

**Bibliothèque  
et Archives  
nationales**

**Québec**



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 1er octobre 2008.

Section du dépôt légal



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par  
thèmes](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[Recherche  
alphabétique](#)

## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne Un triage efficace et une prise en charge globale

[Liste de  
publications  
électroniques](#)

### Table des matières

[Position](#)

[Les services d'urgence](#) - porte d'entrée névralgique du système de santé

[Le triage](#) - un concept qui a évolué

[La contribution des infirmières](#) - pour un processus de triage efficace et de prise en charge globale des usages

- [Évaluation initiale et détermination du degré de priorité](#)
- [Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée](#)
- [Initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques](#)
- [Réévaluation de la condition des usagers en attente](#)
- [Éducation et information](#)

[Le processus de triage](#) - application dans les unités spécialisées et les services de première ligne

[Évaluation du triage](#) - une amélioration continue du processus et de la qualité des soins

[La fonction d'infirmière au triage](#) - un rôle clinique exigeant

[Références](#)

[Renseignements  
généraux](#)



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Position

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) reconnaît la nécessité de poursuivre les actions dans le but d'améliorer la qualité des services d'urgence et de première ligne afin de mieux répondre aux besoins des usagers en situation de détresse, de maladie soudaine ou d'accident.

L'OIIQ préconise l'implantation d'un système de triage dans les services d'urgence et de première ligne.

L'OIIQ considère le triage comme un processus visant avant tout la prise en charge rapide par l'équipe interdisciplinaire des usagers nécessitant des soins immédiats. L'OIIQ est d'avis que le processus de triage peut atteindre son plein potentiel lorsqu'il contribue également à diminuer le temps d'attente et la durée de séjour des cas urgents, semi-urgents et non urgents.

À cette fin, l'OIIQ prend position pour que la fonction de triage soit accomplie par une infirmière et que le triage soit instauré selon une approche globale de soins infirmiers. Une telle approche permet d'assurer la continuité et la qualité des soins et services, depuis le moment de l'entrée des usagers jusqu'à leur sortie du service :

- l'infirmière évalue la condition des usagers dès leur arrivée et détermine le degré de priorité de soins d'urgence selon une classification préétablie ;
- l'infirmière oriente les usagers nécessitant des soins immédiats vers l'aire de traitement et de soins appropriée ; elle procède à une évaluation plus approfondie de la condition des usagers ne requérant pas de soins immédiats ;
- l'infirmière initie des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon les procédures établies en fonction des problèmes de santé manifestés et des besoins identifiés ;
- dans les cas d'urgence mineure, l'infirmière assure le suivi des usagers en prodiguant les soins requis ;
- l'infirmière contribue à la promotion de la santé en dispensant l'enseignement dont les usagers ont besoin concernant leurs problèmes de santé ;
- dans les services de première ligne des centres locaux de services communautaires (CLSC), l'infirmière peut diriger les usagers vers un autre professionnel ou vers d'autres ressources du système de santé.

L'OIIQ demande que soit étudiée la possibilité pour l'infirmière au triage dans les services d'urgence des centres hospitaliers de diriger les usagers vers une autre ressource ou de décider de leur donner congé sans avoir vu un médecin ; l'OIIQ souhaite que la réglementation soit reconsidérée afin qu'elle concorde mieux aux orientations de la réforme du système de santé sur le plan du virage ambulatoire et de l'amélioration des services de première ligne.

L'OIIQ reconnaît l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans les services d'urgence et de première ligne.

L'OIIQ recommande que l'infirmière au triage ait de préférence acquis une formation universitaire de premier cycle et qu'elle possède une expérience d'au moins une à trois années en soins infirmiers médico-chirurgicaux ainsi qu'une année d'expérience dans un service d'urgence.

L'OIIQ demande que le gouvernement du Québec, à l'instar de celui de l'Ontario, soutienne les programmes de formation universitaire en sciences infirmières dans le domaine de soins infirmiers critiques et des soins infirmiers cliniques avancés.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Les services d'urgence porte d'entrée névralgique du système de santé

Les services d'urgence des centres hospitaliers sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ces services doit être flexible afin de répondre aux besoins d'un volume fluctuant d'usagers dont la condition est d'intensité et de complexité variables, et de respecter leur droit à des soins de qualité.

Cette dynamique particulière oblige les professionnels oeuvrant dans les services d'urgence à être en mesure de gérer l'imprévisible afin de donner les soins requis et, le cas échéant, de diriger les usagers vers les unités de soins du centre hospitalier ou vers les autres ressources du système de santé. De ce point de vue, les services d'urgence doivent être considérés comme un sous-système, en interaction continue avec un ensemble de variables liées à la demande de soins et de services, au fonctionnement interne du centre hospitalier ainsi qu'à son environnement.

Au Québec, les services d'urgence des centres hospitaliers éprouvent des difficultés à assurer l'accessibilité aux soins et services requis au sein de leur établissement et des autres ressources du réseau, car la majorité d'entre eux sont aux prises avec des problèmes chroniques d'engorgement depuis le milieu des années soixante-dix (1,2).

Le phénomène d'engorgement a fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années, car une étude a clairement établi, en 1985, que les problèmes relatifs à l'organisation des services d'urgence étaient occasionnés par les difficultés liées à la durée de séjour de la clientèle sur civières (3). Pour contrer ce problème, plusieurs études ont été réalisées, et différentes mesures correctives ont été instaurées. En outre, les pistes de solutions étudiées sont nombreuses : l'amélioration des modes de fonctionnement du centre hospitalier ; la présence d'un médecin coordonnateur et d'urgentologues ; la détermination de la priorité des usagers de la salle d'urgence dans la politique d'admission ; l'utilisation d'un système d'information ; la révision du mode de rémunération des médecins ; la bonification des services offerts aux personnes âgées et aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ; l'amélioration des modalités de collaboration et de complémentarité entre les établissements du réseau ; le développement de services ambulatoires ; l'accessibilité plus grande aux services offerts en CLSC ; et l'implantation d'un système de triage (4-6).

Des études récentes ont cependant démontré que l'état de la situation dans les services d'urgence demeure un élément névralgique du système de santé, car les difficultés relatives à la gestion des cas les plus lourds et à la durée de séjour y sont encore très présentes (7-9). Une étude portant plus particulièrement sur l'augmentation du volume d'utilisation des services d'urgence révèle que ce phénomène demeure important, étant donné que 64 à 70 p. cent des visites effectuées aux services d'urgence ne sont pas appropriées (10), ce qui entraîne des répercussions sur l'achalandage global, sur les délais d'attente en salle d'urgence et sur toutes les étapes du processus d'utilisation des services du centre. En ce qui a trait aux usagers, 69 p. cent d'entre eux se déclarent plutôt insatisfaits ou très insatisfaits du temps d'attente dans les salles d'urgence, et plus de 45 p. cent considèrent qu'il y a eu une détérioration des services (11).

Dans un contexte où tous les professionnels sont fortement incités à rechercher des mesures d'amélioration des pratiques et des modes d'organisation pour donner des soins de qualité à des coûts moindres (12), l'OIIQ estime qu'il faut poursuivre les actions visant à améliorer l'efficacité des services d'urgence afin d'y réduire l'engorgement. En amont du phénomène d'engorgement, des mesures doivent également être mises en place afin de diminuer l'encombrement des salles d'attente et de favoriser une meilleure utilisation des services d'urgence et des autres ressources du réseau.

L'OIIQ est d'avis que les infirmières sont à même de contribuer de façon significative à l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins offerts aux usagers, par l'instauration d'un triage efficace et une meilleure prise en charge des usagers à leur arrivée et au cours de leur suivi à toutes les étapes d'utilisation des services d'urgence et des autres services du centre hospitalier. Cette perspective systématique et globale vise à assurer un meilleur service à la clientèle, une distribution plus efficace des ressources, une collaboration optimale entre les infirmières, les médecins et les autres professionnels, une amélioration continue de la qualité des soins ainsi qu'une diminution des délais d'attente, de la durée de séjour et des coûts.





## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Le triage un concept qui a évolué

La fonction de triage a été créée dans les services d'urgence à la suite de la remise en question des approches traditionnelles face à l'augmentation du nombre d'usagers ne requérant pas de soins immédiats et à la nécessité de distinguer ces cas des usagers présentant des conditions menaçantes pour leur vie et, ainsi, empêcher la détérioration de leur état.

Au départ, le triage a donc consisté essentiellement à déceler les cas urgents. Il était alors effectué par des non-professionnels qui, tout en procédant à l'inscription des usagers, estimaient l'urgence de leur condition. Dès 1964, on a constaté qu'il s'avérait absolument nécessaire que la gravité de la condition des usagers soit évaluée par une infirmière afin que les cas les plus urgents soient vus en priorité (13).

Par la suite, comme ce type de triage ne permettait pas de réduire de façon significative les délais d'attente des clientèles ne nécessitant pas des soins immédiats, le concept de triage a évolué vers la recherche d'une réponse mieux adaptée aux besoins des usagers et du système de santé (14). C'est donc de cette préoccupation qu'a émergé le «trilage avancé», un concept selon lequel le triage intègre la possibilité pour les infirmières d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon des procédures établies. Dans le but de mieux répondre aux besoins des usagers, des établissements de santé québécois ont instauré une fonction de triage avancé permettant aux infirmières d'entreprendre de telles mesures en collaboration avec les médecins et les autres professionnels concernés. Malgré les résultats favorables de cette approche et son impact sur la satisfaction de la clientèle (15-18), la position prise par la Corporation professionnelle des médecins du Québec en août 1993 (19) a eu pour effet de modérer le rythme d'implantation du triage avancé et, par conséquent, la collaboration des infirmières à cette approche.

Aux États-Unis, on a réaffirmé récemment la nécessité d'intégrer au concept de triage avancé une dimension de processus comprenant une prise en charge des usagers par des infirmières, de leur arrivée à leur départ des services d'urgence (20, 21). Plusieurs établissements américains ont implanté ce type de triage déployé par des infirmières pour contrer les problèmes liés à l'utilisation accrue des services d'urgence, à l'engorgement de ces services et aux longs délais d'attente (22). Le concept de triage a donc évolué vers une dimension de processus qui permet aux infirmières de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à la satisfaction de la clientèle en assurant un suivi du séjour des usagers au service d'urgence. Un tel triage peut atteindre son plein potentiel lorsqu'il est mis en place en étroite collaboration et en complémentarité avec les autres professionnels qui interviennent au cours du suivi des usagers.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

Recherche par  
thèmes

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

Recherche  
alphabétique

## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

Liste de  
publications  
électroniques

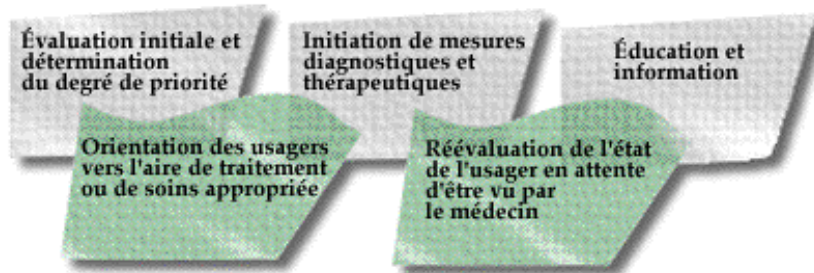
### La contribution des infirmières pour un processus de triage efficace et de prise en charge globale des usagers

Une approche globale de soins infirmiers du processus de triage et du suivi des usagers comprend les étapes suivantes :

Outils  
promotionnels

Renseignements  
généraux

- l'évaluation de la condition des usagers par l'infirmière et ce, dès leur arrivée ; la détermination du degré de gravité et d'urgence selon une classification développée en collaboration avec les médecins ;
- l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée ;
- l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques selon les procédures établies ;
- la réévaluation de la condition des usagers en attente ;
- le suivi des usagers avant leur départ, par la dispensation de l'enseignement nécessaire et de l'information relative aux autres ressources du réseau, lorsque cela s'avère nécessaire.



[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Évaluation initiale et détermination du degré de priorité

L'évaluation de la condition des usagers, dès leur arrivée et avant même leur inscription, constitue la caractéristique fondamentale d'un système de triage efficace. Cette évaluation, qui doit être relativement brève, vise à recueillir suffisamment de données pour établir la gravité de la condition des usagers et déterminer la priorité de soins en fonction de l'état de santé.

Cette évaluation initiale est importante, car elle influe sur tout le suivi du processus. L'objectif de cette évaluation n'est pas d'établir un diagnostic, mais de formuler un jugement clinique sur les besoins des usagers afin de déterminer la priorité de soins ainsi que le délai dans lequel les usagers doivent être vus par le médecin ou un autre professionnel.

L'infirmière détermine le degré de priorité de soins selon une classification élaborée en collaboration avec les médecins. Cette classification est établie en fonction du degré de gravité des symptômes et permet d'éviter les délais qui pourraient porter préjudice à l'intégrité des usagers et causer des dommages irréversibles. Il est essentiel que la classification soit adaptée à la mission et à la réalité de l'établissement, car elle doit tenir compte des besoins de la clientèle et des autres composantes du système qui influent sur le suivi des usagers, notamment les ressources professionnelles, les aires de traitement et de soins ainsi que les cliniques ou les autres ressources de l'organisation.

Cette classification peut comprendre entre trois et cinq catégories et doit être délimitée par des critères préétablis permettant aux infirmières de déterminer le degré d'urgence, l'endroit où les soins et traitements seront dispensés ainsi que le professionnel concerné.

Les éléments d'une classification pourraient, par exemple, inclure les catégories suivantes, qui ont été définies en fonction du degré de sévérité du problème, des risques de complications ou de détérioration de la condition et du moment de la réévaluation des usagers en attente :

- **Prioritaire** : Usagers dont la condition présente un risque potentiel élevé et requérant une intervention immédiate.
- **Urgent** : Usagers dont la condition présente un potentiel de détérioration et nécessitant des soins rapides ; le délai d'attente ne peut dépasser 60 minutes.
- **Semi-urgent** : Usagers dont la condition ne présente pas un potentiel de détérioration à court terme ; le délai d'attente ne peut dépasser deux heures.
- **Non urgent** : Usagers présentant une condition non aiguë ; le délai d'attente n'est pas un facteur de risque.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée

Les usagers dans un état considéré comme prioritaire sont rapidement dirigés vers l'aire de traitement appropriée, où ils sont pris en charge par l'équipe interdisciplinaire. Lorsque leur condition ne nécessite pas des soins immédiats, ils peuvent être orientés vers l'aire de traitement ou de soins pour être vus par un médecin ou pour permettre à l'infirmière au triage de procéder à une évaluation plus approfondie de leur état ainsi que de planifier et de prodiguer les soins infirmiers requis.

Comme l'objectif ultime du triage est d'assurer une évaluation des usagers dès leur arrivée, il est primordial de privilégier avant tout la disponibilité de l'infirmière au triage. Dans les services d'urgence à fort débit, une nouvelle tendance dans le domaine du triage consiste à préconiser un processus de triage en deux étapes (23). À la première étape, l'infirmière au triage accueille les usagers, évalue leur condition et leur assigne une classification. Par la suite, les usagers sont dirigés vers une autre infirmière, qui effectue une évaluation plus approfondie de leur condition.

En tout temps, cette infirmière peut modifier l'ordre de priorité en fonction des données recueillies et faire en sorte que les usagers soient vus plus rapidement par le médecin. Elle peut également planifier et dispenser les soins infirmiers requis en fonction du problème de santé et des besoins des usagers.

Les décisions relatives à l'orientation des usagers tiennent compte des besoins de ces derniers ainsi que des ressources et des facteurs qui influenceront sur leur suivi à l'urgence. L'infirmière au triage doit donc assurer la coordination des interventions en fonction des ressources disponibles et de l'organisation du service afin de réduire les délais et les risques de détérioration de l'état clinique des usagers.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques

Dans les services d'urgence et de première ligne, la gravité de la condition des usagers, la variété des cas et le nombre imprévisible d'usagers dictent la nécessité d'un travail d'équipe de la part des professionnels et exigent une ouverture vers un champ d'intervention de collaboration plus étendu (24). Cette collaboration accélère le processus de diagnostic et permet l'enchaînement des actions dans un délai plus court.

Lorsque l'infirmière au triage procède à l'évaluation de la condition des usagers, des données complémentaires sont parfois nécessaires pour confirmer le degré de priorité accordé et pour permettre au médecin d'établir plus rapidement le diagnostic et d'entreprendre des actions en fonction des résultats obtenus (25).

L'interprétation restrictive des zones de chevauchement entre les définitions de l'exercice de la profession d'infirmière et de celle de médecin risque d'altérer grandement l'essence même des soins d'urgence si elle n'est pas orientée vers la recherche d'une réponse optimale aux droits des usagers de recevoir les soins dont ils ont besoin (26, 27). De nombreuses études ont démontré que l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques par l'infirmière au triage entraîne des répercussions sur plusieurs plans, dont une diminution du temps de séjour, des délais d'attente, de l'anxiété, de l'hostilité et des risques d'agression de la part des usagers ainsi qu'une augmentation de la satisfaction de la clientèle (28-37). D'autres études ont démontré l'efficacité et la compétence de l'infirmière au triage, qui assume la responsabilité de demander des radiographies selon des critères précis (38, 39). Les résultats de ces études ont également mis en évidence la diminution des délais et, par conséquent, le soulagement plus efficace de la douleur et la diminution de l'anxiété chez les usagers. Dans le cadre de l'identification des besoins de santé des usagers, l'infirmière au triage peut donc initier de telles mesures ainsi que des mesures thérapeutiques, qui contribuent à réduire les risques de détérioration de la condition des usagers, à soulager la douleur et à leur apporter un soutien physiologique et psychologique (40).

Les mesures diagnostiques et thérapeutiques peuvent être intégrées à des procédures écrites ou à des algorithmes conçus dans le but de guider les décisions. Élaborés conjointement par les médecins et les infirmières et, le cas échéant, en collaboration avec les autres professionnels et services concernés, ces procédures et algorithmes doivent préciser les balises d'action de l'infirmière au triage et peuvent comprendre les différentes mesures diagnostiques, les soins infirmiers et les traitements.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par  
thèmes](#)

[Recherche  
alphabétique](#)

[Liste de  
publications  
électroniques](#)

[Outils  
promotionnels](#)

[Renseignements  
généraux](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Réévaluation de la condition des usagers en attente

L'infirmière au triage effectue une réévaluation systématique des usagers qui n'ont pas été vus par le médecin dans les délais prévus. Les procédures et algorithmes doivent également donner des indications sur le moment de la réévaluation de la condition des usagers. Le code de priorité, alloué au moment de la première évaluation, pourra être modifié en tout temps.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Éducation et information

Un triage efficace doit également poursuivre des objectifs visant à optimiser l'utilisation des services d'urgence. À cette fin, le suivi des usagers doit intégrer, lorsque cela est nécessaire, de l'enseignement sur leur problème de santé et sur leur médication afin de favoriser une autoprise en charge de leur santé. Des renseignements doivent aussi leur être fournis sur les autres ressources auxquelles ils peuvent s'adresser lorsque leur condition ne requiert pas des soins d'urgence, ce qui favorisera éventuellement une meilleure utilisation des ressources du système de santé.

Dans les services d'urgence des centres hospitaliers, tous les usagers sont actuellement vus par un médecin avant leur départ. La possibilité pour l'infirmière au triage d'un service d'urgence de diriger les usagers vers une autre ressource ou de décider de leur donner congé sans avoir vu un médecin comporte des réserves. Ces dernières se rattachent, d'une part, à la réglementation et, d'autre part, à son impact sur d'autres catégories de professionnels, notamment les médecins et leur mode de rémunération.

Dans le contexte actuel du «virage ambulatoire» que devront prendre les centres hospitaliers et de l'amélioration recherchée dans les services dits de première ligne, on doit envisager la possibilité pour l'infirmière au triage de donner congé aux usagers ou de les orienter vers d'autres ressources dans des situations bien précises, par exemple dans les cas d'urgence mineure où les usagers ont reçu d'une infirmière les soins, les traitements et l'enseignement requis.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Le processus de triage, application dans les unités spécialisées et les services de première ligne

Les principes d'un système efficace de triage pour les services d'urgence peuvent être adaptés aux unités spécialisées et aux services de première ligne qui concourent à la résolution de situations dans lesquelles se trouvent des personnes victimes d'un accident ou en état de détresse ou de maladie soudaine.

Dans les centres hospitaliers, certaines unités accueillant une telle clientèle peuvent adopter cette approche, notamment les unités d'obstétrique, d'ophtalmologie et de psychiatrie. Des outils de triage peuvent être conçus pour mieux répondre aux besoins particuliers de la clientèle de ces unités.

Les CLSC offrent une gamme de services de soins courants qui permettent à la population présentant des problèmes de santé de recevoir les soins requis ou d'être orientée vers des ressources offrant les services appropriés. Dans certains CLSC, l'implantation d'un système d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de consultation en soins infirmiers a été éprouvée avec succès et s'est avérée une mesure assurant une meilleure utilisation des autres ressources et un facteur de rentabilité pour l'organisation (41,42). La contribution professionnelle des infirmières peut varier selon la nature et la gravité du problème en cause. Ainsi, dans certaines situations, une infirmière peut évaluer le problème de santé, intervenir dans le cadre de sa fonction et de ses compétences, transmettre de l'information de santé, donner congé aux usagers et les orienter vers une autre ressource lorsque nécessaire. Toutefois, dans des situations nécessitant une intervention médicale, l'infirmière fait voir les usagers par un médecin du CLSC lorsqu'il y en a un sur place ou les dirige vers une clinique médicale ou vers un centre hospitalier en prenant, le cas échéant, les mesures leur assurant un transport rapide, selon les politiques et procédures établies.

Les infirmières oeuvrant en santé au travail peuvent être appelées à dispenser des soins d'urgence. Elles pourraient également se référer à un système de triage leur permettant d'intervenir auprès des travailleurs et d'appliquer les mesures d'urgence requises.

Il en est de même pour les infirmières exerçant en régions isolées, qui offrent les services de première ligne en dispensaire. Ces infirmières doivent prendre des décisions qui ont trait à l'évaluation de la condition des usagers, à leurs soins et traitements et à leur évacuation lorsqu'elle s'avère nécessaire, le tout en tenant compte des ressources disponibles, des conditions et des risques courus lors du déplacement en avion.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Évaluation du triage une amélioration continue du processus et de la qualité des soins

L'évaluation du triage doit être faite régulièrement pour assurer une amélioration continue de tout le processus. Cette évaluation comprend trois éléments : la structure, le processus et les résultats ([43-45](#)).

L'évaluation de la structure englobe l'évaluation de l'espace, de l'équipement, de l'organisation physique, du personnel (ressources et qualifications), des procédures, des protocoles, des politiques et du système de classification. Les ressources professionnelles constituent une composante majeure de cette structure, et c'est pourquoi il est important de considérer la stabilité de ce personnel, ses modes de fonctionnement et le stress auquel il est confronté.

L'évaluation du processus tient compte de tout ce qui se passe pendant le processus de triage : le temps du triage, les délais d'attente, les déplacements des usagers ainsi que le respect des procédures, des protocoles et des politiques. On procède donc à l'évaluation des étapes significatives, de la séquence des étapes et du degré d'atteinte des buts fixés pour chaque étape. Une composante importante de cette évaluation est liée au facteur temps. L'étude de ce facteur devrait déterminer le temps écoulé entre l'arrivée et la classification, entre la classification et l'orientation vers l'aire de traitement et l'évaluation par le médecin ainsi que le moment du départ du service. Les variables qui influent sur le temps de séjour à l'urgence doivent également être étudiées, comme l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques et le nombre et le type d'examen.

L'efficacité du triage est mesurée en fonction des résultats. Les facteurs suivants doivent être considérés : l'évaluation de la condition des usagers, la distribution et la pertinence des décisions de triage ainsi que la satisfaction des usagers et de la communauté. L'évaluation initiale des usagers constitue une étape critique du triage, car le reste du processus en découle. Les données versées au dossier des usagers doivent être évaluées : type et qualité des renseignements, temps requis pour faire cette évaluation. Le nombre d'usagers assignés à chaque catégorie doit également être mesuré, tout comme les tendances qui se dégagent et le nombre d'usagers qui auraient pu être dirigés vers d'autres ressources. Cette évaluation devrait de plus comporter l'étude des procédures et algorithmes, dans le but de mesurer s'ils facilitent la prise de décision ; les variables qui influent sur l'interprétation de ces décisions de classification et de référence doivent aussi être identifiées. Enfin, la mesure de la satisfaction de la clientèle constitue un indicateur significatif de l'appréciation de la qualité des soins. Il est donc essentiel de tenir compte de cet indicateur pour évaluer le degré d'atteinte des buts de triage et apporter les améliorations nécessaires.



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### La fonction d'infirmière au triage un rôle clinique exigeant

Un processus de triage conçu dans une perspective d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services d'urgence et de première ligne fait partie du champ d'exercice des infirmières et s'inspire des valeurs inhérentes à la profession d'infirmière (46).

En outre, le processus de triage est considéré comme une évolution marquante dans le domaine de la pratique de soins infirmiers.

La fonction d'infirmière au triage exige des normes élevées en ce qui a trait à la pratique, à la gestion, à la formation et à la recherche. Cette fonction constitue un rôle clé, à la fois d'accueil, de décision et d'orientation (47).

L'élément crucial du processus de triage se situe aux étapes de l'évaluation des usagers à leur arrivée et de la juste détermination du degré de priorité. L'infirmière au triage doit donc posséder un bon jugement clinique et être capable de prendre rapidement des décisions sur de nombreux problèmes de santé. Elle doit être en mesure de s'adapter facilement à des situations changeantes et manifester des habiletés organisationnelles lui permettant d'assurer une bonne gestion du processus de triage.

Malgré le caractère épisodique des soins dans les services d'urgence, la brièveté de l'intervention infirmière-usager-famille et l'atmosphère stressante imputable à la situation, l'infirmière au triage dispense des soins individualisés, efficaces, de qualité et se situant dans une perspective de promotion de la santé. L'infirmière au triage est la personne-ressource que les usagers voient à leur arrivée. Ce premier contact doit accroître la confiance qu'ils ont envers le personnel et le service (48). Des études ont démontré que la satisfaction des usagers à l'égard de la qualité des soins reçus aux services d'urgence est influencée par ce premier contact avec l'infirmière (49, 50). Celle-ci doit donc être capable d'établir rapidement de bonnes relations avec eux, leur famille et les différents intervenants et ce, même dans des circonstances stressantes.

L'infirmière au triage doit posséder une expertise clinique solide dans sa discipline pour être en mesure de soutenir dans la complémentarité le travail d'équipe. De préférence, elle doit détenir une formation universitaire de premier cycle et une expérience d'au moins une à trois années en soins infirmiers médico-chirurgicaux et un an d'expérience dans un service d'urgence.

Par ailleurs, les services d'urgence à fort débit et ayant une mission particulière - en traumatologie, par exemple - et les établissements pour clientèle ciblées (psychiatrie, pédiatrie, etc.) devraient considérer la possibilité de s'adjoindre



## Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne

### Références

1. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** « Les urgences : Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'on fait maintenant ? », (Marc-Yvan Côté), dans *Rapport de la première année d'activité du groupe tactique d'intervention*, MSSS, mai 1991, annexe 1, p. 2.
2. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, p. 177.
3. **Spitzer, Walter O.** *Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A)*, Université McGill, mai 1985, p. 64.
4. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** *Rapport de la première année d'activité du groupe tactique d'intervention*, MSSS, mai 1991, p. 5.
5. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** *Groupe tactique d'intervention : Évolution de la situation de mai 1991 à mai 1992*, MSSS, août 1992, p. 6-9.
6. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** *Groupe stratégique des urgences*, MSSS, juin 1992, p. 5-7.
7. **Breton, Madeleine.** *Situation dans les salles d'urgence - Comparaison Québec-Ontario*, Mémoire de maîtrise en santé communautaire, Université Laval, décembre 1993, p. 30.
8. **Breton, Madeleine.** *Salle d'urgence. Évolution 1989-1992 et profil des clientèles*, MSSS - Direction générale de la planification et de l'évaluation, avril 1993, p. 4.
9. **Lemay, Anne.** *Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophia Doctor en santé communautaire, Université de Montréal, avril 1994, p. 4.
10. **Lemay, Anne.** *Ibid.* p. 160.
11. **Association des hôpitaux du Québec.** *Opinions et attitudes des Québécois à l'égard du système de santé*, Rapport synthèse, Montréal, AHQ, mai 1994, p. 4-5.
12. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** « Défi "Qualité-Performance" - La stratégie triennale d'intervention, 1994-1997 », *Réforme Action*, vol. 2, no 3, mai/juillet 1994.
13. Baldrige, Patricia B. « The Nurse in Triage », *Nursing Outlook*, vol. 14, no 10, novembre 1966, p. 46-48.
14. **Mezza, Ilene.** « Triage: Setting Priorities for Health Care », *Nursing Forum*, vol. 27, no 2, avril/juin 1992, p. 15-19.
15. **Hubert, Danièle et Michel Desrosiers.** *Accueil et triage : l'urgence de la décision*, Conférence présentée au congrès « L'innovation : un défi majeur pour les infirmières » de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 25 et 26 octobre 1993.
16. **Pépin, Lyne.** *Être infirmière dans un service d'urgence en CLSC*, Conférence présentée au congrès « L'innovation : un défi majeur pour les infirmières » de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 25 et 26 octobre 1993.
17. **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.** *L'exercice infirmier en CLSC : constats et recommandations*, Montréal, OIIQ, juin 1994, p. 23-24.
18. **Fédération des CLSC du Québec.** *Les services infirmiers en CLSC*, Document de réflexion, Collection Réflexions, études et analyses, mai 1992, p. 36-37.
19. **Corporation professionnelle des médecins du Québec.** *Triage à l'urgence*, Position de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, août 1993.
20. **Emergency Nurses Association.** *Triage: Meeting the Challenge*, ENA, 1992, p. 5.
21. **Thompson, June D. et Joyce E. Dains.** *Comprehensive Triage. A Manual for Developing and Implanting a Nursing Care System*, Reston (Virginie), Reston Publishing Co., 1982, p. 7.
22. **Dale, Larry et Tazan Purnell.** « A Survey of Emergency Department Triage in 185 Hospitals: Physical Facilities, Fast-Track Systems, Patient-Classification Systems, Waiting Times and Qualification, Training and Skills of Triage Personnel », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 17, no 6, décembre 1991, p. 402-407.
23. **Emergency Nurses Association.** *Ibid.*, p. 7.

24. **Budassi Sheehy, Susan.** *Emergency Nursing: Principles and Practice*, St. Louis, Mosby Year Book, 1992, p. 71.
25. **Ulrich, Micheline et Micheline Chagnon-Lamarque.** *Soins d'urgence. Perspective infirmière*, Éditions du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1994, p. XXV.
26. **Kérouac, Suzanne et al.** *La pensée infirmière*, Éditions Études Vivantes, Laval, 1994, p. 95.
27. **27- Kraus, W.A. et al.** « An Evaluation of Outcome from Intensive Care in Major Medical Services », cité dans Pamela Devereux-Craig, *Policy and Politics for Nurses. Action and Change in Work Place, Government, Organizations and Community*, 1993, p. 254.
28. **Larose, Dominic.** « Gagner du temps pour sauver des vies », *L'Omnipraticien*, octobre 1983, p. 25-27.
29. **Estrada, Elizabeth G.** « Advanced Triage by a R.N. », *Journal of Emergency Nursing*, novembre/décembre 1979, p. 15-18.
30. **Read, Suzan et al.** « Piloting an Evaluation of Triage », *Journal of Nursing Studies*, vol. 29, no 3, août 1992, p. 275-288.
31. **Rund, Douglas A. et Tondra S. Rausch.** *Triage*, St. Louis, C.V. Mosby Co., 1981, p. 17, 202.
32. **Mallett, Jane.** « Triage in Accident and Emergency Departments », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 15, no 12, 1990, p. 1443-1451.
33. **Waeckerle, Joseph.** « The Emergency Nurse as a Primary Health Care Provider. A Retrospective Study », *Journal of Emergency Nursing*, juillet/août 1977, p. 21-25.
34. **Mills, John et al.** « Effectiveness of Nurses Triage in the Emergency Department of an Urban County Hospital », *J. Am. Coll. Emerg. Phy.*, vol. 5, no 11, 1976, p. 877-882.
35. **Estrada, Elizabeth G.** « Triage Systems », *Nursing Clinics of North America*, vol. 16, no 1, mars 1981, p. 13-24.
36. **Pardee, Deborah A.** « Decreasing the Wait for Emergency Department Patients: An Expanded Triage Nurse Role », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 18, no 4, 1992, p. 311-315.
37. **Zwicke, Dianne L. et al.** « Triage Nurse Decisions: A Prospective Study », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 8, no 3, mai/juin 1982, p. 132-138.
38. **Ropp, Leland et al.** « Radiograph Ordering: Agreement Between the Triage Nurse and the Physician in a Pediatric Emergency Department », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 8, 1990, p. 697-700.
39. **Bliss, Ann et al.** « The Emergency Nurse Orders X-Rays of Distal Limbs in Orthopedic Trauma », *Nursing Research*, vol. 20, no 5, septembre/octobre 1971, p. 440-443.
40. **Rund, Douglas A. et Tondra S. Rausch.** *Ibid.*, p. 17.
41. **Fédération des CLSC du Québec.** *Ibid.*, p. 36-37.
42. **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.** *Ibid.*, p. 23.
43. **Budassi Sheehy, Susan.** *Ibid.*, p. 74.
44. **Emergency Nurses Association.** *Ibid.*, p. 41.
45. **Thompson, June D. et Joyce E. Dains.** *Ibid.*, p. 52.
46. **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.** *Les valeurs de la profession : des soins qui font la différence*, OIIQ, 1994, p. 29-30.
47. **Regroupement des directrices et directeurs de soins infirmiers de Lanaudière et des Laurentides.** « Le système de triage : un modèle d'efficacité », novembre 1991, p. 24.
48. **Hankey, Linda.** « Development of a Training Programme for Triage Nursing », *British Journal of Nursing*, vol. 3, no 1, 1994, p. 19-22.
49. **Emergency Nurses Association.** *Ibid.*, p. 22.
50. **McMillan, James R. et al.** « Satisfaction with Hospital Emergency Department as a Function of Patient Triage », *Health Care Management Review*, vol. 11, no 3, 1986, p. 21-27.

[Fermer la fenêtre](#)