valeur de la TAS est toutefois utile afin de déterminer la gravité d'un cas et de déterminer la prise en charge clinique appropriée. Une hypotension artérielle est associée à un moins bon pronostic; elle peut mener à la décision de débiter un traitement par inotropes et influencer le traitement pharmacologique (12).

RÉALITÉ : Au-delà de la valeur de la TAS au repos, plusieurs signes d'hypoperfusion systémique peuvent être identifiés par l'infirmière lors de l'évaluation clinique.

L'infirmière peut rapidement identifier plusieurs signes liés à une hypoperfusion systémique. Une hypoperfusion systémique désigne un état clinique où l'index cardiaque est inférieur à 2,2 L/min/m² (8). La valeur de l'index cardiaque est obtenue par la division du débit cardiaque, soit le volume sanguin éjecté du ventricule gauche chaque minute, par la surface corporelle d'un individu (voir Figure 1).

Figure 1. Facteurs affectant la fréquence cardiaque et le volume d'éjection systolique. Exemples de calculs du débit cardiaque et de l'index cardiaque.

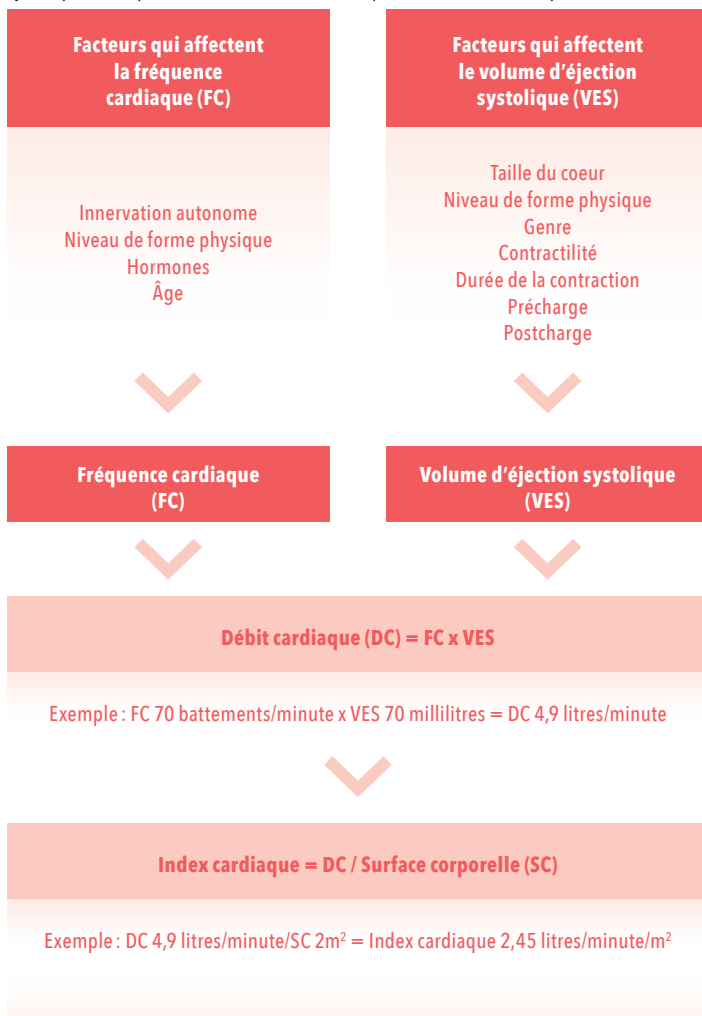


Figure adaptée de Betts (15).

Les signes d'hypoperfusion qui peuvent être relevés par l'infirmière d'urgence incluent l'altération de l'état de conscience, des extrémités froides, marbrées ou diaphorétiques, une cyanose périphérique, une diminution du temps de remplissage capillaire, une oligurie (débit urinaire <30mL/heure) ou des étourdissements (12, 16-18). Notons également que la tension artérielle moyenne (TAM) est considérée comme un meilleur indicateur de l'état de perfusion d'une personne que la TAS. La TAM se calcule par la formule : $(\text{Pression artérielle systolique} + 2(\text{Pression artérielle diastolique}))/3$. Une TAM d'au moins 65 mmHg est généralement considérée comme une valeur normale (11, 19). En complément au calcul de la TAM, l'infirmière d'urgence peut considérer la différence entre les valeurs de la TAS et la tension artérielle diastolique (TAD), communément appelée la pression pulsée. Si la TAS normale est environ 120 mmHg et la TAD normale est environ 80 mmHg, alors la pression pulsée normale est d'environ 40 mmHg ($120 - 80 = 40\text{ mmHg}$) (20). Une faible différence de valeurs entre la TAS et la TAD (soit moins de 40 mmHg) peut suggérer une diminution du volume d'éjection systolique du ventricule gauche et un état d'hypoperfusion (8, 12).

Au niveau des examens paracliniques, une hypoperfusion des organes cibles est associée à une élévation de l'acide lactique (> 2 mmol/L) (16-18). Il est donc recommandé de mesurer la lactatémie de façon sérieuse (p. ex., pH artériel ou pH veineux avec mesure des lactates) afin de suivre l'évolution de la perfusion des organes cibles et la réponse aux interventions thérapeutiques. En effet, une faible clairance des lactates est associée à une augmentation de la mortalité dans le choc cardiogénique (16-18).

MYTHE : Une diminution de la valeur de la saturation pulsée en oxygène (SpO2) est un indicateur sensible d'une surcharge pulmonaire ou d'un œdème aigu du poumon.

La saturation pulsée en oxygène (SpO₂) est un indicateur tardif d'une atteinte respiratoire et d'une diminution des échanges gazeux. Celle-ci diminue rarement sous les valeurs normales sauf si un individu présente des comorbidités pulmonaires importantes ou un œdème pulmonaire sévère (21). Soulignons d'ailleurs que des suppléments d'oxygène doivent être administrés avec prudence et devraient viser principalement à maintenir une valeur de SpO₂ supérieure à 92% (19, 22). Un surplus d'oxygène présente le potentiel d'augmenter les résistances vasculaires systémiques et, conséquemment, d'augmenter la postcharge et de diminuer le débit cardiaque (19, 23). En effet, un tel surplus d'oxygène peut diminuer la production de monoxyde d'azote, soit un vasodilatateur, et augmenter la production de dérivés réactifs de l'oxygène (p. ex., des radicaux libres) qui vont entraîner des dommages cellulaires (24).

RÉALITÉ : Une dyspnée au repos peut suggérer un état de surcharge pulmonaire, et ce, indépendamment de la valeur de la SpO2.

Le symptôme de la dyspnée désigne une sensation de difficulté à respirer rapportée par un individu. Si une personne se présente avec une dyspnée, il est important de compléter un PQRSTUI de la dyspnée (P : Provoqué/pallié; Q : Qualité/Quantité; R : Région/Irradiation; S : Signes et symptômes associés; T : Temps; U : *Understanding*/Signification pour la personne; I : Impact fonctionnel). Le PQRSTUI fournira un aperçu de la sévérité et de l'impact de ce symptôme sur les activités de la vie quotidienne.

Tableau 1. Classification NYHA basée sur la sévérité des symptômes et l'activité physique

CLASSES	DEGRÉ DE LIMITATION	EXEMPLES
CLASSE 1	Absence de limitation (dyspnée; fatigue; palpitations) aux activités physiques ordinaires	Dépense énergétique \geq 7 METs¹ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monter 1 pallier d'escalier sans s'arrêter avec sac d'épicerie (10kg) ▪ Pelleter la neige ▪ Vélo; ski alpin; jogging/marche (8km/h)
CLASSE 2	Limitation légère aux activités physiques. Confortable au repos mais symptôme(s) (dyspnée; fatigue; palpitations) lors d'activités physiques ordinaires	Dépense énergétique \approx 5-7 METs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monter 1 pallier d'escalier sans s'arrêter ▪ Marcher sur terrain plat d'un pas alerte (6,5km/h) ▪ Jardiner; danser
CLASSE 3	Limitation marquée aux activités physiques. Confortable au repos, mais symptôme(s) (dyspnée; fatigue; palpitations) lors d'activités physiques moindres qu'ordinaires	Dépense énergétique \approx 2-5 METs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre sa douche sans s'arrêter ▪ Marcher à 4 km/h sur terrain plat ▪ Faire son lit ▪ Bowling; golf
CLASSE 4	Inconfortable lors de toute activité physique ; \pm symptôme(s) (dyspnée; fatigue; palpitations) au repos	Dépense énergétique $<$ 2 METs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapable de faire les activités de classe 3

¹METs : *Metabolic Equivalent of Task* - rapport d'activité sur la demande du métabolisme de base ; Sources : (18, 19, 25)

En l'absence de dyspnée au repos, un individu peut tout de même présenter une diminution de sa tolérance à l'activité physique et avoir diminué l'intensité de ses activités quotidiennes pour éviter de ressentir une gêne respiratoire. Par ailleurs, il est recommandé d'utiliser la classification fonctionnelle de la *New York Heart Association* (NYHA) afin de décrire objectivement la sévérité de la dyspnée dans un contexte d'IC (voir Tableau 1) puisque cette dernière est souvent utilisée pour estimer le pronostic, assurer le suivi clinique et guider la thérapie en insuffisance cardiaque (18). Il faut aussi demander à l'individu le nombre d'oreillers qu'il utilise pour dormir et si ce nombre a augmenté récemment, ce qui peut indiquer la présence d'une orthopnée (8). L'infirmière peut également vérifier si ce dernier a été réveillé la nuit récemment par une dyspnée subite, communément appelée dyspnée paroxystique nocturne et souvent associée à une IC aiguë (18). La présence d'une dyspnée nouvelle lorsque la personne se penche vers l'avant (p. ex., dyspnée nouvelle en attachant ses souliers), un symptôme appelé bendopnée, peut également être retrouvée en IC décompensée (18). L'augmentation de la fréquence respiratoire, la diminution de l'amplitude respiratoire, la présence de crépitations à l'auscultation, la diminution des murmures vésiculaires à l'auscultation et l'agitation sont d'autres signes d'une surcharge pulmonaire (12, 22).

■ MYTHE : Lors de l'évaluation clinique d'un individu atteint d'IC décompensée, l'infirmière devrait avant tout suspecter une non-adhérence au traitement et aux recommandations de l'équipe de soins en communauté comme étant la cause de cet épisode aigu.

Encadré 1. Facteurs pouvant exacerber une insuffisance cardiaque décompensée ou aiguë, excluant les causes CHAMPIT

- Non-observance aux médicaments
- Non-observance à la restriction hydrosodée
- Substances toxiques (p. ex., alcool, drogues)
- Certains médicaments (p. ex., anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes)
- Exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique
- Chirurgie et complications périopératoires
- Augmentation de l'activité du système nerveux sympathique
- Cardiomyopathie associée au stress (Takotsubo)
- Dysthyroïdie
- Anémie sévère
- Grossesse et anomalies associées au péripartum
- Lésions cérébrovasculaires

Source : (18)

La non-adhérence au traitement pharmacologique et aux recommandations de l'équipe de soins est effectivement une cause possible de décompensation de l'IC (12) qui est associée à une augmentation du taux de visites répétées dans les départements d'urgence (26). Toutefois, il existe de nombreuses causes d'une décompensation de l'IC, dont plusieurs devraient être rapidement identifiées et adressées dès l'arrivée de l'individu au département d'urgence.

L'acronyme CHAMPIT (voir Tableau 2) est proposé afin de se rappeler des principales causes d'une IC de novo ou d'une décompensation aiguë de cette maladie chronique, soit : un syndrome Coronarien aigu, une crise Hypertensive, une Arythmie, une cause Mécanique (complications résultant d'un infarctus du myocarde telles qu'une rupture de la paroi libre du ventricule gauche, une communication interventriculaire ou une insuffisance mitrale aiguë), une embolie Pulmonaire, une Infection/Inflammation ou une Tamponnade (12-18). L'évaluation clinique et les examens paracliniques devraient être utilisés en complémentarité pour identifier la cause de l'IC (voir Tableau 2).

Lorsque les principales causes urgentes décrites dans l'acronyme CHAMPIT ont été écartées, l'infirmière peut également rechercher la présence de facteurs pouvant exacerber une IC aiguë (voir Encadré 1). Il est important de considérer l'ensemble des causes possibles et l'individu dans sa globalité afin de promouvoir les autos-soins liés à l'IC et, conséquemment, diminuer le risque de visites répétées aux départements d'urgence.

Tableau 2. Causes de l'insuffisance cardiaque aiguë, éléments d'évaluation clinique et résultats des examens paracliniques associés

		ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION CLINIQUE	EXAMENS PARACLINIQUES
C	Syndrome Coronarien aigu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur de type angineuse de novo, au repos ou crescendo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À l'ECG, modifications électriques (sus- ou sous décalage du segment ST) dans deux dérivations contiguës sur le plan anatomique ▪ À l'analyse sanguine, élévation ou baisse des troponines si infarctus
H	Crise Hypertensive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tension artérielle augmentée (systolique > 180 mmHg ou diastolique > 110 mmHg); fréquemment au-dessus de 210/120mmHg ▪ Rechercher au questionnaire et à l'examen physique la présence d'éléments pouvant indiquer une lésion aux organes cibles (LOC)* tels que : symptômes neurologiques focaux ou généralisés, anomalies au fond d'œil, nausée et vomissement, douleur angineuse, dorsalgie subite et sévère, dyspnée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ECG ▪ Radiographie pulmonaire ▪ Analyse d'urine ▪ Électrolytes et créatinine sériques ▪ Troponines cardiaques (si SCA suspecté) ▪ Tomodensitométrie (TDM) ou résonance magnétique (IRM) cérébrale si lésion cérébrale suspectée lors de l'évaluation clinique ▪ Angiographie par TDM ou échocardiographie transoesophagienne (ETO) si une dissection aortique est suspectée
A	Arythmie (autant les arythmies lentes et rapides, ainsi qu'auriculaires et ventriculaires)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpitations, fréquence cardiaque augmentée/diminuée et/ou rythme irrégulier du pouls ▪ Lipothymie, syncope 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À l'ECG ou au monitoring cardiaque, Holter
M	Cause Mécanique (p. ex., rupture paroi libre du ventricule gauche, communication interventriculaire, insuffisance mitrale aiguë)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypotension ▪ Choc cardiogénique ▪ Œdème pulmonaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À l'échocardiographie transthoracique (ETT), visualisation d'une tamponnade, d'une régurgitation mitrale sévère, d'une rupture du muscle papillaire ou encore d'un shunt gauche-droite
P	Embolie Pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dyspnée soudaine et douleur à la poitrine qui augmente à l'inspiration et à la toux ▪ Tachycardie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D-Dimères ▪ À l'angiographie par TDM pulmonaire, visualisation d'un blocage dans une des artères pulmonaires ▪ Scintigraphie pulmonaire ventilation-perfusion
I	Infection et Inflammation (p. ex., endocardite, pneumonie, myocardite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fièvre, frissons, symptômes infectieux, contact infectieux ▪ Si myocardite suspectée : douleur rétrosternale aiguë ou douleur thoracique pleurétique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décompte des globules blancs ▪ Protéine C Réactive (CRP) ▪ Procalcitonine ▪ Bilan septique guidé par le questionnaire incluant : radiographie pulmonaire, analyse et culture d'urine, hémocultures, cultures d'expectoration ▪ ETO pour éliminer une endocardite ▪ Une élévation des troponines peut également être associée à une myocardite ▪ ETT à la recherche d'une dysfonction systolique, d'une dilatation ventriculaire, etc. ▪ Résonance magnétique cardiaque à la recherche d'œdème myocardiaque, de fibrose ou d'inflammation
T	Tamponnade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triade de beck: <ul style="list-style-type: none"> · Distension des veines jugulaires · Hypotension artérielle avec pression pulsée étroite · Bruits cardiaques lointains à l'auscultation cardiaque · Pouls paradoxal > 10mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échographie cardiaque ciblée au chevet ou ETT pour confirmer la présence de l'épanchement péricardique et son impact hémodynamique

Sources : (12, 18, 27)

* Lors d'une crise hypertensive, plusieurs organes cibles peuvent être atteints tels que le cœur, la rétine, le cerveau, les gros vaisseaux et les reins. Dans ce contexte, il est donc impératif de rechercher les éléments à l'évaluation clinique pouvant indiquer une lésion aux organes cibles (LOC).

■ RÉALITÉ : L'évaluation clinique de l'infirmière permet d'apporter des éléments complémentaires aux examens paracliniques qui sont essentiels à l'identification d'une cause possible à l'IC de novo ou décompensée.

L'évaluation clinique et les examens paracliniques devraient être utilisés en complémentarité pour identifier une IC de novo ou une décompensation aiguë d'une IC chronique (voir Encadré 2).

Encadré 2. Éléments d'évaluation clinique et des examens paracliniques pouvant suggérer une insuffisance cardiaque (IC) de novo ou une décompensation d'une IC chronique

À L'ÉVALUATION CLINIQUE :

- Dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, bendopnée
- Fatigue, faiblesse, diminution de la tolérance à l'effort
- Distension des veines jugulaires
- Œdème des membres inférieurs, ascite, anasarque
- Gain pondéral
- Extrémités froides
- Nycturie
- Crépitants à l'auscultation pulmonaire ou diminution des murmures vésiculaires aux bases

AUX EXAMENS PARACLINIQUES :

- Taux élevé ou augmenté de NT-proBNP lors de l'analyse sanguine
Si moins de 50 ans : > 450 pg/mL; 50 à 75 ans > 900 pg/mL;
plus de 75 ans > 1800 pg/mL

OU

- Augmentation d'au moins 30% par rapport à la valeur de base des NT-proBNP, si déjà connu avec une IC
- Présence d'une cardiomégalie, d'une céphalisation des vaisseaux pulmonaires, de lignes Kerley B, d'épanchements pleuraux ou d'œdème interstitiel à la radiographie pulmonaire

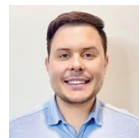
Source : (19)

Lorsque l'infirmière débute son évaluation clinique, elle devrait vérifier la stabilité clinique de la personne, en particulier la présence de signes pouvant suggérer la présence d'un choc cardiogénique ou d'une insuffisance respiratoire secondaire à l'IC (12). Ces complications nécessitent le transfert de l'individu vers une unité de soins intensifs pour assurer le maintien de ses fonctions hémodynamiques et respiratoires. La présence d'un choc cardiogénique peut être suggérée par la présence de signes d'hypoperfusion systémique, incluant une TAS qui se maintient sous le seuil de 90 mmHg pour au moins 30 minutes et qui s'accompagne des autres signes d'hypoperfusion précédemment décrits (11). La présence d'une insuffisance respiratoire peut être suggérée par une dyspnée au repos, une tachypnée, une altération de l'état de conscience et la présence de signes de surcharge.

Conclusion

Cet article a permis de déboulonner certains mythes et de mettre en lumière des réalités liées à l'évaluation clinique de l'IC. La contribution des infirmières d'urgence est essentielle à la reconnaissance de l'IC et à sa prise en charge par l'équipe de soins. 🍀

LES AUTEURS



Marc-André Maheu-Cadotte

inf., Ph. D.
Conseiller de recherche
Université de Montréal
Coordonnateur de recherche
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
marc-andre.maheu-cadotte@umontreal.ca



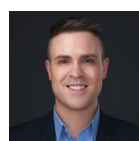
Eva Romano

inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Infirmière praticienne spécialisée soins aux adultes (cardiologie)
Institut de Cardiologie de Montréal



Claudie Roussy

inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Infirmière praticienne spécialisée soins aux adultes (cardiologie)
Institut de Cardiologie de Montréal



Guillaume Fontaine

inf., Ph. D.
Chercheur postdoctoral
Programme d'épidémiologie clinique, Institut de recherche
de l'Hôpital d'Ottawa

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à noter que Guillaume Fontaine fait partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*, mais celui-ci n'a pas contribué à l'évaluation de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) - Insuffisance cardiaque. 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Comp?V=11&M=1&S=B&Y=2017>.
2. Li H, Hastings MH, Rhee J, Trager LE, Roh JD, Rosenzweig A. Targeting age-related pathways in heart failure. *Circ Res*. 2020;126(4):533-51. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.119.315889
3. Scheffold JC, Filippatos G, Hasenfuss G, Anker SD, von Haehling S. Heart failure and kidney dysfunction: epidemiology, mechanisms and management. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12(10):610-23. doi: 10.1038/nrneph.2016.113
4. Packer M. What causes sudden death in patients with chronic heart failure and a reduced ejection fraction? *Eur Heart J*. 2020;41(18):1757-63. doi: 10.1093/eurheartj/ehz553
5. Kurmani S, Squire I. Acute heart failure: definition, classification and epidemiology. *Curr Heart Fail Rep*. 2017;14(5):385-92. doi: 10.1007/s11897-017-0351-y
6. Institut canadien d'information sur la santé. Séjours hospitaliers au Canada. 2021. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada>
7. Johansen ML, O'Brien JL. Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(1):40-8. doi: 10.1111/nuf.12119
8. Thibodeau JT, Drazner MH. The role of the clinical examination in patients with heart failure. *JACC Heart Fail*. 2018;6(7):543-51. doi: 10.1016/j.jchf.2018.04.005
9. Mebazaa A, Tolppanen H, Mueller C, Lassus J, DiSomma S, Bakst G, et al. Acute heart failure and cardiogenic shock: a multidisciplinary practical guidance. *Intensive Care Med*. 2016;42(2):147-63. doi: 10.1007/s00134-015-4041-5
10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. Montréal, Canada: 2016.
11. van Diepen S, Katz JN, Albert NM, Henry TD, Jacobs AK, Kapur NK, et al. Contemporary management of cardiogenic shock: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;136(16):e232-68. doi: 10.1161/CIR.0000000000000525
12. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128
13. McKelvie RS, Moe GW, Ezekowitz JA, Heckman GA, Costigan J, Ducharme A, et al. The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on acute and chronic heart failure. *Can J Cardiol*. 2013;29(2):168-81. doi: 10.1016/j.cjca.2012.10.007
14. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Diagnosis of acute heart failure in the emergency department: an evidence-based review. *West J Emerg Med*. 2019;20(6):875-84. doi: 10.5811/westjem.2019.9.43732
15. Betts JG. *Cardiac Physiology. Anatomy & Physiology*. OpenStax College - Rice University; 2013. p. 787-846.

16. Abraham J, Blumer V, Burkhoff D, Pahuja M, Sinha SS, Rosner C, et al. Heart failure-related cardiogenic shock: pathophysiology, evaluation and management considerations: review of heart failure-related cardiogenic shock. *J Card Fail.* 2021;27(10):1126-40. doi: 10.1016/j.cardfail.2021.08.010
17. Van Diepen S, Katz JN, Albert NM, Henry TD, Jacobs AK, Kapur NK, et al. Contemporary management of cardiogenic shock: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2017;136(16):e232-e68. doi: 10.1161/CIR.0000000000000525
18. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumback A, Böhm M, ... & Kathrine Skibellund, A. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal.* 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368
19. Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, Abrams H, Chan M, Ducharme A, et al. 2017 comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of heart failure. *Can J Cardiol.* 2017;33(11):1342-433. doi: 10.1016/j.cjca.2017.08.022
20. Homan TD, Bordes S, Cichowski E. Pulse pressure. *Physiology: StatPearls Publishing, Treasure Island (FL);* 2018.
21. Wade C. Heart Failure. In: Morton PG, Fontaine DK, editors. *Critical care nursing - A holistic approach.* 11th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2018. p. 740-82.
22. Meyer TE, Shih JA, Harrington C. Acute heart failure and pulmonary edema. In: Brown DL, editor. *Cardiac intensive care.* 3rd ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier; 2019. p. 180-98.
23. Dalzell JR, Jackson CE, Gardner R, McMurray JJ. Acute heart failure: early pharmacological therapy. In: Tubaro M, Vranckx P, Price S, Vrints C, editors. *The ESC Textbook of Intensive and Acute Cardiovascular Care.* 2nd ed: Oxford University Press; 2018.
24. Sepehrvand N, Ezekowitz JA. Oxygen therapy in patients with acute heart failure: Friend or foe? *JACC: Heart Failure.* 2016;4(10):783-90. doi:10.1016/j.jchf.2016.03.026
25. Laflamme, D. (2020). *Précis de cardiologie* (2^e éd.). Frison-Roche.
26. Hood SR, Giazzon AJ, Seamon G, Lane KA, Wang J, Eckert GJ, et al. Association between medication adherence and the outcomes of heart failure. *Pharmacotherapy.* 2018;38(5):539-45. doi: 10.1002/phar.2107
27. Cloutier L PL. Définition, diagnostic et méthodes de mesure Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle: Société québécoise d'hypertension artérielle; 2015.

BOURSES D'ÉTUDES 2021-2022



L'AIIUQ désire encourager ses membres à poursuivre leurs études, afin de promouvoir l'acquisition de connaissances et améliorer les pratiques cliniques en soins d'urgence. C'est pourquoi l'Association a décerné deux bourses d'études pour l'année 2021-2022. L'AIIUQ est fière de vous présenter les deux récipiendaires de ces bourses :



BOURSE DE 500 \$

Programme de 1^{er} cycle universitaire (DEC-Bac ou baccalauréat initial en sciences infirmières)
Le récipiendaire de la bourse pour le programme de 1^{er} cycle universitaire est M^{me} **Koralie Yergeau**.

M^{me} Yergeau pratique comme infirmière depuis 2020 à la salle d'urgence de l'hôpital de Val-d'Or au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). Ayant débutée sa carrière à l'urgence, elle y découvre une passion et elle espère pouvoir continuer dans cette voie. Suivant l'obtention de son DEC en soins infirmiers, elle poursuit ses études et entreprend un baccalauréat en sciences infirmières à l'Université McGill, ainsi qu'un cours en études autochtones et en sciences infirmières à l'Université de l'Abitibi-Témiscamingue (UQAT).

M^{me} Yergeau est l'exemple d'une relève infirmière engagée et investie !



BOURSE DE 1000 \$

Programme de 2^e ou 3^e cycle universitaire (maîtrise ou doctorat en sciences infirmières)
Le récipiendaire pour la bourse pour le programme de 2^e ou 3^e cycle universitaire est M. **Mathieu Lepitre**.

Depuis 2019, M. Lepitre est conseiller-cadre en soins infirmiers-volet urgence pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NIM). Les soins d'urgence ont toujours fait partie de sa carrière ayant débuté en 2012 comme infirmier clinicien à la salle d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Actuellement, il entame une maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire) à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Dans ses travaux de maîtrise, il s'intéresse à la violence vécue par les infirmières dans les salles d'urgence.

M. Lepitre présente un profil des plus prometteurs puisque ses travaux contribueront au développement de milieux de travail sécuritaires pour les infirmières et les infirmiers des urgences du Québec.

**Toutes nos félicitations aux récipiendaires des bourses!
Nous leur souhaitons succès dans leurs études.**



Un appel au Centre antipoison du Québec : l'évaluation initiale de la personne intoxiquée à l'urgence

par **Joannie Leblanc, Violaine Ayotte** et **Annie Dufour**

Dans le cadre de leur travail, les infirmières qui pratiquent dans les urgences du Québec effectuent régulièrement des appels au centre antipoison du Québec (CAPQ) afin d'être guidées dans l'évaluation des personnes intoxiquées. Ces situations peuvent rapidement devenir complexes considérant les nombreuses substances potentiellement en cause, l'absence d'histoire claire et parfois même l'état critique de la personne. Lors de ces situations souvent déstabilisantes, il est important que l'infirmière d'urgence puisse identifier rapidement dans sa collecte de données les informations nécessaires qui seront utiles à communiquer avec l'infirmière du CAPQ. En ce sens, cet article vise à expliquer les différents éléments de la collecte de données en toxicologie et se veut un guide pour bien préparer l'infirmière d'urgence avant son appel au CAPQ.

INTRODUCTION

La prise en charge de la personne intoxiquée, qu'elle soit dans un état critique ou non, fait partie intégrante du quotidien des infirmières d'urgence. L'évaluation initiale est normalement effectuée par l'infirmière du triage qui joue un rôle de premier plan dans l'établissement du risque potentiel d'atteinte à la vie ou à l'intégrité de la personne (1). Or, pour l'infirmière, l'évaluation et la détermination du niveau de risque chez une personne intoxiquée ou potentiellement intoxiquée peuvent s'avérer complexes et parfois même déstabilisantes. Dans de telles situations, les

infirmières d'urgence font souvent appel à l'équipe du Centre antipoison du Québec (CAPQ) pour les soutenir dans leur évaluation et leur prise en charge, si bien qu'en 2020, plus du tiers des appels logés au CAPQ provenaient des centres hospitaliers (2).

Toutefois, quelles sont les données importantes que l'infirmière d'urgence doit recueillir durant sa collecte de données afin d'être en mesure de répondre à toutes les questions de l'infirmière du CAPQ? Et pourquoi ces informations sont-elles nécessaires?

Après une présentation sommaire du CAPQ, cet article résumera et expliquera les différents éléments du questionnaire habituellement effectué par l’infirmière du CAPQ lors d’un appel reçu pour une personne intoxiquée à l’urgence (voir Encadré 1). L’objectif principal de cet article est de pouvoir guider les infirmières d’urgence dans leur collecte de données afin qu’elles soient bien préparées avant un appel au CAPQ.

PRÉSENTATION DU CAPQ

Le CAPQ est un service téléphonique d’urgence bilingue, panquébécois et disponible 24 /7. Outre le mandat de recherche et d’enseignement, sa principale mission est de répondre à la population et aux professionnels de la santé faisant face à une situation urgente d’empoisonnement (2). L’équipe est composée d’une vingtaine d’infirmières, d’une pharmacienne et de neuf médecins spécialisés en toxicologie (toxicologues) (2).

En plus d’agir à titre de consultants auprès des professionnels de la santé, le CAPQ effectue des suivis en centre hospitalier pour les personnes intoxiquées chez qui une symptomatologie modérée à sévère est présente ou appréhendée.

Encadré 1. Résumé des principaux éléments de la collecte de données en toxicologie

- État général de la personne intoxiquée
- Délai depuis l’intoxication
- Nature et circonstances de l’intoxication : substances ingérées, voie et dose
- Caractéristiques de la personne intoxiquée : antécédents, médication usuelle (voir DSQ), nom, date de naissance, genre, numéro d’assurance maladie
- État de conscience
- Diamètre des pupilles
- Signes vitaux incluant la glycémie et la température
- Valeur du QRS et du QTc sur l’ECG
- Présence ou absence du péristaltisme
- Résultats des examens paracliniques, s’il y a lieu
- Traitements en cours

Les prochaines sections porteront sur les différents éléments du questionnaire effectué par l’infirmière du CAPQ lors d’un appel pour une personne intoxiquée.

LES ÉLÉMENTS DU QUESTIONNAIRE

1. L’état général

Dès le début de l’appel, l’infirmière du CAPQ entame son questionnaire et souhaite rapidement savoir si la personne intoxiquée est dans un état stable ou critique (p.ex., altération de l’état de conscience, instabilité hémodynamique ou voies respiratoires non protégées). Si la personne est instable sur le plan hémodynamique ou en arrêt cardiorespiratoire, l’infirmière du CAPQ termine brièvement son questionnaire et dirige l’infirmière d’urgence vers « *L’aide-mémoire guidant les 5 premières minutes de la réanimation toxicologique* ». L’infirmière du CAPQ proposera rapidement une conférence téléphonique entre le toxicologue de garde et le médecin traitant. Cependant, si l’état de la personne est stable, l’infirmière du CAPQ poursuit son questionnaire et s’attardera ultérieurement aux questions plus spécifiques à l’état clinique.

2. Le délai depuis l’intoxication

Dans les cas d’ingestion, le délai depuis l’exposition permet d’évaluer si une décontamination gastro-intestinale avec du charbon de bois activé (CBA) peut être effectuée afin de prévenir l’absorption gastro-intestinale de la substance (3-6). De plus,

il permet d’estimer la toxicité potentielle et l’évolution clinique, même si la cinétique exacte des molécules est souvent modifiée en contexte de surdose (4,6,7). La question à savoir s’il s’agit d’une prise unique, échelonnée ou supra thérapeutique sera également posée, puisque ces informations pourraient modifier la prise en charge et le traitement pour certaines molécules, telles que l’acétaminophène ou la digoxine (7). Pour le délai et le type de prise, il est important de questionner l’accompagnateur ou les témoins, s’il y a lieu.

3. La nature et les circonstances de l’intoxication

Habituellement, en questionnant la personne, les accompagnants ou le personnel préhospitalier d’urgence, il est possible d’identifier les substances en cause (médication, drogue de rue, produit domestique, etc.), leur voie d’administration et la dose réelle ou estimée (3,8,9). Si les substances ingérées sont des médicaments, la question visant à savoir si les comprimés sont à libération retardée sera également abordée, puisque leur absorption gastro-intestinale pourrait être prolongée et avoir un impact sur la durée d’observation recommandée (4,6). Parfois, les informations concernant la nature de l’intoxication sont difficiles à obtenir. Les circonstances de l’événement peuvent alors donner certains indices. Par exemple, la présence de pots vides, de seringues ou d’une lettre sur les lieux où la personne a été retrouvée, des signes d’injection, une odeur particulière (haleine fruitée, odeur d’essence, etc.), des traumatismes ou tout autre indice qui pourraient aider l’infirmière du CAPQ à bien comprendre la situation (9). Dans certains cas, tant la nature que les circonstances peuvent demeurer nébuleuses. D’autres fois, l’état clinique de la personne ne correspond pas aux substances ingérées. Dans ces situations, les données cliniques peuvent être classifiées en groupes de signes et de symptômes appelés toxidromes (voir Tableau 1) qui peuvent orienter les recommandations (3-5,9).

4. Les caractéristiques de la personne intoxiquée

Les antécédents médicaux de la personne intoxiquée doivent être mentionnés à l’infirmière du CAPQ, puisque cela peut influencer sur les recommandations (9). Par exemple, pour une personne ayant ingéré de l’acétaminophène, des antécédents hépatiques, de l’alcoolisme ou de la dénutrition pourraient avoir un impact sur l’analyse et la prise en charge de la situation. Dans la même logique, les antécédents rénaux sont importants à mentionner dans le cas d’une surdose par une substance éliminée principalement par les reins (p.ex., ibuprofène) (4,6).

La médication usuelle de la personne intoxiquée, disponible dans le dossier santé Québec (DSQ), permet d’évaluer, entre autres, les risques d’interactions possibles entre certaines molécules. Elle permet également de faire des hypothèses sur d’autres molécules qui auraient pu être ingérées si l’état clinique ne concorde pas avec la symptomatologie de l’intoxication. Par ailleurs, afin d’évaluer la toxicité de certains médicaments, il est important de savoir si la médication prise en surdose appartient à la personne ou si celle-ci est naïve à la molécule, car la dose toxique et les indications de traitement varieront selon la situation. Si la médication appartient à la personne intoxiquée, sa dose thérapeutique usuelle (DTU) doit être mentionnée, car elle sera prise en compte dans l’analyse de la toxicité. (4).

Dans le but d’effectuer le suivi, l’infirmière du CAPQ aura besoin du nom complet de la personne, de sa date de naissance et de son genre, si disponible. Parfois, le numéro d’assurance maladie est également utile afin de consulter le DSQ de façon à obtenir la

Tableau 1. Résumé des toxidromes classiques

TOXIDROME	PARAMÈTRES CLINIQUES	TA	FC	FR	T	PUPILLES	PERIST.	DIAPH.	PRÉSENTATION CLINIQUE SOMMAIRE
ANTICHOLINERGIQUE (p. ex., antihistaminiques, antiparkinsoniens, antipsychotiques, antidépresseurs, antispasmodiques, atropine, datura.)		~ / ↑	↑	Δ	↑	↑	↓	↓	Agitation, hallucinations visuelles (lilliputiennes), muqueuses sèches, bouffées congestives, rétention urinaire
CHOLINERGIQUE (p. ex., organophosphorés, carbamates, physostigmine.)		m : ↓	m : ↓	m : ↑	~	m : ↓	↑	m : ↑	m : incontinence, V, D, larmoiments, hypersalivation, bronchorrhée, bronchospasme
		n : ↑	n : ↑	-	~	n : ↑		-	n : fasciculations suivies d'une paralysie flasque, convulsions possibles
SYMPATHOMIMÉTIQUE (p. ex., amphétamines, caféine, cocaïne, pseudoéphédrine.)		↑	↑	↑	↑	↑	~ / ↑	↑	Agitation, délirium, tremblements, convulsions
SÉROTONINERGIQUE (p. ex., antidépresseurs ISRS, IMAO, antipsychotiques, triptans, opioïdes, amphétamines, cocaïne, LSD, millepertuis.)		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Apparition rapide des sx, ↑ ROT, hypertonie, tremblements, clonus, akathisie, opsoclonus, bruxisme
NEUROLEPTIQUE MALIN (antipsychotiques typiques et atypiques.)		↑	↑	↑	↑	~	~ / ↓	↑	Apparition lente des sx (plusieurs jours), stupeur, mutisme, alerte aux stimuli, myoclonies, rigidité (roue dentée)
SÉDATIF-HYPNOTIQUE (p. ex., alcools, benzodiazépines, zopiclone, barbituriques.)		↓	↓	↓	~ / ↓	Δ	↓	~	Dépression du SNC et respiratoire, confusion, somnolence, ataxie, ralentissement psychomoteur
OPIOÏDE (p. ex., buprénorphine, codéine, fentanyl, héroïne, hydrocodone, hydromorphone, mépéridine, méthadone, morphine, oxycodone.)		↓	↓	↓	↓	↓	↓	~	Ralentissement psychomoteur, somnolence, dépression respiratoire

Légende : Variable selon le cas (Δ); Augmentation (↑); Diminution (↓); Changement peu probable (~); Effets muscariniques (m); Effets nicotiques (n); Diarrhées (D); Vomissements (V); Réflexe ostéotendineux (ROT); Diaphorèse (Diaph.); Fréquence cardiaque (FC); Fréquence respiratoire (FR); Péristaltisme (périst.); Température corporelle (T); Tension artérielle (TA).

Source : (12)

liste des médicaments usuels et suivre les résultats de laboratoire. Finalement, afin d'évaluer la toxicité de certaines molécules, le poids réel ou estimé de la personne est également nécessaire (4,6).

5. État de conscience et système neuromusculaire

Après avoir initialement vérifié les voies respiratoires, la ventilation et la circulation, l'état de conscience de la personne doit être évalué par un examen de l'ouverture des yeux, de la réponse verbale et motrice. En parallèle, la mesure d'une glycémie capillaire est primordiale afin d'éliminer l'hypoglycémie (5). En troisième lieu, un examen neurologique est indispensable afin de déceler de potentielles anomalies. À ce moment, l'infirmière du CAPQ questionnera notamment sur les éléments reliés aux pupilles, au tonus musculaire, aux réflexes et à la présence ou absence de clonus particulièrement aux membres inférieurs. Tous ces éléments permettent de reconnaître la présence de certains toxidromes (voir Tableau 1) (3,5,6).

Par la suite, afin d'empêcher l'absorption gastro-intestinale de la substance toxique, généralement dans l'heure suivant l'ingestion, une dose de CBA peut être administrée si l'état de conscience de la personne le permet (5, 9). Administrer le CBA chez une personne somnolente, à risque d'altération de l'état de conscience ou de convulsions pourrait entraîner de graves complications telle une pneumonie d'aspiration (3). Dans le doute, il est toujours plus sécuritaire de valider avec l'infirmière du CAPQ avant d'administrer le CBA. Par exemple, dans certaines situations où une détérioration brutale de l'état de conscience est appréhendée, une intubation endotrachéale pourrait être recommandée par le toxicologue afin de protéger les voies respiratoires de la personne avant de la décontaminer.

Voici quelques anomalies neurologiques pouvant vous mettre sur la piste de certaines intoxications.

La personne présente-t-elle des signes de latéralisation qui semblent récents à l'examen neurologique ? Si oui, l'évaluation des causes autres que toxicologiques doit toujours être effectuée, puisqu'une personne intoxiquée ne présentera généralement pas de signes de latéralisation (p.ex., mydriase unilatérale, hémiparésie ou rigidité d'un membre). En effet, les substances toxiques présentent plutôt des effets systémiques, puisqu'ils se distribuent dans tout l'organisme. Il peut toujours avoir des exceptions à la règle. Par exemple, une complication intracrânienne causée par une poussée hypertensive reliée à un effet sympathomimétique sévère parfois rencontrée dans des intoxications à la cocaïne et aux amphétamines.

La personne présente-t-elle une détérioration de l'état de conscience ? Si oui, les réflexes ciliaires et de déglutition doivent être évalués afin de voir si les critères d'intubation endotrachéale sont présents. Un très grand nombre de substances peuvent entraîner une dépression du système nerveux central (SNC), ce qui peut nécessiter une intubation endotrachéale. D'ailleurs, il arrive parfois que la personne doive être intubée en prévention compte tenu du risque de détérioration brutale qui peut se manifester sous forme de convulsions lors d'intoxication avec du bupropion ou de la chloroquine, par exemple.

La personne présente-t-elle de l'agitation, du clonus, des tremblements, de l'hyperréflexie (surtout aux membres inférieurs) et des pupilles en mydriase ? Ces signes sont typiques d'un syndrome sérotoninergique pouvant être causé par certaines interactions médicamenteuses ou surdoses. Ce syndrome résulte d'une hyperstimulation des récepteurs sérotoninergiques dont les coupables sont notamment la famille des antidépresseurs, la cocaïne, le fentanyl, les amphétamines, le dextrométhorphan, le lithium et le millepertuis (produit naturel) (5,6,9). Ce syndrome peut être léger, modéré ou sévère et peut même causer la mort si la prise en charge est sous optimale. Il peut parfois évoluer vers une hypertonie musculaire, de l'hyperthermie, une rhabdomyolyse, une insuffisance rénale et hépatique, une acidose métabolique, des convulsions, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) et le décès (6). Une évaluation neurologique complète permet d'identifier les signes sérotoninergiques et d'entamer les traitements nécessaires afin d'en prévenir ou d'en diminuer les complications.

6. Le système cardiovasculaire

Les principales données cliniques reliées au système cardiovasculaire qui seront vérifiées par l'infirmière du CAPQ sont la tension artérielle et la fréquence cardiaque. Les valeurs du complexe QRS et de l'intervalle QT corrigé seront également demandées. Plusieurs personnes intoxiquées peuvent présenter des anomalies variables de ces paramètres, et ce, selon les molécules ingérées. Il est donc important de les mesurer initialement et de les suivre fréquemment, car ils permettent de juger si la nature de l'intoxication concorde avec les paramètres cliniques, puis d'ajuster les traitements au besoin.

Dans un contexte d'intoxication, la source de l'hypotension peut être diverse, selon les molécules ou la substance ingérée. (4,5). Par exemple, une personne ayant pris une surdose importante de bupropion pourrait présenter une contractilité cardiaque diminuée, ce qui pourrait occasionner une hypotension. Une échographie cardiaque au chevet pourrait alors être pertinente afin d'apprécier

la contractilité cardiaque et l'état volémique de la personne (4,6). Un autre mécanisme pouvant expliquer l'hypotension en contexte d'intoxication est la présence d'une vasodilatation périphérique. Cette vasodilatation pourrait être présente chez une personne intoxiquée aux bloqueurs des canaux calciques dihydropyridines, tels que l'amlodipine (4,9). Une hypotension pourrait également être engendrée par une hypovolémie secondaire à une hémorragie digestive causée par un corrosif tel que le fer. Cette hypovolémie pourrait également être causée par des vomissements ou des diarrhées qui sont caractéristiques des intoxications à la colchicine ou à l'amatoxine (4). À l'inverse, certaines molécules peuvent provoquer une hypertension, tels que les sympathomimétiques (p.ex., amphétamines ou la cocaïne).

Plusieurs substances peuvent également avoir un effet sur la fréquence cardiaque. Par exemple, la nicotine, la caféine et les molécules à effets anticholinergiques, tels que les antihistaminiques de première génération (p.ex., diphenhydramine ou hydroxyzine), occasionnent fréquemment une tachycardie (3). Les sympathomimétiques auront le même effet, et ce, par une stimulation des récepteurs adrénergiques beta-1 (5). À l'inverse, les opioïdes, les sédatifs hypnotiques (p.ex., benzodiazépines, éthanol), certains bêtabloquants et les bloqueurs des canaux calciques non dihydropyridine auront plutôt tendance à causer une bradycardie (3,4,6).

L'électrocardiogramme (ECG), qui sera souvent recommandé aux 2 à 4 heures selon la situation, permet d'identifier la présence de cardiotoxicité et donne des indices importants pour la prise en charge de la personne intoxiquée (5, 10). L'infirmière du CAPQ a besoin de connaître la valeur du complexe QRS et de l'intervalle QT corrigé (QTc), les spécificités de la conduction et s'il y a la présence d'arythmies. En effet, plusieurs molécules ou substances vont, en dose thérapeutique, mais surtout lors d'intoxication, avoir pour effets d'élargir les complexes QRS. C'est le cas, entre autres, de l'amitriptyline, un antidépresseur tricyclique. Lorsque la valeur du QRS est jugée trop élevée, l'infirmière du CAPQ aura besoin de savoir s'il y a présence de signes de retard droit à l'ECG. Ces signes se caractérisent par la présence d'une grande onde R terminale en aVR et d'une onde S profonde dans la dérivation D1. Ces signes peuvent indiquer la présence d'un blocage des canaux sodiques au niveau de la membrane cellulaire et la personne pourrait alors avoir besoin de recevoir un bolus de bicarbonate de sodium (à valider avec l'infirmière du CAPQ) (3, 10). La valeur de l'intervalle QTc sera également demandée, puisque nombreuses molécules (p.ex., plusieurs antiémétiques et certains antipsychotiques), peuvent l'allonger, causant par le fait même, une augmentation de la période réfractaire relative d'où le risque de torsade de pointes (blocage des canaux potassiques) (10). Selon la valeur du QTc et les résultats de laboratoire, l'infirmière du CAPQ pourrait recommander l'administration de certains électrolytes, tels que le potassium, le magnésium ou le calcium.

Voici deux présentations cliniques pouvant mettre sur la piste d'intoxication.

Est-ce que la personne ayant pris des médicaments inconnus présente une hypotension avec bradycardie et hyperglycémie ? Si oui, une intoxication à un bloqueur de canaux calciques (BCC), tel que le vérapamil, pourrait être suspectée, surtout si la personne a accès à ce type de molécule (voir dans le DSQ ou avec les proches de la personne). En effet, l'hyperglycémie est souvent constatée lors d'intoxications aux BCC, puisque ceux-ci bloquent les canaux calciques pancréatiques, ce qui entraîne une hypo-insulinémie et donc une hyperglycémie.

La personne intoxiquée à l'acétaminophène présente-t-elle une tachycardie avec hypertension importante ? Si oui, il est important de valider le type d'acétaminophène ingéré par la personne, avec la liste des ingrédients exacts ou le numéro d'identification d'une drogue (DIN) présent sur le pot. En effet, certains types de comprimés d'acétaminophène commercialisés pour le rhume contiennent, entre autres, de la pseudoéphédrine, un alpha (avec bêta 1) pouvant causer tous les symptômes d'un toxidrome sympathomimétique. Un monitoring cardiaque et un appel au CAPQ seront alors pertinents pour assurer un suivi optimal.

7. Le système respiratoire

L'infirmière du CAPQ posera plusieurs questions concernant le système respiratoire lors de la collecte de données. Plusieurs substances peuvent amener des changements au système respiratoire, tant au niveau de la fréquence, de l'amplitude respiratoire que de la saturation en oxygène. L'impact de la respiration sur le système d'équilibre acido-basique est également un élément important à considérer. En effet, cela contribue à obtenir un portrait global du système respiratoire de la personne intoxiquée. Un gaz artériel peut parfois être nécessaire lorsque la valeur de PO₂ a une importance capitale.

Lors d'un contact avec leurs vapeurs, certains produits chimiques et gaz entraînent une toxicité locale des muqueuses et du système respiratoire. Par exemple, l'ammoniac, un gaz très soluble, peut affecter les muqueuses des yeux, du nez et des voies respiratoires supérieures et entraîner ainsi une obstruction haute. Parallèlement, les gaz irritants peu solubles, tels les oxydes d'azote qui se retrouvent dans les silos à fourrage vert vont affecter les voies respiratoires inférieures causant une inflammation broncho-alvéolaire et parfois même un œdème pulmonaire non cardiaque (syndrome de détresse respiratoire aiguë [SDRA]). Dans certaines situations, et ce dépendant la concentration de ces gaz dans l'environnement, les symptômes peuvent apparaître plusieurs heures après l'exposition. Le chlore, quant à lui, est un gaz intermédiaire soluble dans l'eau, donc il affecte autant les voies respiratoires supérieures qu'inférieures, en plus d'affecter les muqueuses des yeux et du nez. Il peut occasionner de la toux, de la dyspnée et un bronchospasme surtout chez les personnes plus à risque (p.ex., personnes asthmatiques).

Les dépresseurs du système nerveux central (SNC) tels que les hypnotiques, les sédatifs et les antipsychotiques peuvent causer une dépression respiratoire, voire même un arrêt respiratoire (9). De même, les opioïdes peuvent entraîner une dépression respiratoire. En effet, la respiration principalement contrôlée par les centres respiratoires médullaires est affectée par les opioïdes qui produisent une inhibition au niveau des chimiorécepteurs mu et delta (11). Le tableau clinique de la personne intoxiquée aux opioïdes démontre souvent une diminution de la fréquence respiratoire (bradypnée) et une désaturation. Une observation étroite est alors nécessaire, surtout s'il y a présence de ronflements ou d'antécédents d'apnée du sommeil. Il ne faut pas oublier que l'administration d'oxygène dans cette situation peut améliorer temporairement la saturation, mais au prix d'une détection plus tardive de la dépression respiratoire. Il est donc recommandé de ne pas administrer d'oxygène d'emblée à moins que que l'état clinique ne l'exige.

À l'inverse, avec les produits contenant des salicylates (p. ex., aspirine et certaines crèmes solaires), une tachypnée sera plutôt observée, et ce, par stimulation directe du centre de la respiration (12). L'alcalose respiratoire sera visée. Si une intubation s'avère nécessaire, la ventilation par minute générée par la personne avant la procédure devra être reproduite afin d'éviter l'ajout d'une acidose respiratoire à une acidose métabolique qui pourrait déjà être présente. L'intubation devra donc être effectuée le plus rapidement possible (à séquence rapide). À noter que la séquence d'intubation du médecin ne sera probablement pas la séquence rapide standard avec curarisation et sans ventilation. Un appel au CAPQ peut être fait au préalable si besoin. Une tachypnée pourra également être notée chez toute personne présentant une acidose métabolique, par exemple lors d'une intoxication à certains alcools toxiques ou au fer.

SAVIEZ-VOUS QUE...?

...les métaux lourds, le lithium, le cyanure, les ions, les alcools et les hydrocarbures sont peu ou pas adsorbés par le charbon de bois activé ?

...la toxine la plus puissante qui existe est la toxine botulinique ? Une mini dose de 50 nanogrammes peut être fatale.

...les intoxications à l'acide borique et au cuivre peuvent entraîner des vomissements et des diarrhées de couleur bleu-vert ?

...32 % des appels logés au CAPQ concernent des enfants âgés de cinq ans et moins ?

...un dépistage des drogues de rue urinaire n'est pas toujours fiable en contexte aigu ? En effet, il peut engendrer tant des faux positifs que des faux négatifs.



8. Le système gastro-intestinal

L'évaluation du système gastro-intestinal est importante en contexte d'intoxication, puisque plusieurs situations peuvent entraîner une symptomatologie digestive, ce qui permet d'appréhender une détérioration de la situation et de prévoir la surveillance et les traitements nécessaires.

Voici quelques exemples de situations cliniques d'intoxications pouvant occasionner une symptomatologie digestive :

La personne présente-t-elle des vomissements importants, une douleur abdominale et de la diarrhée ? Certaines substances peuvent entraîner une toxicité digestive importante, telles que le fer, l'acétaminophène (surtout des vomissements), les corrosifs, certains champignons contenant des amatoxines, les AINS et la colchicine (6). À titre d'exemple, l'intoxication à la colchicine se caractérise par une phase initiale intestinale violente avec nausées, vomissements, douleur abdominale et diarrhées sanguinolentes sévères entraînant une hypovolémie et un déséquilibre électrolytique pouvant laisser présager une atteinte multisystémique. Cette atteinte digestive importante s'explique par le fait que la colchicine est un agent inhibant la division cellulaire et entraînant la mort cellulaire (6). Les systèmes à division cellulaire rapide, tels que les systèmes gastro-intestinal et hématopoïétique sont les premiers touchés. Dans cette situation, il est prévisible que la personne intoxiquée soit à risque de développer une atteinte multisystémique dans les jours suivant l'intoxication.

La personne présente-t-elle des vomissements et une douleur abdominale suite à l'ingestion d'une substance corrosive ? Ces signes cliniques révèlent qu'il y a possiblement présence de brûlures. Une prise en charge rapide est donc primordiale afin d'évaluer leur étendue et prévenir les complications, telles qu'un œdème de la bouche et du pharynx pouvant alors obstruer les voies respiratoires supérieures, une perforation ou un choc (6). Si une perforation est suspectée, une évaluation radiologique appropriée et l'implication de l'équipe de chirurgie s'avèrent souvent nécessaires.

Le péristaltisme est-il absent ? Plusieurs molécules ont un effet direct sur le péristaltisme et peuvent le ralentir jusqu'à parfois causer un iléus. Les opioïdes, les antihistaminiques, les antipsychotiques et toutes les molécules possédant des propriétés anticholinergiques peuvent ralentir le péristaltisme et l'absorption de la substance toxique et ainsi prolonger la durée de l'intoxication (9,12). Il arrive même que l'état de certaines personnes dont l'intoxication semblait résolue se détériore à nouveau lors du retour du péristaltisme, car ce retour engendre parfois l'absorption de substances toxiques résiduelles dans le système digestif. La présence d'un bézoard, masse occasionnée par l'agglomération de médicaments dans l'estomac, peut également être suspectée (3,6,13). Pour ces raisons, dans un contexte d'intoxication polymédicamenteuse impliquant l'acétaminophène, il est important de suivre les dosages d'acétaminophène de façon sérieuse, car son absorption pourrait être erratique et les résultats plus difficiles à interpréter (12).

9. Les téguments

L'apparence des téguments peut dévoiler beaucoup d'information sur la nature de l'intoxication ou sa sévérité. Lorsque peu d'information est disponible sur la nature de l'intoxication, la recherche de toxidromes (voir Tableau 1) s'avère nécessaire et certains d'entre eux se caractérisent, entre autres, par des anomalies au niveau des téguments. La recherche de sites d'injection sur le corps, la présence de rougeur, de la diaphorèse, une sécheresse

des muqueuses, des brûlures cutanées ou une décoloration de la peau sont des exemples d'anomalies tégumentaires pouvant offrir des informations sur la nature de l'intoxication et de l'exposition.

La personne est-elle cyanosée ? Si la réponse est positive suite à l'administration d'oxygène, la cause est probablement une hypoxémie. Dans le cas contraire, la méthémoglobinémie (processus d'oxydation du fer de l'hémoglobine empêchant le transport de l'oxygène) devra être dosée. Les causes de méthémoglobinémie en toxicologie sont, entre autres, certains anesthésiques locaux (surtout la benzocaïne et la prilocaïne), les poppers (qui contiennent des nitrites), le naphthalène (ingrédient retrouvé dans certaines boules à mites) et les oxydes d'azote (6). Si besoin, le bleu de méthylène pourrait être administré comme antidote, il est toutefois recommandé de consulter le CAPQ avant de l'administrer.

La personne a-t-elle les muqueuses sèches ? Dans ce cas, un toxidrome anticholinergique peut être suspecté (5,9). Ce toxidrome peut être notamment causé par l'atropine, le datura, les antipsychotiques, certains antihistaminiques et antiparkinsoniens (9). À l'inverse, le toxidrome cholinergique aura pour effet de rendre la personne « mouillée » et présentera alors de l'hypersalivation, du larmolement, de la bronchorrhée, de la diaphorèse et un écoulement nasal (9). Cela peut être causé par les organophosphorés, les gaz neurotoxiques, les carbamates, la physostigmine, la rivastigmine ou les champignons muscariniens tel le clitocybe lumineux.

Est-ce que la personne se présente à l'urgence pour une douleur profonde à 10/10 et une décoloration cutanée de couleur argentée aux doigts suite à l'utilisation d'un produit acide pour nettoyer des jantes de roue ? Si oui, l'acide fluorhydrique est possiblement en cause, ce qui peut entraîner des brûlures chimiques, une nécrose tissulaire et une toxicité systémique dépendant de la concentration de la substance et la surface corporelle atteinte. L'ion fluor, qui se lie au calcium et au magnésium cellulaires, peut entraîner des anomalies électrolytiques à la source d'arythmies malignes. L'exposition cutanée à cet acide nécessite une décontamination de 20 à 30 minutes et l'application topique de gluconate de calcium à 2,5 % à répéter pendant plusieurs heures, voire même parfois une perfusion intraveineuse régionale ou intra-artérielle de l'antidote (9,12).

10. Examens de laboratoire

Dans bon nombre de cas, l'histoire d'intoxication et l'examen physique dicteront la conduite concernant les examens de laboratoire indiqués. L'infirmière du CAPQ pourrait également recommander certains dosages spécifiques selon la situation (p. ex., lithémie, digoxinémie, etc.). Or, dans un contexte sans histoire claire, un bilan toxicologique complet sera souvent recommandé soit : formule sanguine complète (FSC), RIN, glucose, urée, créatinine, sommaire microscopique des urines (SMU), électrolytes étendus, AST, ALT, CK, gaz sanguin, lactates, osmolarité sérique, concentrations sériques d'acétaminophène, de salicylates et d'éthanol et un ECG (9). Dans certaines situations, par exemple, lorsque les symptômes d'une personne intoxiquée et/ou instable ne concordent pas avec l'histoire, un dépistage général sanguin pourrait être demandé par le toxicologue afin d'avoir une meilleure idée des molécules en cause et ainsi optimiser la prise en charge. Au Québec, le dépistage général ne peut se faire qu'au centre de toxicologie de Québec (CTQ) ou au laboratoire de Sainte-Justine avec autorisation du toxicologue.

Est-ce que les résultats indiquent des transaminases anormales avec un dosage d'acétaminophène légèrement positif? Si oui, une intoxication à l'acétaminophène tardive avec un début d'atteinte hépatique doit être suspectée.

Est-ce que les premiers résultats de laboratoire démontrent une acidose métabolique avec trou osmolaire et anionique augmentés? Si oui, dans ce cas, une ingestion d'alcools toxiques tels que le méthanol, l'éthylène glycol ou des éthers de glycol doit être éliminée. Si présence d'une acidose métabolique avec trou anionique augmenté alors que le trou osmolaire est normal ou légèrement augmenté, en plus des alcools toxiques, il faut garder en tête la possibilité d'une intoxication aux salicylates. Ces résultats pourraient également être causés par une acidose lactique occasionnée, entre autres, par une intoxication à la metformine, au fer, à l'acétaminophène (sévère), à la caféine, à la théophylline, au cyanure ou au monoxyde de carbone (CO) (3,9). En cas d'acidose métabolique, il est recommandé de communiquer avec l'infirmière du CAPQ puisque le diagnostic différentiel peut inclure plusieurs autres substances.

Qu'est-ce qu'un trou osmolaire?

Le trou osmolaire (ou « gap » osmolaire) est la différence entre l'osmolalité mesurée en laboratoire et l'osmolalité théorique calculée par l'addition des éléments de base, soit deux fois le sodium (Na), l'urée, le glucose, et l'éthanolémie multipliée par 1,2. Plus la valeur du trou osmolaire est élevée, plus il doit y avoir suspicion de la présence d'une osmole en grande quantité dans le sang de la personne, par exemple des alcools tels le méthanol ou l'éthylène glycol, pouvant engendrer une toxicité sévère et parfois même mortelle si non traitée.

Les valeurs normales du trou osmolaire se situent entre 0 et 10 mmol/L. S'il y a présence d'un trou osmolaire augmenté, il est primordial de se questionner sur la possibilité d'une intoxication aux alcools toxiques.

Formule de calcul du trou osmolaire :

Osmolalité mesurée (point de congélation) - Osmolalité calculée (2Na + Glucose + Urée + (dosage d'éthanol x 1,2))

Qu'est-ce qu'un trou anionique?

Le trou anionique (ou « gap » anionique) est la différence entre le sodium (Na), soit le principal cation, et le chlore (Cl), ainsi que les bicarbonates (HCO₃), qui sont les deux principaux anions.

Les valeurs normales d'un trou anionique se situent entre 8 et 12 mmol/L.

Un trou anionique augmenté indique la présence potentielle d'ions H⁺ non dosés dans la circulation sanguine. Les causes potentielles d'un trou anionique augmenté peuvent être très variées, telles que la prise de méthanol, la présence d'une acidocétose diabétique, de lactates, de fer, d'acidocétose alcoolique, d'insuffisance rénale, la prise de toluène, d'éthylène glycol ou de salicylés.


Formule de calcul du trou anionique :

Na - (Cl + HCO₃)

11. Traitements en cours

Lors du questionnaire, l'infirmière du CAPQ souhaite également savoir si des traitements sont déjà en cours. Par exemple, il pourrait y avoir certaines perfusions en cours, tel un bolus de NaCl 0,9 %. Aussi, une dose de CBA, des bolus de bicarbonate de sodium ou un antidote tel que la naloxone ont peut-être déjà été donnés. Si la personne est déjà intubée, il est important de le mentionner et de préciser la médication en cours et les dosages, tels que la présence de vasopresseur. Ces éléments permettront à l'infirmière du CAPQ d'avoir une meilleure vision d'ensemble de la situation, d'ajuster ses recommandations et d'assurer un meilleur suivi.

CONCLUSION

Cet article avait pour but de guider les infirmières d'urgence dans leur collecte de données afin qu'elles soient bien préparées pour un appel au CAPQ. Avoir toute l'information en main pour répondre aux questions de l'infirmière du CAPQ contribue à optimiser la prise en charge des personnes intoxiquées. En effet, une collecte de données complète améliore l'évaluation du risque et favorise une bonne collaboration entre l'infirmière d'urgence et l'infirmière du CAPQ facilitant grandement l'accès à un traitement optimal pour les personnes intoxiquées. Le domaine de la toxicologie, souvent étonnant et en constante évolution, ne cesse de nous mener à de nouveaux questionnements et apprentissages, ce qui ajoute à la beauté de cette spécialité! 

LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ :

1-833-648-2849 (avec option si personne intoxiquée instable)

POUR CONSULTER LE GUIDE CANADIEN DES ANTIDOTES EN TOXICOLOGIE D'URGENCE :

 www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/antidotes

Il est également possible de télécharger l'application.

LES AUTEURES



Joannie Leblanc
inf., M.Sc.
Infirmière clinicienne
Centre antipoison du Québec
Joannie.leblanc.ciusscn@sss.gouv.qc.ca



Violaine Ayotte
inf., B. Sc., CSPI
Infirmière clinicienne
Centre antipoison du Québec



Annie Dufour
inf.
Infirmière
Centre antipoison du Québec

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 ne posséder aucun conflit d'intérêts.

REMERCIEMENT

Les auteures tiennent à remercier D^{re} Maude St-Onge et D^r René Blais pour leur soutien et la révision de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Triage à l'urgence : lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/triage-a-l-urgence-lignes-directrices>
2. St-Onge M. Rapport annuel 2020 : centre antipoison du Québec. 2020. https://www.ciussc-capitale-nationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/CAPQ/rapport-annuel-2020_francais.pdf
3. Mokhlesi B, Leiken JB, Murray P, Corbridge TC. Adult toxicology in critical care: part I: general approach to the intoxicated patient. *Chest*. 2003; 123 (2) : 577-92. doi : 10.1378/chest.123.2.577.
4. Olson KR, Anderson IB, Benowitz NL, Blanc PD, Clark RF, Kearney TE, Kim-Katz SY, Wu AHB. Poisoning & drug overdose. 7^e éd. New York : McGraw-Hill Education; 2007.
5. Gresham C, Wilbeck J. Toxicology in the emergency department: A review for the advanced practice nurse. *Adv Emerg Nurs*. 2012; 34(1) : 43-54. doi:10.1097/TME.0b013e318244437d
6. Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11^e éd. New York : McGraw-Hill Education; 2019.
7. Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC. The pharmacological basis of therapeutics, Goodman and Gilman's. 13^e éd. New York : McGraw Hill Medical; 2018.
8. Donroe JH, Tetrault JM. Recognizing and caring for the intoxicated patient in an outpatient clinic. *Med Clin North Am*. 2017; 101 (3) : 573-86. doi : 10.1016/j.mcna.2016.12.012
9. Furger P, St-Onge M, Bergeron A-C. Intoxi-méd : guide thérapeutique. 1^{ère} éd. Québec : D&F Éditions; 2013.
10. Yates C, Manini AF. Utility of the electrocardiogram in drug overdose and poisoning: Theoretical considerations and clinical implications. *Curr Cardiol Rev*. 2012; 8 (2) : 137-151. doi:10.2174/157340312801784961
11. Micromedex Solutions. Truven Health Analytics, Inc. Document inédit.
12. Centre antipoison du Québec (CAPO). Base de données ToxiQc. Document inédit.
13. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc*. 2015; 7(4) : 336-45. doi : 10.4253/wjge.v7.i4.336



www.tulattavik.com

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La passion du Grand Nord



Le travail offert

TEMPS COMPLET OU TEMPORAIRE.

UN CENTRE DE SANTÉ ET SIX POINTS DE SERVICES AU SEIN DE NOS SEPT COMMUNAUTÉS INUITES.

FORMATION DE BASE ET CONTINUE.

APPRENTISSAGE PROGRESSIF AU TRAVAIL EN RÔLE ÉLARGI.

PRIME D'ÉLOIGNEMENT, D'INSTALLATION, DE VIE CHÈRE ET SUPPLÉMENT SALARIAL EN POINTS DE SERVICES.

AFIN DE DÉCOUVRIR L'ÉTENDUE D'UN OCÉAN, IL FAUT ÉLOIGNER LES YEUX DU RIVAGE !

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !

@Tulattavik

Téléphone : 1 877 893-7646

recrutementnursing@sss.gouv.qc.ca



Le transport intra et interhospitalier en soins critiques, est-ce une activité à risque?

par **Fabian Severino, Julie Blanchet** et **Laurence Fortier**

En contexte de soins critiques, le déplacement d'une personne peut s'avérer être une tâche plus complexe qu'elle n'y paraît. Que cela soit directement à l'intérieur de l'hôpital à des fins d'examen diagnostiques ou entre deux centres hospitaliers pour des soins plus spécialisés, l'infirmière est au centre de cette intervention. Les risques qui y sont associés sont souvent méconnus et peuvent être propices à des incidents pouvant altérer la qualité des soins. Basé sur une recension des écrits, cet article identifie les différents risques à considérer lors d'un transport intra ou interhospitalier de personnes adultes à partir de deux mises en situation inspirées de situations réelles. Des mesures possibles à mettre en place pour assurer la sécurité de ces personnes lors de ces transports sont également présentées.

INTRODUCTION

À l'urgence, les infirmières sont souvent appelées à accompagner les personnes soignées en transport pour un examen diagnostique ou lors d'un transfert dans un autre centre hospitalier, afin qu'il puisse recevoir des soins spécialisés. Malheureusement, le transport intrahospitalier (p. ex., de la salle de réanimation vers

une unité de soins intensifs) autant que le transport interhospitalier (qui représente le transport d'un centre hospitalier vers un autre et qui implique la participation du personnel paramédical) comporte des risques non négligeables. Pour cette raison, l'évaluation adéquate de la personne est primordiale avant son départ. Dans cet article, nous utiliserons deux mises en situation inspirées de situations réelles pour vous exposer les risques à considérer, mais également les mesures qui pourraient être mises en place afin d'assurer un transport sécuritaire. Les différents articles proviennent d'une recension des écrits de 2010 à maintenant, avec quelques articles importants datant des années 2000, dans les bases de données CINAHL et PubMed, ainsi que dans la littérature grise. Cette recension des écrits a été effectuée dans le cadre de travaux académiques et professionnels concernant les différents transports de personnes en soins critiques, dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers. Plusieurs types de transports peuvent être utilisés à l'urgence et chacun présente des risques et enjeux qui peuvent différer. Nous aborderons plus spécifiquement le transport terrestre des personnes adultes dans un contexte de soins critiques. Finalement, nous en profiterons

Mise en situation 01 TRANSPORT INTRAHOSPITALIER

M^{me} Beaulieu, une femme de 45 ans, se présente à l'urgence pour hyperthermie avec suspicion de pyélonéphrite récidivante. Elle est porteuse d'un cardiostimulateur et est connue pour un antécédent de syndrome neurologique ayant occasionné une vessie neurogène et de multiples chirurgies. Elle doit effectuer des autocathétérismes à domicile. Sur votre quart de travail, son état se détériore : apparition d'une détresse respiratoire secondaire au choc septique développé. Son état nécessite une intubation, l'administration de bolus de soluté, l'installation d'une sonde vésicale et le début d'une perfusion de Norépinéphrine par voie intraveineuse périphérique. Une demande d'admission

pour vous partager quelques travaux en cours au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec - Université Laval visant à sécuriser les transports.

Les risques concernant le transport intrahospitalier des personnes en soins critiques sont bien présents, mais souvent banalisés

Tableau 1. Risques liés au transport intrahospitalier

DÉPLACEMENTS DE LA PERSONNE	CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mouvements ■ Accélération/décélération ■ Changements de position ■ Surfaces dures (civière, tables d'examen, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changements d'équipement ■ Perte de l'environnement sécurisé de l'unité de soins critiques ■ Discontinuité ou réduction du monitoring ■ Bruit ■ Procédure elle-même

Source : (1)

(voir Tableau 1). Dès que l'on déplace une personne et qu'on la sort de son environnement sécurisé, il peut y avoir des conséquences hémodynamiques, respiratoires, neurologiques, psychologiques et douloureuses (1).

Dans la situation de M^{me} Beaulieu, il est possible de penser que son déplacement ait pu occasionner un mauvais positionnement, un déficit au niveau des échanges gazeux, mais aussi un impact hémodynamique par la vibration, l'accélération ou la décélération (1, 2). Également, il faut se questionner si le monitoring de transport permettait de poursuivre la surveillance réalisée à l'urgence et si celui-ci a été effectué correctement afin de détecter tout signe de détérioration (2).

Une étude réalisée aux Pays-Bas (2) portant sur l'analyse de tous les accidents réalisés sur une période de 36 mois a permis d'identifier les 10 formes d'accidents les plus fréquemment répertoriés durant les transports intrahospitaliers (voir Tableau 2). En lien avec ces risques, on peut imaginer certains événements possibles dans la mise en situation de M^{me} Beaulieu, tels que l'arrêt de la pompe à perfusion, l'infiltration du soluté, la déconnexion de la tubulure ou la fin de la perfusion de Norépinéphrine. En prenant connaissance des risques les plus fréquents, on peut en conclure

est faite pour les soins intensifs, mais aucun lit n'est disponible pour le moment. Une tomодensitométrie (TDM) abdominale et l'installation d'une voie centrale sont demandées. Rapidement, vous l'accompagnez au TDM, monitorée et accompagnée d'un résident vu son état instable. Arrivée au TDM, vous la transférez sur la table pour l'examen. Subitement, des manœuvres de réanimations doivent être débutées.

Que s'est-il passé?



que la majorité des accidents en transport sont évitables par une bonne préparation avant le départ (1, 2). En effet, selon une enquête réalisée en Australie en 2006 à travers quatre centres hospitaliers, 91 % des accidents répertoriés étaient évitables (3). L'événement indésirable qui s'est présenté dans la situation de M^{me} Beaulieu aurait effectivement pu être prévenu, puisque lors des manœuvres de réanimation, vous avez constaté que le cathéter intraveineux n'était plus perméable.

Tableau 2. Top 10 des risques inhérents au transport intrahospitalier

- Équipement défectueux
- Mauvaise préparation avant le transport
- Manque de communication avec le département de radiologie
- Perte de la voie intraveineuse ou tubulure arrachée/déconnectée
- Bonne d'oxygène vide
- Besoin d'augmenter vasopresseur ou inotrope
- Équipement non disponible au département de radiologie
- Manque de documentation médicale
- Problème de reconnexion avec le respirateur
- Hypoglycémie

Source : (2)

Comme le mentionnent plusieurs auteurs, les trois étapes essentielles à réaliser avant de procéder au transport d'une personne en soins critiques sont les suivantes : s'assurer qu'il y a plus de bénéfices que de risques à réaliser le transport, stabiliser la condition physique au préalable et préparer adéquatement la personne (1, 2, 4, 5). L'utilisation d'une liste de vérification courte et standardisée facilite d'ailleurs la préparation, ce qui permet de prévenir la survenue d'événements indésirables (1, 2, 4, 5). Nous y reviendrons dans la prochaine situation.

TRANSPORT INTERHOSPITALIER

02

M. Fortin arrive en salle de réanimation en pleine nuit. Il présente une détresse respiratoire sévère avec suspicion de COVID-19 en raison d'un contact étroit avec un cas positif. Il est rapidement intubé. Suite à son intubation, l'équipe constate une hypotension artérielle difficilement contrôlable. M. Fortin passe deux heures en salle de réanimation pour stabiliser son état : des perfusions de Norépinéphrine, de Midazolam et de Fentanyl sont débutées. Une demande d'admission est faite pour les soins intensifs. Malheureusement, aucun lit n'est disponible et d'autres personnes sont déjà en attente. Un transfert est alors planifié dans un autre centre hospitalier situé à 11 minutes de votre lieu de travail. L'urgentologue ne pourra pas vous accompagner puisqu'il est seul la nuit. Le transport se fera donc avec l'infirmier de l'équipe de réanimation et l'inhalothérapeute. Sa tension artérielle systolique oscille entre 90 et 100 mmHg.

Avant le départ : l'infirmier s'assure d'avoir les ordonnances nécessaires pour pouvoir titrer la Norépinéphrine selon une tension artérielle déterminée par le médecin de l'urgence. Il emporte avec lui une deuxième perfusion de Norépinéphrine, une pompe supplémentaire et un téléphone pour contacter le médecin, au besoin. **Est-ce une préparation suffisante ?**

Durant le transport : la tension artérielle systolique chute à 80 mmHg, nécessitant une augmentation du débit du Norépinéphrine. **Pourquoi ?**

À l'arrivée : une dose de 80 mg de Rocuronium est administrée, selon l'ordonnance médicale, parce que M. Fortin présente une respiration spontanée. Le transfert a pris au total 45 minutes pour se rendre au site receveur puisque l'équipe des soins intensifs n'était pas prête à le recevoir. Il s'agit habituellement d'un transport d'environ 20 minutes.

D'après-vous, quelles seraient les améliorations possibles dans ce transport ?

Comme la situation le décrit bien, le transfert a eu lieu parce qu'il n'était pas possible de traiter adéquatement M. Fortin dans le centre hospitalier, par manque de ressources physiques (5). En plus de la préparation effectuée par l'infirmier, les risques du transfert doivent être évalués rigoureusement par le médecin demandeur et discutés avec l'équipe de transport (5). Dans cette situation, il faut se questionner si l'évaluation médicale a permis d'identifier que les bénéfices du transfert étaient plus élevés que les risques, que la condition médicale était assez stable pour le transfert et que ce transfert n'était pas uniquement de nature administrative (5). En effet, le potentiel de complications respiratoires, les risques de contamination, les risques hémodynamiques en transport et l'indisponibilité médicale pour cette personne instable auraient dû être documentés et discutés. De plus, M. Fortin a nécessité l'administration d'un agent curarisant après une reprise de respiration spontanée à l'arrivée au centre receveur, indiquant possiblement que le niveau de sédation était inférieur au niveau souhaité avant le départ, ou encore que les délais plus grands que prévu pour arriver au centre receveur ont généré un besoin d'administrer davantage de médication.

Finalement, est-ce qu'une voie centrale aurait permis une administration plus sécuritaire ? La préparation et la stabilisation de la condition clinique de la personne sont donc primordiales (4, 5, 6). Même si cela peut retarder légèrement le transfert, une préparation adéquate diminue la longueur du séjour à l'hôpital et n'affecterait pas la condition clinique de la personne (7).

Les risques en transport interhospitalier ressemblent beaucoup à ceux du transport intrahospitalier, mais dans un environnement plus imprévisible et encore moins contrôlé. Les complications techniques se retrouvent en tête de liste, non loin de tous les problèmes d'équipement qui représentent la plupart des complications évitables (5). Un guide du Collège des médecins du Québec (CMQ) publié en 2020 (5) décrit bien ces risques (voir Tableau 3).

Tableau 3. Risques durant le transport interhospitalier de personnes présentant une condition clinique critique

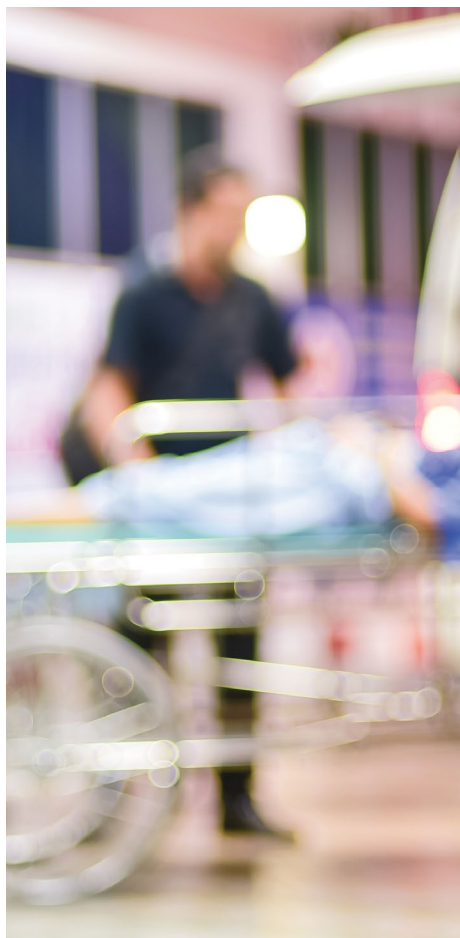
RISQUES POSSIBLES	EXEMPLES
Complications techniques	Déplacement ou obstruction du tube endotrachéal, des accès veineux, des drains
Détérioration physiopathologique	Augmentation de la pression intracrânienne lors du positionnement, hypotension, désaturation
Monitoring inadéquat des fonctions cardiovasculaires et pulmonaires	Absence ou défaillance d'un équipement adéquat, interférence lors des déplacements
Apport thérapeutique inadéquat	Absence ou défaillance d'un équipement (p.ex., ventilateurs de transport, circuits adaptés de ventilation)
Déplacements et mobilisation	Accélération et décélération, mobilisation sur civière
Absence de moyens d'investigation durant le transfert	Imagerie d'exclusion d'un pneumothorax, facteurs de coagulation lors d'une hémorragie active
Personnel limité et manque d'expérience	Surveillance inadéquate

Source : (5)

Concernant l'hypotension artérielle de M. Fortin, elle pourrait être associée au transport puisque l'apparition d'une instabilité hémodynamique représente la conséquence la plus fréquente (7,8,9). Même si le transport terrestre ne comprend pas d'atterrissage ou de décollage, il demeure avec des décélérations, des accélérations et des vibrations occasionnant une variation hémodynamique (10).

Pour les autres pistes d'améliorations possibles dans cette situation, plusieurs éléments pourraient être évalués, notamment la préparation de M. Fortin, le matériel, la compétence du personnel et le suivi de la qualité des transports.

Un des buts de la préparation adéquate de la personne est de minimiser tous les délais dans le transport afin d'en assurer sa sécurité (5). L'utilisation d'une liste de vérification standardisée réduit le nombre d'incidents survenant lors des transports interhospitaliers de personnes en situations critiques (8). Dans la situation de M. Fortin, l'utilisation de la liste aurait permis d'assurer qu'un rapport complet soit transmis au milieu receveur, que l'état respiratoire soit évalué, que les accès veineux soient vérifiés et que tout le matériel nécessaire soit apporté.



La Figure 1 est un exemple d'une liste de vérification pour la clientèle adulte de soins critiques du CHU de Québec - Université Laval qui est actuellement en projet pilote. La liste peut être utilisée pour une personne ayant une condition critique à l'urgence, une personne des soins intensifs, mais également pour une personne d'une unité coronarienne avec un ballon intra-aortique (BIA).

Plusieurs études font également mention de l'équipement minimum requis, du monitoring ainsi que des différents médicaments essentiels pour assurer la sécurité pendant le transport (6,11). Concernant le contenu des trousse de médicaments et de matériels, bien que les recommandations varient selon les auteurs, il est important de comprendre que les concepts clés demeurent les mêmes. Le personnel accompagnant doit être suffisamment équipé afin de permettre une continuité des soins et pouvoir agir lors de tout imprévu (7). L'utilisation d'une trousse standardisée contenant du matériel spécifique aux transports est une stratégie intéressante puisqu'elle permet d'assurer la continuité des soins. Cette trousse permet aussi de faire face aux imprévus comme un bris de matériel ou une détérioration de l'état clinique (7). En ce sens, la surveillance de

la personne soignée ne devrait jamais être diminuée, ou être mise en pause lors du transport vers un autre centre hospitalier (5). Le CHU de Québec – Université Laval implante actuellement un sac à dos pour transporter le matériel de base standardisé et envisage également mettre en place des trousse de médicaments uniformes. Il est évident que les compétences nécessaires en transport doivent s'ajouter aux compétences cliniques développées pour la clientèle en soins critiques qui devraient être acquises à l'aide de formations initiales et continues. De plus, un suivi rigoureux de la qualité et de la sécurité des transports devrait être envisagé dans tous les centres hospitaliers dans le cadre des programmes d'amélioration continue.

En terminant, dans la situation de M. Fortin, l'infirmier a pu prévenir les événements indésirables en demandant au médecin des ordonnances en cas d'hypotension artérielle et de reprise de respiration spontanée. Tel qu'expliqué, il demeure malgré tout des lacunes sur la préparation de la personne soignée et sa stabilisation avant le départ. Les compétences et la formation du personnel effectuant ces transports semblent donc être un point primordial à prendre en considération pour augmenter la qualité et la sécurité. Dans les dernières

Figure 1. Liste de vérification lors de transports d'usagers présentant une condition de santé physique critique au CHU de Québec - Université Laval.

LISTE DE VÉRIFICATION INTERDISCIPLINAIRE (2 MIN. AVANT LE DÉPART)									
Si intubé: Tube endotrachéal sécurisé	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Position couchée tolérée	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si intubé: Respirateur bien toléré	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Traitement non essentiel cessé / clampé	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si intubé: Aspiration sécrétions réalisée	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Matériel d'urgence respiratoire requis	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si BIA**: Hélium quantité suffisante	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Quantité d'oxygène suffisante	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si BIA**: Batterie changé cardiosave	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Moniteur avec alarmes, S.V. / Tracés visualisés	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si BIA/pace**:	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Opioides apportés: _____	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Perfusions en quantité suffisante	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Médicaments pour condition spécifique	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Accès veineux disponibles (min. 2 x 20 G)	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Batteries appareils vérifiées / fils (pompe NIMH)	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Voie veineuse d'urgence identifiée	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Autre: _____	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
AJOUTER SI TRANSPORT AMBULANCIER:									
Copie dossier et niveau de soins présents	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Sac à dos: matériel/trousse médicament	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Billet taxi / transport adapté si BIA**	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Équipement attaché et sans traction	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.
Si BIA**: sangles installées	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.	Glycémie vérifiée	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	S.O.

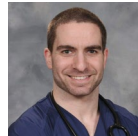
lignes directrices américaines, Warren (6) suggère certains standards de compétences minimales requises pour effectuer le transport. Ces compétences sont globalement en lien avec la gestion des voies aériennes, la connaissance des différentes thérapies intraveineuses, la reconnaissance des arythmies et leur traitement ainsi que les soins avancés en réanimation cardiorespiratoire. Bien que le CMQ suggère que la personne soignée soit transférée par du personnel compétent en la matière, au fait de sa condition de santé actuelle et disposant de l'équipement requis approprié, il n'existe pas encore au Québec de structure formelle et d'équipes de transfert spécialisées (5). De plus, le maintien des compétences demeure un enjeu puisque la rotation importante du personnel de l'urgence peut réduire l'exposition. À l'instar de l'équipe d'Évacuations Aéro-médicales du Québec (EVAQ) pour les transferts en avion, et en néonatalogie à l'intérieur du CHU de Québec – Université Laval, il n'existe pas non plus d'équipes spécialisées pour le transfert en ambulance. Considérant que le taux d'événements indésirables survenant pendant les transferts sont passés de 34 % à 12,5 % à la suite de l'implantation d'une équipe spécialisée en transfert critique aux Pays-Bas, cette option doit être considérée dans un contexte québécois (9).

Conclusion

Malgré qu'il soit difficile de prévenir l'entière des incidents pouvant se produire lors d'un transport intra ou interhospitalier, nous pouvons former les infirmières à réagir adéquatement lorsque ceux-ci se présentent. Le développement de formations spécifiques pour le transport des personnes présentant une condition de santé critique peut certainement accroître le niveau de connaissances des intervenants quant aux meilleures pratiques et leur permettre de travailler de façon opti-

male et sécuritaire. Finalement, à la lumière de projets pilotes mis en place au sein du CHU de Québec – Université Laval, de nombreux commentaires favorables de la part des infirmières quant à l'utilisation de la liste de vérification lors d'un transport ont été recueillis – mettant de l'avant la pertinence et l'utilité de poursuivre l'utilisation d'un tel outil. ➔

LES AUTEURS



Fabian Severino
inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Infirmier clinicien
Centre hospitalier universitaire (CHU)
de Québec – Université Laval
fabian.severino@gmail.com



Julie Blanchet
inf., M. Sc.
Infirmière en pratique avancée - mandat
spécial
Centre hospitalier universitaire (CHU)
de Québec – Université Laval



Laurence Fortier
inf., M. Sc.
Infirmière en pratique avancée pour les
urgences
Centre hospitalier universitaire (CHU) de
Québec - Université Laval

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à noter que Laurence Fortier fait partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Fanara B, Manzoni C, Barbot O, Desmetre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care*. 2010 May 14;14(3):R87. doi:10.1186/cc9018
2. Brunsvelde-Reinders, Anja H, Brunsvelde-Reinders, AH, Arbous MS, Kuiper, SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care*. 2015; 19(1): 214. doi: 10.1186/s13054-015-0938-1
3. Flabouris A, Runciman WB, Levings B. Incidents during out-of-hospital patient transportation. *Anaesth Intensive Care*, 2006; 34(2): 228-236. doi: 10.1177/0310057X0603400216
4. Intensive care society. Guidance of the transfer off critically ill adult. The Faculty of Intensive Care Medicine; 2019. https://www.ics.ac.uk/Society/Policy_and_Communications/Articles/Transfer_of_the_Critically_Ill_Adult_
5. Collège des médecins du Québec (CMQ). Le transfert interétablissements : prise en charge et sécurité des patients. 2020. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-08-25-fr-transfert-interetablissements-prise-en-charge-et-securite-des-patients.pdf>
6. Warren Jonathan J. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care*. 2004;32(1):256-62. doi: 10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A
7. Droogh JM, Smit M, Absalom AR, Ligtenberg JJ, Zijlstra JG. Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Crit care*. 2015; 19(1): 62. doi: 10.1186/s13054-015-0749-4
8. Kiss T, Bölke A, Spieth PM. Interhospital transfer of critically ill patients. *Minerva Anesthesiol*. 2017; 83(10): 1101-1108. doi: 10.23736/S0375-9393.17.11857-2
9. Wiegiersma JS, Droogh JM, Zijlstra JG, Fokkema J, Ligtenberg JJ. Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Crit Care*. 2011;15(1): R75. doi: 10.1186/cc10064
10. Air and surface transport nurses association (ASTNA). Standards for Critical Care and Specialty Transport, 2^e éd. 2019.
11. Branson RD, Rodriguez Jr. D. Monitoring during transport. *Respir Care*. 2020; 65(6): 882-893. doi: 10.4187/respcare.07796
12. Williams P, Karuppiyah S, Greentree K, Darvall J. A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Aust Crit Care*. 2019; 33(1): 20-24. doi:10.1016/j.aucc.2019.02.004

Votre santé financière nous tient à cœur



**Nous sommes une institution
financière exclusive aux
professionnels de la santé**

Par notre engagement, notre connaissance fine de votre milieu et notre expertise, nous vous offrons un accompagnement personnalisé et adapté à vos besoins.

www.caissesante.ca





William Tessier, inf., M. Sc.
Porte-parole de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (AASIQ)

Discussion avec William Tessier **Porte-parole de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec**

par **Gabriela Peguero-Rodriguez** et **Alexandra Lapierre**

Les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence* se sont entretenues avec le porte-parole de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (AASIQ), M. William Tessier, un infirmier de la relève engagé. Les rédactrices ont le plaisir de vous présenter le fruit de leur conversation.

Tout d'abord, pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (AASIQ)? L'Alliance a été formée en janvier 2022 et rassemble plus d'une vingtaine de parties prenantes, notamment d'experts du domaine de la santé et de plusieurs associations professionnelles d'infirmières, dont l'AIUQ. D'autres associations en font également partie, telles que l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII), le regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ) et l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQISM). L'Alliance est née de l'importante mobilisation de la profession infirmière lors des États généraux de la profession en 2021. L'Alliance adopte une posture de collaboration avec un ensemble d'acteurs ayant le système de santé à cœur afin de faire connaître la vision des infirmières québécoises dans une volonté de préparer le futur de la profession. Essentiellement, l'Alliance désire proposer des actions concrètes pour renforcer les soins infirmiers de façon à répondre aux besoins croissants de la clientèle et du réseau.

Quels sont les objectifs de l'Alliance?

Le principal objectif de l'Alliance est de renforcer les soins infirmiers et de préparer adéquatement les prochaines générations d'infirmières aux besoins de la population et du réseau de la santé. D'une part, il est

évident que la pandémie de la COVID-19 a mis en lumière l'importance de la profession infirmière pour assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population québécoise. Au cours des derniers mois, l'Alliance a pris le recul nécessaire pour évaluer les moyens à notre portée pour répondre aux nombreux besoins en santé de la population. L'Alliance considère que l'expertise infirmière est la pierre angulaire d'une réforme éclairée en santé. Pour cette raison, au cours de la prochaine année, l'Alliance se penchera sur les trois thèmes suivants : la formation infirmière, le soutien clinique et l'organisation des soins. Ces trois éléments sont considérés comme étant des leviers pour l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.

Quel est votre rôle à titre de porte-parole de l'Alliance?

Les objectifs de l'Alliance me tiennent à cœur depuis le tout début de ma pratique infirmière. À titre de porte-parole, l'objectif est de donner une voix publique à l'Alliance afin de prendre position pour optimiser le recours à l'expertise infirmière. En communiquant de manière claire les enjeux de la profession infirmière, nous serons en mesure de sensibiliser les décideurs sur l'importance de l'expertise infirmière afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour la population québécoise.

En quoi consiste la transition que vous souhaitez pour la formation infirmière?

Actuellement, l'Alliance constate une incongruence en lien avec la formation des infirmières. Comme vous le savez, il y a actuellement deux niveaux de scolarité acceptés au Québec menant au titre d'infirmière, soit le DEC en soins infirmiers et le baccalauréat en sciences infirmières. Face aux besoins croissants et complexes des soins et afin de préparer adéquatement les futures générations d'infirmières, l'Alliance est d'avis que le baccalauréat devrait être l'unique norme d'entrée à la profession infirmière.

Il y a un écart d'environ 2500 heures de formation entre les infirmières techniciennes qui pratiquent au Québec et les infirmières qui pratiquent ailleurs au Canada. En fait, la formation collégiale québécoise compte moins de 3000 heures de formation alors que la formation ailleurs au Canada compte plus de 5000 heures de formation. Considérant l'évolution de la médecine moderne, la complexification des soins et l'évolution du rôle des infirmières, il est essentiel que celle-ci soit formée pour intervenir dans différents contextes de soins. À cet effet, le parcours universitaire vient compléter la formation collégiale en favorisant l'acquisition de connaissances comme en soins critiques et en soins communautaires, par exemple.



Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec

Le logo de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec.

Par ailleurs, sachant que les prochaines années seront marquées par plusieurs départs à la retraite de notre expertise infirmière, l'Alliance considère qu'il est primordial de miser sur la formation des nouvelles infirmières et l'accompagnement de celles-ci lors de leur première année de pratique. Plus spécifiquement, on souhaite offrir un arrimage optimal entre les apprentissages théoriques et les milieux de pratique afin de faciliter la transition des infirmières nouvellement diplômées qui débutent leur carrière dans les milieux cliniques.

Quels sont les défis de l'Alliance pour la prochaine année?

L'Alliance est consciente des craintes que peuvent partager les infirmières quant au rehaussement de la formation initiale. Évidemment, il n'est pas question de retourner les infirmières déjà diplômées sur les bancs d'école. Notre défi principal sera donc de travailler en collaboration avec la Fédération des cégeps afin de rehausser la norme d'entrée dans la pratique. On croit fermement que la technique en soins infirmiers est importante. Cependant, afin de répondre aux besoins changeants de la population québécoise, nous croyons que la technique en soins infirmiers doit faire partie intégrante d'un cursus avec les universités. Donc, que ce soit via la technique en soins infirmiers ou un programme pré-universitaire, le droit d'exercice serait uniquement octroyé suite à l'obtention du baccalauréat. L'Alliance estime que la formation universitaire permettrait, entre autres, de mieux outiller les infirmières nouvellement diplômées qui débutent leur carrière dans des milieux cliniques exclus de la technique en soins infirmiers, comme les milieux de soins critiques et les soins communautaires. Enfin, l'Alliance considère que le rehaussement de la formation initiale permettra également une revalorisation de la profession où le leadership infirmier sera mis en valeur et où l'accent sera mis sur la pensée critique et l'approche scientifique.

Est-ce qu'il n'y a pas un risque d'aggraver la pénurie de main-d'œuvre si la norme d'entrée à la profession infirmière est rehaussée au niveau du baccalauréat?

Il est pertinent de regarder l'impact du rehaussement de la norme d'entrée à la profession pour l'Ontario et la Colombie-Britannique. Depuis le rehaussement des exigences de formation au milieu des années 2000, le taux de croissance du nombre de diplômés n'a pas cessé d'augmenter et dépasse largement celui du Québec. Donc, on croit qu'il faut s'appuyer sur les expériences de rehaussement des autres provinces canadiennes. D'ailleurs, le même phénomène s'est produit en Suisse romande lors du rehaussement de la formation infirmière. Ils ont vu le nombre d'étudiants augmenter de manière significative dans les programmes de sciences infirmières.

Bien évidemment, plusieurs facteurs clés ont été identifiés pour faciliter ce changement. Premièrement, on croit que la collaboration doit être optimale entre les universités et les cégeps. Ceux-ci devront réviser leurs parcours de formation et les adapter pour assurer leur cohérence. Deuxièmement, la transition devra se faire sur plusieurs années. Il s'agit d'un changement majeur qui doit être pris au sérieux. Troisièmement, l'obtention d'un titre d'emploi temporaire après la technique en soins infirmiers permettrait à la personne de travailler durant son baccalauréat et de contribuer de manière significative au réseau de la santé. Finalement, une clause de droits acquis pour les infirmières techniciennes qui pratiquent déjà dans le réseau sera essentielle pour reconnaître leur contribution et ne pas créer une pénurie de main-d'œuvre.

Pour terminer, quelles seront les prochaines démarches de l'Alliance?

Au cours des prochains mois, grâce à la participation de plusieurs acteurs clés, nous ferons connaître aux différentes parties prenantes de la santé, notre vision concernant le recours à l'expertise infirmière. Nous continuerons de collaborer sur plusieurs dossiers dont : 1) le rehaussement de la norme d'entrée à la profession, 2) la consolidation des connaissances lors de la première année de pratique grâce au soutien clinique et 3) l'organisation des soins pour améliorer l'accès aux soins de santé.

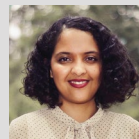
Pour ceux et celles qui désirent en savoir plus sur les travaux de l'Alliance, est-ce qu'il y a un endroit où on peut suivre vos activités?

L'Alliance compte augmenter sa présence médiatique au cours des prochains mois. Nous communiquerons continuellement l'avancement de nos travaux via notre page Facebook (<https://www.facebook.com/AllianceSoinsQc>) et notre compte Twitter (<https://twitter.com/AllianceSoinsQc>)

Pour terminer, si le sujet vous intéresse et que vous désirez en apprendre davantage, M. William Tessier vous suggère la lecture suivante :

Ducharme F, Salois R. Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : un changement porteur d'avenir. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021. 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf> ➔

LES AUTEURES



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

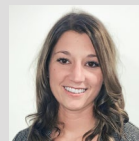
Candidate au doctorat

École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Professeure adjointe

Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO)

gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca



Alexandra Lapierre

inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Candidate au doctorat

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

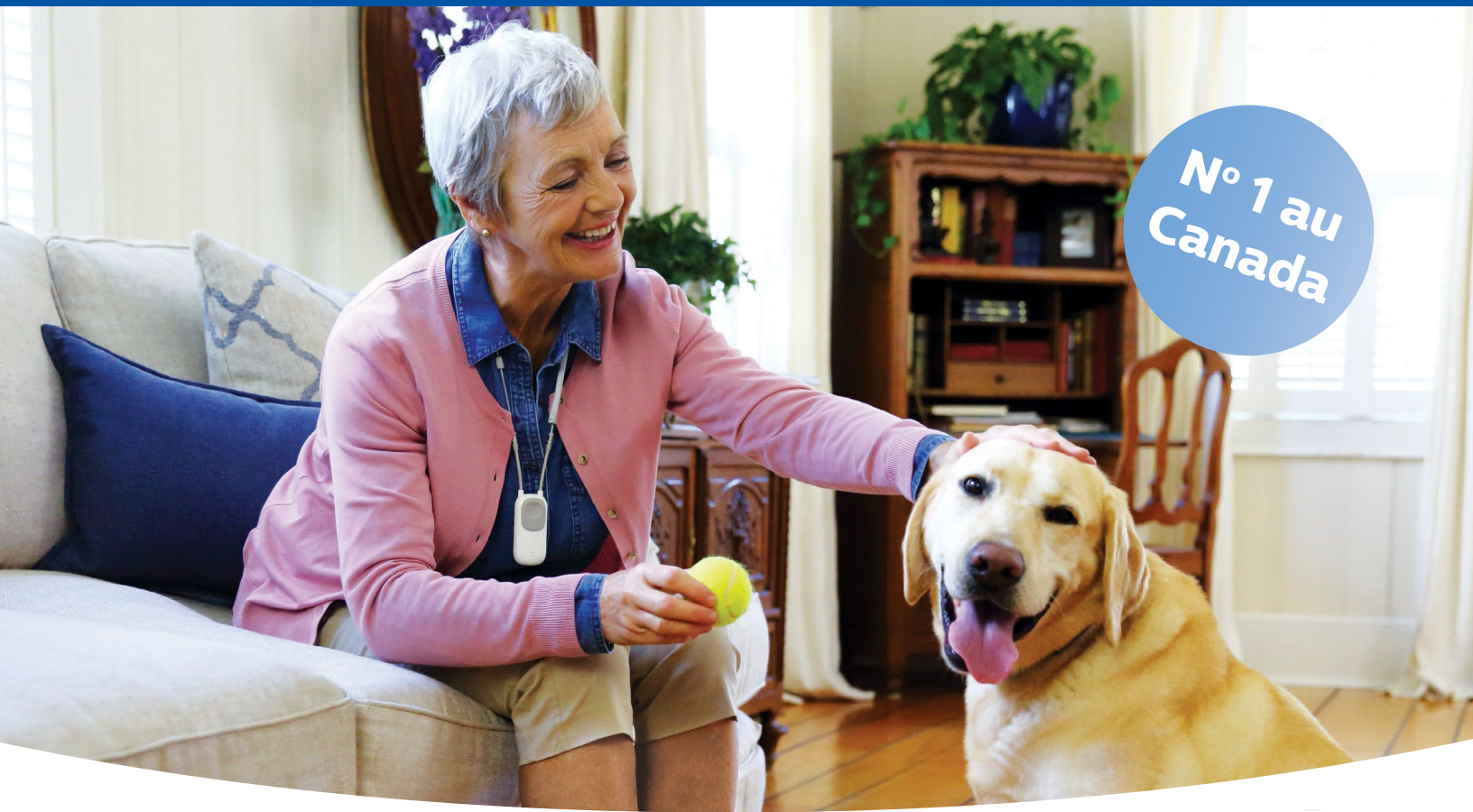
SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Il est à noter que l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ) est membre de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (AASIQ). De plus, Gabriela Peguero-Rodriguez et Alexandra Lapierre sont les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*.

La tranquillité d'esprit pour vos patients



N° 1 au
Canada

Faites confiance au chef de file en matière de services d'alerte médicale au Canada. Lifeline avec AutoAlerte permet aux aînés d'accéder rapidement et facilement à l'aide en cas d'urgence en appuyant simplement sur un bouton ou même automatiquement.

ESSAI GRATUIT D'UN MOIS incluant l'installation SANS FRAIS. Indiquez le code X1335.

1 800 LIFELINE (1 800 543-3546)

www.lifeline.ca

Offre valable uniquement auprès des programmes locaux participants et pour les nouvelles activations. L'offre ne peut pas être combinée à une autre offre. Certaines restrictions s'appliquent.



Lifeline



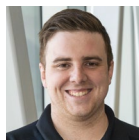
L'insertion d'accès veineux périphériques sous échoguidance à l'urgence : une pratique infirmière innovante!

par **Mirelle Gagnon-Gervais**

ENTREVUE



Julie St-Cyr Bourque
MD
Centre hospitalier
de l'Université
de Montréal



Alexandre Arsenault
inf., B.Sc.
Centre hospitalier
de l'Université
de Montréal

Presque toutes les personnes qui se présentent à l'urgence nécessitent à un moment ou un autre une prise de sang ou l'installation d'un accès veineux périphérique pour permettre un test diagnostique ou un traitement. Cette technique fort simple peut parfois s'avérer désagréable et souffrante pour les personnes difficiles à piquer, comme les personnes en état de choc, sous hémodialyse, utilisatrices de drogues injectables ou vivant avec une maladie chronique. Lorsqu'il est difficile d'installer un accès veineux rapidement, cela peut nuire à la prise en charge et compromettre le traitement, en plus d'occasionner une perte de temps et un inconfort pour le personnel infirmier qui doit piquer à plusieurs reprises la personne. Pour remédier à la situation, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a mis au point un programme de formation sur l'insertion d'accès veineux périphériques sous échoguidance pour les infirmières de l'urgence. Nous vous présentons ainsi une entrevue avec la D^{re} Julie St-Cyr Bourque (D^{re} J.S.-C.B) et l'infirmier clinicien Alexandre Arsenault (A.A.) qui sont tous les deux responsables du projet.

Pourriez-vous nous en dire plus sur l'origine du programme d'échoguidance au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)?

D^{re} J.S.-C.B. : J'ai eu l'idée d'instaurer ce projet au CHUM après mon fellowship en échographie en 2015. Je savais que c'était déjà fait ailleurs et que ce serait très bénéfique pour notre clientèle de plus en plus difficile à piquer. C'était également un besoin qui était verbalisé par l'équipe. Avec le déménagement du nouveau CHUM, nous avons attendu que toute l'équipe soit bien établie avant de commencer la formation. Nous aurions pu recourir à des formations externes pour nos infirmières, mais nous préférons faire une formation dite « maison » pour aider à la cohésion de la nouvelle équipe du nouveau CHUM. À ce moment, les modules de formation théoriques disponibles étaient seulement en anglais, donc nous avons dû créer notre propre formation en français pour le personnel du CHUM. À partir de 2018, nous avons fait des réunions avec le conseiller en soins spécialisés et la conseillère en soins infirmiers de l'urgence pour conceptualiser le projet. Ainsi, à partir de 2019, nous avons pu former notre premier groupe de 12 infirmières.

Quels sont les objectifs de la formation d'échoguidance ?

A.A. : Avec l'échoguidance, on veut offrir un outil de plus aux infirmières lorsqu'elles ont un patient difficile à piquer et ainsi renforcer leur autonomie. On désire aussi minimiser la souffrance des patients en plus de diminuer les délais de diagnostic et de traitement. Tout cela dans le but d'améliorer les soins pour qu'ils soient plus optimaux pour les patients.

D^{re} J.S.-C.B. : Un des buts était également de renforcer le lien d'équipe entre les médecins et les infirmières et diminuer la hiérarchie. Nous trouvons important de ramener la tâche des accès veineux à nos expertes du terrain, les infirmières.

En quoi consiste exactement le programme d'échoguidance du CHUM ?

D^{re} J.S.-C.B. : Les participants doivent assister à une demi-journée de théorie sur les bases de l'échographie, l'appareil ainsi que la technique de pose d'accès veineux sous échoguidance. Avec la pandémie, nous avons récemment enregistré la formation pour permettre aux participants d'y avoir accès en ligne à leur domicile. Elle est séparée en sept modules pour faciliter la rétention de l'information. Par la suite, il y a un volet pratique à l'académie du CHUM; les participants se pratiquent avec l'appareil d'échographie ainsi que des pilons de poulet ou de dindon avec des drains de latex (Penrose) insérés pour recréer des vaisseaux sanguins. Nous utilisons aussi des modèles commerciaux pour l'insertion des accès veineux. Ensuite, ils se pratiquent entre eux avec supervision. Dans un deuxième temps, les participants sont libérés avec un formateur pour compléter la pose de cinq accès veineux sous supervision sur des patients de l'urgence. Au départ, il n'y avait qu'un volet pratique. Nous avons constaté que c'était plus optimal d'avoir deux volets pratiques distincts pour permettre une meilleure compréhension de la technique. Nous avons deux cohortes par année (à l'automne et au printemps) avec en moyenne 12 participants par cohorte. En raison de la pandémie, nous avons séparé la cohorte en deux groupes de six participants.

A.A. : Les participants doivent réussir la pose d'au moins cinq accès intraveineux avant d'avoir l'approbation pour appliquer la technique seuls. Il se peut que certaines personnes aient besoin de plus de temps de supervision et de pratique; nous nous ajustons selon les cas. Les infirmières formées peuvent être appelées à aider leurs collègues pour la pose d'accès veineux difficiles pendant leur quart de travail. Pour ce faire, l'infirmière doit respecter certains critères. Par exemple, le patient doit être connu pour avoir déjà eu un PICC line ou un accès veineux échoguidé ou au moins trois tentatives infructueuses de pose d'accès veineux par deux infirmières expertes différentes. Cela évite de déranger inutilement les infirmières formées en échoguidance. Les infirmières qui pratiquent fréquemment l'insertion d'accès veineux par échoguidance peuvent devenir à leur tour superviseurs pour la cohorte suivante.

Quels sont les critères d'admissibilité pour participer à cette formation ?

A.A. : La participation à la formation est volontaire, mais les infirmières doivent respecter des critères précis. On demande que l'infirmière ait au moins deux ans d'expérience, qu'elle ait un poste à l'urgence avec un minimum de sept jours de travail par deux semaines et qu'elle soit reconnue par ses pairs comme étant une « bonne piqueuse ». Nous avons deux cohortes par année; le nombre étant limité, l'infirmier-chef de l'urgence doit évaluer les candidatures et les choisir au hasard selon une distribution égale dans les trois quarts et les fins de semaine de travail.

D^{re} J.S.-C.B. : On demande que les participants acceptent les différentes étapes de la formation et on encourage fortement qu'ils soient à l'aise de se faire piquer par leur collègue, puisque cela fait partie de la pratique. Avant de débiter, on s'assure que les participants comprennent l'engagement que cette formation comporte et ils doivent signer un consentement.

D'ailleurs, au niveau de l'engagement, comment cela fonctionne-t-il ?

A.A. : Les participants doivent compléter toutes les étapes de la formation théorique et pratique avant de pouvoir poser des accès sous échoguidance sans supervision. On demande que les infirmières maintiennent leurs compétences par la pose d'au moins quatre accès par année. C'est le nombre minimal recommandé dans les écrits. Les participants s'engagent à aider leurs collègues lorsqu'ils leur demandent de poser un accès sous échoguidance.

Quels sont les avantages observés de ce programme d'échoguidance ?

D^{re} J.S.-C.B. : On remarque beaucoup moins de délais pour les traitements intraveineux et les prises de sang. Lorsque nous n'avons pas d'accès veineux périphérique, un accès dit « alternatif » n'est pas toujours rapide à avoir, et ce n'est pas banal comme intervention. Par exemple, la pose d'un accès central invasif n'est pas nécessaire pour un patient ne nécessitant que des prises de sang et un accès pour un scan. De plus, l'esprit d'équipe et l'entraide est renforcé avec l'échoguidance. Les infirmières et les médecins se sentent moins démunies face à un patient difficile à piquer.

A.A. : Les infirmières sont très soulagées d'avoir des collègues pouvant les aider et de ne pas perdre de temps en torturant leur patient. Elles se sentent ainsi plus autonomes dans leur rôle. Les patients nous mentionnent que la procédure est peu douloureuse et efficace. De plus, avec des accès veineux de plus grand calibre bien positionnés, cela permet d'offrir des traitements intraveineux optimaux, comme lors de l'administration d'un bolus rapide.

Quels sont les défis d'implantation de ce programme ?

D^{re} J.S.-C.B. : Pour moi, un défi de la mise en place de la formation a été de me mettre au niveau des participants qui n'avaient jamais touché à un appareil d'échographie. De plus, la technique de pose d'accès veineux sous échoguidance est complètement différente de la technique habituelle. Cela présente un défi pour les infirmières habituées à une façon, d'où l'importance d'offrir plusieurs pratiques. Comme c'est le cas pour plusieurs formations, gérer l'horaire et libérer les professionnels ainsi que toute l'organisation derrière la formation n'est pas une tâche facile et prend du temps. La rétention du personnel est également un grand défi; on doit reformer souvent pour avoir un bassin d'infirmières pouvant utiliser l'échoguidance. Finalement, cette formation est impossible à mener si le centre n'y accorde pas un budget ainsi que le matériel nécessaire, dont évidemment un appareil d'échographie adéquat.

A.A. : Cela peut être un défi pour une infirmière formée en échoguidance de se libérer de ses tâches pour aider une collègue. On encourage le principe d'échange de services pour aider les infirmières à se libérer. De plus, certaines infirmières qui ne pratiquent pas assez souvent la technique rapportent se sentir moins confiantes à poser des accès avec l'échoguidance. Utiliser un appareil d'échographie est aussi un défi en soi, surtout que nous n'avons pas l'habitude de l'utiliser dans notre travail au quotidien.

Quelles sont les initiatives futures pour le projet d'échoguidance au CHUM ?

D^{re} J.S.-C.B. : Depuis l'implantation de la formation, nous avons pu l'offrir à quelques infirmières d'autres départements. Cependant, nous aimerions élargir l'accès à l'insertion d'accès veineux périphériques sous échoguidance à plus de départements; il serait intéressant que cette option soit offerte dans toutes les unités au CHUM. De plus, dans le futur, nous voulons que la formation soit chapeauté par les infirmières formatrices en collaboration avec les médecins. Nous travaillons également pour que la formation soit accréditée.

A.A. : À plus long terme, nous aimerions que toutes les infirmières formées à la salle de réanimation suivent également la formation d'échoguidance. Cela permettrait d'avoir un grand nombre d'infirmières habilitées pour la technique. De plus, il serait intéressant que nous ayons un appareil d'échographie à l'urgence dédié à la pose d'accès veineux sous échoguidance.

Quels conseils donneriez-vous à d'autres équipes d'urgence qui aimeraient implanter une formation semblable ?

D^{re} J.S.-C.B. : Encore une fois, la planification d'un budget pour la formation dès le départ est primordiale ! Ensuite, il est important d'avoir la collaboration de toute l'équipe : la conseillère en soins infirmiers, la conseillère en soins spécialisés et l'infirmière-chef pour faciliter l'organisation de la formation. Une personne de l'équipe doit coordonner le tout pour s'assurer que le programme est mis à l'horaire et que le personnel est bien libéré. Je conseille d'avoir des équipements adéquats et en nombre suffisant dans leur urgence. De plus, il pourrait être judicieux de contacter d'autres centres qui offrent déjà une formation pour permettre un partage de connaissances. D'ailleurs, il me ferait plaisir de partager ma formation et aider d'autres équipes.

A.A. : Je conseille d'intégrer les infirmières du milieu dans la formation, de les faire participer pour avoir plus de personnes pouvant superviser et valoriser l'échoguidance. Les nouvelles apprenantes ont besoin d'un soutien adéquat ainsi que du temps pour bien maîtriser la technique. En ce sens, il serait utile de prévoir une personne-ressource au sein de l'équipe pour aider au maintien des acquis et à la supervision. Dans l'équipe, il est important d'avoir des critères précis pour solliciter les infirmières formées au bon moment. Le volet pratique est primordial, encore mieux lorsqu'il est fait en décalage avec deux périodes distinctes de pratique.

Pour terminer cette entrevue, nous avons également demandé l'avis d'un participant à la formation d'échoguidance qui utilise fréquemment cette technique dans son travail. Voici ce qu'il avait à nous dire :

Comment la formation d'échoguidance influence-t-elle votre travail au quotidien et quels sont ses bénéfices ?

Participant : Les bénéfices d'utiliser cette technique sont nombreux. Elle permet, tout d'abord, d'augmenter la satisfaction du patient ayant un faible capital veineux, puisque moins d'essais sont nécessaires pour réussir l'insertion d'un cathéter intraveineux. En salle d'urgence, elle permet d'accélérer le diagnostic et de débiter les traitements de certains patients pour lesquels l'insertion d'un accès veineux selon la technique usuelle est impossible.

Est-ce que vous recommandez cette formation ? Si oui, pour quelles raisons ?

Participant : Sans hésiter, je recommande fortement cette formation à tous ceux et celles qui en auraient l'intérêt, d'autant plus qu'elle est applicable au quotidien dans la pratique professionnelle. Cette formation répond définitivement à un besoin chez les soignants, particulièrement ceux qui sont confrontés à des patients « difficiles à piquer ». Cela ajoute une habileté technique supplémentaire aux nombreuses compétences des infirmières, permettant une plus grande autonomie professionnelle. 🍌

Si le sujet vous intéresse et que vous désirez en apprendre davantage, la D^{re} Julie St-Cyr Bourque vous suggère les lectures suivantes :

- Bahl A, Hijazi M, Chen N-W, Lachapelle-Clavette L, Price J. Ultralong versus standard long peripheral intravenous catheters. *Ann Emerg Med.* 2020 Aug;76(2): 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.11.013>
- Panebianco NL, Fredette JM, Szyld D, Sagalyn EB, Pines JM, Dean AJ. What you see (sonographically) is what you get: vein and patient characteristics associated with successful ultrasound-guided peripheral intravenous placement in patients with difficult access. *Acad Emerg Med.* 2009 Dec;16(12):1298-1303. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00520.x>
- Schoenfeld E, Shokoohi H, Boniface K. Ultrasound-guided peripheral intravenous access in the emergency department. *West J Emerg Med.* 2011 Nov;12(4):475-477. <https://doi.org/10.5811/2Fwestjem.2011.3.1920>
- Joing S, Strote S, Caroon L, et al. Videos in clinical medicine. Ultrasound-guided peripheral i.v. placement. *N Engl J Med.* 2012;366(25):e38. <https://doi.org/10.1056/nejmvcm1005951>
- Ault MJ, Tanabe R, Rosen B.T. Peripheral intravenous access using ultrasound guidance: defining the learning curve. *JAVA.* 2015; 20(1): 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.java.2014.10.012>
- Stolz L.A, Cappa A.R, Minckler M.R, Stolz U, Wyatt R.G, Binger C.W, Amini R, Adhikari S. Prospective evaluation of the learning curve for ultrasound-guided peripheral intravenous catheter placement. *J Vasc Access.* 2016; 17(4): 66-370. <https://doi.org/10.5301/jva.5000574>
- Academic life in emergency medicine: <https://www.aliem.com/diy-ultrasound-model-procedure-vascular-access/>

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer directement avec la D^{re} St-Cyr Bourque, Alexandre Arsenault ou Jonathan Baker, nouvellement responsable de la coordination de la formation d'échoguidance à l'urgence du CHUM, aux adresses courriels suivantes :

julie.st-cyr.bourque.med@ssss.gouv.qc.ca
alexandre.arsenault.chum@ssss.gouv.qc.ca
jonathan.baker.chum@ssss.gouv.qc.ca

L'AUTEURE



Mirelle Gagnon-Gervais

inf., B.Sc.
Infirmière clinicienne
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
mirelle.gagnon-gervais.chum@ssss.gouv.qc.ca

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner que Mirelle Gagnon-Gervais travaille au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et fait partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*.



DIRECTION DES SERVICES D'URGENCE ET DE LA FLUIDITÉ

Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée :

une solution pour notre système de santé québécois

par **Audrey-Anne Brousseau, Véronic Poulin, Élyse Berger-Pelletier, Andrée-Ann Aubut, Catherine Pageau** et **Maryse Grégoire**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté et collaboré avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et son département de médecine d'urgence pour la création du cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Ce guide se veut un outil clinique qui permet d'entreprendre les changements nécessaires et pour répondre aux besoins du personnel soignant afin de guider les services d'urgence à être plus sécuritaires et plus performants pour la population aînée. Il s'adresse aux infirmières, aux gestionnaires, aux chefs médicaux et aux différents professionnels des services d'urgence. Il a été créé par un groupe d'auteurs ayant une formation spécialisée en médecine d'urgence gériatrique. Ce cadre de référence se base sur les données probantes actuellement disponibles et a été révisé par des dizaines d'experts en la matière.

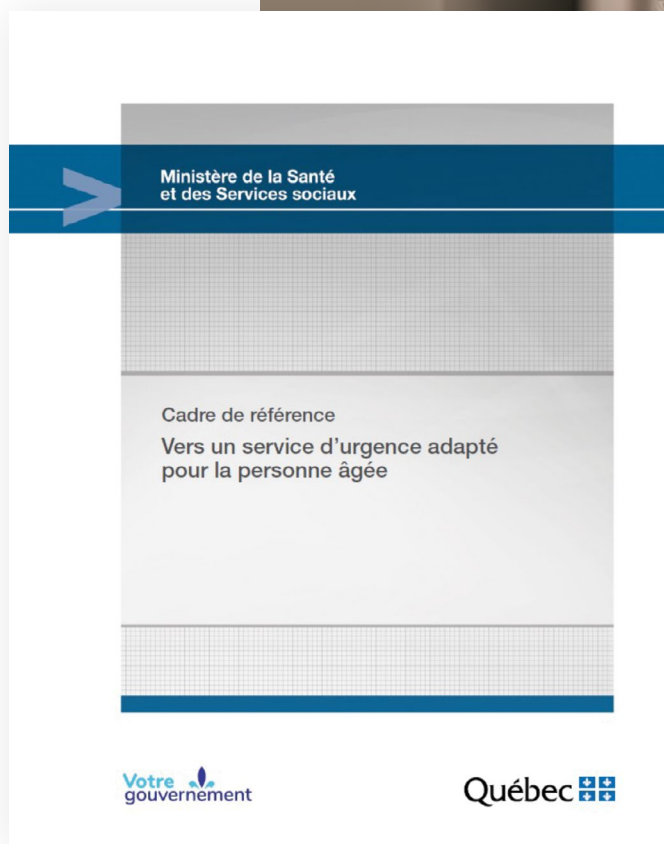
CAPSULE CLINIQUE

Un samedi après-midi, M. Chabot, un homme de 92 ans qui demeure dans une résidence pour personnes âgées dans la section autonome, subit une chute de sa hauteur. Il est incapable de se relever seul et se plaint d'une douleur au genou droit. Le préposé aux bénéficiaires de la résidence pour personnes âgées n'a d'autre choix que d'appeler l'ambulance. M. Chabot est ainsi transporté vers un service d'urgence (SU). À son arrivée au triage, on lui accorde un niveau de priorité 4. L'infirmière qui a peu d'information sur l'histoire de M. Chabot l'évalue sommairement et l'installe sur une civière. Par la suite, celui-ci demeure immobile sur sa civière jusqu'à l'arrivée du médecin plusieurs heures plus tard. En soirée, il présente des signes de délirium. Il sera finalement hospitalisé pendant 21 jours, et ce, après avoir passé un séjour de plus de 24 heures au SU. À son congé, n'étant plus à son même niveau d'autonomie, M. Chabot devra être relocalisé dans une autre résidence pour personnes âgées offrant des soins plus spécialisés.

Cette capsule clinique n'a pas été choisie au hasard. On retrouve ce type de cas quotidiennement dans les services d'urgence (SU) et celle-ci met en évidence plusieurs éléments problématiques de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence. Cela débute dès l'appel au 9-1-1. Le préposé aux bénéficiaires raconte l'histoire aux techniciens paramédics qui eux la rapportent à l'infirmière au triage. Un enjeu de communication est présent ici puisque plusieurs informations pertinentes peuvent être oubliées (1). De plus, l'évaluation sommaire au triage exclut souvent les problématiques liées au vieillissement ce qui peut potentiellement occasionner une priorité de triage sous-estimée (2, 3). Également, l'évaluation faite par le personnel infirmier et médical du SU est parfois sommaire, escamotant des éléments essentiels à la prise en charge de la personne âgée. Par exemple, l'évaluation des signes de fragilité qui permet à l'infirmière d'utiliser le modificateur de fragilité de l'Échelle canadienne de triage

et de gravité (ÉTG), l'obtention d'une histoire collatérale, le dépistage du délirium ainsi que l'évaluation de l'autonomie, du risque de chute et de la douleur. Enfin, il est important de s'assurer que la famille de l'aîné ait été avisée du transfert à l'hôpital, que toutes les alternatives à l'hospitalisation aient été explorées et que les interventions nécessaires aient été mises en place afin de prévenir un délirium. Ce sont tous des éléments qui sont encore trop souvent inconnus ou peu appliqués dans les SU. Pourtant, il s'agit du rôle et de la responsabilité de tout le personnel soignant d'un SU d'adapter les soins à la clientèle gériatrique. Voici pourquoi, mais surtout, voici comment.

Les changements démographiques ont modifié le portrait de la clientèle dans les SU. Les 65 ans et plus représentent maintenant 20 à 40 % des usagers et plus de 50 % des admissions à l'hôpital (4). Les personnes âgées se présentent aux SU généralement pour des problématiques



Ce cadre de référence a pour objectifs de :

- Définir les éléments pertinents et essentiels à modifier aux SU pour améliorer les soins aux personnes âgées ;
- Offrir des outils cliniques facilitant l'implantation et l'utilisation d'une philosophie de soins adaptés pour les personnes âgées au SU ;
- Améliorer l'efficacité du continuum de soins aux personnes âgées pour réduire la congestion des SU liée à un manque de fluidité du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

chroniques ou subaiguës. Ces problématiques de santé sont d'ailleurs souvent compliquées de multiples comorbidités, de la polypharmacie et d'éléments psychosociaux instables pour lesquels les SU ne sont généralement pas adaptés à prendre à charge (5). Des soins d'urgence peu adaptés à la clientèle âgée peuvent engendrer des complications tels qu'un délirium, des chutes, un syndrome d'immobilisation, de la dénutrition, de la déshydratation et des infections urinaires. Cela peut également avoir un impact sur la gestion des lits hospitaliers en raison de l'augmentation du nombre d'admissions non médicalement requises et de la prolongation des durées de séjour (6). Face à cette réalité, le SU du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, site Hôtel-Dieu, a décidé de prioriser l'orientation des soins vers des soins adaptés aux aînés. Ce projet a fait ses preuves en réduisant les admissions de 5 % (avant l'ère COVID-19). Cela a permis d'améliorer la satisfaction du personnel et plus de 80 % des usagers évalués par l'équipe interdisciplinaire (infirmière clinicienne en gériatrie, physiothérapeute, pharmacien et travailleur social) retournent à domicile avec un plan de soins individualisé (7,8). De plus, le SU du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a été la première urgence au Québec et au Canada à obtenir la mention d'urgence gériatrique accréditée de niveau argent par l'*American College of Emergency Physicians* (ACEP). À la suite du succès de ce projet, l'équipe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a été mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de rédiger le *Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*.

Le cadre de référence contient une multitude d'outils cliniques, de trucs et de conseils, de procédures, de protocoles, d'ordonnances pharmaceutiques et de feuillets d'information. Ces éléments favorisent la prise en charge des grands syndromes gériatriques tels que les chutes, le délirium, le syndrome d'immobilisation, la maltraitance, la fragilité, la douleur ou la dépression. De plus, il couvre d'autres éléments pertinents comme la formation du personnel, la mise en place d'un comité et son fonctionnement, ainsi que les indicateurs de soins utiles et leur vigie. Il permet d'offrir une vision du SU dans l'ensemble du continuum de services en mettant l'accent sur les méthodes de communication efficaces entre les acteurs clés. Ce cadre a été créé par un groupe d'auteurs ayant une formation spécialisée en médecine d'urgence gériatrique. Il se base sur les données probantes actuellement disponibles et a été révisé par des dizaines d'experts en la matière.

Ce cadre s'adresse à tous les gestionnaires et les chefs médicaux des SU du Québec, et ce, quels que soient leur volume et situation géographique. Les éléments cliniques et paracliniques peuvent être adaptés à toutes les réalités autant urbaines que rurales, lui procurant une grande polyvalence. De plus, il est simple à lire, bien construit et comprend des trucs pratiques. Une grande quantité d'annexes représentant des exemples d'outils sont également disponibles dans ce cadre de référence.

Revenons maintenant à la capsule clinique. Après avoir intégré plusieurs éléments du cadre de référence, le même cas se transformerait ainsi :

CAPSULE CLINIQUE APRÈS AVOIR INTÉGRÉ LES ÉLÉMENTS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Un samedi après-midi, M. Chabot, un homme de 92 ans qui demeure dans une résidence pour personnes âgées dans la section autonome, subit une chute de sa hauteur. Il est incapable de se relever seul et se plaint d'une douleur au genou droit. Le préposé aux bénéficiaires (PAB) de la résidence pour personnes âgées n'a d'autre choix que d'appeler l'ambulance. À l'arrivée des techniciens paramédics, le PAB remet un feuillet contenant de l'information clinique pertinente de la condition de M. Chabot. Arrivée au SU, l'infirmière au triage évalue M. Chabot en tenant compte des éléments de fragilité et accorde une cote de triage P3 en ajoutant le modificateur de fragilité de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Par la suite, l'infirmière à l'aire d'observation évalue M. Chabot en intégrant les éléments suivants : le dépistage du délirium, le repérage du statut de fragilité, le dépistage du risque de chute, l'évaluation de l'alimentation, de l'hydratation et de la continence. Elle s'assure de mettre à sa disposition les aides techniques nécessaires (marchette, canne, appareils auditifs, lunettes, dentiers, souliers) et encourage une mobilisation précoce, tout en favorisant l'accueil et l'intégration des proches aidants. Lors de la prise en charge médicale, le médecin note que M. Chabot en est à sa troisième chute en six mois. Il l'investigue donc de façon appropriée et prescrit ses médicaments usuels. Au matin, M. Chabot est évalué par un physiothérapeute et une infirmière clinicienne en gériatrie au SU. Des services de physiothérapie à domicile seront instaurés et une surveillance accrue par l'équipe de la résidence sera demandée. M. Chabot aura donc congé le matin même. Le délirium a ainsi été évité et il retourne à sa résidence.

VOUS ÊTES CURIEUX DE SAVOIR COMMENT PARVENIR À UNE MEILLEURE QUALITÉ DES SOINS GÉRIATRIQUES DANS VOTRE SU ?

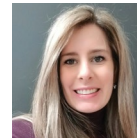
Allez consulter le **Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée** sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au <https://www.msss.gouv.qc.ca/> dans la section « publications ».

En conclusion, le SU n'est pas seulement une porte d'entrée ou un passage vers le centre hospitalier, mais constitue un plateau technique et humain complet outillé pour répondre aux besoins des personnes âgées. Une prise en charge adéquate de la personne âgée dès son arrivée aux SU peut limiter les hospitalisations non nécessaires et favoriser la liaison avec les ressources en communauté. Dans ce continuum de soins, l'infirmière d'urgence a un rôle important à jouer que ce soit dans l'accueil au triage, à l'évaluation initiale et tout au long du séjour au SU, et ce, jusqu'au départ. Il est impératif que notre société porte le tournant que sa démographie lui impose et ce cadre de référence est un outil à notre portée. Ce n'est plus une question d'adapter seulement le secteur hospitalier ou celui des SU. C'est une façon de voir la dignité de nos aînés différemment. Ce guide est une première pierre pour construire ce nouveau mur porteur de notre réseau de soins axés vers les besoins de la population âgée. 📌

LES AUTEURES



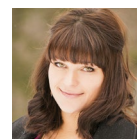
Audrey-Anne Brousseau
MD, M.Sc., FRCPC
Urgentologue
CIUSSS de l'Estrie-CHUS
audrey-anne.turcotte-brousseau.med@sss.gouv.qc.ca



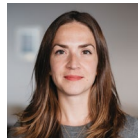
Andrée-Ann Aubut
Inf., B.Sc.
Conseillère clinique
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)



Véronic Poulin
Inf., B.Sc.
Infirmière clinicienne
Équipe de consultation en gériatrie -
secteur urgence
CIUSSS de l'Estrie-CHUS



Catherine Pageau
Inf., B.Sc.
Conseillère clinique
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)



Élyse Berger-Pelletier
MD, M.Sc., FRCPC
Directrice médicale nationale
du préhospitalier
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)



Maryse Grégoire
Inf., B.Sc., M.A.
Conseillère cadre clinicienne-urgence,
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures de cet article ont également participé à la rédaction du cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée.

RÉFÉRENCES

1. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams, A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(11): 1517-1523. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
2. Davis P, Evans DD. The Undertriage of older adults in the emergency department: A review of interventions. *Adv Emerg Nurs J*. 2021; 43(3): 178-185. doi : 10.1097/TME.0000000000000359
3. Considine J, Smith R, Hill K, Weiland T, Gannon J, Behm C, Wellington P, McCarthy S. Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australas Emerg Nurs J*. 2010; 13(3): 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.05.001>
4. McCusker J, Vadeboncoeur A, Cossette S, Veillette N, Ducharme F, Minh Vu TT, Ciampi A, Cetin-Sahin D, Belzile E. Changes in emergency department geriatric services in Quebec and correlates of these changes. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(7):1448-1454. doi : 10.1111/jgs.14818
5. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, Hwang U, John DP, Lyons WL, Platts-Mills TF, Mortensen B, Ragsdale L, Rosenberg M, Wilber S. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 2014; 21(7): 806-809. doi : 10.1111/jgs.12883
6. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(11): 1873-1876. doi : 10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x
7. Poulin V, Karahasanovic M. Données locales [Document inédit]. CIUSSS de l'Estrie-CHUS.
8. Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau A-A. Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence*. 2021; 2(2): 35-44. https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Novembre2021-RevueAIUQ_A5.pdf

Vous aussi vous voulez contribuer
à la revue *Soins d'urgence*?

Proposez un article!

Les infirmières, les infirmiers et autres professionnels de la santé détenant une expertise dans le domaine sont invités à proposer des articles portant sur les différentes dimensions de la pratique infirmière en milieu d'urgence (p.ex., les soins cardiovasculaires, les soins de traumatologie, la santé mentale). Les manuscrits soumis à la revue seront révisés par les pairs selon un processus rigoureux assurant la qualité des articles publiés.

**Pour soumettre votre article,
consultez la section
« revue Soins d'urgence »
sur aiiuq.qc.ca.**

Merci à nos généreux partenaires

PARTENAIRES ANNUELS DE L'AIIUQ

Lussier

**PERSPECTIVE
NUNAVIK**

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

Desjardins
Caisse du Réseau de la santé

PARTENAIRES DE CETTE REVUE

UNIKAN ILLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ ILLATTAVIK DE L'UNIKANA

Lifeline

NOS COLLABORATEURS



EZDrips



REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS EN SOINS INTENSIFS DU QUÉBEC



AIIUQ



DEVENIR MEMBRE DE L'AIIUQ

BEAUCOUP D'AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE!

Être membre de l'AIIUQ vous apportera plusieurs avantages professionnels ainsi qu'une mise à jour des connaissances en soins d'urgence et vous permettra de participer au développement de celles-ci.

RABAIS AVANTAGEUX

- Prix réduit sur les 20 formations annuelles de l'AIIUQ (CTAS, Toxicologie, EPICC – Fondements, EPICC – Pédiatrique, EPICC – Traumatologie, Cardiologie, CAMATA, et bien d'autres);
- Prix réduit sur le Congrès et le Symposium annuel de l'AIIUQ.

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

- Accès gratuit à la plateforme de formation en ligne en médecine d'urgence TopSI;
- Accès à des annonces spécialisées en soins d'urgence sur la section membres du site Internet;
- Accès aux bourses d'études (une bourse de 500 \$ et une bourse de 1 000 \$);
- Accès gratuit pendant un an à l'application mobile EZDrips.

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

Soutien via courriel ou téléphone pour répondre à vos questions sur les soins d'urgence.



POUR DEVENIR MEMBRE, RENDEZ-VOUS SUR: WWW.AIIUQ.QC.CA/ADHESION